



Nationella  
vårdkompetensrådet



## Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Nationella vårdkompetensrådets slutredovisning inom det ändrade uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Löpnummer: 2025:1

Foto: Eva Edsjö

Publicerad: [www.nationellavardkompetensradet.se](http://www.nationellavardkompetensradet.se), februari 2025

## 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). Rådet redovisade uppdraget den 31 maj 2024 i rapporten Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (2024:2).

Regeringen ändrade den 23 maj 2024 uppdraget vilket innebär att Socialstyrelsen, genom Nationella vårdkompetensrådet, även ska:

- inhämta synpunkter på det förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning som myndigheten tagit fram från ett antal berörda aktörer,
- säkerställa att den nationella planen och Nationella vårdkompetensrådet i samverkan med berörda aktörer bidrar till att stärka tillgängligheten och vårdkapaciteten på nationell nivå, bl.a. i fråga om väntetider, antalet disponibla vårdplatser, belägningsgrad samt vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig, och
- samordna, stödja och följa upp de regionala vårdkompetensrådets arbete med den nationella planen för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Uppdraget ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 28 februari 2025.

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

Björn Eriksson  
Ordförande  
Nationella vårdkompetensrådet

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Uppdragets genomförande.....</b>	<b>8</b>
1.1. Uppdraget.....	8
1.2. Metod .....	9
1.3. Dialog med berörda aktörer.....	10
<b>2. Inhämta synpunkter på förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.....</b>	<b>11</b>
2.1. Möte den 20 september.....	11
2.2. Remittering av förslagen till insatser .....	12
2.3. Rådets sammantagna bedömning av lämnade synpunkter .....	80
<b>3. Den nationella planens bidrag till att stärka tillgänglighet samt civil beredskap .....</b>	<b>83</b>
3.1. Vårdens tillgänglighet och kapacitet .....	83
3.2. Krisberedskap och civilt försvar inom hälso- och sjukvård .....	89
3.3. Rådets bedömning av om planen bidrar till att stärka vårdens tillgänglighet och kapacitet samt civila beredskap .....	110
<b>4. Samordna, stödja och följa upp de regionala vårdkompetensrådets arbete med den nationella planen.....</b>	<b>115</b>
4.1. Workshops i de sex regionala vårdkompetensråden.....	115
4.2. Pass 1 .....	116
4.3. Pass 2 .....	118
<b>Referenser .....</b>	<b>121</b>
<b>Bilaga – Remissiv med sändlista .....</b>	<b>126</b>

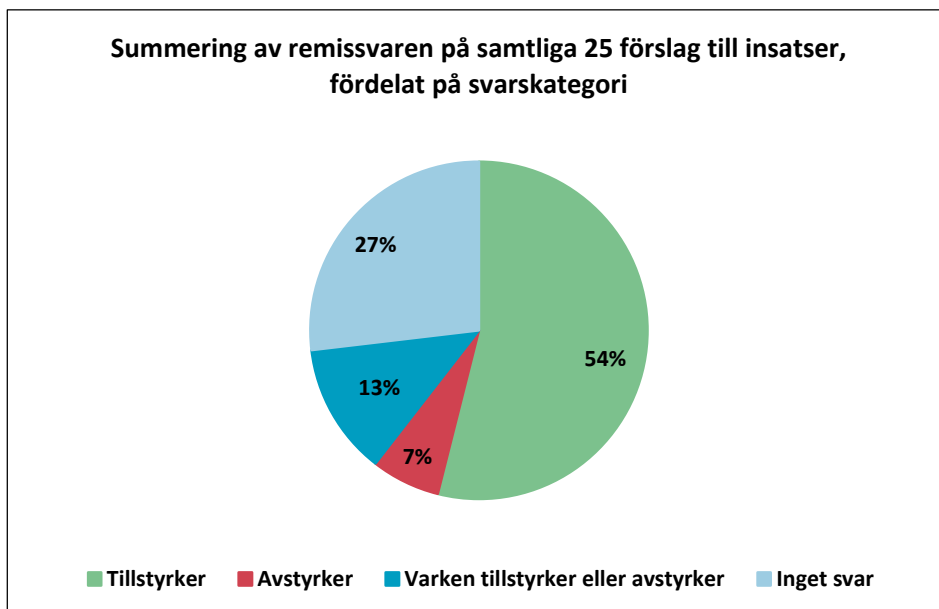
# Sammanfattning

Nationella vårdkompetensrådet (rådet) har haft regeringens uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning som redovisades den 31 maj 2024. Regeringen ändrade uppdraget i maj 2024 vilket innebär att Nationella vårdkompetensrådet även ska arbeta med det som beskrivs i det följande.

## Inhämta synpunkter på förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Rådet bjöd in berörda aktörer till ett digitalt möte i september för att inhämta synpunkter på förslaget till nationell plan. Rådets allmänna intryck från mötet är att förslaget till nationell plan har tagits emot väl.

Därutöver har rådet även skickat planen med de 25 förslagen till insatser på remiss till 110 berörda aktörer. Remissvaren har delats in i fyra kategorier: tillstyrker, avstyrker, varken tillstyrker eller avstyrker samt har inte lämnat något svar. I kategorin varken tillstyrker eller avstyrker ingår svar som inte är ett tydligt tillstyrkande eller avstyrkande eller om svaret ”ingen synpunkt” har lämnats. Remissvaren visar att merparten av de 86 remissinstanser som yttrat sig tillstyrker de flesta av de 25 förslag till insatser enligt planen. Vid en summering av svaren på samtliga 25 förslag till insatser framgår att 54 procent av remissvaren utgörs av svars-kategorin tillstyrker, 27 procent inget svar, 13 procent varken tillstyrker eller avstyrker och att endast 7 procent utgörs av kategorin avstyrker, se diagram nedan.



Det förslag som flest remissinstanser avstyrker är förslaget om kravet på certifierat ledningssystem där 36 procent avstyrker förslaget. Det är framför allt regioner men även kommuner som avstyrker förslaget. Av samtliga

instanser framgår, trots detta, att 64 procent tillstyrker, varken tillstyrker eller avstyrker eller inte har lämnat något svar. Flera regioner är dock negativa till förslaget och menar att det både kräver tid och resurser. Rådet bedömer därför att förslaget bör ändras till en rekommendation i stället för ett krav.

Inom området hälso- och sjukvårdens personal har rådet lämnat elva förslag till insatser som främst riktar sig till regioner och kommuner som enligt lag ansvarar för arbetsmiljöfrågor i vården. Det finns en positiv samstämmighet hos alla berörda aktörer gällande förslagen som rör arbetsmiljö vilket rådet även tidigare konstaterat är en central fråga för en god kompetensförsörjning. Det kan konstateras att även de berörda aktörer som ansvarar för frågor om arbetsmiljö är positiva till rådets förslag.

De 25 förslagen till insatser framgår av tabellöversikten sist i denna sammanfattning.

### **Säkerställa att den nationella planen och rådet bidrar till att stärka tillgängligheten och civil beredskap**

Rådet bedömer att den nationella planen bidrar till att stärka tillgänglighet samt civil beredskap. Den nationella planen och dess 25 förslag syftar till att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i ett normaltillstånd, dvs. i frånvaro av kris och krig. Rådet anser att de 25 förslagen till insatser bidrar till att säkerställa en grundbemanning och att de därmed bidrar till att stärka såväl tillgänglighet och vårdkapacitet som krisberedskap och civilt försvar. Rådet bedömer att inga ytterligare förslag till insatser bör läggas till i den nationella planen i nuläget. Rådet har även noterat att mycket arbete pågår på såväl nationell som regional och lokal nivå samt av olika aktörer och flera utredningsförslag har lämnats eller kommer att lämnas avseende såväl tillgänglighet som krisberedskap och civilt försvar. Rådet kan samtidigt konstatera att trots att flera utredningsförslag har lämnats återstår själva genomförandet.

### **Samordna, stödja och följa upp de regionala vårdkompetensrådets arbete med den nationella planen**






Nationella vårdkompetensrådet har inom ramen för regeringens uppdrag genomfört workshops i varje respektive regionalt vårdkompetensråd under hösten 2024. Workshoparna syftade till att i ett första steg föra en diskussion om hur det nationella och de regionala vårdkompetensråden gemensamt kan arbeta med den nationella planen framåt. Samtidigt konstaterar rådet att den diskussion som fördes under workshoparna var förutsättningslös, eftersom den nationella planen inte är beslutad av regeringen.

### **Rådets bedömning utifrån uppdraget**

Genom det ändrade uppdraget gavs rådet ytterligare tid för att inhämta synpunkter, anpassa och förankra planen för att stärka det nationella

åtagandet för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Rådet bedömer att de 25 förslagen till insatser som rådet föreslagit för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning bör kvarstå och bedömer att regeringen bör besluta om den nationella planen. Förslagen till insatser presenterades i november 2023 och förankringen har sedan dess pågått med berörda aktörer. Personalen är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs och enligt bestämmelser i lag ska vården bl.a. vara jämlik samt att det ska finnas den personal som krävs för en god vård. Förslagen i planen bedöms få positiv inverkan på alla delar av vårdens kompetensförsörjning. Förslagen är framtagna som en helhet och är i viss mån beroende av varandra. 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.





Tabellöversikt över rådets 25 förslag till insatser.





Område	Krav enligt lagfäst bestämmelse <sup>1</sup>	Insats	Utförare	Uppföljning
<b>5.2 Hälsa- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning</b>	Hälsa- 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 hälsa- 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 hälsa- 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






<sup>1</sup> Se vidare i avsnitt 5 om respektive bestämmelse och lagrum.










Område	Krav enligt lagfäst bestämmelse <sup>1</sup>	Insats	Utförare	Uppföljning
	allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	bör kompletteras med krav på att ledningssystemet bör 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 <sup>1</sup>	Insats	Utförare	Uppföljning
		vårdgivare i fråga om kunskap, erfarenhet och certifiering.		
<b>5.3 Personal inom hälso- och sjukvården</b>	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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	Insats	Utförare	Uppföljning
		5.3.9 Regioner och kommuner bör införa introduktions- och mentorsprogram för nytexaminerade 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
<b>5.4 Universitet och högskolors verksamhet</b>	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
<b>5.5 Utbildning och forskning vid universitet och högskolor</b>	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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	Insats	Utförare	Uppföljning
		ska kunna genomföra efter genomgången utbildning, oberoende av vilket lärosäte som utfärdar examen		
<b>5.6 Professorer och andra lärare vid universitet och högskolor</b>	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

# I. Uppdragets genomförande

## I.1. Uppdraget

**I.1.1. Uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning**  
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.

Rådets förslag är att den nationella planen bör gälla för perioden 2025–2028 och består av följande 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 enligt förslaget 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 enligt förslaget 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.

## I.1.2. Regeringen ändrade uppdraget i maj 2024

Regeringen ändrade den 23 maj 2024 uppdraget. Ändringen innebär att Socialstyrelsen, genom Nationella vårdkompetensrådet, även ska:

- inhämta synpunkter på det förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning som myndigheten tagit fram från kommuner, regioner, myndigheter, arbetsgivarorganisationer, universitet, högskolor och andra utbildningsanordnare, patient- och professionsorganisationer samt andra relevanta aktörer på området,

- säkerställa att den nationella planen och Nationella vårdkompetensrådet i samverkan med berörda aktörer bidrar till att stärka tillgängligheten och vårdkapaciteten på nationell nivå, bl.a. i fråga om väntetider, antalet disponibla vårdplatser, beläggningsgrad samt vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig,
- samordna, stödja och följa upp de regionala vårdkompetensrådets arbete med den nationella planen för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Socialstyrelsen, genom det Nationella vårdkompetensrådet, ska när uppdraget utförs även föra dialog med, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, E-hälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), regionerna, kommuner, universitet och högskolor, berörda professionsföreningar och patientorganisationer samt med partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.

Nationella vårdkompetensrådet lämnade i enlighet med uppdraget en delredovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet) den 25 oktober 2024.

## **I.2. Metod**

I det följande redovisas de metoder som har använts för att svara på de tre strecksatserna som anges i det ändrade uppdraget.

### **I.2.1. Inhämta synpunkter på den nationella planen**

I genomförandet av denna del av uppdraget bjöd Nationella vårdkompetensrådet in de aktörer som anges i uppdraget samt de sex regionala vårdkompetensråden till ett digitalt möte den 20 september 2024 för att inhämta synpunkter på förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. För att få en bred förankring av förslaget till nationell plan har rådet även skickat den på skriftlig remiss till 110 berörda aktörer. Remissen skickades den 22 september 2024 med begäran om skriftligt svar senast den 21 november 2024. Remissmissiv med sändlista återfinns i bilagan. Remissvaren redovisas i avsnitt 2.2.

### **I.2.2. Säkerställa att den nationella planen bidrar till att stärka tillgänglighet och civil beredskap**

Arbetet med denna del av uppdraget inleddes med att berörda enheter på Socialstyrelsen deltog vid rådsmötet den 4 september 2024 för att informera om myndighetens arbete med tillgänglighet och vårdkapacitet respektive krisberedskap och civilt försvar samt delta vid efterföljande diskussion. För att säkerställa att den nationella planen bidrar till att stärka dels tillgänglighet och vårdkapacitet, dels krisberedskap och civilt försvar har



därefter dokumentstudier genomförts. Utöver detta har rådskansliet haft ett möte med föreståndaren för Campus Totalförsvaret för att få information om kommande arbete i campuset. Rådets bedömning av om den nationella planen bidrar till att stärka tillgänglighet och civil beredskap redovisas i avsnitt 3.3.

### **1.2.3. Samordna, stödja och följa upp de regionala vårdkompetensrådets arbete med den nationella planen**

För att genomföra denna del av uppdraget har Nationella vårdkompetensrådet genomfört sex workshops med de regionala vårdkompetensråden under hösten 2024, en workshop för varje regionalt vårdkompetensråd. Syftet med workshoppen var att föra en diskussion om hur det nationella och de regionala vårdkompetensråden gemensamt kan arbeta med den nationella planen framåt. Resultatet av workshoparna redovisas i avsnitt 4.2–4.3.

## **1.3. Dialog med berörda aktörer**

I enlighet med uppdraget har Nationella vårdkompetensrådet fört dialog med samtliga av de angivna aktörerna i genomförandet av uppdraget. Dialogen har huvudsakligen genomförts i samband med mötet den 20 september 2024 för att inhämta synpunkter på förslaget till nationell plan och i samband med den skriftliga remitteringen av förslaget. Därutöver har rådet fört dialog med partnerskapet för kunskapsstyrning inom socialtjänst.

## 2. Inhämta synpunkter på förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Av det ändrade uppdraget framgår att rådet ska inhämta synpunkter på förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning från kommuner, regioner, myndigheter, arbetsgivarorganisationer, universitet, högskolor och andra utbildningsanordnare, patient- och professionsorganisationer samt andra relevanta aktörer på området.

Avsnittet inleds med en kortfattad redovisning av de synpunkter på förslaget till nationell plan som lämnades vid det digitala möte som rådet höll den 20 september 2024 (avsnitt 2.1). Därefter redovisas en sammanfattning av dels övergripande synpunkter på förslaget till nationell plan, dels synpunkter per förslag till insats som lämnats i samband med en skriftlig remittering av rådets rapport Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (avsnitt 2.2). Avsnittet avslutas med rådets sammantagna bedömning av remissinstansernas lämnade synpunkter (avsnitt 2.3).

### 2.1. Möte den 20 september

I genomförandet av denna del av uppdraget bjöd Nationella vårdkompetensrådet in de aktörer som anges i uppdraget samt de sex regionala vårdkompetensråden till ett digitalt möte den 20 september 2024 för att i enlighet med uppdraget inhämta synpunkter på förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Rådets allmänna intryck är att förslaget till nationell plan har tagits emot väl. Av de 15 aktörer som deltog i mötet uttryckte sig flera positivt om den nationella planen. Inga skarpa invändningar framfördes vid mötet mot något av de 25 förslag till insatser som lämnats i planen. Några synpunkter lämnades om förutsättningar för och genomförandet av förslagen utifrån olika aktörers perspektiv. I enlighet med uppdraget lämnade rådet en delredovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet) den 25 oktober 2024 avseende denna del.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Nationella vårdkompetensrådet (2024:3). Nationella vårdkompetensrådets delredovisning inom det ändrade uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256).

## 2.2. Remittering av förslagen till insatser

För att ge berörda aktörer en ökad förståelse för och förankring av den nationella planen har rådet även skickat den på remiss till 110 berörda aktörer. Remissen skickades den 22 september 2024 med skriftligt svar senast den 21 november 2024.

Som framgår ovan har Nationella vårdkompetensrådet i förslaget till nationell plan lämnat 25 förslag till insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Rådet har i första hand efterfrågat synpunkter på de 25 förslagen till insatser. Förslagen avser dels insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet som är uppdelat i två delar (hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning respektive personal inom hälso- och sjukvård), dels insatser inom universitets och högskoleområdet som är uppdelat i tre delar (universitets och högskolors verksamhet, utbildning och forskning respektive professorer och andra lärare vid universitet och högskolor). Förslagen presenteras i sin helhet i kapitel 5 i rådets rapport Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (2024:2).

I det följande redovisas inledningsvis antalet remissvar fördelat på respektive grupp av aktör (avsnitt 2.2.1). Därefter redovisas en sammanfattning av de övergripande synpunkter på förslaget till nationell plan som lämnats av respektive aktörsgrupp (avsnitt 2.2.2) följt av en sammanfattning av de synpunkter som lämnats på respektive förslag (avsnitt 2.2.3). Rådets bedömning efter att ha tagit del av de lämnade synpunkterna lämnas för respektive förslag till insats.

### 2.2.1. Antalet remissvar per grupp av aktör

Av de 110 berörda aktörer som fick förslaget till nationell plan på remiss inkom 89 (81 procent) med svar, varav 3 avstod från att lämna några synpunkter. Därutöver inkom 10 spontana remissvar från olika föreningar. Nedan redovisas antalet svarande aktörer fördelat på grupp av aktör.

- Universitet och högskolor – 29 remissinstanser, 24 svar
- Regioner – 21 remissinstanser, 21 svar varav 1 avstod
- Kommuner – 30 remissinstanser, 20 svar varav 2 avstod
- Regionala vårdkompetensråd – 6 remissinstanser, 6 svar
- Arbetsgivar-/ branschorganisationer – 4 remissinstanser, 2 svar
- Fackförbund och professionsföreningar (inkl. Sveriges förenade studentkårer) – 16 remissinstanser, 12 svar (+8 medlemsföreningar)
- Patientorganisationer – 1 remissinstans, 1 svar (+2 medlemsföreningar)
- Myndigheter – 3 remissinstanser, 3 svar

## 2.2.2. Övergripande synpunkter på förslaget till nationell plan

Även om rådet i första hand efterfrågade synpunkter på de 25 förslagen till insatser som lämnas i förslaget till nationell plan har flera aktörer lämnat övergripande synpunkter på bl.a. genomförande och uppföljning av den nationella planen. Nedan redovisas en sammanfattning av de övergripande synpunkter som respektive grupp av aktörer har lämnat i sina remissvar.

### Universitet och högskolor

De 24 universitet och högskolor, inklusive Sveriges universitets- och högskoleförbund, (i fortsättningen benämnt högskolor) som lämnat remissyttrande är till övervägande del positiva till förslaget till nationell plan. Sammantaget lyfter högskolorna främst följande övergripande synpunkter.

- Underlagen för analysen och analysen som lett fram till förslagen är adekvata, genomförbara och genomtänkta. Förslagen är överlag välgrundade och bra.
- Understryker vikten av en övergripande diskussion i samverkan mellan högskola och hälso- och sjukvårdens verksamheter för att säkerställa att planen kan uppnås.
- Flera förslag ligger inom ramen för det som i dag beslutas av respektive organisation, oklart hur nationella beslut kan komma att påverka respektive myndigheters självständiga beslutsmandat.
- Sannolikt svårt att mäta resultat och en farhåga för ökad administration. Planen kan komprimeras och innehålla mer konkreta förslag på hur problem kan lösas.
- Fyra år är kort ur lärosätetsperspektiv – processer att förändra i utbildningsutbud och utbildningars innehåll sträcker sig vanligen över långa perioder. Behov av långsiktighet, även efter år 2028.

### Regioner

Samtliga regioner utom Region Gotland har yttrat sig över förslaget till nationell plan. Svaren från regionerna är till stora delar samstämmiga. De övergripande synpunkterna på förslaget till nationell plan som regionerna lämnat är likartade, även om de har formulerats på olika sätt. Sammantaget lyfter regionerna främst följande övergripande synpunkter.

- Relevanta förslag som ligger i linje med hur regionen redan arbetar. Ser inte på vilket sätt den nationella planen kan bidra till att förbättra kompetensförsörjningen.
- Önskar ett tydligare framåtperspektiv – saknar analys och förslag som tar hänsyn till t.ex. nya kompetenser/yrkesroller/utbildningar, ny teknik/användning av AI, nya arbetssätt, omställningen/utvecklingen i vården.

- Många förslag riskerar att skapa en ny nationell styrning och inskränka det kommunala självstyret. Vissa av förslagen är för detaljstyrande.
- Saknar information om hur implementering, tillämpning och finansiering av förslagen ska ske. Vissa förslag är kostnadsdrivande.
- Saknar analys och förslag avseende utlandsutbildad och icke-legitimerad personal samt involvering av privata aktörer.
- Ifrågasätter eller motsätter sig en årlig uppföljning, främst eftersom det riskerar att öka den administrativa bördan.

## Kommuner

Av de 30 kommuner som fått förslaget till nationell plan på remiss har 18 lämnat yttrande. Synpunkterna är i vissa delar överensstämmande med de synpunkter som regionerna lämnat. Sammantaget lyfter kommunerna främst följande övergripande synpunkter.

- Positivt med en samlad långsiktig nationell plan. Genomtänkta förslag inom områden som kommunen ser behov av att arbeta vidare med.
- Önskar ökad hänsyn till att nationella program och nationell styrning kan innebära dubbla styr signaler då arbete redan pågår på lokal nivå.
- Saknar information om hur implementering, tillämpning och finansiering är tänkt att ske. Saknar kostnadsberäkningar för kostnadsdrivande förslag och förutsätter att finansieringsprincipen tillämpas.
- Föreslagen uppföljning är otydlig och riskerar att kräva omfattande administration och risk för dubbelarbete i och med att kommunen följer upp sina egna kompetensförsörjningsplaner.
- Instämmer med rådets bedömning att undersköterskor och specialistundersköterskor ska omfattas av uppdraget.
- Saknar förslag till insatser som främjar förändrade arbetssätt och utveckling av digitalisering och AI.

## Regionala vårdkompetensråd

Samtliga sex regionala vårdkompetensråden (RVKR) har lämnat remissvar och de övergripande synpunkterna överensstämmer i vissa delar med lärosätenas, regionernas och kommunernas synpunkter. Några RVKR hänvisar till respektive aktörs remissvar eller uttalar sig endast om förslag som rör samtliga tre aktörer i rådet. Sammantaget lyfter RVKR främst följande övergripande synpunkter.

- Finns ett behov av en övergripande plan och integrerad kraftsamling mellan kommun, region och lärosäten. Positivt att kombinera kommun, region och lärosäten men hänsyn bör tas till olika förutsättningar och utmaningar.
- Flera förslag kan påverka det kommunala självstyret. Nationella lösningar bör utgöra stödstruktur för att kunna formas och följas upp utifrån förutsättningar på lokal nivå.

- Utgångspunkten i professioner som kräver akademisk examen innebär att väsentliga yrkesgrupper utesluts.
- Önskemål om mer framåtriktade förslag som inkluderar pågående förändringar, som omställning till god och nära vård, digitalisering och AI, ny socialtjänstlag, nya utbildningar, kompetenser och yrkesroller, och som tar hänsyn till att sektorn inte kommer kunna utökas med fler medarbetare.
- Viktigt att underlätta rekrytering av utlandsutbildad personal.
- Privata aktörers ansvar i utbildning bör synliggöras.
- För stringens och effekt bör antalet förslag minskas, prioriteras och konkretiseras. Planen kan komprimeras genom fokus på sådant som inte redan regleras eller hanteras. För att komplettera befintliga kompetensförsörjningsplaner bör en nationell plan tydliggöra samordningsvinster snarare än detaljfrågor.
- För flera förslag saknas information om hur implementering, tillämpning och finansiering är tänkt att ske. Flertalet förslag är viktiga, men är mer eller mindre konkreta vilket får konsekvenser för genomförbarheten.

### **Arbetsgivar-/branschorganisationer**

De två arbetsgivar-/branschorganisationer som lämnat remissyttranden är Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Vårdföretagarna. SKR:s övergripande synpunkter på förslaget till nationell plan överensstämmer i stora delar med de synpunkter som lämnats av regioner och kommuner. Vårdföretagarna lämnar liknande synpunkter som SKR och framhåller möjligheten att ta tillvara de privata vårdgivarnas kapacitet och kunskap i kompetensförsörjningsarbetet.

Såväl SKR som Vårdföretagarna saknar i planen en analys och tydlig beskrivning av hur staten via sitt utbildningsansvar kan anpassa dimensioneringen av antal utbildningsplatser samt hur utbildningarna kan rusta framtidens medarbetare för att på ett bättre sätt möta behovet av framtida kompetensförsörjning.

### **Fackförbund och professionsföreningar**

Av de 16 fackförbund och professionsföreningar som fått förslaget till nationell plan på remiss har 12 lämnat ett remissvar. Därutöver har åtta professionsföreningar skickat in spontana svar.

Fackförbunden och professionsföreningarna är generellt positiva till förslaget till nationell plan. Några instanser vill se fler och ibland mer långtgående förslag. Flera professionsföreningar saknar förslag eller perspektiv utifrån den profession eller den verksamhet föreningen representerar. Nedan redovisas några av de övergripande synpunkter som lämnats av fackförbund och professionsföreningar.

- Utredningen är mycket välkommen och välgjord och förslagen är realiserbara och nödvändiga. Om de genomförs kan de bidra till kompetensförsörjning på ett långsiktigt och hållbart sätt. Välkomnar en rad bra förslag men ser att de riskerar att inte vara tillräckliga.
- Framgent behövs en bredare ansats kring kompetensförsörjningsutmaningarna. Viktigt att också arbeta med hälsofrämjande och förebyggande insatser, nya interprofessionella arbetssätt, rätt implementering av ny teknik etc.
- Dags att gå från ord till handling och tillse att regionerna, genom en tydligare statlig styrning, blir arbetsgivare som kan attrahera, behålla och utveckla medarbetarna.
- Perioden 2025–2028 för kort tid ur ett kompetensförsörjningsperspektiv.

### Patientorganisationer

För att fånga patientorganisationernas synpunkter valde rådet att skicka förslaget till nationell plan på remiss till Funktionsrätt Sverige, som är en samarbetsorganisation för 53 funktionsrättsförbund som tillsammans representerar cirka 400 000 medlemmar. Funktionsrätt Sverige välkomnar en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och hoppas att den kan bidra till att stärka kompetensen i vården och att öka patientsäkerheten för personer med funktionsnedsättning. Funktionsrätt Sverige delar bedömningen att rådets uppdrag behöver utvidgas till att, utöver professioner eller kompetenser som kräver högskoleutbildning, även omfatta yrkeskategorierna undersköterska och specialistundersköterska.

### Myndigheter

De tre myndigheter som inkommit med remissvar stödjer förslaget till nationell plan och ser positivt på förslagen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anger att flera förslag ligger i linje med myndighetens tidigare rekommendationer men saknar följande perspektiv i planen.

- Behov av adekvat personalstatistik för att kunna bedöma behovet av personal, ha en adekvat planering och dimensionering av utbildningsplatser.
- Behov av att samordna fördelningen av AT- och ST-läkare så att den motsvarar behovet i alla delar av landet och att säkerställa att fördelningen av ST-platser mellan olika specialiteter är ändamålsenlig.
- Hur digitaliseringens potential till effektivisering och påverkan på kompetensbehovet kan omhändertas.
- Andra insatser som kan bidra till att minska personalbehovet, som differentierade arbetssätt.
- Behov av både fler studier samt en generell metod- och modellutveckling, för att bättre förstå utmaningen med kompetensförsörjningen.

### 2.2.3. Synpunkter på de 25 förslagen till insatser

**Sammanfattning:** I förslaget till en nationell plan förslår rådet 25 insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Rådet har inhämtat synpunkter på förslagen till insatser genom en skriftlig remiss till 110 berörda aktörer, varav 86 har yttrat sig. Remissvaren har delats in i fyra kategorier: tillstyrker, avstyrker, varken tillstyrker eller avstyrker samt har inte lämnat något svar. Merparten av remissinstanserna tillstyrker de flesta av de 25 förslagen till insatser.

De förslag som flest remissinstanser tillstyrker (cirka två tredjedelar av de 86 aktörer som yttrat sig) är förslagen om att:

- regioner, kommuner, universitet och högskolor bör samverka för att stimulera karriärutvecklingsprogram i syfte att öka antalet erfarna forskarhandledare inom regioner och kommuner (5.3.7),
- regeringen bör säkerställa att VULF-avtal införs för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan (5.4.1),
- universitet och högskolor, regioner och kommuner bör i större utsträckning inrätta förenade anställningar även för andra yrkesgrupper än specialistutbildade läkare och tandläkare (5.6.1), samt
- regeringen bör säkerställa en långsiktig finansiering av forskarskolor med inriktningar mot särskilda områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad (5.6.3).

Ingen remissinstans avstyrker förslag 5.6.1, liksom förslag 5.5.5 om att 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.

Det förslag som flest remissinstanser avstyrker (nära fyra av tio) är förslaget om att kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska kompletteras med krav på att ledningssystemet ska vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan (5.2.5). Det är framför allt regioner men även kommuner som avstyrker förslaget. Därutöver avstyrker drygt tio av remissinstanserna, främst regioner, förslagen om att:

- regioner bör säkerställa att verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter är vetenskapligt meriterade (5.2.2),
- regioner och kommuner bör besluta om ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för (5.2.3), samt
- regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård (5.2.4).



Det förslag som flest remissinstanser (drygt hälften) varken tillstyrker eller avstyrker eller inte har lämnat något svar på är förslaget om 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 respektive nivå (5.2.1).

Inom området hälso- och sjukvårdens personal har rådet lämnat elva förslag till insatser som främst riktar sig till regioner och kommuner som enligt lag ansvarar för arbetsmiljöfrågor i vården. Det finns en positiv samstämmighet hos alla berörda aktörer gällande förslagen som rör arbetsmiljö vilket rådet även tidigare konstaterat är en central fråga för en god kompetensförsörjning. Det kan även konstateras att de berörda aktörer som ansvarar för frågor om arbetsmiljö är positiva till rådets förslag.

Vid en summering av svaren på samtliga 25 förslag till insatser framgår att 54 procent av remissvaren utgörs av svarskategori tillstyrker, 27 procent inget svar, 13 procent varken tillstyrker eller avstyrker och att endast 7 procent utgörs av kategori avstyrker.

Rådets förslag till insatser avser insatser dels inom hälso- och sjukvårdsområdet, dels inom universitets- och högskoleområdet. Förslagen till insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet är indelade i två delar: insatser för hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning respektive för personal inom hälso- och sjukvård. Förslagen till insatser inom universitets- och högskoleområdet är indelade i tre delar: insatser för universitets och högskolors verksamhet, för utbildning och forskning inom universitet och högskolor respektive för professorer och andra lärare vid universitet och högskolor.

För fullständig information om respektive förslag se kapitel 5 i rådets rapport Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (2024:2), s. 257–349.

Remissynpunkterna har delats in i fyra kategorier. Kategorierna ”tillstyrker” och ”avstyrker” har använts för svar där remissinstanser tydligt tillstyrker respektive avstyrker förslaget. Om svaret inte är ett tydligt tillstyrkande eller avstyrkande eller om svaret ”ingen synpunkt” har lämnats, har det kategoriserats som ”varken tillstyrker eller avstyrker”. Därutöver finns remissinstanser som inte har lämnat något svar på vissa förslag, och svaret har då kategoriserats som ”inte lämnat något svar”. Kategoriseringen har gjorts för att kunna gruppera inkomna synpunkter på ett överskådligt sätt.

### **Förslag till insatser för hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning**

Rådet har lämnat fem förslag till insatser för hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning (5.2.1–5.2.5).

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

**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 respektive nivå.

Hälften av *högskolorna* tillstyrker förslaget och hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Karolinska institutet (KI)* lyfter att förutsättningarna för forskning och utbildning förändras i och med att ansvaret för hälso- och sjukvård alltmer flyttar från regioner till kommuner. KI anser att en ökad medicinsk kompetens inom kommunal hälso- och sjukvård sannolikt kan bidra till förbättrade möjligheter för lärosäten att verka i den kommunala sektorn. KI ser också att åtgärden kan förbättra kommunernas beredskap för framtidens hälsokriser. *Mälardalens universitet* instämmer med att chefer och ledningens roll är viktig och att det inom kommunal sektor behövs mer medicinsk kompetens, vilket exempelvis var tydligt under covid-19-pandemin.

Merparten av *regionerna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Tre regioner avstyrker förslaget och en region tillstyrker förslaget. *Region Stockholm*, *Region Västerbotten* och *Region Östergötland* avstyrker förslaget. Region Stockholm anser att nuvarande reglering och tillsyn är tillräcklig och att förslaget berör frågeställningar som omfattas av genomförda eller pågående utredningar. Region Västerbotten tycker att förslaget i grunden är bra men att det riskerar att begränsa antalet möjliga kandidater ytterligare. Region Östergötland anser att regionen i första hand behöver goda ledare och chefer för verksamhetens ledning och styrning och för medarbetarnas arbetsmiljö och önskar inte en nationell styrning i frågan.

Drygt fyra av tio *kommuner* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar och nära fyra av tio kommuner tillstyrker förslaget. Ingen av kommunerna avstyrker förslaget. Flera kommuner som varken tillstyrker eller avstyrker förslaget önskar tydliggörande av vilken medicinsk kompetens som ska finnas på vilka ledningsnivåer. Exempelvis anser *Göteborgs stad* att kravet är otydligt och anger att det i praktiken är nämnder/förvaltningar som fullgör de uppgifter som enligt lag eller annan författning ankommer på kommunen inom verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Göteborgs stad bedömer att insatsen kan påverka det kommunala självstyret. *Kils kommun* anser att beroende på tolkning är det i grunden positivt och viktigt att medicinsk kompetens ska finnas på alla ledningsnivåer. Kils kommun ställer sig inte bakom att kommunen bör ha anställda läkare och anser att MAS/MAR-funktionen inte behöver ersättas av andra kvalitetsansvariga professioner. Kils kommun anser vidare att om förslaget syftar till att ha specifika personer med medicinsk kompetens på alla ledningsnivåer blir det ett förslag som en mindre kommun har svårt att

verkställa både i form av rekrytering samt finansiering. *Ydre kommun* håller i princip med om förslaget men ser stora svårigheter i en liten kommun.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *RVKR Norra*, som avstyrker förslaget, anser att stärkt medicinsk kompetens hos chefer är bra men att det ytterligare begränsar urvalet av möjliga kandidater och att andra viktiga chefsegenskaper bör beaktas i rekryteringen. *RVKR Norra* anser även att förslaget riskerar att ”kannibalisera” ytterligare på den begränsade mängd medicinskt utbildade som behövs patientnära.

*Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* tillstyrker förslaget och anger att förslaget ligger i linje med pågående utvecklingsarbete i kommunerna med att generellt stärka den medicinska kompetensen. *SKR* tolkar förslaget som en rekommendation att organisera ledningsstrukturen så att chef utan hälso- och sjukvårdsutbildning har tillgång till medicinsk kompetens i sin närhet. *Vårdföretagarna* avstyrker förslaget i dess nuvarande utformning.

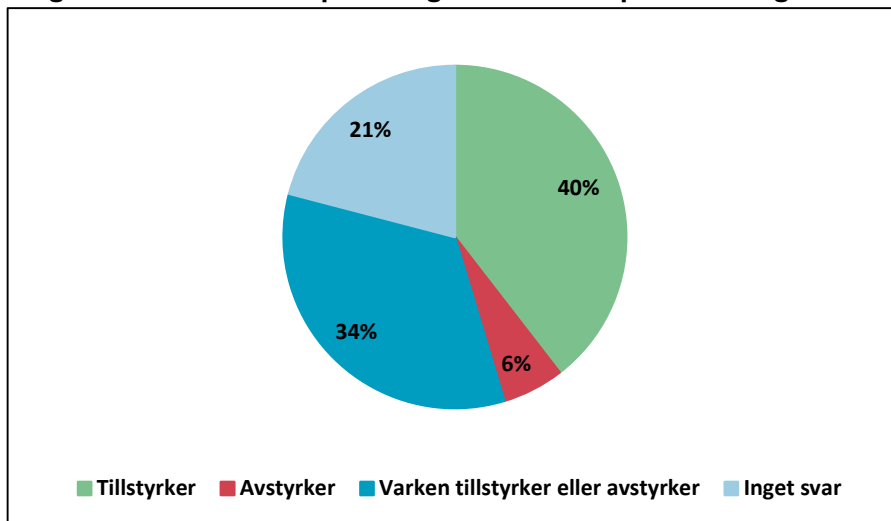
Näst intill samtliga *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget och ett fåtal varken tillstyrker eller avstyrker förslaget. Inget förbund och inte någon förening avstyrker förslaget.

*Funktionsrätt Sverige* tillstyrker förslaget. *Funktionsrätt Sverige* lyfter att kompetensen inom den kommunala hälso- och sjukvården behöver säkerställas på alla nivåer så att personer med funktionsnedsättning får en vård som är patientsäker, fri från onödigt tvång, bygger på respekt för individens rättigheter och främjar god hälsa och välbefinnande.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

## Rådets bedömning

**Diagram 1 Inkomna svar på förslag 5.2.1 fördelat på svarskategori**



Drygt hälften av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar på förslaget om 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 respektive nivå (se diagram 1). Fyra av tio remissinstanser har tillstyrkt förslaget och fem remissinstanser, varav tre regioner, avstyrker förslaget.

Flera kommuner efterfrågar ett tydliggörande av vilken medicinsk kompetens som ska finnas på vilka ledningsnivåer.

Rådet anser att det behövs tydliggörande av såväl huvudmannens som vårdgivarens ansvar och en förstärkt hälso- och sjukvårdskompetens på båda dessa ledningsnivåer. Rådet betonar att oavsett vilka formella ledningsfunktioner som finns utpekade på de olika nivåerna, behöver kommunerna tydliggöra syftet och mandatet för dessa funktioner samt att de bör vara tydliga för såväl kommunens olika ledningsnivåer som för personal och patienter.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

**Verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter behöver ha vetenskaplig kunskap och kompetens (5.2.2)**

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

Merparten av *högskolorna* tillstyrker förslaget och drygt en tredjedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. Några av högskolorna som tillstyrker förslaget anser att det bör vara en strävan att verksamhetschefer även vid större

vårdverksamheter/sjukhus som inte ingår i universitetssjukvården är vetenskapligt meriterade.

Drygt hälften av *regionerna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar och nära hälften avstyrker förslaget. Ingen region tillstyrker förslaget. Det vanligaste motivet både bland de som varken tillstyrker eller avstyrker förslaget och bland de som avstyrker förslaget är att goda ledaregenskaper är viktigast vid rekrytering av verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter och att vetenskaplig meritering bör vara meriterande och inte ett krav. Exempelvis motsätter sig *Region Blekinge* förslaget utifrån att det finns risk att många andra viktiga egenskaper hos bra ledare bortprioriteras om egen erfarenhet av forskning ska vara krav i rekryteringsprocessen av verksamhetschefer. *Region Sörmland* ifrågasätter sambandet mellan verksamhetschefens forskningserfarenhet och deras ambition att prioritera forskning. Ledarskapet har enligt Region Sörmland en avgörande inverkan på arbetsmiljön och utvecklingen inom hälso- och sjukvården. *Region Skåne* förordar att förslaget justeras och tydliggör att om universitetssjukvårdsenheterna (USV-enheterna) inte leds av en person med erfarenhet av egen forskning, dvs. minst disputation, ska det i enhetens ledningsgrupp finnas en person med minst den kompetensen och med grundanställning inom sjukvården, till vilken är delegerat ett övergripande ansvar för forskning, utveckling och utbildning. *Region Västerbotten* anser att vetenskaplig kompetens förvisso är värdefull, men att det inte nödvändigtvis är den viktigaste meriteringen för en chef. Ledarskapet har enligt Region Västerbotten en avgörande inverkan på arbetsmiljön och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och det finns många andra viktigare egenskaper hos en bra ledare som riskerar att bortprioriteras om erfarenhet av egen forskning ska vara ett krav i rekryteringsprocessen.

Drygt hälften av *kommunerna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Nära hälften av kommunerna tillstyrker förslaget och en kommun avstyrker förslaget.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* har inte lämnat något svar. *RVKR Norra* avstyrker förslaget med motivet att det minskar utbudet av kandidater och att vetenskaplig meritering, även om det inte är önskat, kanske inte är den viktigaste egenskapen/meritering som behövs för en chef.

Både *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* och *Vårdföretagarna* avstyrker förslaget. SKR anger att regionerna har börjat frånga vetenskaplig meritering i sina kravprofiler. Sådana krav riskerar enligt SKR att slösa värdefulla forskningsresurser, där medarbetare, utan vidare forskarambitioner, skriver en avhandling enbart för att kvalificera sig för en tjänst som verksamhetschef. *Vårdföretagarna* anser att förslaget behöver vidare utredning. Vårdföretagarna tycker inte att det framgår hur vetenskaplig meritering generellt stärker ledarskapet eller hur ett

ledarskapsuppdrag som tar tid i anspråk påverkar utrymmet för fortsatt forskning.

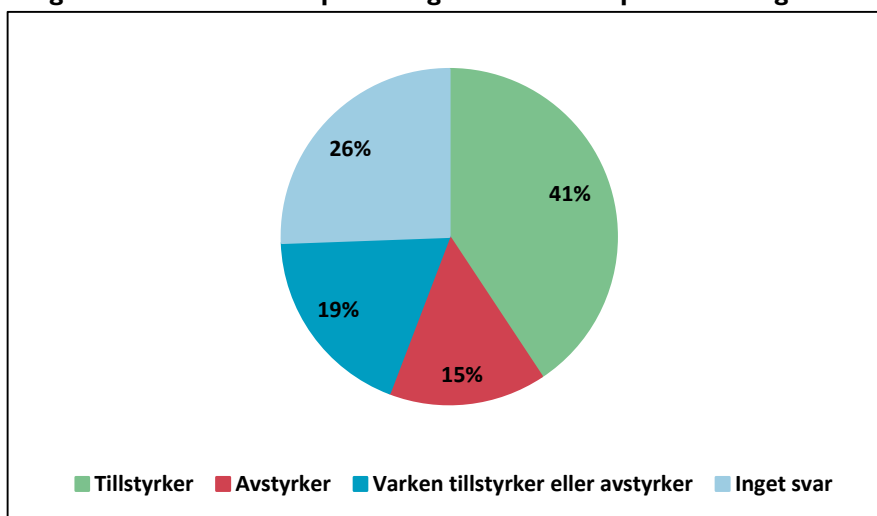
Nästan samtliga *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget och en varken tillstyrker eller avstyrker förslaget. Inget förbund och inte någon förening avstyrker förslaget. *Sveriges Arbetsterapeuter* ställer sig positiva till förslaget men anser att förslaget inte bör begränsas till att gälla enbart verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter utan detta borde vara ett strategiskt förslag inom alla vårdnivåer för hälso- och sjukvård. *Sveriges läkarförbund* tillstyrker förslaget som förbundet menar är en viktig komponent för att säkerställa att forskare får den forskningstid som utlovats i deras anställning. Chefer som inte förstår eller värderar forskning gör det enligt förbundet svårare för anställda att lägga överenskommen tid på forskning, särskilt när verksamheterna är pressade.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 2 Inkomna svar på förslag 5.2.2 fördelat på svarskategori**



Nära hälften av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar på förslaget om att regioner bör säkerställa att verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter är vetenskapligt meriterade (se diagram 2). Drygt fyra av tio remissinstanser tillstyrker förslaget och drygt tio remissinstanser, varav de flesta regioner, avstyrker förslaget.

Det är främst regioner samt bransch- och arbetsgivarorganisationer som avstyrker förslaget. Motivet för avstyrkandet är framför allt att goda ledaregenskaper är viktigast vid rekrytering av verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter och att vetenskaplig meritering bör vara meriterande och inte ett krav vid rekrytering.

Rådet vill betona att förslaget inte utgör ett skall-krav. Som framgår av förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning har rådet inget beslutmandat 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.

Rådet bedömer att verksamhetschefens roll för den kliniska forskningens kvalitet är 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. Rådet bedömer därför att verksamhetschefer vid USV-enheter behöver ha kunskap och kompetens om forskningens förutsättningar för att kunna rekrytera och behålla kompetent personal.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

Ett rimligt antal medarbetare ger bättre förutsättningar för ett gott ledarskap (5.2.3)

<b>Förslag till insats:</b> Regioner och kommuner bör besluta om ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för.
---

Hälften av *högskolorna* tillstyrker förslaget och hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Högskolan i Borås* instämmer i vikten av att arbetsbördan för den verksamhetsnära chefen är hållbar och anser att det angivna normspannet på 10–35 medarbetare per chef är för stort för att vara hanterbart. *Uppsala universitet* ser att det beslut som fattas troligen kommer kritiserats oavsett nivå på normspannet.

Nära hälften av *regionerna* avstyrker förslaget. Nära en tredjedel av regionerna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar medan en fjärdedel tillstyrker förslaget. Flera av de regioner som avstyrker förslaget framhåller att antal medarbetare per chef är något de redan arbetar med samt att det är viktigt att utgå från verksamheternas uppdrag och förutsättningar i form av omfattning och komplexitet, geografiskt område, medarbetarnas kunskap och erfarenhet, arbetstidens förläggning och tillgängliga stödfunktioner. *Region Stockholm* bedömer att

ett införande av ett generellt normspann skulle medföra ett behov av fler chefer och ändrad organisation, vilket skulle vara kostnadsdrivande och riskera att medföra en suboptimal organisation med lägre effektivitet. *Region Sörmland* och *Region Värmland* anser att det inte är en lösning att nationellt normera antal medarbetare per chef utan att regionen lokalt måste bedöma vad som är lämpligt utifrån varje chefs unika uppdrag.

Drygt hälften av *kommunerna* tillstyrker förslaget. Ett fåtal kommuner varken tillstyrker eller avstyrker eller har inte lämnat något svar. Två kommuner avstyrker förslaget. Flera kommuner som tillstyrker förslaget ställer sig positiva till att frågan uppmärksammas och några beskriver att det är en prioriterad fråga som de arbetar med. Exempelvis har *Stockholms stad* tagit fram ett riktvärde på cirka 10 till cirka 30 medarbetare per chef. *Botkyrka kommun* tillstyrker förslaget under förutsättning att ett beslut om normspann åtföljs av en ekonomisk konsekvensanalys och resursförstärkning om det visar sig behövas. *Katrineholms kommun* lyfter att verksamheternas förutsättningar ser olika ut och att ett tak för antal anställda per chef i vissa fall kan försämra förutsättningarna för en god verksamhet. *Östersunds kommun* anser att ett smalare spann vanligen har en positiv effekt gällande kvalitet på vård och omsorg samt arbetsmiljö men anser inte att ett centralt normspann per automatik har en positiv effekt. Kommunen anser att nivån är kontextberoende och att ett bestämt normspann kan skapa onödiga begränsningar i verksamheten.

Samtliga *regionala vårdkompetensråd (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *RVKR Mellansverige* anser att förslaget behöver tydliggöras innan det går att ta ställning till.

*Sveriges Kommuner och Regioner* har inte lämnat något svar medan *Vårdföretagarna* avstyrker förslaget. *Vårdföretagarna* delar bilden att arbetsmiljön påverkas positivt av att chefer har förutsättningar för ett gott ledarskap men ser inte att ytterligare centraliserade beslut om regelverk leder dit.

Nästan alla *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget och en professionsförening varken tillstyrker eller avstyrker förslaget. Inget förbund och inte någon förening avstyrker förslaget. Förslaget ses som angeläget för att stärka förutsättningarna för ett gott ledarskap. Flera förbund och föreningar betonar vikten av att kunna ta hänsyn till att förutsättningarna varierar mellan olika verksamheter för hur många medarbetare som en chef kan ha ansvar för. *Vårdförbundet* anser att det är en viktig åtgärd att begränsa antalet medarbetare och menar att ett rimligt antal medarbetare per chef är 10–25. *Sveriges Arbetsterapeuter* poängterar vikten av att normspannet kan regleras genom lokala överenskommelser. *Sveriges läkarförbund* lyfter att det behöver tillföras ekonomiska medel för att inrätta fler enhetschefstjänster i de fall normspannet inte uppnås.

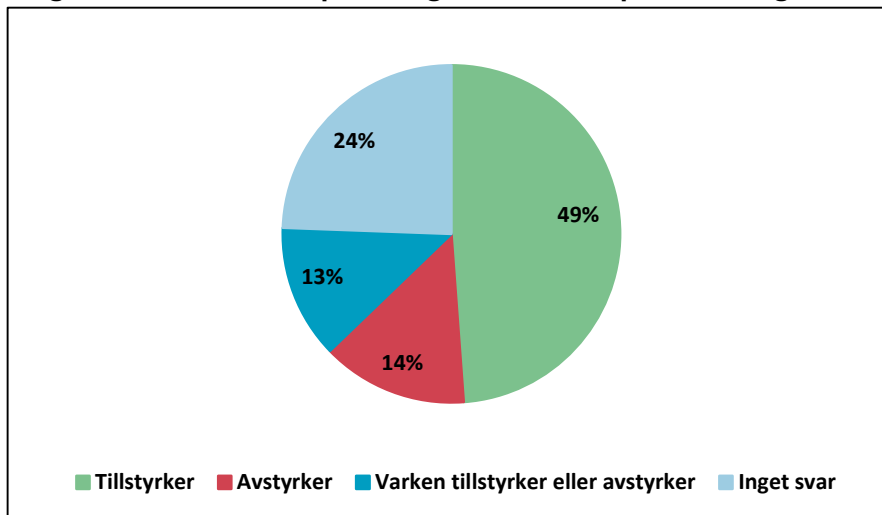


*Funktionsrätt Sverige* tillstyrker förslaget med motiveringen att det gynnar verksamhet, personal och inte minst de personer som verksamheten är till för.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 3 Inkomna svar på förslag 5.2.3 fördelat på svarskategori**



Nära hälften av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regioner och kommuner bör besluta om ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för (se diagram 3). Drygt en tredjedel av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Drygt en av tio, främst regioner, avstyrker förslaget.

Regioner och kommuner ser vikten av ett rimligt antal medarbetare per chef för ett gott ledarskap och betonar vikten av att kunna ta hänsyn till verksamheters olika förutsättningar. Vissa ser det dock som problematiskt att centralt besluta om ett normspann för antal medarbetare per chef.

Rådet konstaterar att vissa remissinstanser verkar uppfatta att förslaget skulle innebära en nationell normering av antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för. Rådet vill tydliggöra att förslaget riktar sig till regioner och kommuner som var och en bör besluta om ett normspann. Rådet ser positivt på att Stockholms stad har beslutat om ett riktvärde för antal medarbetare per chef vilket lyfts ovan.

Rådet bedömer att ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för är betydelsefullt för ett gott och hållbart ledarskap och en god och hållbar arbetsmiljö, vilket är viktiga aspekter för att säkra kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.

Antalet medarbetare ska ställas i proportion till verksamheters förutsättningar och inriktningar och rådets uppfattning är att ett normspann förslagsvis kan röra sig runt ca 10–35 medarbetare.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

### Rådets bedömning

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

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

Hälften av *högskolorna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Drygt fyra av tio högskolor tillstyrker förslaget och ett fåtal högskolor avstyrker förslaget. Flera av högskolorna som tillstyrker förslaget betonar vikten av att ett ledarskapsprogram tas fram på vetenskaplig grund och att det genomförs i samarbete mellan de kompetenser som krävs för ett sådant uppdrag. Högskolorna som avstyrker förslaget gör det med motiveringen att det redan finns ett utbud av ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och att det är ett arbetsgivaransvar att säkerställa att chefer har önskad kompetens.

Drygt hälften av *regionerna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Nära hälften av regionerna avstyrker förslaget och en region tillstyrker förslaget. De regioner som avstyrker förslaget gör det med motiveringen att det redan finns chefs- och ledarskapsutbildningar samt att ledarskap handlar om att förstå det sammanhang, den kultur och de värderingar som chefer och ledare verkar inom, samt att kunna bygga gemensam kultur utifrån verksamhetens mål och behov. *Region Skåne* ser att värdet med ett nationellt program skulle vara en gemensam syn på uppdraget, förstärkt kompetens kring systemperspektivet och nationellt erfarenhetsutbyte mellan chefer, men att det behöver vägas mot kostnadseffektivitet och förväntade effekter. *Region Kronoberg* och *Region Kalmar* ställer sig positiva till ledarskapsprogram men ser inget behov av ett nationellt program. *Region Halland* tillstyrker förslaget och ser det som positivt om utbildningen kommer ge chefer en gemensam grund att stå på. Regionen anser att utbildningen behöver indelas efter typ av ledningsansvar och att det behöver förtydligas vilka delar som är nationellt respektive regionalt ansvarar.

Merparten av *kommunerna* tillstyrker förslaget medan en tredjedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. En kommun avstyrker förslaget. *Stockholms stad* framhåller behovet av en specifik ledarskapsutbildning för chefer inom kommunal hälso- och

sjukvård, där det utöver goda kunskaper i hälso- och sjukvårdslagen behöver finnas god kunskap om socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Även *Göteborgs Stad* betonar komplexiteten i den kommunala hälso- och sjukvården som samspelar med regionens hälso- och sjukvård och med socialtjänsten för att säkerställa en sammanhållen vård och omsorg. *Östersunds kommun*, som avstyrker förslaget, bedömer att ett nationellt ledarskapsprogram skulle medföra ökade kostnader och administrativ börda samtidigt som det riskerar att generera en smalare rekryteringsbas genom att skickliga ledare från andra verksamheter exkluderas.

Fyra av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Två RVKR avstyrker förslaget med motiveringen att ledarskapsprogram för chefer redan erbjuds av lärosäten och att det är ett regionalt och kommunalt ansvar att anordna denna typ av insats.

*Sveriges Kommuner och Regioner* har inte lämnat något svar medan *Vårdföretagarna* avstyrker förslaget. *Vårdföretagarna* delar bilden att ett gott ledarskap är av stor betydelse för arbetsmiljön liksom att det finns ett värde för ledare att ha möjlighet till kompetensutveckling och nätverkande. De är dock tveksamma till om ett nationellt organiserat program har potential att skapa värde för vårdens många olika chefer med ansvar för mycket olika verksamheter.

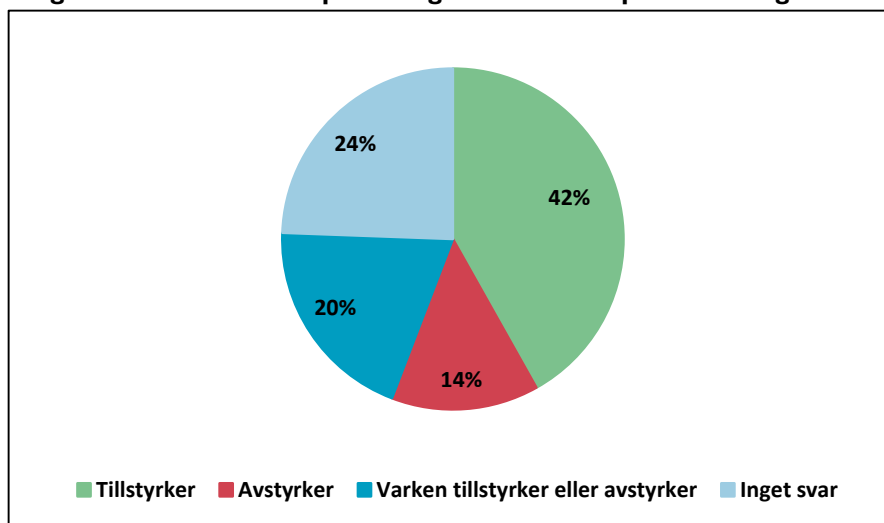
Merparten av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget medan ett fåtal varken tillstyrker eller avstyrker förslaget. Inget fackförbund eller någon professionsförening avstyrker förslaget. *Vårdförbundet* delar bilden att omställningen till en nära vård ställer nya krav på kompetens och anser att ett nationellt ledarskapsprogram kan bidra till höjd kompetens kring ett modernt ledarskap. *Svensk sjuksköterskeförening* betonar att chefer behöver kunna hantera produktion, ekonomi och ledning och samtidigt förhålla sig till vårdens resultat, värderingar och etik och ser att ett nationellt ledarskapsprogram kan göra skillnad.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

Samtliga *myndigheter* tillstyrker förslaget. *E-hälsomyndigheten* betonar att dagens ledarskap inom hälso- och sjukvård kräver allt större digital kompetens och att chefer behöver förstå hur digitalisering kan användas för att förbättra effektiviteten, säkerheten och tillgången till vård. De ser därmed att det skulle vara bra att inkludera digitalisering som en central del i ett nationellt ledarskapsprogram. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* betonar vikten av att först identifiera önskvärda resultat och effekter och därefter ta ställning till om en nationell ledarskapsutbildning har potential att

realisera önskade effekter samt att utbildningen initialt bör genomföras som en pilot som noga följs upp och utvärderas.

**Diagram 4 Inkomna svar på förslag 5.2.4 fördelat på svarskategori**



Drygt fyra av tio remissinstanser varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar på förslaget om att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård (se diagram 4). Drygt fyra av tio remissinstanser tillstyrker förslaget och drygt en av tio, främst regioner, avstyrker förslaget.

Flera remissinstanser ser att det kan finnas ett värde med ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård. Vissa remissinstanser, främst regioner, betonar dock att det redan finns ledarskapsprogram och att ledarskap är något som bäst utvecklas i det sammanhang där det ska utövas.

Mot bakgrund av den komplexa verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvården med snabbt föränderliga krav bedömer rådet att det krävs insatser för att stärka ledarskapet för chefer. Rådet bedömer att ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård 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.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

Skärpta krav på vårdgivarens ledningssystem för att tydliggöra behov av resurser och bemanning som leder till förbättrad kompetensförsörjning (5.2.5)

**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.

Nära sex av tio *högskolor* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Drygt fyra av tio högskolor tillstyrker förslaget. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Högskolan i Borås* tillstyrker förslaget med motiveringen att systematiskt kvalitetsarbete är viktigt och en certifiering med samma kriterier, oberoende av om det är en privat eller offentlig vårdgivare och oberoende av geografisk plats i landet, kan ha många fördelar. Högskolan anger samtidigt att certifiering av ledningssystem kan vara tidskrävande och att det sålunda blir viktigt med en god balans mellan arbetsinsats i ackrediteringssystemet och dess positiva effekt på verksamheten så att de inte blir processer som utarmar hälso- och sjukvårdens resurser ytterligare.

Merparten av *regionerna* avstyrker förslaget. Tre regioner varken tillstyrker eller avstyrker förslaget. Ingen region tillstyrker förslaget. *Region Kalmar*, *Region Norrbotten* och *Region Skåne* avstyrker förslaget med hänvisning till att krav på certifierat och ackrediterat ledningssystem skulle vara tids- och resurskrävande samt innebära stora kostnader och inte leda till en förbättrad verksamhet eller högre kvalitet. *Region Sörmland* och *Region Värmland* ser ett behov av att säkerställa att vårdgivaren har ett strukturerat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete men ser inte ett behov av att systemet är certifierat. *Region Gävleborg* och *Region Jönköpings län* lyfter att förslaget sannolikt skulle leda till en ökad administrativ börda. *Region Västmanland* anser att nuvarande lagstadgade krav på ledningssystem är tillräckliga samt att det kommer kräva personella resurser samt ta tid och resurser från arbetet med patienter. Regionen ser inte att denna insats kommer stärka regionens kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården.

Nära hälften av *kommunerna* avstyrker förslaget. Drygt en fjärdedel av kommunerna tillstyrker förslaget och drygt en fjärdedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *Malmö stad*, som avstyrker förslaget, instämmer i resonemanget kring att de problem som identifieras av Inspektionen för vård och omsorg eller Arbetsmiljöverket behöver åtgärdas men instämmer inte i att en certifiering av ledningssystem är en passande åtgärd. *Kils kommun* ser en risk att krav på certifiering leder till ökad administration och ekonomiska kostnader och anser att staten behöver tilldela en resursförstärkning av budget om ett krav ska införas.

Tre av sex *regionala vårdkompetensråd (RVKR)* avstyrker förslaget och tre har inte lämnat något svar. *RVKR Mellansverige* anser att bestämmelserna om ledningssystem redan är tydliga och att ett sådant krav riskerar att bidra till en onödig administrativ börda och resursåtgång, utan att det är uppenbart hur detta kommer att förbättra den faktiska vårdkvaliteten. *RVKR Norra* anser att förslaget säkert skulle vara bra men att det skulle krävas åtminstone ett stort initialt arbete som kräver stor arbetsinsats både i tid och pengar. *RVKR Södra* har avgett synpunkter i enlighet med ovanstående samt att rådet snarare ser ett kontinuerligt arbete med chefers förutsättningar som nödvändigt i avseendet där chefer ges goda förutsättningar att arbeta med kvalitetsuppföljning.

*Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* avstyrker förslaget och anser att nuvarande lagstadgade krav på ledningssystem är tillräckliga. Att införa ett krav på certifiering av ett ackrediterat certifieringsorgan bedömer SKR skapar en tung administrativ börda och blir mycket kostsamt. SKR bedömer vidare att det kan komma att kräva stora personella resurser och ta tid och resurser från det patientnära arbetet. *Vårdföretagarna* avstyrker förslaget och bedömer att förslaget, i dess nuvarande form, riskerar att innebära utökad administration och kostnader utan tydliga positiva effekter. *Vårdföretagarna* instämmer i behovet av ett systematiskt kvalitetsarbete i hela hälso- och sjukvården. *Vårdföretagarna* anser också att detta, oavsett utförare, regelmässigt och löpande bör följas upp, utvärderas, återkopplas och utvecklas. *Vårdföretagarna* bedömer dock inte att förslaget tillräckligt tydligt adresserar hur en kompletterande certifiering bättre ska säkerställa att ett kvalitetsarbete bedrivs. Det är därför heller inte tydligt hur detta skulle leda till att identifierade behov av förbättringar faktiskt åtgärdas och därmed heller inte hur det påverkar arbetsmiljön och kompetensförsörjningen på ett positivt sätt.

Hälften av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget och hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar.

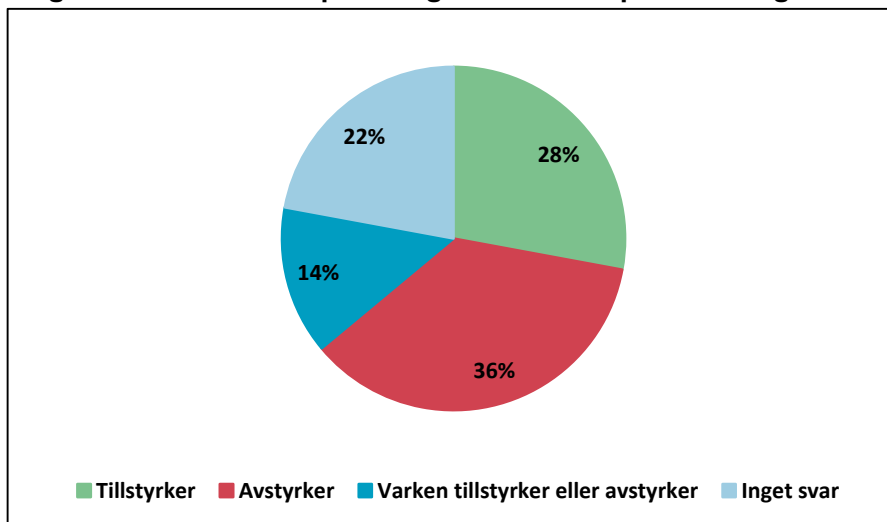
*Funktionsrätt Sverige* tillstyrker förslaget och anger att ett utvecklat ledningssystem med certifiering samt införande av krav på rutiner för

personalens kompetens och kompetensutveckling kan stärka regelefterlevnad och kvalitetssäkringsarbetet.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 5 Inkomna svar på förslag 5.2.5 fördelat på svarskategori**



En dryg tredjedel av remissinstanserna avstyrker förslaget om att kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska kompletteras med krav på att ledningssystemet ska vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan (se diagram 5). Drygt en tredjedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar och drygt en fjärdedel tillstyrker förslaget.

De instanser som avstyrker förslaget, främst regioner, bedömer att det riskerar att skapa ökad administrativ börda och innebära negativa ekonomiska konsekvenser i verksamheterna utan att nödvändigtvis skapa en ökad kvalitet i vården.

Rådet kan konstatera att kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården utgör ett lagkrav och att det inte är valfritt huruvida ett ledningssystem ska finnas eller ej. Det förefaller däremot som att flertalet regioner och kommuner inte har ett fungerande ledningssystem i dagsläget, vilket t ex gör det svårt för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att genomföra tillsyn av vårdens verksamheter i enlighet med myndighetens uppdrag. I förlängningen utgör detta en risk för patientsäkerheten och motverkar även kravet i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om att tillgången till en god vård kräver tillgång till kompetent personal i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras. Rådet erfar i enlighet med IVO:s och Arbetsmiljöverkets bedömningar 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 resurser 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. Krav på att ledningssystemet ska vara certifierat synliggör vårdgivares personalförsörjning samt planer för personalens kompetensutveckling.

Flera regioner är dock negativa till förslaget och menar att det både kräver tid och resurser. Rådet bedömer därför att förslaget bör ändras till en rekommendation i stället för ett krav. Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå men ändras genom att ”ska” ändras till ”bör” enligt följande. Kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete *bör* kompletteras med krav på att ledningssystemet *bör* vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan.

### Förslag till insatser för personal inom hälso- och sjukvård

Rådet har lämnat elva förslag till insatser för personal inom hälso- och sjukvården (5.3.1–5.3.11).

#### Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är nödvändigt för en hållbar kompetensförsörjning (5.3.1)

**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.

Hälften av *högskolorna* tillstyrker förslaget och hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Stockholms universitet* tillstyrker förslaget med tillägget att de bedömer att regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och följa verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete, bl.a. genom att utveckla insatser som främjar en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö.

Nära hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget. Drygt en tredjedel av regionerna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Fyra av regionerna avstyrker förslaget. Flera av de regioner som tillstyrker förslaget beskriver att det är viktigt för kompetensförsörjningen och att de redan arbetar med frågorna. *Region Jönköpings län*, *Region Skåne* och *Region Stockholm* avstyrker förslaget med motivet att föreslagen insats



redan är reglerad genom befintlig lagstiftning. *Region Västmanland* anser att förslaget inte behöver lyftas fram och följas upp i en nationell plan.

Merparten av *kommunerna* tillstyrker förslaget, fyra kommuner har inte lämnat något svar och två kommuner avstyrker förslaget. *Eda kommun* tillstyrker förslaget och lyfter att de kontinuerligt arbetar med insatser för att främja en god arbetsmiljö, men att det kan förbättras genom det nationella ledningsprogrammet som beskrivs i förslag 5.2.4. *Botkyrka kommun* och *Malmö stad* motiverar sin avstyrkan med att det är viktigt att inte införa nya regelverk eller kontroller som syftar till att säkerställa efterlevnad av redan existerande lagar och regelverk inom arbetsmiljöområdet.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* har inte lämnat något svar på förslaget. *RVKR Mellansverige* avstyrker förslaget utifrån att de ser en risk för att det blir mer administration som inte tillför mer än vad som finns i den lagstiftning och de mål som kommuner och regionen redan har.

*Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* tillstyrker förslaget medan *Vårdföretagarna* avstyrker. *SKR* tillstyrker förslaget och lyfter vikten av att säkra välfärdens kompetensförsörjning utifrån den demografiska utvecklingen. *Vårdföretagarna* avstyrker förslaget för att de är tveksamma till potentialen i förbättringar genom ytterligare politiskt beslutade styrdokument samt att de ser en risk i att det i stället kan innebära en ökad administration som kan ha en negativ påverkan på arbetsmiljön.

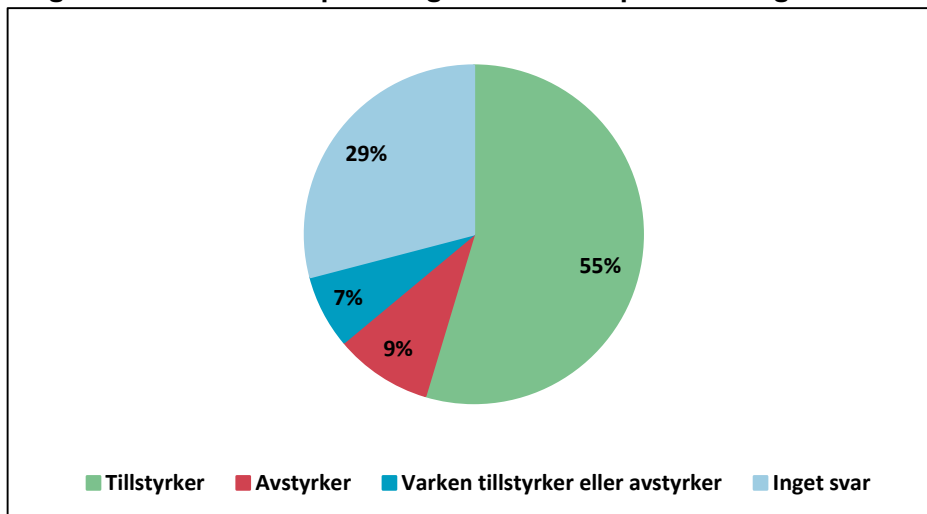
Nästan alla *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget, ett fackförbund har valt att inte svara och inget av förbunden eller föreningarna avstyrker förslaget. *Svenska Barnmorskeförbundet* och *Svensk Sjuksköterskeförening* tillstyrker förslaget och betonar vikten av att arbetet bedrivs utifrån hur kvinnors arbetsmiljö i vård och omsorg leder till ohälsa. *Sveriges förenade studentkårer* tillstyrker förslaget och föreslår att studenter på VFU inkluderas i arbetet. *Sveriges läkarförbund* tillstyrker förslaget och beskriver att de är en del av ett samarbete som arbetar med friskfaktorer, där systematiskt arbetsmiljöarbete är en av dem. *Vårdförbundet* tillstyrker förslaget och anser att arbetsmiljö och patientsäkerhet är starkt sammankopplade och lyfter vikten av ett stärkt samarbete mellan myndigheter med ansvar för tillsyn över arbetsmiljö och patientsäkerhet. *Vårdförbundet* efterfrågar även skarpare åtgärdsförslag för att stärka arbetsmiljön i hälso- och sjukvården.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* samt *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget. *E-hälsomyndigheten* har inte lämnat något svar.

## Rådets bedömning

**Diagram 6 Inkomna svar på förslag 5.3.1 fördelat på svarskategori**



Drygt hälften av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och följa verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete, bl.a. genom att utveckla insatser som främjar en god arbetsmiljö (se diagram 6). Drygt en tredjedel av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Åtta remissinstanser, varav hälften regioner, avstyrker förslaget.

De flesta som avstyrker förslaget har motiverat det med att systematiskt arbetsmiljöarbete redan är reglerat i befintlig lagstiftning och därför inte behöver lyftas fram och följas upp även i en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Flera av de remissinstanser som tillstyrker förslaget lyfter vikten av en god arbetsmiljö och den positiva påverkan det har, både för patientsäkerhet och kompetensförsörjning. Flera av de regioner och kommuner som tillstyrker förslaget beskriver att det är viktigt för kompetensförsörjningen och att de redan arbetar med frågorna.

Rådet bedömer att trots att det finns lagstiftning för systematiskt arbetsmiljöarbete så är följsamheten till lagstiftningen inte tillräckligt hög. Regioner och kommuner bör i högre grad bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete som omfattar utveckling av insatser för att främja en god arbetsmiljö samt en förbättrad kompetensförsörjning. Rådet bedömer även att det är av stor vikt att medarbetarna involveras aktivt i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

### Stöd till prioritering av rätt arbetsuppgifter (5.3.2)

**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.

Nära sex av tio *högskolor* tillstyrker förslaget och drygt fyra av tio varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Göteborgs universitet* instämmer i vikten av att vårdprofessioner ges förutsättningar att arbeta med sitt huvudsakliga kärnuppdrag, vilket kan innebära både vård, undervisning, utveckling och forskning.

Hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget. En tredjedel av regionerna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Fyra regioner avstyrker förslaget. Flera av de regioner som tillstyrker förslaget beskriver att de arbetar aktivt med frågan. Tre regioner som tillstyrker förslaget lyfter att de arbetssätt och kompetenser som finns i dag kan behöva ses över och utvecklas. *Region Jönköpings län* och *Region Västmanland* avstyrker förslaget eftersom de bedömer att en nationell styrning eller uppföljning inte skulle ge effekt i frågan samt inte behöver lyftas fram och följas upp i en nationell plan. *Region Västernorrland* avstyrker förslaget med motiveringen att en aktivitet med allt för hög detaljeringsgrad inte hör hemma i en nationell plan.

Merparten av *kommunerna* tillstyrker förslaget. Fyra kommuner har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. *Eda kommun* lyfter vikten av att komplettera med en beskrivning av vilka arbetsuppgifter som andra professioner än legitimerade kan utföra inom den kommunala hälso- och sjukvården. *Karlskrona kommun* betonar vikten av att medarbetarna får arbetsuppgifter som matchar deras kompetens för att säkerställa effektivitet och kvalitet i vården.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* har inte lämnat något svar på förslaget. *RVKR Mellansverige* avstyrker förslaget med motiveringen att det upplevs som alltför detaljerat för att vara med i en nationell plan.

*Sveriges Kommuner och Regioner* tillstyrker förslaget och rekommenderar rådet att prioritera det för att öka kvaliteten och effektiviteten i verksamheterna. *Vårdföretagarna* avstyrker förslaget i dess nuvarande utformning. *Vårdföretagarna* bedömer att förslaget innehåller en sammanblandning av prioriteringar utifrån vårdbehov, och hur olika kompetenser i hälso- och sjukvården bäst används på en organisatorisk nivå för att främja en stimulerande arbetsmiljö såväl som en effektiv organisation. *Vårdföretagarna* anser att utformningen av förslaget bör skilja på vilken vård som ska ges och hur de personella resurserna används.

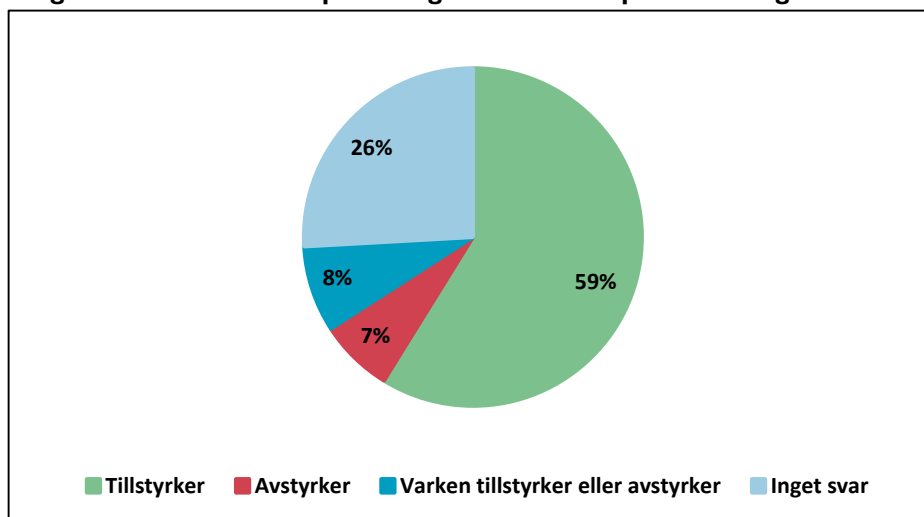
De flesta *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget, medan ett fåtal varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller inte har lämnat något svar. Inget fackförbund eller någon professionsförening har avstyrkt förslaget. Flera av förbunden och föreningarna som tillstyrker förslaget lyfter att det krävs hög kompetens för att kunna prioritera arbetsuppgifter. *Fysioterapeuterna* tillstyrker förslaget och lyfter vikten av att det bör genomsyra all hälso- och sjukvård. *Svenska läkaresällskapet* tillstyrker förslaget och lyfter exempel på systematiska ramverk som ger en tydligare gemensam riktning för hantering av prioriteringar.

*Funktionsrätt Sverige* tillstyrker förslaget och lyfter att samordningsfunktioner och administratörer är viktiga för att vårdpersonal ska kunna fokusera på prioriterade uppgifter utifrån sin kompetens.

*Inspektionen för vård och omsorg* samt *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget. *E-hälsomyndigheten* har inte lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 7 Inkomna svar på förslag 5.3.2 fördelat på svarskategori**



Merparten av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens (se diagram 7). Drygt en tredjedel av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Sex remissinstanser avstyrker förslaget, varav fyra är regioner.

Flera av de som tillstyrker förslaget lyfter att de arbetssätt och kompetenser som finns i dag kan behöva ses över och utvecklas och betonar vikten av att matcha medarbetarnas arbetsuppgifter med deras kompetens för att säkerställa effektivitet och kvalitet i vården. De aktörer som avstyrker förslaget anser att en aktivitet med allt för hög detaljeringsgrad inte hör

hemma i en nationell plan och att det är osäkert om förslaget skulle få önskad effekt.

Rådet rekommenderar att alla legitimationsyrken bör 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 prioriteringen bland hälso- och sjukvårdens arbetsuppgifter. Rådet bedömer att regioner och kommuner bör öka det systematiska arbetet med att stödja medarbetarna i att prioritera rätt arbetsuppgifter. Syftet är att ge vårdprofessionerna förutsättningar att arbeta med sitt huvudsakliga kärnuppdrag, vilket bedöms vara en viktig faktor för en hållbar kompetensförsörjning.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

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

<b>Förslag på insats:</b> Regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva.
---

Hälften av *högskolorna* tillstyrker förslaget och hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. Flera högskolor som tillstyrker förslaget lyfter vikten av att digitala verktyg finns tillgängliga, är användarvänliga och effektiva. En högskola betonar att digitala verktyg inte får bli en ersättning för den mänskliga parten i vården. *Linnéuniversitetet* tillstyrker förslaget och betonar att lärosätena har en viktig funktion att tillsammans med vårdens aktörer hitta goda lösningar för digitala verktyg.

Hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget och nära hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Två regioner avstyrker förslaget. Flera av de regioner som tillstyrker förslaget lyfter vikten av att digitala verktyg är säkra, användarvänliga och effektiva. *Region Skåne* tillstyrker förslaget och föreslår att innehållet kompletteras med fler insatser som tydliggör hur exempelvis artificiell intelligens (AI), maskininlärning och digital transformation kan bidra till att utveckla hälso- och sjukvården. Några regioner som tillstyrker förslaget lyfter även att ekonomiska incitament och bristande samordning mellan digitala system kan vara utmaningar i frågan. *Region Östergötland* tillstyrker förslaget och ser vinster med att samordna behov av system nationellt samt göra upphandlingar gemensamt. *Region Stockholm* avstyrker förslaget med motiveringen att det redan är reglerat genom befintlig lagstiftning. *Region Västmanland* avstyrker förslaget med motiveringen att det inte behöver lyftas fram och följas upp i en nationell plan.

De flesta av *kommunerna* tillstyrker förslaget och några varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. Flera kommuner som tillstyrker förslaget betonar vikten av att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva. *Kils kommun* och *Malmö stad* beskriver att de ser vinning i nationell samordning av digitala verktyg som är lättillgängliga, användarvänliga, effektiva och godkända utifrån GDPR och informationssäkerhet. *Karlskrona kommun* tillstyrker förslaget men lyfter att ansvaret inte enbart bör ligga på kommuner och regioner, utan styras på nationell nivå genom övergripande inriktningsbeslut för att nå målet med förenklade och effektiva digitala verktyg. Några kommuner lyfter att det är utmanande med upphandling av digitala verktyg samt att de digitala systemen har begränsningar i att kunna samverka med varandra.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* har inte lämnat något svar på förslaget. *RVKR Mellansverige* avstyrker förslaget med motiveringen att det upplevs oklart hur det ska ingå i en kompetensförsörjningsplan samt att de ser en risk för onödig administration om det ska följas upp i en kompetensförsörjningsplan.

*Vårdföretagarna* tillstyrker förslaget och lyfter att digitala verktyg kan ge ökade möjligheter till distansarbete för fler yrkesgrupper. De lyfter även vikten av att arbetet integreras i övriga nationella och regionala pågående initiativ. *Sveriges Kommuner och Regioner* har inte lämnat något svar.

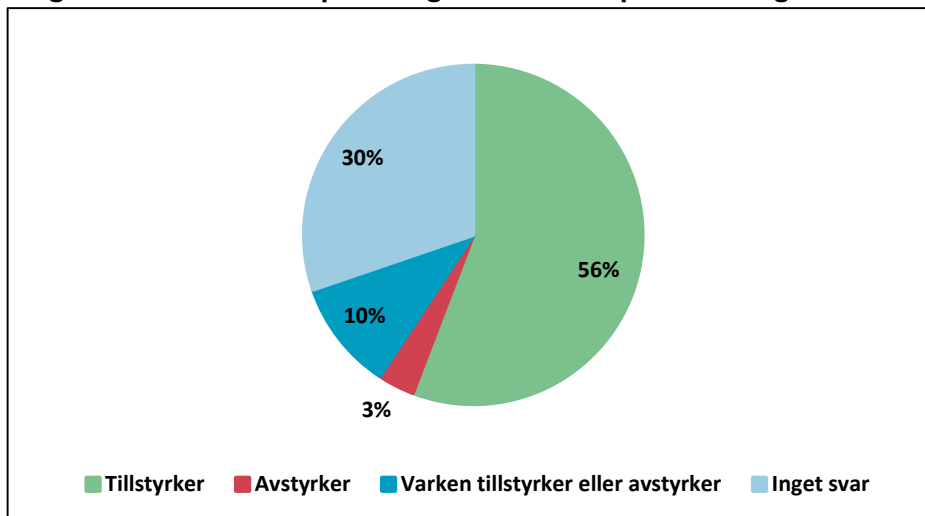
De flesta *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget. Ett fåtal fackförbund och professionsföreningar varken tillstyrker eller avstyrker eller har inte lämnat något svar. Inget fackförbund eller någon professionsförening avstyrker förslaget. Flera av de som tillstyrker förslaget betonar vikten av att de digitala verktygen är användarvänliga och effektiva. Några fackförbund och professionsföreningar som tillstyrker förslaget lyfter vikten av att hälso- och sjukvårdens professioner aktivt tillåts delta i utvecklingen av de digitala verktygen samt att klinisk informatik behöver bli en mer integrerad del i grund- och fortutbildning.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* samt *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget. *E-hälsomyndigheten* tillstyrker förslaget och lyfter att en nationell digital infrastruktur skulle kunna ha en positiv inverkan på hälso- och sjukvården genom att främja interoperabilitet, effektivisera arbetsflöden, minska administrativ börda, förbättra samarbete och beslutstagande samt underlätta patientcentrerad vård. Genom att skapa en gemensam plattform för alla aktörer inom vårdsektorn kan man maximera de digitala verktygens potential och skapa en mer effektiv, säker och tillgänglig vård för både personal och patienter.

## Rådets bedömning

**Diagram 8 Inkomna svar på förslag 5.3.3 fördelat på svarskategori**



Merparten av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva (se diagram 8). Fyra av tio remissinstanser varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Tre remissinstanser, varav två är regioner, avstyrker förslaget.

De instanser som avstyrker förslaget anser att förslaget redan är reglerat i befintlig lagstiftning. Rådet har uppmärksammat att även om insatsen är reglerad så efterlevs regelverket inte alltid i den grad som krävs för att de digitala verktygen ska vara användarvänliga och effektiva. Andra motiv för att avstyrka förslaget är att det inte bör ingå i en nationell kompetensförsörjningsplan. Rådets uppdrag var att ta fram förslag till insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och bedömer att insatsen är relevant. Rådet bedömer att nya arbetsätt behövs för att minska belastningen på befintlig personal och att en förbättrad digital arbetsmiljö kan utgöra en del av det. Rådet betonar vikten av att involvera vårdpersonal vid utveckling och implementering av nya digitala verktyg. Rådet bedömer att en god digital arbetsmiljö skulle bidra till att minska onödig administration och dubbelarbete och därmed också belastningen på befintlig vårdpersonal.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

Vårdens medarbetare bör i ökad grad ges möjlighet att delta i fortbildning (5.3.4)

**Förslag till insats:** Regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner.

Två tredjedelar av *högskolorna* tillstyrker förslaget och en tredjedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Göteborgs universitet* tillstyrker förslaget och menar att rådande reglering inte är tillräcklig för att säkerställa systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner.

Nära hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget och nära hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Tre regioner avstyrker förslaget. *Region Kalmar län* tillstyrker förslaget och anser att en nationell stödstruktur eller reglering för kontinuerlig fortbildning skulle skapa en mer enhetlig bedömningsskala för kompetens för vårdprofessioner. Regionen menar dock att en nationell stödstruktur eller reglering av vidareutbildning kräver en viss lokal anpassning utifrån geografiska förutsättningar och behovet av specialiserad vård. *Region Värmland* tillstyrker förslaget och anser att det är avgörande att medarbetare tar del av ny kunskap och forskningsresultat för att säkerställa att vården kan erbjuda högkvalitativ och evidensbaserad vård. *Region Västerbotten* anser att förslaget är bra och att regionerna redan arbetar med detta men avstyrker ändå med motiveringen att resurserna är otillräckliga för att kunna genomföra förslaget i större skala.

Merparten av *kommunerna* tillstyrker förslaget och drygt en tredjedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *Eda kommun* tillstyrker förslaget och anser att det finns behov av mer stöd via statsbidrag för att ge möjlighet till att öka grundbemanningen och på så sätt frigöra personal till fortbildning. Eda kommun tycker att förslaget är bra utifrån kommunal aspekt eftersom allt fler svårt sjuka personer vårdas i kommunerna och att det därmed ställs ökade krav på kompetensen bland personal. Möjligheten för vårdgivaren att frigöra personal till kompetensutveckling är dock begränsad, både personalmässigt och genom begränsade ekonomiska resurser. *Kils kommun* tillstyrker förslaget och anser att högskolorna behöver erbjuda mer utbildning på distans och halvfart för att kombinera studier och arbete. Kils kommun tycker att stöd kan vara satsningar i form av statsbidrag, både generella och riktade, och lyfter att prestationsbaserad ersättning (t.ex. för kvalitetsregister) är exempel som ger goda förutsättningar till kompetensutveckling och som ytterligare leder till förändrade arbetssätt.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *RVKR Norra* avstyrker förslaget med motiveringen att regionerna redan arbetar med detta.

*Sveriges Kommuner och Regioner* har inte lämnat något svar.

*Vårdföretagarna* tillstyrker förslaget och anser att möjligheterna till fortbildning inom hälso- och sjukvården måste förbättras. *Vårdföretagarna*



menar att yrkets karaktär gör att det livslånga lärandet måste prägla verksamheternas alla delar.

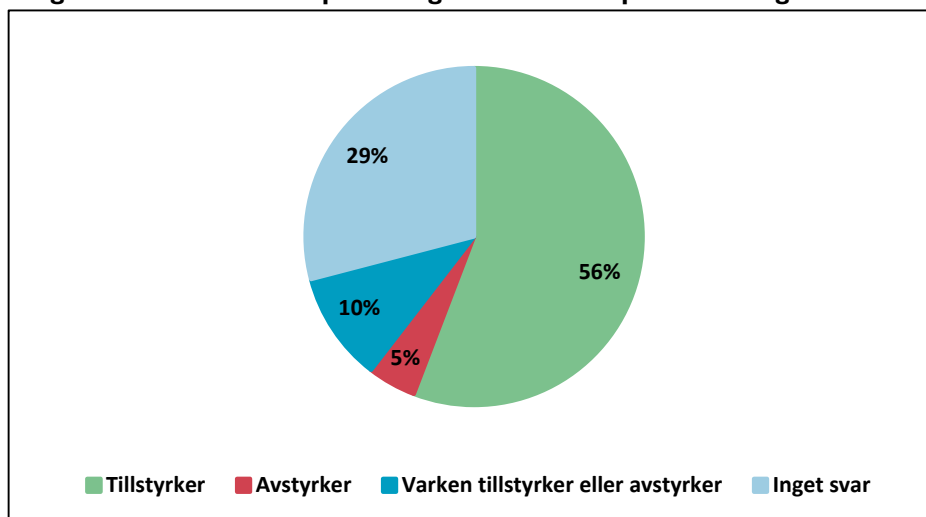
Tre fjärdedelar av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget och en fjärdedel varken tillstyrker eller avstyrker eller har inte lämnat något svar. Inget förbund eller förening avstyrker förslaget.

*Funktionsrätt Sverige* tillstyrker förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 9 Inkomna svar på förslag 5.3.4 fördelat på svarskategori**



Drygt hälften av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner (se diagram 9). Nära fyra av tio av remissinstanser varken tillstyrker eller avstyrker eller har inte lämnat något svar. Fyra remissinstanser avstyrker förslaget.

Rådet kan konstatera att en majoritet av remissinstanserna delar rådets bedömning om att regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner. Av de instanser som tillstyrker förslaget framhåller t.ex. kommunerna att förslaget skulle bidra till ökad kompetens bland personalen vid omhändertagandet av svårt sjuka personer som vårdas i kommunerna.

Rådet bedömer att rådande reglering 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. 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 bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

Tid och resurser behöver säkerställas för att möjliggöra fortbildning för personalen (5.3.5)

**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.

Nära två tredjedelar av *högskolorna* tillstyrker förslaget och drygt en tredjedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Linnéuniversitetet* tillstyrker förslaget och anser att sjukvårdshuvudmännen i flera fall har svårt att frikoppla sin personal för att delta i lärosätets fortbildningar eller att det finns begränsningar för deltagande i form av att personen som går fortbildning också förväntas jobba parallellt i stor utsträckning, vilket kan påverka förutsättningarna att bedriva studierna negativt.

Nära hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget och drygt en tredjedel varken avstyrker eller tillstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Fyra regioner avstyrker förslaget. *Region Västerbotten* anser att förslaget är bra och att regionerna redan arbetar med detta, men resurserna är otillräckliga för att kunna genomföra dem i större skala. *Region Värmland* tillstyrker förslaget och menar att utan kontinuerlig fortbildning riskerar organisationer att stagnera och i värsta fall tappa kompetens. Regionen anser dock att arbetet med kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling bör ske med ett systematiskt arbetssätt som grundar sig i verksamhetens behov och förutsättningar. *Region Kronoberg* anser att förslaget är bra men att det är lärandet i sig som är det viktiga och vilka effekter det ger till verksamheten snarare än tid och form för lärande. Regionen lyfter att lagstadgad minsta fortbildningstid för verksamhetschefer kan vara en möjlighet. *Region Västmanland* avstyrker förslaget med hänvisning till att regionen redan arbetar aktivt med frågan utifrån sitt arbetsgivaransvar och kompetensförsörjningsarbete och att ett sådant förslag inte behöver lyftas fram och följas upp i en nationell plan.

En majoritet av *kommunerna* tillstyrker förslaget. Fyra kommuner varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. *Malmö stad* tillstyrker förslaget och anser att Malmö stads arbete med fortbildning ligger i linje med utredningens ambition. Malmö stad menar att fortbilda medarbetare är en nödvändighet för att både behålla personal samt för att kvalitetsutveckla verksamheterna,

framför allt avseende digitalisering. *Kils kommun* anser att verksamheterna behöver identifiera behovet av fortbildning inom ramen för omställningsarbetet mot nära vård. *Kils kommun* lyfter att en resursfördelningsmodell behöver utjämna resurserna utifrån att flera patienter får sin vård i sitt eget hem i stället för i regionens slutenvård och att ekonomiska resurser och kompetensbrister för fortbildning är delar av begränsningar i kommunerna.

Fyra av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Två RVKR avstyrker förslaget.

*Sveriges Kommuner och Regioner* har inte lämnat något svar.

*Vårdföretagarna* tillstyrker förslaget och anser att möjligheterna till utökade samarbeten kring kontinuerlig fortbildning är underutnyttjade samt understryker att många av de verksamheter som drivs i privat regi kan och vill bidra i större omfattning.

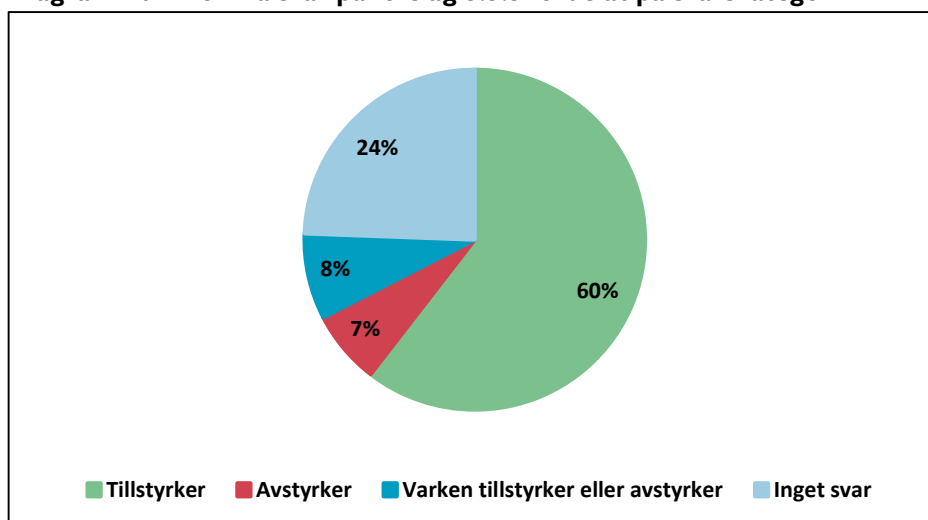
Merparten av *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget. Ett fåtal varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Inget fackförbund och inte någon professionsförening avstyrker förslaget.

*Funktionsrätt Sverige* tillstyrker förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 10 Inkomna svar på förslag 5.3.5 fördelat på svarskategori**



Merparten av remissinstanserna tillstyrker förslaget om 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 (se diagram 10). Nära en tredjedel av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Sex remissinstanser avstyrker förslaget, varav de flesta regioner.

Rådet kan konstatera att en majoritet av remissinstanserna delar rådets bedömning om 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. De instanser som tillstyrker förslaget lyfter att fortbildning är nödvändigt för att kvalitetssäkra verksamheten och säkerställa personalens kompetens. De regioner som avstyrker förslaget lyfter att förslaget inte behövs eftersom de redan arbetar med detta i dag.

Rådet anser 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 bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

Samverkan för att tydliggöra karriärvägar och kompetensstegar som tillvaratar erfarenhet och kompetens (5.3.6)

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

Merparten av *högskolorna* tillstyrker förslaget och ett fåtal har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. Flera högskolor instämmer i vikten av att en utveckling av karriärvägar och kompetensstegar grundar sig i dialog mellan regioner, kommuner och högskolor. *Linköpings universitet* betonar att karriärvägar och kompetensstegar behöver utgå från verksamhetens behov av kompetens och hur de skapar värde för patienten. *Örebro universitet* betonar vikten av att professions- och branschföreträdare ingår i sammanhang där karriärvägar diskuteras. *Karolinska institutet* betonar att incitamenten till vidareutbildning behöver främjas och att det exempelvis kan göras genom att inrätta tjänster som kräver en viss examen.

Nära hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget och nära hälften varken tillstyrker eller avstyrker eller har inte lämnat något svar. Tre regioner avstyrker förslaget. Av de regioner som tillstyrker förslaget beskriver flera

att de har, eller håller på att utveckla, modeller som t.ex. kan benämnas kompetens- eller karriärmodeller. *Region Värmland* välkomnar att nya karriärvägar och kompetensstegar möjliggörs även för icke universitetssjukhus och för fler professioner. Regionen ser sådan samverkan som angelägen utifrån ett forsknings- och utbildningsperspektiv men även för att möjliggöra och bibehålla akademisk kompetens i icke universitetsregioner. *Region Skåne* föreslår att förslaget förtydligas med hur arbetet ska genomföras och kompletteras med goda exempel. De regioner som inte har tagit ställning eller som avstyrker förslaget gör det med motiveringen att det redan är ett prioriterat område som ligger inom regionens arbetsgivaransvar. De framhåller vidare att karriärvägar och kompetensstegar behöver utgå från verksamhetens behov av kompetens och hur de skapar värde för patienten och i verksamheten.

Drygt hälften av *kommunerna* tillstyrker förslaget. Nära hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. Av de som tillstyrker förslaget betonar *Kils kommun* att utbildningar behöver vara behovsanpassade utifrån pågående utveckling samt i linje med nära vård. Av de kommuner som inte tar ställning betonar *Malmö stad* att en kompetensstege alltid ska utgå från ett reellt behov och ett patientperspektiv, vilket bör vara i fokus för vilka utbildningar som ska erbjudas. *Eda kommun* ser att det är viktigt att karriärvägar innebär andra och kanske mer utmanande arbetsuppgifter, vilket kan vara en utmaning i små kommuner där de uppgifter som karriären innebär kanske inte är så omfattande som i en större kommun.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *RVKR Sydöstra* tillstyrker förslaget och beskriver att även om arbete sker i flera olika verksamheter så finns det utvecklingspotential att arbeta mer tillsammans. *RVKR Mellansverige* ser en risk att ordet ”karriärvägar” styr fel och betonar att karriär även ska innebära att vara erfaren inom sitt yrke. De föreslår att ordet kompetensmodeller används i stället.

*Sveriges Kommuner och Regioner* och *Vårdföretagarna* har inte lämnat något svar på förslaget.

Samtliga *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget. Flera förbund och föreningar beskriver att det finns goda exempel som kan vidareutvecklas och breddas till flera kompetenser. *Naturvetarna* lyfter att vissa regioner har infört grundmodeller som inte är professionsspecifika och de tycker att det vore värdefullt med ett nationellt grepp kring vårdens kompetensmodeller. *Svensk sjuksköterskeförening* framhåller att karriärvägar behöver finnas inom såväl utbildning, forskning som i patientnära arbete. *Sveriges förenade studentkårer* anser att det måste vara tydligt för studenter hur de kan göra karriär i sitt framtida yrkesliv och lyfter

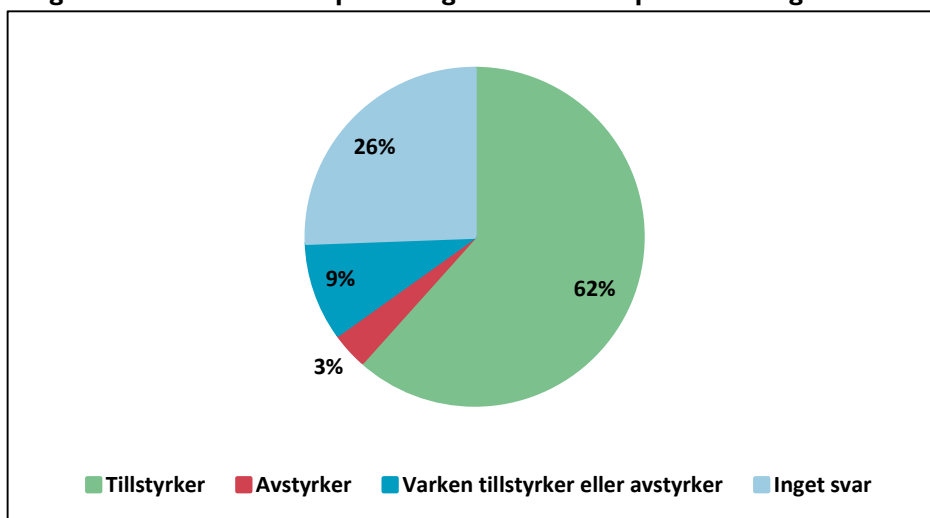
också att undervisning kopplat till verksamhetsförlagd utbildning med fördel skulle kunna utgöra en egen karriärväg som är meriterande.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 11 Inkomna svar på förslag 5.3.6 fördelat på svarskategori**



Flertalet remissinstanser tillstyrker förslaget om att regioner, kommuner, universitet och högskolor bör öka möjligheterna till kompetensutveckling och karriärvägar för respektive profession (se diagram 11). Drygt en tredjedel av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Tre remissinstanser, samtliga regioner, avstyrker förslaget.

Samtliga fackförbund och professionsföreningar tillstyrker förslaget. Vissa lyfter att det finns goda exempel samtidigt som andra efterfrågar tydlighet avseende innehåll och betonar vikten av att kompetensutveckling och karriärvägar utvecklas för respektive profession. Flera regioner som är tveksamma till förslaget lyfter att de redan arbetar med att utveckla modeller för kompetensutveckling och karriärvägar och att dessa bör utvecklas utifrån verksamhetens behov.

Rådet instämmer i att kompetensutveckling och karriärvägar behöver utvecklas i enlighet med verksamhetens behov. Dessa behöver samtidigt vara beslutade samt kända av personalen i syfte att förutse möjligheterna att utvecklas inom respektive profession. Rådet bedömer att tydligare karriärvägar inom respektive profession behövs liksom sådana som inte enbart fokuserar på "chefsvägen". Det är viktigt att det ges möjlighet att

göra karriär inom den kliniska, patientnära verksamheten för att den inte ska tappa personal med värdefull kompetens. För att åstadkomma och synliggöra karriärvägar behövs samverkan såväl inom som mellan regioner, kommuner och lärosäten.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

### Samverkan för fler forskarhandledare genom karriärutvecklingsprogram (5.3.7)

**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.

Merparten av *högskolorna* tillstyrker förslaget och några har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. Flera högskolor beskriver att det sker samarbete och utveckling inom området men att det kan stärkas. Flera högskolor betonar vikten av att karriärutvecklingsprogram omfattar många professioner. *Uppsala universitet* tillstyrker i princip men är tveksamt till att föreslagna åtgärder kommer få önskad effekt eftersom de inte adresserar hela det övergripande problemet. De ser att antalet forskarhandledare inte kan öka om inte fler kliniker förmås att disputeras och att incitamenten för det måste stärkas, framförallt bland kliniska professioner som inte är läkare. *Högskolan Dalarna* ser gärna att uppdraget att säkerställa att det finns tillräckligt många erfarna forskarhandledare även ges via VULF och inte endast till universitetssjukvårdsenheterna genom ALF.

Drygt hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget. Ett fåtal regioner varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Tre regioner avstyrker förslaget. Flera regioner beskriver på samma sätt som flera av högskolorna att det sker samarbete och utveckling inom området men att det kan stärkas. *Region Blekinge* tillstyrker förslaget och bedömer att de mindre regionerna och närliggande högskolor har större behov av stimulans än universitet och universitetssjukhus inom detta område. *Västra Götalandsregionen* tillstyrker förslaget och anser att det är viktigt med en viljeinriktning om att parterna ska arbeta med frågorna men förordar att respektive region ska utforma insatserna utifrån sina förutsättningar och regelverk och samverka med berörda parter. *Region Stockholm* och *Region Västmanland* avstyrker förslaget med motiveringen att regionen redan arbetar aktivt med frågan utifrån sitt arbetsgivaransvar.

Hälften av *kommunerna* tillstyrker förslaget. Nära hälften av kommunerna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Två kommuner avstyrker förslaget. *Karlskrona kommun*, som tillstyrker förslaget, lyfter att en arbetsplats med karriärutvecklingsprogram kan göra kommunen mer attraktiv för kvalificerade medarbetare, vilket stärker

rekrytering och personalutveckling, och att samverkan och delade resurser kan bidra till mer kostnadseffektiva lösningar. *Eda kommun*, som avstyrker förslaget, anser att förslaget måste innehålla möjligheter till samverkan mellan flera vårdgivare och att det annars är svårt att få till en forskningstjänst i en liten kommun. Även *Kils kommun* lyfter utmaningar med såväl kompetens som finansinsättning på verksamhetsnivå.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *RVKR Sydöstra* tillstyrker förslaget och lyfter bl.a. att en nyckelfaktor för att öka antalet erfarna forskarhandledare är att se över strukturer och grundförutsättningar som i dag till del begränsar i adjungeringar och affilieringar. *RVKR Mellansverige* anser att förslaget behöver tydliggöras.

*Sveriges Kommuner och Regioner* och *Vårdföretagarna* har inte lämnat något svar på förslaget.

Samtliga *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget. *Vårdförbundet* menar att forskning i högre utsträckning bör ske i den nära vården, nära patienterna och utgöra en integrerad del i verksamheten för att stärka sambandet mellan akademi och klinik. Förbundet lyfter vikten av erfarna forskningshandledare inom samtliga forskningsområden inom hälso- och sjukvården. Även *Fysioterapeuterna* lyfter att alla vårdens professioner bör ha samma möjligheter att utvecklas vidare som forskare och delar rådets mening om att det bör strategiskt planeras för hur nydisputerade kan påbörja sin resa till docent och handledare. *Svenska Läkaresällskapet* anser att samverkan med program som stimulerar fortsatt forskning och utbildning efter disputation för att få lärarbehörighet att verka som forskningshandledare är fundamentalt för stärkt klinisk forskning. De ser det som särskilt positivt med samverkan för att nå ökad vetenskaplig kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården.

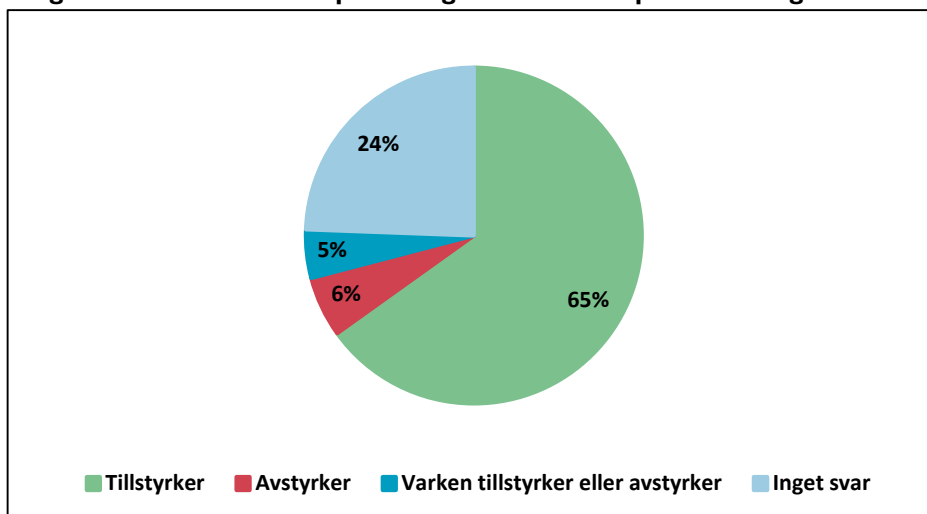
*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.



## Rådets bedömning

**Diagram 12 Inkomna svar på förslag 5.3.7 fördelat på svarskategori**



Nära två tredjedelar av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regioner, kommuner, universitet och högskolor bör samverka för att stimulera karriärutvecklingsprogram i syfte att öka antalet erfarna forskarhandledare inom regioner och kommuner (se diagram 12). Nära en tredjedel av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Fem remissinstanser avstyrker förslaget, varav tre regioner.

Merparten av remissinstanserna ser förslaget som relevant och flera högskolor och regioner beskriver att det sker samarbete och utveckling inom området men att det är ett arbete som kan stärkas. Flera remissinstanser betonar vikten av att det finns karriärutvecklingsprogram som ger alla forskande professioner goda förutsättningar för klinisk forskning.

Rådet anser att högskolorna, 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 bedömer att samverkan mellan regioner, kommuner, universitet och högskolor är viktigt för att stimulera karriärutvecklingsprogram i syfte att öka antalet erfarna forskarhandledare inom regioner och kommuner.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

### Ta tillvara seniora medarbetares kompetens (5.3.8)

**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.

Hälften av *högskolorna* tillstyrker förslaget och hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Mälardalens universitet* tillstyrker förslaget och bedömer att förslagen att ta tillvara seniora medarbetares kompetens och att införa introduktions- och mentorskapsprogram bör ses i relation till varandra, eftersom seniora medarbetare kan ha en viktig funktion i samband med exempelvis introduktions- och mentorskapsprogram.

Drygt hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget. Några regioner varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ett fåtal regioner avstyrker förslaget. Flera av de regioner som tillstyrker förslaget anger att de arbetar aktivt med frågan. *Region Värmland* tillstyrker förslaget och lyfter vikten av att skapa goda arbetsförhållanden för seniora medarbetare, både för kunskapsöverföring och som arbetskraft. *Region Västmanland* avstyrker förslaget utifrån bedömningen att en nationell styrning eller uppföljning av förslaget inte skulle ge effekt. *Region Stockholm* avstyrker förslaget med motiveringen att de redan arbetar med frågorna och att insatserna ligger inom arbetsgivaransvaret.

Drygt hälften av *kommunerna* tillstyrker förslaget och nära hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. *Malmö stad* och *Karlskrona kommun* tillstyrker förslaget och lyfter att arbetet för att behålla och tillvarata senior kompetens behöver göras med insatser kring såväl fortbildning som arbetsmiljö för ett hållbart arbetsliv.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* har inte lämnat något svar på förslaget. *RVKR Mellansverige* avstyrker förslaget med motiveringen att det upplevs allt för detaljerat för en nationell kompetensförsörjningsplan.

*Vårdföretagarna* tillstyrker förslaget och lyfter vikten av att se till att fler kan och vill arbeta länge i hälso- och sjukvården utifrån att det är en viktig faktor för ett område där erfarenhet är av stor betydelse. *Sveriges Kommuner och Regioner* har inte lämnat något svar.

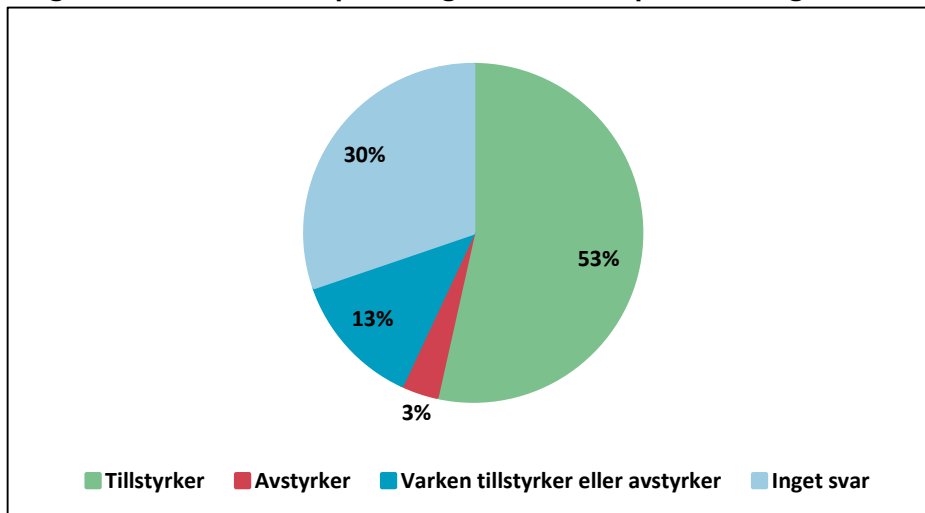
Tre fjärdedelar av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget och en fjärdedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Inget fackförbund eller någon professionsförening avstyrker förslaget. Ett par professionsföreningar som tillstyrker förslaget saknar förslag på definitioner eller andra sätt som beskriver vad en senior medarbetare innebär. *Sveriges läkarförbund* tillstyrker förslaget och bedömer att ett lugnare tempo och mer flexibilitet skulle kunna få fler äldre läkare att stanna längre i yrket.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

Inspektionen för vård och omsorg samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tillstyrker förslaget. E-hälsomyndigheten har inte lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 13 Inkomna svar på förslag 5.3.8 fördelat på svarskategori**



Drygt hälften av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regioner och kommuner bör genomföra insatser i syfte att öka förutsättningarna för att seniora medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården (se diagram 13). Drygt fyra av tio remissinstanser varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Tre remissinstanser avstyrker förslaget, varav två är regioner.

De remissinstanser som avstyrker förslaget motiverar det med att de bedömer förslaget som för detaljerat, att förslaget inte bör lyftas i en nationell kompetensförsörjningsplan och att de redan arbetar med frågorna utifrån arbetsgivaransvaret.

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 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. 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. Rådet bedömer att regioner och kommuner i högre grad bör ta tillvara seniora medarbetares kompetens.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

### Inför introduktions- och mentorsprogram för nyutexaminerade professioner (5.3.9)

**Förslag på insats:** Regioner och kommuner bör införa introduktions- och mentorsprogram för nyutexaminerade professioner i hälso- och sjukvården.

Drygt hälften av *högskolorna* tillstyrker förslaget och nära hälften av högskolorna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. Flera av högskolorna som tillstyrker förslaget bedömer att insatsen är viktig för att minska personalomsättning, bidra till attraktiva arbetsplatser och därmed positivt påverka kompetensförsörjningen.

Hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget. En tredjedel av regionerna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Två regioner avstyrker förslaget. Flera av regionerna som tillstyrker förslaget anger att de arbetar med frågan och lyfter vikten av att utbildningen tidigt förbereder studenterna genom att ge dem en verklig föreställning av yrkeslivet. *Region Stockholm* avstyrker förslaget utifrån att insatserna ligger inom arbetsgivaransvaret. *Region Västmanland* avstyrker förslaget med motiveringen att de redan arbetar aktivt med frågan och att den inte behöver lyftas fram eller följas upp i en nationell plan.

Merparten av *kommunerna* tillstyrker förslaget. Ett fåtal kommuner varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. *Kils kommun* tillstyrker förslaget och bedömer att ett nationellt samordnat introduktions- och mentorsprogram efter examination bör tas fram, där arbetsgivaren kan forma introduktionen och mentorskapet utifrån den anställdes erfarenhet och uppdragsbeskrivning.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* har inte lämnat något svar på förslaget och ett varken tillstyrker eller avstyrker förslaget.

*Sveriges Kommuner och Regioner* inte har lämnat något svar. *Vårdföretagarna* avstyrker förslaget utifrån bedömningen att det är en arbetsledningsfråga som varje arbetsgivare behöver ansvara för.

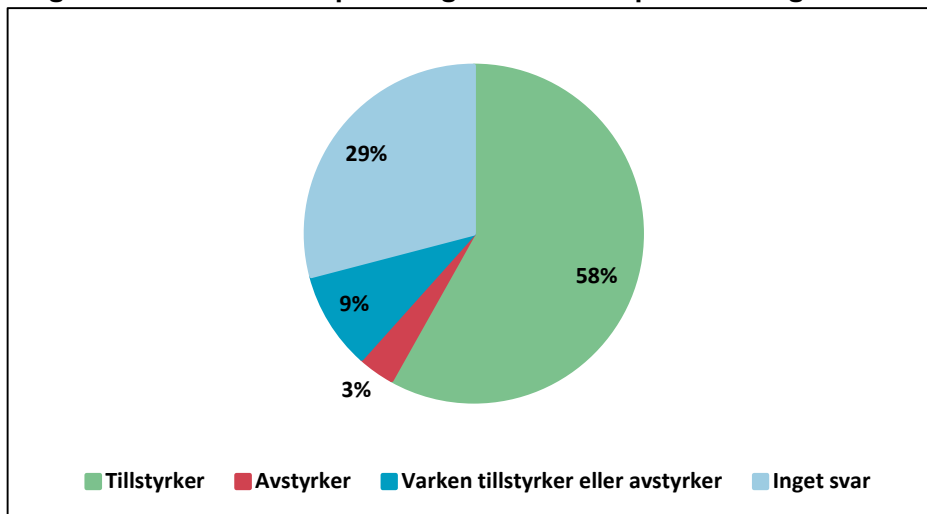
Samtliga *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget. *Vårdförbundet* lyfter att en strukturerad yrkesintroduktion skapar bättre möjlighet att ta tillvara nyexaminerades kunskap och att riskerna för hälsoproblem eller etisk stress minskar.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget. *E-hälsomyndigheten* och *Inspektionen för vård och omsorg* har inte lämnat något svar.

## Rådets bedömning

**Diagram 14 Inkomna svar på förslag 5.3.9 fördelat på svarskategori**



Nära sex av tio remissinstanser tillstyrker förslaget om att regioner och kommuner bör införa introduktions- och mentorskapsprogram för nyutexaminerade professioner i hälso- och sjukvården (se diagram 14). Nära fyra av tio remissinstanser varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Tre remissinstanser avstyrker förslaget, varav två är regioner.

De två regionerna avstyrker förslaget eftersom de redan arbetar aktivt med frågan utifrån sitt arbetsgivaransvar. Rådet vill betona att förslaget inte utgör ett skall-krav. Som framgår av förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning har rådet inget beslutmandat 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. Rådet bedömer att även om insatsen ingår i arbetsgivaransvaret så finns skäl för regioner och kommuner att arbeta ytterligare för att tillse en bra introduktion och stöd av mentorer för nya medarbetare.

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 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.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

### Främja rekrytering av underrepresenterat kön (5.3.10)

**Förslag till insats:** Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör genomföra insatser för att främja rekryteringen av underrepresenterat kön till yrken inom hälso- och sjukvården.

Tre fjärdedelar av *högskolorna* tillstyrker förslaget och en fjärdedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. Flera högskolor instämmer i vikten av att främja rekrytering av underrepresenterat kön men betonar att insatser även behöver omfatta andra perspektiv än kön. Flera högskolor lyfter att de redan genomför insatser för att främja olika typer av underrepresentation men att jämställdhet på arbetsmarknaden är en fråga som inte kan uppnås om inte samhällsnormerna förändras. *Karolinska institutet* anser att förslagen bör konkretiseras och fokuseras mot de vårdyrken där det är störst utmaningar. *Högskolan i Skövde* poängterar vikten av att höja vårdyrkenas status och attraktivitet för att locka en bredare målgrupp och stärka intresset bland andra könsidentiteter.

Nära hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget. Hälften av regionerna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Två regioner avstyrker förslaget. Flera regioner lyfter att förslaget berör ett område som de redan arbetar med men att arbetet kan förstärkas genom ett gemensamt fokus. Flera regioner anser att förslaget bör utvecklas till att inkludera fler aspekter än underrepresenterat kön. *Region Blekinge* ser den könssegregerade arbetsmarknaden som ett stort hinder för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och betonar att regioner, kommuner och högskolor behöver göra insatser såväl var för sig och tillsammans, där ett förändringsarbete kring normer, kultur och föreställningar krävs. *Västra Götalandsregionen* beskriver vikten av att arbeta systematiskt med tidig kompetensförsörjning genom att attrahera framtida medarbetare inom nya målgrupper, trots att dessa inte är anställningsbara direkt. De regioner som avstyrker förslaget gör det med motiveringen att det redan är ett identifierat och prioriterat område som därmed inte behöver lyftas fram i en nationell plan.

Drygt hälften av *kommunerna* tillstyrker förslaget. Nära hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. Flera kommuner betonar vikten av att bredda rekryteringsunderlaget generellt och inte enbart fokusera på kön, men även att arbetsgivare ska kunna anställa den som är bäst lämpad för uppdraget.

*Göteborgs Stad* föreslår att förslaget formuleras om till att främja en större mångfald vid sökandet till utbildningar inom hälso- och sjukvård.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *RVKR Mellansverige* avstyrker förslaget med motiveringen att rekrytering av underrepresenterat kön snarare är en samhällsfråga än en del i en kompetensförsörjningsplan. De anser också att det är oklart varför förslaget är avgränsat till kön.

*Sveriges Kommuner och Regioner* och *Vårdföretagarna* har inte lämnat något svar på förslaget.

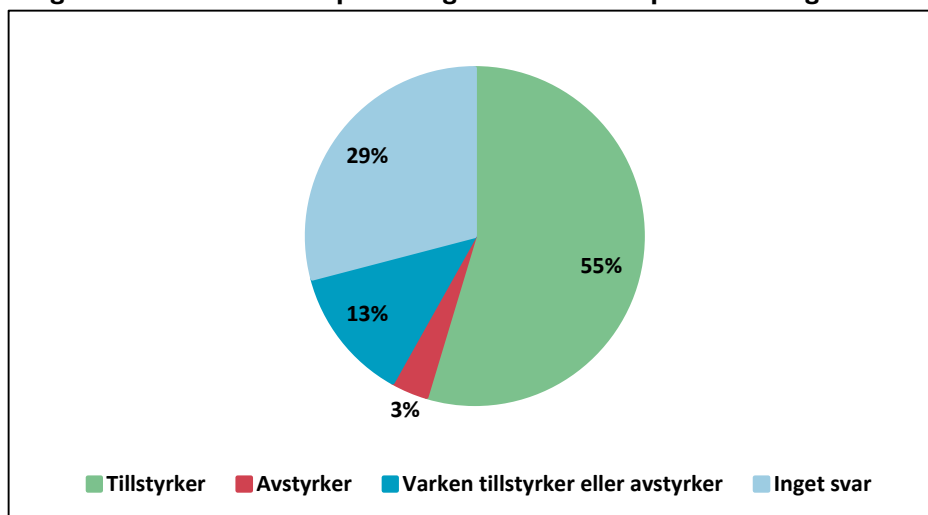
Merparten av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget, medan ett fåtal varken tillstyrker eller avstyrker förslaget. Inget fackförbund eller någon professionsförening avstyrker förslaget. *Naturvetarna* önskar en specificering av förslaget och betonar att det behövs bättre arbetsvillkor och lön, både för att stärka befintliga kvinnliga medarbetare inom vården och för att locka fler män till yrket.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 15** Inkomna svar på förslag 5.3.10 fördelat på svarskategori



Drygt hälften av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regioner, kommuner, universitet och högskolor bör genomföra insatser för att främja rekryteringen av underrepresenterat kön till yrken inom hälso- och sjukvården (se diagram 15). Drygt fyra av tio remissinstanser varken

tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Tre remissinstanser avstyrker förslaget, varav två är regioner.

Merparten av remissinstanserna instämmer i vikten av att främja rekrytering av underrepresenterat kön, många med ett tillägg om att underrepresentation bör motarbetas utifrån fler parametrar än kön. Flera högskolor lyfter att de redan genomför insatser men att jämställdhet på arbetsmarknaden är en fråga som inte kan uppnås om inte samhällsnormerna förändras, vilket kräver gemensamt arbete av många samhällsaktörer.

Rådet instämmer i att det inte bara är kön som det är viktigt att arbeta med för att bredda rekryteringsbasen för hälso- och sjukvårdsyrken. Enligt Sveriges Kommuner och Regioners personalstatistik är dock nästan fyra av fem av de cirka 1,2 miljoner anställda i kommuner och regioner kvinnor. 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. 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. Rådet bedömer därför att insatser för att främja rekryteringen av underrepresenterat kön till yrken inom hälso- och sjukvården är betydelsefullt för att stärka hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

Informationsinsats om yrkesroller i hälso- och sjukvården för att främja rekryteringsmöjligheterna (5.3.11)

**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.

Drygt sex av tio *högskolor* tillstyrker förslaget och nära fyra av tio varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Högskolan i Dalarna* tillstyrker förslaget och lyfter vikten av långsiktighet och att inte bara genomföra enstaka informationskampanjer. *Högskolan i Borås* tillstyrker förslaget och lyfter att en nationell informationsinsats är ett sätt att nå potentiella unga studenter, men kan även beakta äldre studenters intresse för området och främja livslångt lärande.



Hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget och fyra av tio varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Två regioner avstyrker förslaget. Flera av regionerna som tillstyrker förslaget lyfter vikten av att i en nationell informationsinsats både lyfta fram det som bidrar med stolthet till de som arbetar i ett vårddyrke i dag och det som skapar en känsla av att vilja bidra i ett vårddyrke i framtiden. *Region Halland* avstyrker utifrån att de inte ser att förslaget är en avgörande faktor för att säkra framtida kompetensförsörjning. *Region Västmanland* avstyrker förslaget eftersom de redan arbetar aktivt med frågan och bedömer att den inte behöver lyftas fram och följas upp i en nationell plan.

De flesta av *kommunerna* tillstyrker förslaget, resterande kommuner har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. *Karlskrona kommun* tillstyrker förslaget och betonar att insatsen kan lyfta fram och visa den mångfald av yrkesroller som finns inom hälso- och sjukvården.

Inget av de *regionala vårdkompetensråden* har lämnat något svar på förslaget.

*Sveriges Kommuner och Regioner* har inte lämnat något svar. *Vårdföretagarna* tillstyrker förslaget och anser att en statlig informationsinsats bör ta tillvara på den attraktionskraft och kapacitet samt erfarenhet kring kommunikation som finns hos många av de privata vårdgivarna, som enligt undersökningar rankas högt som attraktiva arbetsgivare.

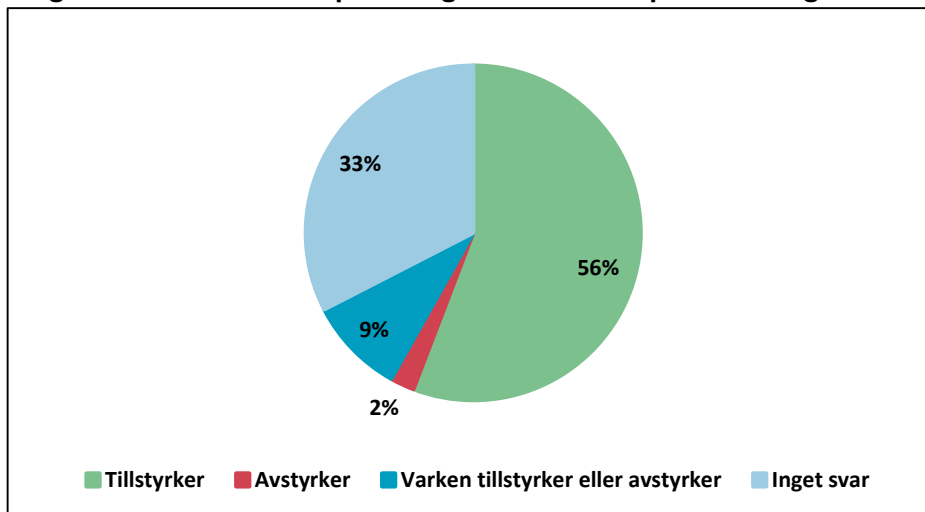
Två tredjedelar av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget och en tredjedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Inget fackförbund eller någon professionsförening avstyrker förslaget. *Sveriges Arbetsterapeuter* tillstyrker förslaget och lyfter vikten av att insatsen sker i samverkan med professionsförbunden.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och *Inspektionen för vård och omsorg* tillstyrker förslaget och *E-hälsomyndigheten* har inte lämnat något svar.

## Rådets bedömning

**Diagram 16 Inkomna svar på förslag 5.3.1 I fördelat på svarskategori**



Merparten av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att 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 (se diagram 16). Drygt fyra av tio remissinstanser varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Två remissinstanser, båda regioner, avstyrker förslaget.

De två regioner som avstyrker förslaget bedömer att de redan arbetar aktivt med frågan, att den inte behöver lyftas fram och följas upp i en nationell plan samt att det inte är tydligt vilken effekt en nationell informationsinsats skulle kunna ha.

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 bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

## Förslag till insatser för universitets och högskolors verksamhet

Rådet har lämnat ett förslag till insats för universitets och högskolors verksamhet (5.4.1).

### Inför VULF-avtal (5.4.1)

**Förslag till insats:** Regeringen bör säkerställa att VULF-avtal införs för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan.

Nästan samtliga *högskolor* tillstyrker förslaget och ett fåtal varken tillstyrker eller avstyrker förslaget. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Karolinska institutet* är tveksam till förslaget och anser inte att det är tydligt motiverat varför ett VULF-avtal är att föredra framför den principöverenskommelse som råder i dag. Karolinska institutet ser samtidigt såväl fördelar som nackdelar med VULF-avtal och är positiva till de stärkta forskningsmöjligheter som avtalet skulle medföra.

Nära två tredjedelar av *regionerna* tillstyrker förslaget och nära en tredjedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. En region avstyrker förslaget. *Västra Götalandsregionen (VGR)* tillstyrker förslaget och anser att staten bör ingå ett nationellt avtal, kompletterat med regionala avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) inom flera hälso- och sjukvårdsutbildningar och anser att det är en nödvändig reform för att säkerställa framtida kvalitet i utbildningarna. VGR menar att i förslaget om VULF-avtal behöver det som en förutsättning även finnas förslag om att tillskjuta statlig finansiering för att avhjälpa hinder. VGR anser att det är viktigt att även arbeta med liknande avtal för utbildningar till fler yrken inom hälso- och sjukvården som inte inkluderas i förslaget. *Region Jämtland Härjedalen* tillstyrker förslaget men anser samtidigt att det finns risker med att föreslagna avtal kommer medföra en betydande administrativ arbetsbörda för berörda parter. Regionen jämför med dagens ALF-avtal, som de anser är en framgång, men understryker att ALF-avtalet kommer med en stor administrativ överbyggnad. Det nu föreslagna VULF-avtalet riskerar enligt regionen att komma med en ännu större administrativ ryggsäck, eftersom VULF-avtal berör fler parter och fler utbildningsanordnare.

Hälften av *kommunerna* tillstyrker förslaget och hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *Malmö stad* tillstyrker förslaget och framhåller att kommunala verksamheter gynnas av att inkluderas redan på VULF-avtalens regionala nivå.

Fyra av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* har inte lämnat något svar, ett RVKR avstyrker förslaget och ett RVKR tillstyrker förslaget. *RVKR Mellansverige* avstyrker förslaget och anser att det behöver tydliggöras i fråga om hanteringen av VULF-avtalet för de lärosäten som inte omfattas av ALF-avtalet. *RVKR Södra* tillstyrker förslaget och anser att VULF-avtal kan lösa flera av de utmaningar som är kopplade till VFU.

*Sveriges Kommuner och Regioner* tillstyrker förslaget och understryker vikten av att ett nationellt VULF-avtal som kan bidra till att stimulera verksamhetsnära forskning i den kliniska vardagen inom regioner och kommuner. *Vårdföretagarna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget och anser att det inför ett eventuellt framtagande av förslag till externa parter att

teckna ett gemensamt avtal, finns behov av en nära dialog och samråd kring innehåll i och former för detta.

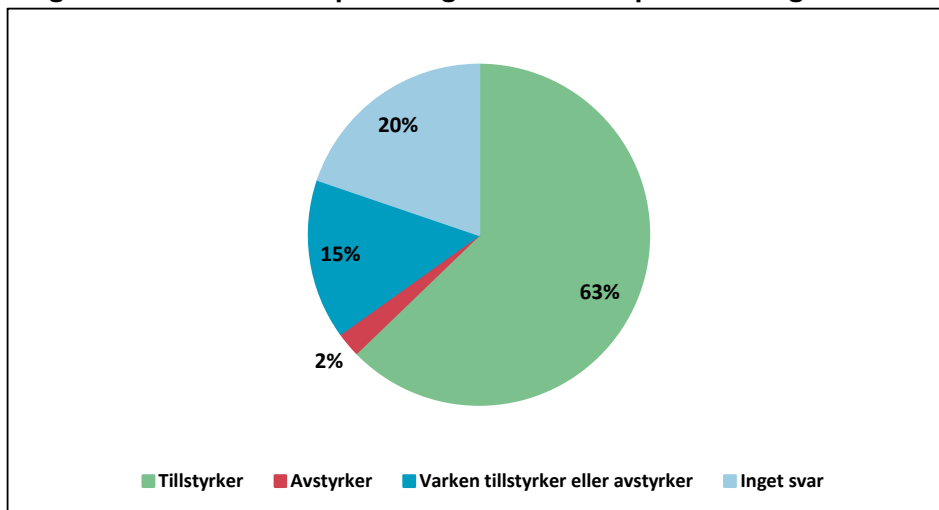
Drygt två tredjedelar av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget och drygt en fjärdedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. En professionsförening avstyrker förslaget. *Naturvetarna* avstyrker förslaget och anser att det är olyckligt med statligt finansierade avtal som är professionsbaserade. De har noterat att intentionen att bredda till fler finns, men ser inte något skäl att vänta utan att alla legitimationsyrken bör omfattas från start.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 17 Inkomna svar på förslag 5.4.1 fördelat på svarskategori**



Merparten av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regeringen bör säkerställa att VULF-avtal införs för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan (se diagram 17). Drygt en tredjedel av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Två remissinstanser avstyrker förslaget.

De instanser som tillstyrker förslaget lyfter bl.a. att ett VULF-avtal kan stärka kvaliteten i hälso- och sjukvårdsutbildningar samtidigt som det kan bidra till att stimulera verksamhetsnära forskning i den kliniska vardagen inom regioner och kommuner. De instanser som tillstyrker förslaget lyfter även farhågan om en stor administrativ överbyggnad eftersom det är ett stort antal aktörer som skulle behöva samarbeta inom ramen för ett VULF-avtal.

Rådet kan konstatera att merparten av remissinstanserna delar rådets bedömning om att regeringen bör säkerställa att VULF-avtal införs för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan även om risker finns för en ökad administrativ överbyggnad. Rådet bedömer att målsättningen 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 även att avtal motsvarande VULF bör omfatta fler än bara sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. Vidare anser rådet att ett VULF-avtal bör inrättas i syfte att stärka kompetensförsörjningen genom att stärka förutsättningarna för verksamhetsförlagd utbildning och säkerställa forskningsmedel för exempelvis den vårdvetenskapliga forskningen.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

## Förslag till insatser för utbildning och forskning vid universitet och högskolor

Rådet har lämnat fem förslag till insatser för utbildning och forskning vid universitet och högskolor (5.5.1–5.5.5).

### Samordning av utbildningar med få studenter ger utbildningen bättre ekonomisk bärkraft (5.5.1)

**Förslag till insats:** Regeringen bör tillföra medel för att stimulera universitet och högskolor att samordna vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar med få studenter.

De flesta *högskolor* tillstyrker förslaget. Drygt tre av tio högskolor varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. Några högskolor, t.ex. *Göteborgs universitet* och *Lunds universitet*, betonar att det behövs en översyn av lagar, förordningar och de strukturella problem som finns för att bedriva samordnad eller gemensam utbildning, exempelvis att examenstillstånden måste finnas hos ett lärosäte. Några högskolor, t.ex. *Högskolan i Halmstad* och *Linnéuniversitetet*, lyfter att det inte bara behövs stimulansmedel i uppstarten utan en långsiktig och stabil finansiering från staten. Ytterligare några högskolor, t.ex. *Högskolan i Borås* och *Högskolan i Skövde*, anser att samtliga lärosäten som ingår i samordning av utbildning bör få finansiering, inte bara det samordnande lärosätet.

Drygt två tredjedelar av *regionerna* tillstyrker förslaget och nära en tredjedel har inte lämnat något svar. Ingen region avstyrker förslaget. Flera regioner lyfter vikten av att distansutbildningar erbjuds för att möjliggöra för studenter i hela Sverige att delta i utbildningen.

Hälften av *kommunerna* tillstyrker förslaget och hälften av kommunerna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget.

Samtliga *regionala vårdkompetensråd* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar.

*Sveriges Kommuner och Regioner* samt *Vårdföretagarna* har inte lämnat något svar.

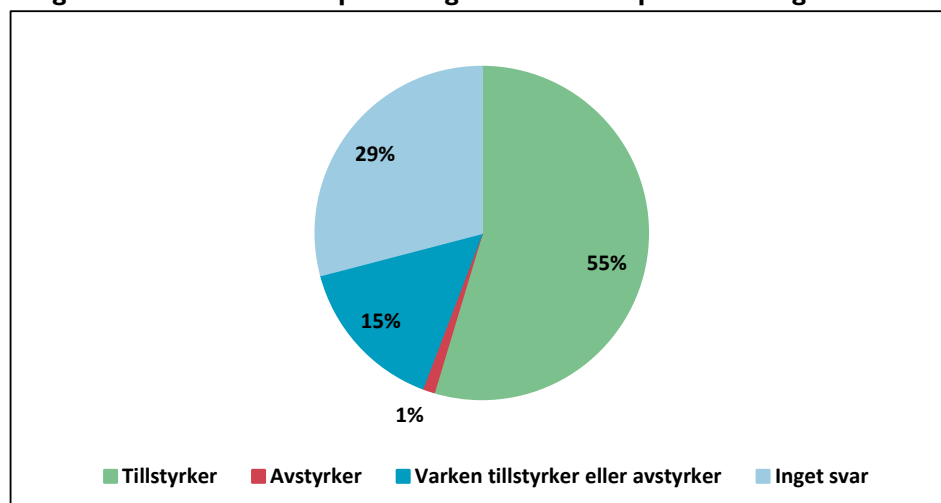
Nära hälften av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget och hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *Sveriges förenade studentkårer (SFS)* avstyrker förslaget. SFS är inte emot samordning av utbildningar, men anser att en bättre lösning är att förbättra ersättningsystemet för utbildningen. SFS betonar att det är viktigt att samordning av utbildningar inte medför några nackdelar eller svårigheter för studenterna, såsom merkostnader för resor eller dubbelt boende om delar av utbildning eller VFU sker på annan ort än studieorten.

*Funktionsrätt Sverige* tillstyrker förslaget och lyfter att bristen på och den ojämlika tillgången över landet på legitimerade yrkespersoner och specialister såsom audionomer, neurologer och allergologer är ett stort problem.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 18** Inkomna svar på förslag 5.5.1 fördelat på svarskategori



Sammantaget tillstyrker drygt hälften av remissinstanserna förslaget om att regeringen bör tillföra medel för att stimulera universitet och högskolor att samordna vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar med få studenter

(se diagram 18). Drygt fyra av tio remissinstanser varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. En remissinstans avstyrker förslaget.

Merparten av högskolorna tillstyrker förslaget men betonar samtidigt behovet av en översyn av de strukturella problem som uppstår vid samarbete mellan lärosäten samt av långsiktig finansiering. Rådet ser positivt på den utredning om samarbete mellan lärosäten kring professionsutbildningar inom hälso- och sjukvård som Sveriges universitets- och högskoleförbund har tagit initiativ till. Utredningsuppdraget omfattar tre delar: kartläggning av program och inriktningar på berörda lärosäten respektive av existerande samarbeten kring utbildningsutbudet samt en undersökning av lärosätens incitament och bedömningar inför ökat samarbete. Uppdraget ska slutrapporteras senast den 15 augusti 2025.<sup>2</sup>

Rådet bedömer att det finns 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.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

#### Regelverket för antagning till specialistsjuksköterska bör ses över (5.5.2)

**Förslag till insats:** Regeringen bör göra en översyn av regelverket för antagning till specialistsjuksköterskeutbildning.

Hälften av *högskolorna* tillstyrker förslaget och en fjärdedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Fem högskolor samt *Sveriges universitets- och högskoleförbund (SUHF)* avstyrker förslaget. *Linköpings universitet* tillstyrker förslaget och anger att för regionerna har behovet av att säkerställa specialistkompetens för sjuksköterskor och barnmorskor ökat kontinuerligt, vilket för med sig behov av att kunna garantera att en medarbetare som rekryterats till en utbildningstjänst också får en plats på specialistutbildningen under förutsättning att grundläggande antagningskrav uppnås. *Göteborgs universitet* instämmer i behovet av en översyn av regelverket men betonar att detta även kan gälla för andra vidareutbildningar som bygger på en grundutbildning och där sökande har en anställning inom hälso- och sjukvården. Även *Högskolan i Halmstad* anser att förslaget gäller många fler utbildningar inom hälso- och sjukvården. *Karolinska institutet*,

<sup>2</sup> Sveriges universitets- och högskoleförbund (2024). Direktiv till utredningen om samarbete mellan lärosäten kring professionsutbildningar inom hälso- och sjukvården (dnr SU-850-0010-22).

*Mittuniversitetet, Örebro universitet* samt *SUHF* avstyrker förslaget med motiveringen att placering av vissa behöriga sökande i en särskild urvalsgrupp, på den grunden att de har en anställning vid en viss region, innebär en särbehandling av dessa sökande som inte är förenlig med grundläggande rättsliga principer enligt regeringsformen och förvaltningslagen. *Malmö universitet* menar att om inte meritpoäng och behörighetskrav styr antagning så riskeras att studenterna inte har kunskap att slutföra utbildningen, vilket enligt universitetet kommer att ha en negativ inverkan på genomströmningen och inte leda till fler specialistutbildade sjuksköterskor utan till ökade kostnader.

De flesta regioner har tillstyrkt förslaget och några regioner varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen region avstyrker förslaget. Exempelvis *Region Jönköpings län, Region Kalmar län* och *Västra Götalandsregionen* tillstyrker förslaget och framhåller vikten av förändring eftersom nuvarande system skapar svårigheter både för arbetsgivare och för lärosäte. *Region Värmland* tillstyrker förslaget och betonar att det vore en fördel om antagningsreglerna förändras så att möjligheten för arbetsgivare att rekommendera medarbetare för vidareutbildning i utbildningssystemet ökar utan att det krävs att en extern uppdragsutbildning ska anordnas.

Två tredjedelar av *kommunerna* tillstyrker förslaget och en tredjedel har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. *Malmö stad* tillstyrker förslaget och betonar att genom att regelverket genomlyses på nationell nivå kan en större förutsägbarhet i kompetensförsörjningen skapas.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* har inte lämnat något svar på förslaget och ett tillstyrker förslaget.

*Sveriges kommuner och regioner* tillstyrker förslaget och *Vårdföretagarna* har inte lämnat något svar.

Två tredjedelar av *fackförbunden* och *professionsföreningarna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Några förbund och professioner tillstyrker förslaget och en förening avstyrker förslaget. *Sveriges förenade studentkårer (SFS)*, som avstyrker förslaget, vänder sig mot olika antagningsvillkor för de sökande genom att vissa sökande placeras i en särskild urvalsgrupp, vilket UKÄ också påpekat är särbehandling. SFS ingångsvärde är att antagningssystemet ska vara transparent, förutsägbart och rättvist. SFS anser att det blir bakvänt att ändra antagningssystemet när problemet ligger i att arbetsgivare inte beviljar tjänstledighet för studier och att beskedet kan ges tätt in på terminsstart.

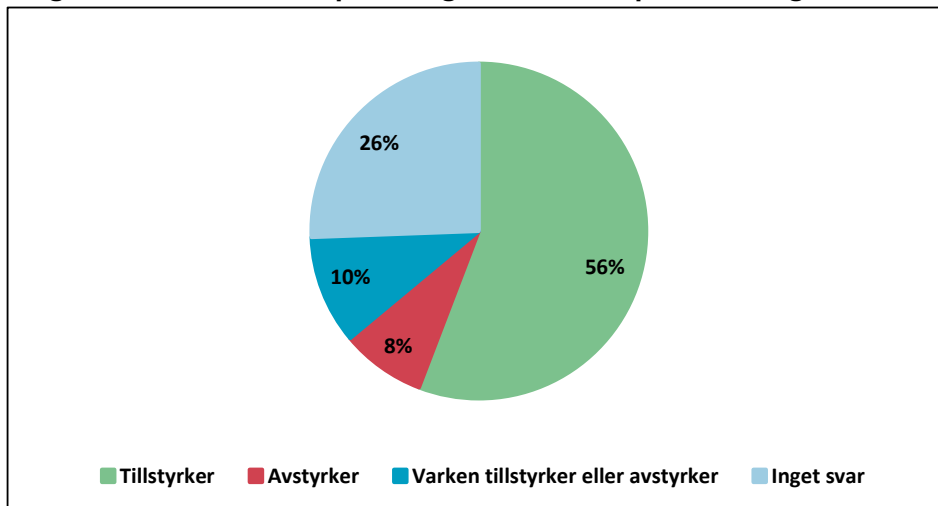
*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.



*Inspektionen för vård och omsorg och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

#### Rådets bedömning

**Diagram 19** Inkomna svar på förslag 5.5.2 fördelat på svarskategori



Drygt hälften av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regeringen bör göra en översyn av regelverket för antagning till specialistsjuksköterskeutbildning (se diagram 19). Nära fyra av tio remissinstanser varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Sju remissinstanser avstyrker förslaget.

Det är främst högskolorna som avstyrker förslaget med motiveringen att förslaget innebär en särbehandling av sökande. Även SFS vänder sig mot förslaget som innebär olika antagningsvillkor för de sökande genom att vissa sökande placeras i en särskild urvalsgrupp. SFS ingångsvärde är att antagningssystemet ska vara transparent, förutsägbart och rättvist.

Rådet anser, givet behovet av specialistutbildade sjuksköterskor i hälso- och sjukvården, att åtgärder behöver 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 bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

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

**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.

Hälften av *högskolorna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Nära hälften av högskolorna tillstyrker förslaget och en högskola avstyrker förslaget. Flera högskolor, exempelvis *Göteborgs universitet, Högskolan i Halmstad, Högskolan i Gävle och Malmö universitet*, ställer sig tveksamma till att förslaget om statlig finansiering av webbplatsen klinisk handledning.se kommer att leda till ökad genomströmning och att handledning inom läkarutbildningen ska utgöra en grund. Göteborgs universitet betonar att det finns en lång tradition och kultur när det gäller att stödja handledare i VFU inom andra professionsutbildningar och att många av dessa olika initiativ troligtvis kan påverka genomströmningen. *Lunds universitet* tillstyrker förslaget men framhåller att genomströmningen inte är ett huvudsakligt problem inom VFU, utan att det stora mervärdet med evidensbaserade handledarmodeller i stället är högre kvalitet i VFU och bättre handledning.

Drygt hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget. Två av tio regioner varken tillstyrker eller avstyrker förslaget och två av tio har inte lämnat något svar. En region avstyrker förslaget. Exempelvis *Region Gävleborg* tillstyrker förslaget och anger att tillgång till ett breddat nationellt kunskapsstöd i arbetet med handledning vid verksamhetsförlagd utbildning är positivt och skulle kunna ge en jämnare kvalitet i handledningen. *Region Gävleborg, Region Uppsala* och *Västra Götalandsregionen* är dock tveksamma till insatsens betydelse för genomströmningen av den verksamhetsförlagda utbildningen. *Region Skåne* avstyrker förslaget och anger att det krävs fler insatser än en långsiktig finansiering av kliniskhandledning.se för att öka genomströmningen.

Merparten av *kommunerna* tillstyrker förslaget. En tredjedel av kommunerna har inte lämnat något svar och en kommun varken tillstyrker eller avstyrker förslaget. *Malmö stad* tillstyrker förslaget och ser positivt på att handledaruppdraget får en tydlig struktur. Malmö stad anser att handledaruppdraget bör ses som en karriärväg inom omsorgsyrken, och ser även att det är fördelaktigt att tydliggöra att utbildningsuppdraget ingår i produktionsuppdraget.

Inget av de *regionala vårdkompetensråden* har lämnat något svar på förslaget.

*Sveriges Kommuner och Regioner* och *Vårdföretagarna* har inte lämnat något svar på förslaget.

Merparten av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget och en fjärdedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. En förening avstyrker förslaget. *Fysioterapeuterna*

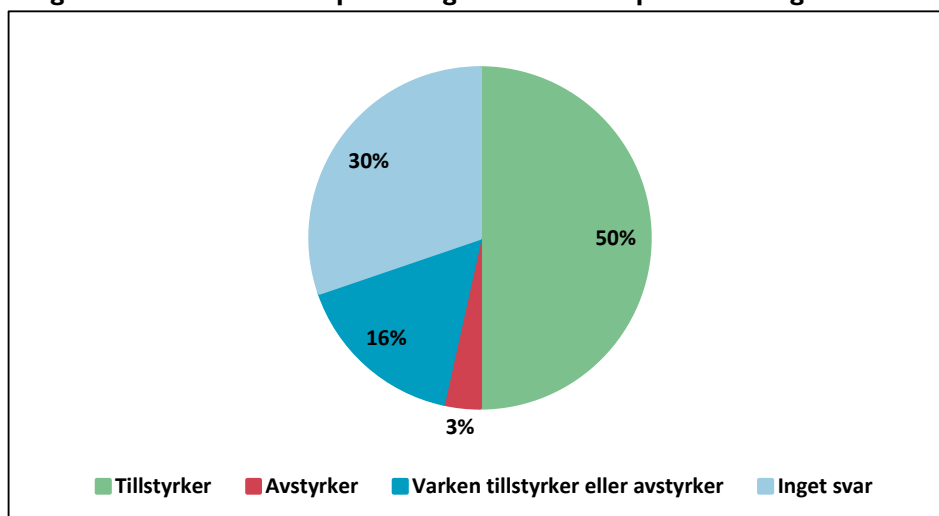
tillstyrker förslaget och önskar att det tydliggörs att alla legitimerade professioner som innefattar klinisk handledning, antingen på grund- eller specialistnivå, ska kunna vända sig till sidan för relevant material. *Sveriges Psykologförbund* tillstyrker förslaget och lyfter att för psykologkåren är det definitivt önskvärt att förbättra förutsättningarna för nationell samverkan kring den kliniska handledningen som sker i vården. *Sveriges förenade studentkårer (SFS)* avstyrker förslaget. SFS anser att det är bättre att ett eller flera lärosäten får i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd, snarare än att webbplatsen *kliniskhandledning.se* breddas. SFS betonar att flera lärosäten redan har utvecklat olika handledarutbildningar med moduler och tillhörande webbsidor och föreslår att ett eller flera av dessa lärosäten tilldelas ett uppdrag.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

### Rådets bedömning

**Diagram 20 Inkomna svar på förslag 5.5.3 fördelat på svarskategori**



Hälften av remissinstanserna tillstyrker förslaget om 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 (se diagram 20). Nära hälften av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Tre remissinstanser avstyrker förslaget.

Regionerna, kommunerna samt fackförbunden och professionsföreningarna tillstyrker till stora delar förslaget, medan högskolorna är mer tveksamma. Framför allt är högskolorna tveksamma till att läkarutbildningen ska utgöra

grund för evidensbaserade handledarutbildningar inom andra professioner. Som framgår av kliniskhandledning.se har webbplatsen utvecklats under 2024. Materialet har anpassats och utökats för att det ska bli användbart för fler målgrupper, handledare inom fler utbildningsprogram och professioner. Exempelvis har modeller och strukturerade aktiviteter skapade av sjuksköterskor tagits fram. Webbplatsen utvecklas kontinuerligt i relation till tillgänglig finansiering.

För att säkra framtidens kompetensförsörjning bedömer rådet att det behövs en utveckling av både kvantitet och kvalitet av verksamhetsförlagd utbildning inom de flesta vårdprofessioner. Rådet bedömer att evidensbaserade handledarmodeller behöver utvecklas för att kunna ge handledning med hög kvalitet och tillräcklig kvantitet för de olika professionsutbildningarna.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

#### Kostnadsneutralitet för studenter vid VFU (5.5.4)

**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.

Drygt hälften av *högskolorna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar och en tredjedel tillstyrker förslaget. Tre högskolor avstyrker förslaget. Flera av de som varken tillstyrker eller avstyrker förslaget anser att högskolorna behöver få ökad ekonomisk ersättning för att kunna tillstyrka förslaget. *Lunds universitet, Stiftelsen Högskolan i Jönköping* och *Örebro universitet* anger att de inte kan tillstyrka förslaget utifrån att det skulle medföra ekonomiska svårigheter.

Tre fjärdedelar av *regionerna* tillstyrker förslaget och en fjärdedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen region avstyrker förslaget. *Region Jönköpings län* och *Region Kronoberg* tillstyrker förslaget och betonar att kostnadsneutralitet är en viktig fråga för att skapa intresse för verksamheter som geografiskt ligger en bit från lärosätet, på orter som ibland har större utmaningar med kompetensförsörjning. *Region Kalmar* tillstyrker förslaget men anser att förslaget bör hanteras på nationell nivå.

Två tredjedelar av *kommunerna* tillstyrker förslaget och en tredjedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. *Mörbylånga kommun* tillstyrker förslaget men anser att frågan bör hanteras på nationell nivå för att främja jämlika villkor för studenterna.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *RVKR Sydöstra*

tillstyrker förslaget men anser att frågan bör hanteras på nationell nivå för att främja jämlika villkor för studenterna.

*Sveriges Kommuner och Regioner* och *Vårdföretagarna* har inte lämnat något svar på förslaget.

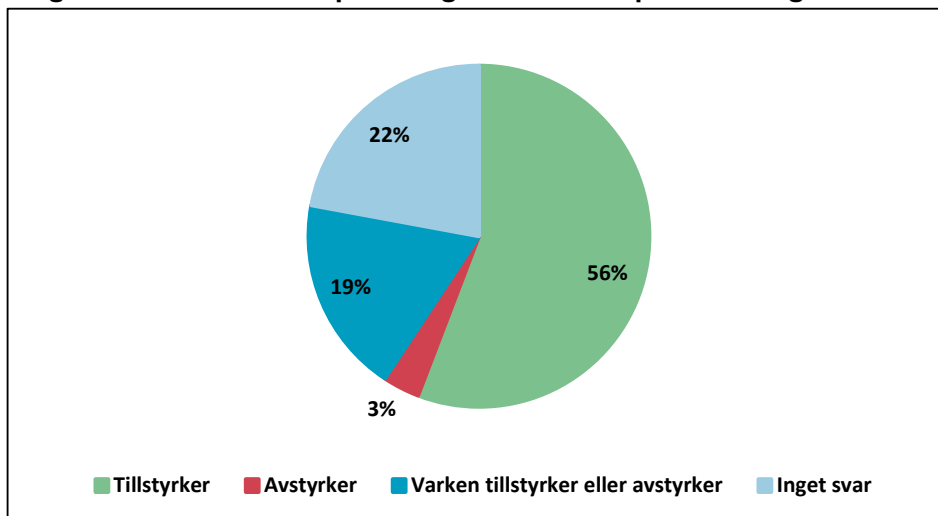
Merparten av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget. Ett fackförbund och en professionsförening har inte lämnat något svar. Inget förbund eller någon av föreningarna avstyrker förslaget. *Sveriges Arbetsterapeuter* tillstyrker förslaget och lyfter att kostnadsneutralitet för studenter i samband med VFU är en faktor som framkommit inom förbundet som en viktig anledning till att fortsätta eller avbryta studier. *Sveriges förenade studentkårer (SFS)* tillstyrker förslaget och lyfter att kostnadsneutralitet bör gälla för VFU-studenter inom alla utbildningsområden.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och *Inspektionen för vård och omsorg* tillstyrker förslaget. *E-hälsomyndigheten* har inte lämnat något svar.

#### Rådets bedömning

**Diagram 21** Inkomna svar på förslag 5.5.4 fördelat på svarskategori



Drygt hälften av remissinstanserna tillstyrker förslaget om 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 (se diagram 21). Nära hälften av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Tre remissinstanser, samtliga högskolor, avstyrker förslaget.

De högskolor som avstyrker förslaget anger som motiv att det skulle medföra ekonomiska svårigheter. Rådet vill betona att förslaget inte utgör ett skall-krav. Som framgår av förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning har rådet inget beslutmandat utan rådets förslag till insatser utgör ett stöd för de ansvariga aktörerna att åstadkomma en förbättrad kompetensförsörjning. Samtidigt anser rådet att det är viktigt att behålla studenterna i hälso- och sjukvårdsutbildningarna. I den strävan bör hinder för detta minimeras. Högskolorna bör därför prioritera i verksamheten för att uppnå kostnadsneutralitet för studenterna under VFU.

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. 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. Därför bedömer rådet att respektive lärosäte bör se över och besluta om principer för kostnadsneutralitet för studenterna vid verksamhetsförlagd utbildning.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

Enhetlighet behövs kring vilka kliniska färdigheter en student bör ha (5.5.5)

**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.

Hälften av *högskolorna* tillstyrker förslaget och hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. Exempelvis *Högskolan i Skövde* tillstyrker förslaget med motivet att en sådan enhetlighet kan säkerställa att alla studenter, oavsett lärosäte, uppfyller en gemensam standard för klinisk kompetens. Högskolan menar att genom att definiera gemensamma krav kan lärosäten säkerställa att alla studenter får en likvärdig och högkvalitativ utbildning. Några remissinstanser, bl.a. *Malmö universitet* och *Uppsala universitet*, lyfter vikten av att inte begränsa lärosätenas möjligheter att själva styra och utforma sin utbildning. *Högskolan i Borås* och *Luleå tekniska universitet* anser att förslaget riskerar att utbildningen blir mer uppgiftsfokuserad. *Högskolan i Dalarna* menar att en lista med detaljerade kliniska moment riskerar att fragmentisera en sjuksköterskas kompetens och skapa minskad flexibilitet i olika situationer och i förhållande till utvecklingen över tid.

De flesta av *regionerna* tillstyrker förslaget och tre av tio varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen region

avstyrker förslaget. Flera av de regioner som tillstyrker förslaget understryker vikten av att de kliniska momenten tas fram i samverkan med berörda aktörer och kliniskt verksamma personer, exempelvis *Region Halland*, *Region Skåne*, *Region Västernorrland* och *Region Östergötland*. Region Östergötland anser att förslaget innebär att det generellt blir tydligare vad medarbetare har för kunskap och färdighet när de påbörjar sin yrkeskarriär och att det kommer att underlätta för regionen att ta emot studerande från andra lärosäten om kraven som ska uppfyllas harmonierar. Region Östergötland framhåller vidare att förslaget ökar tydligheten till verksamheterna, både vid mottagande av studenter och vid nyrekryteringar, och att det för studenterna blir tydligare vad som krävs inför yrkeslivet.

Två tredjedelar av *kommunerna* tillstyrker förslaget och en tredjedel har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. Exempelvis *Eda kommun* tillstyrker förslaget med motivet att det är viktigt att säkerställa att studenter har samma förutsättningar när de går ut i arbetslivet både för dem själva och för patienterna och patientsäkerheten. En jämställd och likartad utbildning gör det enligt kommunen också enklare för vårdgivarna att ta emot nyutbildad personal, även om introduktionen alltid måste vara individanpassad.

Inget av de *regionala vårdkompetensråden* har lämnat något svar på förslaget.

*Sveriges Kommuner och Regioner* har inte lämnat något svar, medan *Vårdföretagarna* tillstyrker förslaget. Vårdföretagarna lyfter att en mer enhetlig profil för vilka kliniska färdigheter som ska ha uppnåtts är något som kan underlätta för de många olika verksamheter där studenterna kan ha sina första arbetsplatser.

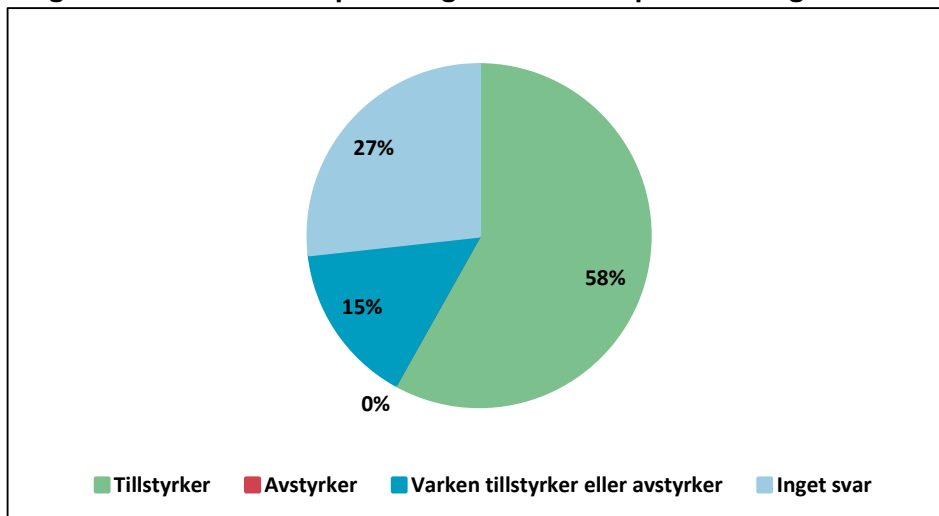
Tre fjärdedelar av *fackförbunden och professionsföreningarna* tillstyrker förslaget och en fjärdedel varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Inget fackförbund eller någon professionsförening avstyrker förslaget.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

## Rådets bedömning

**Diagram 22 Inkomna svar på förslag 5.5.5 fördelat på svarskategori**



Nära sex av tio remissinstans tillstyrker förslaget om att 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 (se diagram 22). Drygt fyra av tio remissinstanser varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen remissinstans avstyrker förslaget.

Det är framför allt regioner och kommuner som är positiva till förslaget, medan högskolorna är mer tveksamma. Högskolorna ser bl.a. risk för att högskolornas autonomi begränsas. Rådet vill betona att förslaget inte utgör ett skall-krav. Som framgår av förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning har rådet inget beslutmandat 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.

Rådet bedömer att lärosäten, på liknande sätt som när det gäller t.ex. 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 nytexaminerad student bör ha. Arbetet bör ta sin utgångspunkt i examensmålen i bilaga 2 i högskoleförordningen (1993:100) och syftar till att tydliggöra målen för examen avseende kliniska färdigheter vid examenstillfället. Genom enhetlighet tydliggörs förväntningarna på de kliniska kunskaperna.



Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

## Förslag till insatser för professorer och andra lärare vid universitet och högskolor

Rådet har lämnat tre förslag till insatser för professorer och andra lärare vid universitet och högskolor (5.6.1–5.6.3).

### Förenade anställningar för fler yrkesgrupper (5.6.1)

**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.

Merparten av *högskolorna* tillstyrker förslaget och några högskolor har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. Exempelvis *Högskolan i Borås* ser förenade anställningar som en brygga mellan klinik och lärosäte och att de är av stor betydelse för upprätthållande av kompetens och undervisningens aktualitet. *Lunds universitet* anser att förslaget bidrar till minskad sårbarhet för utbildningarna och större dynamik med fler möten mellan klinisk erfarenhet och vetenskaplig kunskap. *Mälardalens universitet* framhåller att delade anställningar innebär möjlighet till verksamhetsnära forskning i samverkan med klinisk praxis, vilket bereder väg för kvalitetsutveckling av verksamheten. Flera högskolor som tillstyrker förslaget understryker vikten av överenskommelser om olika arbetsrättsliga förutsättningar för anställningen, såsom pensionsavsättningar, lön, arbetstider, kompetensutveckling, arbetsmiljö med mera. *Karolinska Institutet* ser svårigheter med att förhandla fram motsvarande pensionslösningar som finns i nuläget för andra sektorer och förenade anställningar än de nuvarande. Några högskolor lyfter behovet av finansiering för kostnader relaterat till förenade anställningar.

De flesta av *regionerna* tillstyrker förslaget och ett fåtal regioner har inte lämnat något svar. Ingen region avstyrker förslaget. *Region Dalarna* tror att förenade anställningar kan leda till att kvaliteten ökar i både utbildning, forskning och hälso- och sjukvårdens verksamhet. *Västra Götalandsregionen* ser positivt på förslaget och att det höjer statusen för fler yrken samt påpekar att det är viktigt att det blir reglerat av arbetsmarknadens parter i kollektivavtal avseende bl.a. arbetsvillkor, pensioner och ersättningar. *Region Gävleborg* framhåller vikten av nationell vägledning för hur anställningsvillkor, exempelvis omfattning av anställning i respektive organisation, kan utformas och *Region Jönköpings län* menar att det krävs ett nationellt regelverk för att kunna utveckla arbetet med förenade anställningar. *Region Stockholm* tillstyrker förslaget under förutsättning att ett nationellt regelverk tas fram samt att ambitionshöjningen finansieras.

Drygt hälften av *kommunerna* tillstyrker förslaget och knappt hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. *Stockholms stad* tror att förenade anställningar skulle bidra till att säkerställa god kvalitet i verksamheten och i den verksamhetsförlagda utbildningen samt bidra till kommunens och högskolans kompetensförsörjning.

Fem av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *RVKR Södra* tillstyrker förslaget med motiveringen att det bör öka FoU-kompetensen regionalt och samarbetet med universitet och högskolor, men menar samtidigt att det behövs reglering av anställningarna och kan inte bara skjutas över till arbetsmarknadens parter att lösa.

*Sveriges Kommuner och Regioner* och *Vårdföretagarna* har inte lämnat något svar på förslaget.

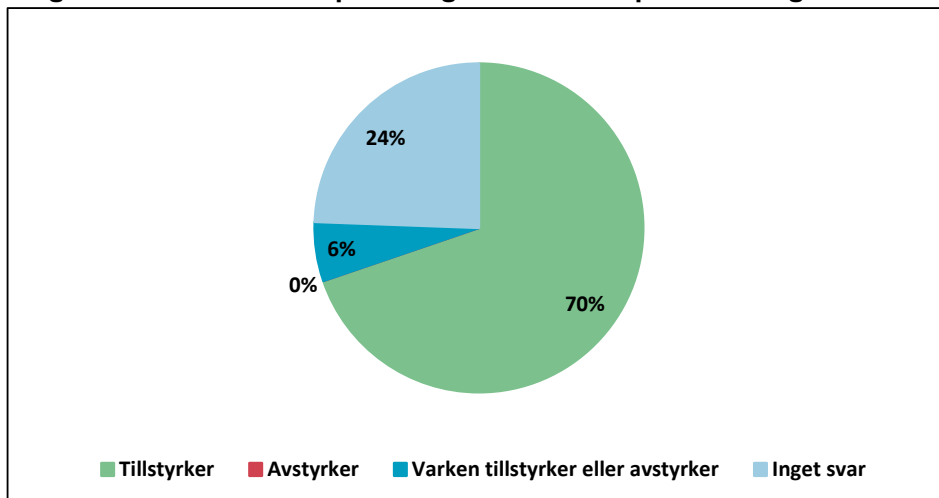
Nästan samtliga *fackförbund och professionsföreningar* tillstyrker förslaget och en har inte lämnat något svar. Inget fackförbund eller professionsförening avstyrker förslaget. *Sveriges Arbetsterapeuter* tycker att det är ett mycket bra förslag och understryker att det är särskilt angeläget på primärvårdsnivå generellt och inom den kommunala hälso- och sjukvården specifikt, eftersom dessa strukturer är nästintill obefintliga där. *Sveriges Förenade Studentkårer* är positiva till förslaget eftersom det gör att lärare och forskare får en verksamhetsnära koppling, vilket är positivt för kvaliteten på utbildningen. *Läkarförbundet* tycker att det är bra att anställningsformen öppnas upp för fler yrkesgrupper men understryker att det inte får leda till konkurrens yrkesgrupper emellan eller eventuella försämringar av läkares anställningsvillkor inom förenad anställning.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

## Rådets bedömning

**Diagram 23 Inkomna svar på förslag 5.6.1 fördelat på svarskategori**



Drygt två tredjedelar av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att universitet och högskolor, regioner och kommuner bör i större utsträckning inrätta förenade anställningar även för andra yrkesgrupper än specialistutbildade läkare och tandläkare (se diagram 23). Nära en tredjedel av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen remissinstans avstyrker förslaget.

Rådet ser positivt på att regeringen i forskningspropositionen för åren 2025–2028, Forskning och innovation för framtid, nyfikenhet och nytta (prop. 2024/25:60), lämnat förslag om att vidga bestämmelserna om förenade anställningar i högskolelagen (1992:1434). Förslaget innebär att begränsningen av vilka sektorer och vilka befattningar som omfattas av möjligheten till förenade anställningar tas bort. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2025.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

### Förenade anställningar även för biträdande lektorer (5.6.2)

**Förslag till insats:** Regeringen bör säkerställa att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelserna om förenad anställning.

Drygt sju av tio *högskolor* tillstyrker förslaget och nära tre av tio varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen högskola avstyrker förslaget. *Göteborgs universitet* instämmer i vikten av att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelser om förenad anställning för att tidigt i karriären få en koppling till högskolans verksamhet och samtidigt kunna upprätthålla klinisk förankring. *Luleå tekniska universitet* anser att förslaget skulle bidra till att öka mobiliteten mellan högskolan och andra sektorer, även tidigt i den akademiska karriären, vilket skulle öka tjänsternas attraktivitet och främja verksamheternas utveckling. *Högskolan i*

*Halmstad* tillstyrker förslaget men understryker samtidigt behovet av att arbetsmarknadens parter kommer överens om arbetsvillkor för denna tjänstekonstruktion.

Hälften av *regionerna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Fyra av tio regioner tillstyrker förslaget. Två regioner avstyrker förslaget. *Region Jönköpings län* och *Region Kalmar län* avstyrker förslaget med motiveringen att det finns en risk för att attraktiviteten minskar för denna typ av tjänster om även biträdande lektorer innefattas. *Region Östergötland* tillstyrker förslaget med motiveringen att det kan främja utvecklingen av yngre forskare och utbildare.

Drygt hälften av *kommunerna* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar och nära hälften tillstyrker förslaget. Ingen kommun avstyrker förslaget.

Samtliga *regionala vårdkompetensråd* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar.

*Sveriges Kommuner och Regioner*, liksom *Vårdföretagarna*, har inte lämnat något svar på förslaget.

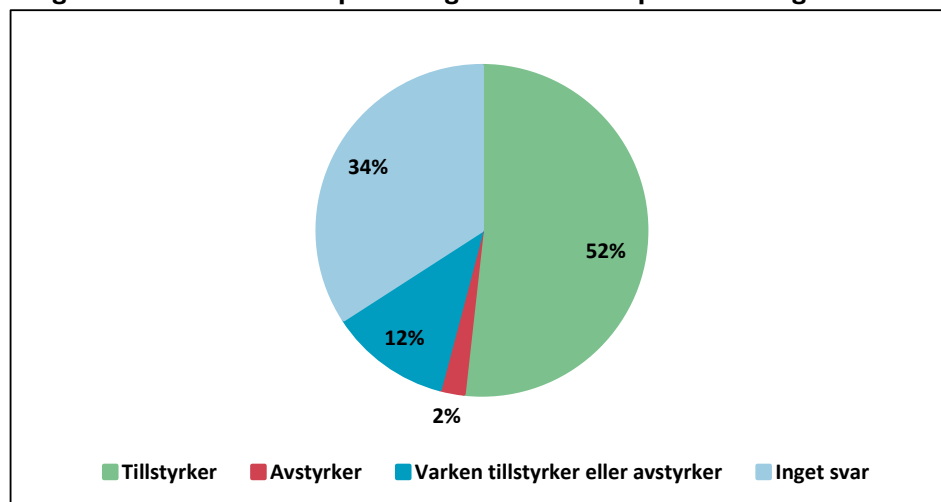
Merparten av *fackförbunden* och *professionsföreningarna* tillstyrker förslaget och ett fåtal har inte lämnat något svar. Inget fackförbund eller professionsförening har avstyrkt förslaget.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

#### Rådets kommentar

**Diagram 24 Inkomna svar på förslag 5.6.2 fördelat på svarskategori**



Drygt hälften av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regeringen bör säkerställa att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelserna om förenad anställning (se diagram 24). Nära hälften av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Två remissinstanser avstyrker förslaget.

Rådet ser positivt på att regeringen i forskningspropositionen för åren 2025–2028, Forskning och innovation för framtid, nyfikenhet och nytta (prop. 2024/25:60), lämnat förslag om att vidga bestämmelserna om förenade anställningar i högskolelagen (1992:1434). Förslaget innebär att begränsningen av vilka sektorer och vilka befattningar som omfattas av möjligheten till förenade anställningar tas bort. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2025.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå till dess att riksdagen har fattat beslut om en eventuell lagändring i enlighet med regeringens förslag i forskningspropositionen för åren 2025–2028 (prop. 2024/25:60).

#### Satsning på forskarskolor där forskningen är underdimensionerad (5.6.3)

**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.

Nästan alla *högskolor* tillstyrker förslaget. Två högskolor har inte lämnat något svar och en högskola avstyrker förslaget. Flera högskolor betonar vikten av hållbara satsningar som även omfattar kommunala huvudmän samt att forskarskolor bör vara öppna för en bredd av utbildningar. *Örebro universitet*s erfarenhet är att forskarskolor med fördel kan organiseras tvärvetenskapligt och multiprofessionellt där doktorander rekryterats brett inom olika ämnesområden och samläser kurser på forskarutbildningsnivå. *Karolinska institutet* poängterar att det som avses med underdimensionerad forskning i detta sammanhang är att det behövs fler disputerade lärare och att det krävs finansiering av doktorandanställningar för att resultat ska kunna genereras, t.ex. i form av forskarskolor. *Högskolan Dalarna* som avstyrker förslaget ser en risk i att regeringen kan komma att få stor kontroll över forskningsfrågorna och att den akademiska friheten därmed kan äventyras.

Drygt hälften av *regionerna* tillstyrker förslaget. Nära hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen region avstyrker förslaget. *Region Sörmland* anser att förflyttningen mot nära vård ger behov av klinisk och patientnära forskning i primärvård och allmänmedicin. *Region Värmland* anser att förslaget är särskilt relevant för icke-universitetsregioner/sjukhus och att satsningar bör ske i samverkan mellan akademi och hälso- och sjukvården, med målsättning att stärka den vetenskapliga kompetensen i regioner och kommuner. *Region Gävleborg* betonar att förslaget är särskilt relevant för medellånga utbildningar inom

omvårdnad och primärvård, där det finns ett identifierat behov av fler forskarutbildade och handledare. *Region Östergötland* betonar att finansiering bör knytas till var hälso- och sjukvården har framtida behov av nya kompetenser snarare än var det är underdimensionerat.

Hälften av *kommunerna* tillstyrker förslaget och hälften varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ingen kommun avstyrker förslaget. *Malmö stad* lyfter fram geriatrik som ett särskilt betydelsefullt forskningsområde.

Fyra av de sex *regionala vårdkompetensråden (RVKR)* varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ett RVKR tillstyrker förslaget och ett avstyrker förslaget. *RVKR Södra*, som tillstyrker förslaget, betonar vikten av att öppna upp för en bredd av utbildningar och tvärvetenskapliga satsningar. *RVKR Norra*, som avstyrker förslaget, bedömer att det finns många andra aspekter som skulle ha större betydelse för kompetensförsörjningen.

*Sveriges Kommuner och Regioner* tillstyrker förslaget och betonar vikten av att det bedrivs klinisk och patientnära forskning i primärvård och allmänmedicin. *Vårdföretagarna* har inte lämnat något svar.

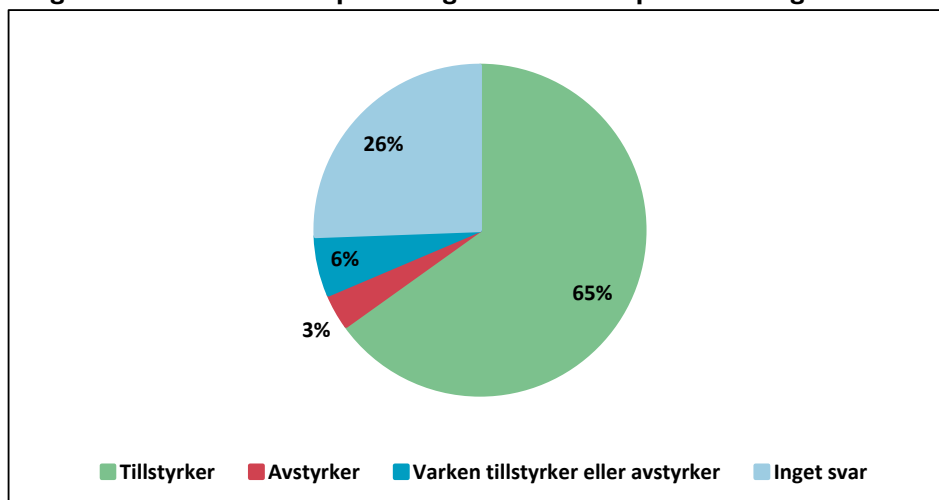
De flesta *fackförbund* och *professionsföreningar* tillstyrker förslaget. Ett fåtal varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. *Sveriges Tandläkarförbund* ser detta förslag som särskilt viktigt eftersom lärarkåren på tandläkarutbildningen står inför stora pensionsavgångar samtidigt som återväxten av lärare/forskare är låg. *Svensk sjuksköterskeförening* anser att det behövs öronmärkta platser för omvårdnadsforskning för att intentionen om ett ökat antal disputerade sjuksköterskor ska uppfyllas. *Svenska Läkaresällskapet* betonar vikten av långsiktigt stöd och identifierar primärvården som ett område där förutsättningarna för att bedriva forskning behöver förbättras.

*Funktionsrätt Sverige* har inte lämnat något svar på förslaget.

*Inspektionen för vård och omsorg* och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget, medan *E-hälsomyndigheten* inte har lämnat något svar.

## Rådets bedömning

Diagram 25 Inkomna svar på förslag 5.6.3 fördelat på svarskategori



Merparten av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att regeringen bör säkerställa en långsiktig finansiering av forskarskolor med inriktningar mot särskilda områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad (se diagram 25). Nära en tredjedel av remissinstanserna varken tillstyrker eller avstyrker förslaget eller har inte lämnat något svar. Ett fåtal remissinstanser avstyrker förslaget.

Merparten av remissinstanserna instämmer i att en långsiktig finansiering av forskarskolor kan vara värdefullt för att säkerställa kompetensförsörjning inom områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad. Flera högskolor betonar vikten av hållbara satsningar som även omfattar kommunala huvudmän samt att forskarskolor bör vara öppna för en bredd av utbildningar. Områden som lyfts fram som särskilt relevanta för forskarskolor är primärvård, allmänmedicin, omvårdnad och geriatrik.

Rådet bedömer att en långsiktig finansiering av forskarskolor med inriktningar mot särskilda områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad är ett bra sätt att öka medverkan i forskning och lägga grund för tillväxt av lärare.

Rådet bedömer att förslaget till insats bör kvarstå.

## 2.3 Rådets sammantagna bedömning av lämnade synpunkter

Rådet har haft i uppdrag av regeringen att lämna förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Av de 110 berörda aktörer som fick förslag till nationell plan på remiss inkom 89 (81 procent) med svar, varav 3 avstod från att lämna synpunkter. Därutöver

inkom 10 spontana remissvar från olika föreningar. Merparten av remissinstanserna tillstyrker de flesta av de 25 förslagen till insatser. Förslagen till insatser presenterades i november 2023 och förankringen har sedan dess pågått med berörda aktörer. Nationella vårdkompetensrådet bedömer att de 25 förslag till insatser som rådet föreslagit för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning bör kvarstå och bedömer att regeringen bör besluta om den nationella planen.

Personalen är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs och enligt bestämmelser i lag ska vården bl.a. vara jämlik samt att det ska finnas den personal som krävs för en god vård. Förslagen i planen bedöms få positiv inverkan på alla delar av vårdens kompetensförsörjning. Förslagen är framtagna som en helhet och är i viss mån beroende av varandra. 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.

Av inkomna remissvar framgår att remissinstanserna i flera fall tolkar förslagen till insatser som att de är nationellt styrande och riskerar att begränsa det kommunala självstyret eller högskolornas autonomi. Som framgår av instruktionen för Socialstyrelsen<sup>3</sup> är Nationella vårdkompetensrådet ett rådgivande organ och har därmed inget beslutsmandat. Befintliga beslutsstrukturer för högskolor och hälso- och sjukvårdens huvudmän ligger således fast och ingen förändring i regler om styrning ändras till följd av den nationella planen. Förslagen till insatser i planen syftar till att utgöra ett stöd för de ansvariga aktörerna att åstadkomma en förbättrad kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården vilket, som nämns ovan, är det uppdrag som givits till rådet från regeringen.

Vissa remissinstanser uttrycker att den nationella planens status är oklar. Rådet har haft i uppdrag av regeringen att ta fram förslag till en nationell plan, som blir gällande när regeringen fattat ett beslut om planen. Det gäller även de förslag till insatser där regeringen är utsedd som utförare och behöver genomföra insatserna. De förslag till insatser som riktar sig till regioner, kommuner och högskolor behöver på samma sätt beslutas av respektive aktör för att kunna genomföras. Förutsättningarna för och hur långt aktörerna kommit i arbetet med att förbättra kompetensförsörjningen ser naturligtvis olika ut. De 25 förslagen utgår från en helhet för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i hela Sverige. De berörda aktörerna har möjlighet att välja vilka insatser som passar dem bäst utifrån förutsättningar och var de befinner sig i arbetet med kompetensförsörjningen.

---

<sup>3</sup> Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.



Enligt rådets förslag till en nationell plan bör rådets stöd till berörda aktörer bl.a. ske genom en årlig uppföljning i form av en nationell sammanställning av hur arbetet med de 25 förslagen till insatser bedrivs i respektive ansvarig organisation. Flera remissinstanser ifrågasätter en uppföljning av den nationella planen, främst med motivet att det riskerar att öka den administrativa bördan för berörda aktörer. Rådet har sedan det bildades haft i uppdrag av regeringen att föreslå insatser för att stärka kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. 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 anser rådet därför att de föreslagna insatserna bör följas upp systematiskt inom ramen för den nationella planen. Arbetet med uppföljningen kommer att behöva utvecklas vartefter planarbetet fortskrider. I förslaget till nationell plan bedömer rådet att uppföljningen inledningsvis 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 ett viktigt stöd för både ledning och personal att se till att en förflyttning sker i arbetet med planeringen av kompetensförsörjningen, vilket bl.a. kan stärka attraktionskraften för arbete i hälso- och sjukvården. Uppföljningen kommer enligt rådets bedömning inte att öka den administrativa bördan för berörda aktörer, utan att följas av rådet utifrån offentliga och beslutade styrdokument inom respektive aktörs organisationer.

Rådet tolkar remissvaren som att remissinstanserna efterfrågar stöd. Samtidigt indikerar svaren att de berörda aktörerna inte vill bli föremål för en ökad statlig styrning. I vissa fall anser berörda aktörer att förslagen till insatser är för detaljstyrande, och i andra fall efterfrågas i stället ytterligare information och stöd om hur insatserna ska implementeras och tillämpas. Rådet har valt att inte ange hur insatserna ska genomföras eftersom berörda aktörer är självstyrande och äger frågan om hur de ska besluta om vägen framåt för att åstadkomma en förbättrad kompetensförsörjning.

Intressant att notera är också att remissinstanserna trots samma motivering, t.ex. att man redan arbetar med insatsen, både kan landa i att det aktuella förslaget tillstyrks och att det avstyrks.

Liksom framkom vid remissmötet den 20 september 2024 framgår av de inkomna remissvaren att det finns olika synpunkter på antalet förslag. Vissa aktörer tycker att antalet förslag bör minskas eller sammanföras, medan andra vill att fler områden ska inkluderas i planen.

### 3. Den nationella planens bidrag till att stärka tillgänglighet samt civil beredskap

Nationella vårdkompetensrådet har haft i uppdrag av regeringen att ta fram förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och har fått ett förlängt uppdrag som bl.a. innebär att rådet ska säkerställa att den nationella planen bidrar till att stärka tillgängligheten och vårdkapaciteten på nationell nivå, exempelvis i fråga om väntetider, antalet disponibla vårdplatser och beläggningsgrad.

I avsnitt 3.1 redovisas reglering, nuläge samt statliga initiativ och Socialstyrelsens pågående arbete när det gäller tillgänglighet och vårdkapacitet. I avsnitt 3.2 redovisas på en övergripande nivå hur krisberedskap och civilt försvar är reglerat och organiserat i Sverige, med fokus på hälso- och sjukvård. Därutöver redovisas lämnade förslag och pågående utredningar avseende personalförstärkning inom hälso- och sjukvården under kris och krig, utbildning och övning i katastrofmedicin samt återinförande av civilplikt. I avsnitt 3.3 lämnar rådet sin bedömning av om förslaget till nationell plan bidrar till att stärka vårdens tillgänglighet och kapacitet samt civila beredskap.

#### 3.1. Vårdens tillgänglighet och kapacitet

##### 3.1.1. Bakgrund

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, anges att hälso- och sjukvårdsverksamheter ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Ett av kriterierna för god vård är att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.<sup>4</sup> Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården<sup>5</sup>. Enligt HSL ansvarar regionerna och till viss del även kommunerna för att erbjuda en god hälso- och sjukvård<sup>6</sup>. Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges<sup>7</sup>. Staten har samtidigt ett övergripande ansvar för vården och behöver kunna följa att utvecklingen går åt rätt håll<sup>8</sup>.

Svensk hälso- och sjukvård har generellt sett goda hälsoutfall och befolkningen lever allt längre, exempelvis är Sverige ett av de europeiska

---

<sup>4</sup> 5 kap. 1 § HSL.

<sup>5</sup> 3 kap. 1 § andra stycket HSL.

<sup>6</sup> 8 kap 1 § och 12 kap § 1 HSL.

<sup>7</sup> 5 kap. 2 § HSL.

<sup>8</sup> Prop. 2019/20:1. utgiftsområde 9.

länder med högst överlevnad i cancer. Dödligheten i sjukdomar som hälso- och sjukvården kan påverka har minskat över tid och är relativt låg i internationell jämförelse.<sup>9 10</sup> Trots att svensk hälso- och sjukvård håller hög medicinsk kvalitet har långa väntetider inom svensk hälso- och sjukvård rapporterats av Socialstyrelsen sedan 1960-talet<sup>11 12</sup>. Hur länge en patient som längst ska behöva vänta på vård har varit författningsreglerat genom vårdgarantin sedan 2010. År 2019 fick vårdgarantin sin nuvarande form som kan sammanfattas med 0-3-90-90, vilket anger den yttersta tidsgränsen för vård i antal dagar i fyra delar av vårdkedjan.<sup>13</sup>

Den så kallade Tillgänglighetsdelegationen jämförde i sitt delbetänkande utvecklingen under åren 2012 till 2021 gällande första besök i specialiserad vård inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården. Utredningen konstaterade att andelen patienter som erhållit sitt besök inom den tiden har sjunkit för varje år.<sup>14</sup> Covid-19-pandemin medförde i sin tur ytterligare utmaningar gällande tillgänglighet och vårdkapacitet<sup>15</sup>. Tillgänglighetsdelegationen noterade i sitt slutbetänkande att vårdgarantins gränser verkar ha kommit att ses som mål att sträva efter, snarare än som de yttersta tidsramar inom vilka medicinska prioriteringar ska göras<sup>16</sup>. Regeringen tillsatte i maj 2024 en utredning med uppgift att analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården. Utredningen ska bl.a. även lämna förslag på statliga engångsinsatser som syftar till att korta väntetiderna.<sup>17</sup>

Gällande väntetider inom vården så ser utvecklingen olika ut mellan olika typer av verksamheter. Inom specialistvården har verksamhetsområdet ortopedi flest väntande till en operation eller åtgärd, följt av öron-näsahalssjukvård, allmän kirurgi, ögonsjukvård, kvinnosjukvård och allmän psykiatri. Minst antal väntande finns inom områdena neurokirurgi, kärllkirurgi och barn- och ungdomsmedicin.<sup>18</sup> Skillnader i väntetider mellan regionerna och mellan olika delar av hälso- och sjukvården är också stora<sup>19</sup>. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyfter i den återkommande rapporten Vården ur befolkningens perspektiv att inom områdena

<sup>9</sup> Socialstyrelsen (2023). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård.

<sup>10</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022:3). Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.

<sup>11</sup> Socialstyrelsen (2018). Tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

<sup>12</sup> Socialstyrelsen (2024). Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning.

<sup>13</sup> 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Kontakt med primärvården samma dag (tillgänglighetsgaranti). Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar (bedömningsgaranti). Besök i specialistvården inom 90 dagar (besöksgaranti). Planerad vård eller behandling i specialistvården inom 90 dagar (behandlingsgaranti).

<sup>14</sup> SOU 2021:59. Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan

<sup>15</sup> Socialstyrelsen (2023). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård.

<sup>16</sup> SOU 2022:22 Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram.

<sup>17</sup> Dir. 2024:50. Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet.

<sup>18</sup> Sveriges Kommuner och Regioner (2022). Fakta om väntetider i vården.

<sup>19</sup> Socialstyrelsen (2024). Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning.

tillgänglighet, kontinuitet och personcentrering har Sverige fortsatt svagare resultat i jämförelse med andra länder. Rapporten visar på att väntetiderna till den specialiserade vården har blivit kortare sedan år 2020, men att tillgängligheten till vård på kvällar och helger samt möjligheten till svar samma dag vid kontakt med vårdcentralen har försämrats. Rapporten lyfter även att personer med utländsk bakgrund ofta får vänta längre på vård och avstår från vård på grund av kostnaden oftare än personer med svensk bakgrund. Vidare framgår att personer med dålig hälsa, kroniska sjukdomar och diagnostiserad psykisk ohälsa upplever längre väntetider och oftare avstår från vård på grund av kostnaden jämfört med personer med god hälsa.<sup>20</sup>

Myndigheter såsom Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har lyft att tillgänglighet till vård är ett brett begrepp, som innefattar många fler delar än väntetid. Exempelvis handlar det även om bemötande, kostnader, öppettider, fysisk tillgänglighet, kontinuitet och samordning, delgivning av information och kompetens hos vårdpersonal.<sup>21 22</sup> Att öka tillgängligheten till vården har av Socialstyrelsen betonats vara en komplex fråga som påverkas av många olika faktorer, alltifrån hur vården är organiserad till vilken kompetens som finns att tillgå och hur den kompetensen nyttjas i vården<sup>23</sup>. Myndigheten lyfter även att svensk hälso- och sjukvård står inför utmaningar relaterat till kompetensförsörjning och bristande tillgänglighet kopplat till brist på disponibla vårdplatser<sup>24</sup>.

### 3.1.2. Statliga initiativ för en ökad tillgänglighet

En förbättring av vårdens tillgänglighet och kortare väntetider har varit fokus för statliga insatser under de senaste decennierna. Det har inkluderat ändrad lagstiftning, ökad nationell uppföljning av väntetider samt styrning via överenskommelser mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och staten. Sedan 2008 har överenskommelser ingåtts i syfte att öka tillgängligheten och korta väntetiderna i hälso- och sjukvården. Inom den specialiserade vården ingicks en överenskommelse om en s.k. kömiljard för åren 2009–2014. Kömiljarden innebar att prestationsbaserad ersättning utgick till regioner som uppfyllde krav som var kopplade till vårdgarantin. År 2019 ingick regeringen och SKR en överenskommelse om en uppdaterad kömiljard. Vårdgarantin utgjorde grunden, men överenskommelsen satte även upp fler mål för ökad tillgänglighet.<sup>25</sup> Från 2020 har regeringen och SKR årligen ingått överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och

<sup>20</sup> Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2024:3). Vården ur befolkningens perspektiv.

<sup>21</sup> Socialstyrelsen (2018). Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

<sup>22</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015:5). Varierande väntan på vård.

<sup>23</sup> Socialstyrelsen (2024). Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

<sup>24</sup> Socialstyrelsen (2023). Riktvärden för beläggningsgrader och vårdplatser.

<sup>25</sup> Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Regioner. Överenskommelse om en ny, uppdaterad kömiljard (S2019/02871).

sjukvården. 2024 års överenskommelse innefattar insatser inom sju fokusområden: nationell vårdförmedling för kortare köer, vårdplatser, kompetensförsörjning, förvaltning av register och modeller för datainsamling och information, innovativa arbetssätt och försöksverksamhet, regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet och barn- och ungdomspsykiatri<sup>26</sup>. Staten och SKR har även ingått överenskommelser inom andra områden med betydelse för tillgängligheten inom hälso- och sjukvården<sup>27</sup>. Regeringen har även genomfört satsningar i syfte att öka tillgängligheten inom hälso- och sjukvården, där exempelvis Socialstyrelsen har ett uppdrag att fördela, betala ut och följa upp prestationsbaserade medel till regionerna för att öka antalet disponibla vårdplatser (S2023/00680).

Gällande statens satsningar för att korta väntetiderna i vården så granskade Riksrevisionen statens styrning genom vårdgarantin, den första kömiljarden samt standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Riksrevisionens slutsatser var att vårdgarantin och kömiljarden inte har haft någon tydlig, långvarig effekt på väntetiderna. Myndigheten lyfte att vissa delar av standardiserade vårdförlopp har fungerat bättre då de lett till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser, men att det även ledde till undanträngningseffekter för patienter med större vårdbehov.<sup>28</sup>

### 3.1.3. Socialstyrelsens pågående arbete inom tillgänglighet och vårdkapacitet

Socialstyrelsen fick i mars 2022 regeringens uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, med fokus på väntetider och vårdköer<sup>29</sup>. Socialstyrelsen har även haft flera parallella regeringsuppdrag om tillgänglighet som handlar om att utveckla, stödja och stimulera i frågor om väntetidsdata, vårdplatser och vårdplatsdata, vårdsöksystem, produktions- och kapacitetsplanering och kapacitetsstyrning samt dialog och uppföljning<sup>30</sup>.

Socialstyrelsen fick 2022 i uppdrag av regeringen att bl.a. stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering och lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser. Den första delredovisningen innehöll förslag på vilken information om tillgänglig vårdkapacitet som är relevant och lämplig att presentera publikt, t.ex. som en del i ett nationellt

---

<sup>26</sup> Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Regioner. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024 (S2023/03331).

<sup>27</sup> Däribland överenskommelserna God och nära vård, Psykisk hälsa och suicidprevention, Förlossningsvård och kvinnors hälsa, och Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider.

<sup>28</sup> Riksrevisionen (2023:12). I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer.

<sup>29</sup> Socialstyrelsen (2022). Socialstyrelsens plan för att följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

<sup>30</sup> Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/](http://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/), hämtad 2024-08-26.

vårdsökssystem. En andra delredovisning lämnades den 31 maj 2023. Denna innehöll förslag på riktvärden för antalet vårdplatser och genomsnittlig beläggningsgrad, och syftade till att stärka strategisk verksamhetsplanering för att minska bristen på disponibla vårdplatser samt öka tillgänglighet och patientsäkerhet. Enligt Socialstyrelsens skattningar uppgick bristen på antalet vårdplatser till cirka 2 230 under 2023. Myndigheten lyfte vidare att vårdplatsbristen ofta leder till bl.a. bristande tillgänglighet, patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljöproblem.<sup>31</sup>

Socialstyrelsen har därefter, på regeringens uppdrag, lämnat förslag till en nationell handlingsplan för att minska bristen på vårdplatser. Totalt innehåller planen 160 insatser riktade till olika aktörer. Av dessa gäller 104 insatser somatisk vård och 56 psykiatrisk och rättspsykiatrisk vård. Flera av insatserna som riktar sig till regionerna berör personal och kompetensförsörjning, t.ex. lämnas förslag om att utveckla arbetsmiljöinsatser för att rekrytera och behålla medarbetare, i högre grad använda rotations-/kombinationstjänster, vilket innebär att medarbetare regelbundet och systematiskt tjänstgör inom såväl öppen som sluten vård samt i lägre grad erbjuda tjänster endast dagtid. För personal med administrativa tjänster lämnas förslag om att kombinera arbetet med klinisk tjänstgöring i verksamheter där det finns vårdplatsbrist och att regioner genomför insatser kopplat till karriärvägar i syfte att minska bristen på vårdplatser, genom t.ex. stärkta villkor för arbete i 24/7-verksamhet. Planen lämnar även förslag inom bl.a. arbetssätt och uppgiftsväxling, exempelvis om arbetssätt för att sambemanna och/eller samlokalisera vårdavdelningar med omvårdnadspersonal, införa teambaserade arbetssätt, växla uppgifter från de yrkesgrupper som det råder mest brist på i uttalat syfte att öppna fler vårdplatser, exempelvis genom uppgiftsväxling till servicemedarbetare, sjukhusfarmaceuter och vårdadministratörer. Till regioner i samverkan lämnas förslag om att ta fram exempel på lämpliga uppgifter att växla mellan yrkesgrupper.<sup>32</sup>

Socialstyrelsen fick 2022 även i uppdrag av regeringen att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering. I uppdraget ingick bl.a. att utveckla metodstöd och stödja regionerna i deras arbete med att implementera produktions- och kapacitetsplanering och att stödja en samordning av regionernas produktions- och kapacitetsplanering såväl inom som mellan regioner, med fokus på att regionerna ska kunna inrätta ett ändamålsenligt antal vårdplatser. Produktions- och kapacitetsstyrning handlar om att skapa förutsättningar för att vårdens kapacitet matchas mot rådande vårdbehov. I det ingår t.ex. att kartlägga den kapacitet som finns inom organisationen, löpande och strategiskt fatta beslut om resursfördelning, prioriteringar och arbetssätt för att matcha vårdbehov mot

---

<sup>31</sup> Socialstyrelsen (2023). Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser.

<sup>32</sup> Socialstyrelsen (2024). Plats för vård.

kapacitet, utifrån nuvarande resurser och över tid varierande vårdbehov. Produktions- och kapacitetsplanering har även lyfts av Socialstyrelsen som en förutsättning för att kunna skala upp och ha beredskap vid t.ex. maskadehändelser eller andra akuta situationer med kraftigt ökat vårdbehov.<sup>33</sup> Inom produktions- och kapacitetstyrning ingår t.ex. balanserade produktionsplaner och schema, samt kontinuerlig uppföljning och utveckling av planering och prognoser från övergripande strategisk nivå ner till operativ nivå inom organisationen. Socialstyrelsen har tagit fram stöd till regionerna i produktions- och kapacitetstyrning i form av en plattform med nätverk för lärande och samverkan mellan regionerna samt webbaserade metodstöd.<sup>34</sup>

I maj 2024 gav regeringen två uppdrag till Socialstyrelsen. Det ena handlar om att stärka vårdkapaciteten i landet<sup>35</sup>. I uppdraget ingår bl.a. att ge fortsatt stöd till regionerna med produktions- och kapacitetsstyrning för att uppnå nationella riktvärden för vårdplatser och beläggningsgrad, samverkan mellan regioner för att öka tillgängligheten och uppfylla de nationella riktvärdena, att myndigheten tillsammans med regionerna definierar gemensamma mål för beläggningsgrad och vårdkapacitet, anpassade för olika verksamheter och geografiska förutsättningar, uppföljning och mätning av vårdkapacitet, inklusive tillgänglighet, väntetider och antalet vårdplatser samt att följa behovet av personalresurser och främja en hållbar personalförsörjning. En delredovisning med plan för myndighetens arbete med uppdraget lämnades i november 2024<sup>36</sup>. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 oktober 2027. Det andra uppdraget handlar om att Socialstyrelsen ska följa regionernas arbete enligt överenskommelsen mellan staten och SKR om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården samt göra en bedömning av regionernas respektive insatser inom ramen för både 2023 och 2024 års överenskommelser. Senast den 31 mars 2025 ska detta uppdrag slutredovisas.<sup>37</sup>

Regeringen gav i juni 2023 Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten i uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling. Regeringens syfte med en nationell vårdförmedling är enligt uppdraget att korta köerna inom hälso- och sjukvården. Nationell vårdförmedling innebär att väntande patienter erbjuds vård hos en annan vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider oavsett var i landet

---

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> Socialstyrelsen (2024). Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning.

<sup>35</sup> Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå (S2024/01058).

<sup>36</sup> Socialstyrelsen (2024). Socialstyrelsens plan för arbetet med tillgänglighet och vårdkapacitet.

<sup>37</sup> Uppdrag att följa och bedöma regionernas arbete i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S2024/01059).

denna vårdgivare finns. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2025.<sup>38</sup>

### Exempel på regionala insatser för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har i uppdrag att strategiskt och långsiktigt följa upp hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, vilket bl.a. sker genom strategiska dialoger mellan myndigheten och regionerna. I dialogerna har regionerna lyft att kompetensförsörjningen är en av de mest avgörande faktorerna för att kunna uppnå en god tillgänglighet, där utmaningar i kompetensförsörjningen bl.a. leder till en ansträngd vårdplatssituation eller försvårar tillgänglighetsarbetet generellt.<sup>39</sup>

Exempel på insatser som regionerna har lyft fram inom ramen för Socialstyrelsens dialoger, i syfte att förbättra kompetensförsörjningen och därigenom tillgängligheten, är att flera regioner har utökat antalet ST-tjänster och antalet handledare för ST-läkare för att på så vis kunna öka antalet ST-tjänster. Andra exempel på insatser i regionerna för att öka tillgängligheten är att hitta former för regelbunden samverkan och hitta sätt för medarbetare att hjälpas åt i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet, exempelvis i relation till hälso- och sjukvården som bedrivs av kommunerna. Det kan även handla om att skapa effektivare arbetsätt för att använda de befintliga resurserna ändamålsenligt. Som exempel på detta har man i flera regioner inrättat eller har som pågående projekt att inrätta ett vårdgarantikansli eller motsvarande för att kontakta patienter och hålla information om köerna i vården uppdaterade och aktuella. Ytterligare exempel på pågående tillgänglighetsarbete som framkommit inom ramen för Socialstyrelsens dialoger är regionernas fortsatta arbete med digitala lösningar i form av videomöten och chattfunktioner, särskilt inom primärvården. Exempelvis har Region Västerbotten initierat ett samarbete med en vårdcentral i Region Stockholm, där de i Stockholm baserade läkarna arbetar som digital läkarkontakt samtidigt som de vid exempelvis högsäsong närvarar på plats inom vården i Region Västerbotten.<sup>40</sup>

## 3.2. Krisberedskap och civilt försvar inom hälso- och sjukvård

I detta avsnitt redovisas på en övergripande nivå hur krisberedskap och civilt försvar är reglerat och organiserat i Sverige, med fokus på hälso- och sjukvård. Därutöver redovisas lämnade förslag och pågående utredningar

---

<sup>38</sup> Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling (S2023/02117).

<sup>39</sup> Socialstyrelsen (2024). Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

<sup>40</sup> Ibid.



med koppling till krisberedskap och civilt försvar inom hälso- och sjukvården. Avsnittet avslutas med rådets bedömningar.

### 3.2.1. Bakgrund

Fram till kalla krigets slut bedrevs i Sverige ett omfattande arbete inom ramen för det civila försvaret. Som en konsekvens av det förbättrade säkerhetspolitiska läget i slutet av 1980-talet började det civila försvaret under 1990-talet att avvecklas, liksom stora delar av planeringen för höjd beredskap och då ytterst krig. Resurser som tidigare lagts på det nationella försvaret omdirigerades till internationella fredsfrämjande och humanitära insatser och till att stärka förmågan att förebygga och hantera svåra påfrestningar på samhället i fred.<sup>41</sup>

I dag präglas det globala säkerhetsläget åter av instabilitet och oförutsägbarhet och det säkerhetspolitiska läget i Sveriges närområde och i Europa har försämrats. Planeringen för totalförsvaret har därför sedan det försvarspolitiska inriktningsbeslutet 2015 återupptagits och i riksdagens beslut om inriktningen för totalförsvaret åren 2021–2025 betonas vikten av att arbetet med att stärka det civila försvaret vidareutvecklas.<sup>42</sup>

En viktig del av att stärka det civila försvaret är att skapa tydliga lednings- och ansvarsförhållanden för att åstadkomma samordning såväl inom det civila försvaret som mellan det civila och det militära försvaret. Detta betonades av Försvarsberedningen i rapporten Motståndskraft – inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025 (Ds 2017:66).<sup>43</sup>

Regeringens prioritering inom det civila försvaret för perioden 2025–2030 är att fortsätta stärka förmågan och att öka takten i utvecklingen. Det civila försvaret ska byggas utifrån de krav som ställs i höjd beredskap och ytterst krig och ha förmåga att bidra till det militära försvarets förmåga, säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna samt skydda civilbefolkningen. Det civila försvaret ska också ha förmåga att upprätthålla försvarsviljan och samhällets motståndskraft mot externa påtryckningar.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> SOU 2021:25. Struktur för ökad motståndskraft.

<sup>42</sup> Ibid.

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> Prop. 2024/25:34. Totalförsvaret 2025–2030.

### 3.2.2. Övergripande om krisberedskap och civilt försvar

Totalförsvaret består av det militära och det civila försvaret och är sådan verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för höjd beredskap och då ytterst krig<sup>45</sup>.

Civilt försvar är den civila verksamhet som myndigheter, kommuner och regioner samt enskilda, företag och det civila samhället m.fl. vidtar för att förbereda Sverige för krig. I fredstid utgörs verksamheten av beredskapsplanering och förmågehöjande åtgärder. Under höjd beredskap och då ytterst krig utgörs verksamheten av nödvändiga åtgärder för att upprätthålla målet för civilt försvar. Målet för det civila försvaret är att ha förmåga att:

- värna civilbefolkningen,
- säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna,
- upprätthålla en nödvändig försörjning,
- bidra till det militära försvarets förmåga vid väpnat angrepp eller krig i vår omvärld,
- upprätthålla samhällets motståndskraft mot externa påtryckningar och bidra till att stärka försvarsviljan,
- bidra till att stärka samhällets förmåga att förebygga och hantera svåra påfrestningar på samhället i fred, och
- med tillgängliga resurser bidra till förmågan att delta i internationella fredsfrämjande och humanitära insatser.<sup>46</sup>

Civil beredskap är ett samlingsnamn för krisberedskap och civilt försvar. Den civila beredskapen bygger på följande principer:

- **Ansvarsprincipen** – att den som har ansvar för en verksamhet i normala situationer också har motsvarande ansvar vid störningar i samhället. Aktörer har ett ansvar att agera även i osäkra lägen. Den utökade ansvarsprincipen innebär att aktörerna ska stödja och samverka med varandra.
- **Närhetsprincipen** – att samhällsstörningar ska hanteras där de inträffar och av de som är närmast berörda och ansvariga.
- **Likhetsprincipen** – att aktörer inte ska göra större förändringar i organisationen än vad situationen kräver. Verksamheten under samhällsstörningar ska fungera som vid normala förhållanden, så långt det är möjligt.<sup>47</sup>

I lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap och förordningen

<sup>45</sup> Lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap.

<sup>46</sup> Budgetpropositionen för 2024 (prop. 2023/24:1), utgiftsområde 6.

<sup>47</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Hämtad 2024-08-14 från <https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap-civilt-forsvar/det-svenska-civila-beredskapssystemet/>

(2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap finns bestämmelser om vilka åtgärder som kommuner och regioner ska vidta vid höjd beredskap.

I förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap finns bestämmelser om uppgifter som statliga myndigheter under regeringen har inför och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap.

För länsstyrelserna finns även bestämmelser i förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter inför och vid höjd beredskap och i förordningen (2022:525) om civilområdesansvariga länsstyrelser.

### 3.2.3. Myndighetsreform för krisberedskap och civilt försvar

Regeringen tillsatte i augusti 2018 en utredning med uppdrag att analysera och föreslå en struktur för ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar på central, regional och lokal nivå. Denna struktur skulle enligt uppdraget även stärka samhällets förmåga att hantera fredstida kriser. Utredningen om civilt försvar redovisade sitt uppdrag i februari 2021 i slutbetänkandet Struktur för motståndskraft (SOU 2021:25).

En ny myndighetsstruktur för krisberedskap och civilt försvar infördes den 1 oktober 2022<sup>48</sup>. Bakgrund till strukturreformen finns i ovan nämnda betänkande.

#### 60 myndigheter har blivit beredskapsmyndigheter

Myndighetsreformen innebär bl.a. att 60 statliga myndigheter har blivit s.k. beredskapsmyndigheter. Det är myndigheter med ansvar för en eller flera viktiga samhällsfunktioner och vars verksamhet har särskild betydelse för samhällets krisberedskap och totalförsvar. Myndigheterna ska ha god förmåga att motstå hot och risker, förebygga sårbarheter, hantera fredstida krissituationer och genomföra sina uppgifter vid höjd beredskap.<sup>49</sup>

Beredskapsmyndigheterna ingår i 10 beredskapssektorer. För varje sektor finns en sektorsansvarig myndighet, som ska leda arbetet med att samordna åtgärder både inför och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap. Den sektorsansvariga myndigheterna ska driva på arbetet inom sin beredskapssektor, stödja beredskapsmyndigheterna och verka för att samordning sker med andra aktörer. Socialstyrelsen är sektorsansvarig myndighet för sektorn hälsa, vård och omsorg.<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> Förordning (2022:524) om statliga myndigheters beredskap.

<sup>49</sup> 18 och 20 §§ samt bilaga 1 förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap.

<sup>50</sup> 23–24 §§ samt bilaga 2 förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap.

## Länsstyrelser har även ett geografiskt områdesansvar

Länsstyrelser är beredskapsmyndigheter och har även ett regionalt geografiskt områdesansvar, vilket bl.a. innebär att de har ett särskilt ansvar för samordning regionalt. Landets 21 länsstyrelser är indelade i sex civilområden med varsin civilområdesansvarig länsstyrelse som bl.a. ska se till att det civila försvaret inom civilområdet får en enhetlig inriktning och att samverka med Försvarsmaktens militärregioner för att samordna totalförsvaret på regional nivå. Vid fredstida krissituationer som berör flera län inom civilområdet ska den civilområdesansvariga länsstyrelsen också ha förmåga att utgöra en gemensam funktion för stöd till länsstyrelsernas hantering av krisen.<sup>51</sup> En förteckning över civilområdena och vilka länsstyrelser som är civilområdesansvariga framgår av bilagan till förordningen (2022:525) om civilområdesansvariga länsstyrelser.

## MSB ger stöd till berörda myndigheter

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ansvarar för att stödja berörda myndigheters samordning av åtgärder vid en kris eller vid höjd beredskap. MSB ska se till att berörda aktörer under sådana förhållanden, när det gäller krishantering och civilt försvar, får tillfälle att:

1. samordna åtgärder,
2. samordna information till allmänhet och medier,
3. effektivt använda samhällets samlade resurser och internationella förstärkningsresurser, och
4. samordna stödet till centrala, regionala och lokala organ i fråga om information och lägesbilder.<sup>52</sup>

## Nya definitioner

I 6 § förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap definieras begreppen fredstida krissituationer och samhällsviktig verksamhet.

*Fredstida krissituationer* är situationer som:

- avviker från det normala,
- drabbar många människor, stora delar av samhället eller hotar grundläggande värden,
- innebär en allvarlig störning eller en överhängande risk för en allvarlig störning av viktiga samhällsfunktioner, och
- kräver samordnade och skyndsamma åtgärder från flera aktörer.

---

<sup>51</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Hämtad 2024-08-14 från <https://www.msb.se/sv/arnesomraden/krisberedskap-civilt-forsvar/det-svenska-civila-beredskapssystemet/>

<sup>52</sup> 7 § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Med *samhällsviktig verksamhet* avses verksamhet, tjänst eller infrastruktur som upprätthåller eller säkerställer samhällsfunktioner som är nödvändiga för samhällets grundläggande behov, värden eller säkerhet.

### Socialstyrelsens sektorsansvar

Socialstyrelsen är dels beredskapsmyndighet, dels sektorsansvarig myndighet för sektorn hälsa, vård och omsorg. Sektorn hälsa, vård och omsorg består av många aktörer på flera nivåer: myndigheter, regioner, kommuner, privata och ideella aktörer<sup>53</sup>. De myndigheter, utöver Socialstyrelsen, som ingår i sektorn är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket.<sup>54</sup>

I sin roll som *beredskapsmyndighet* ska Socialstyrelsen bl.a. ha god förmåga att motstå hot och risker, att förebygga sårbarheter och att hantera fredstida krissituationer. Dessutom ska myndigheten verka för att övriga aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst utvecklar sin beredskapsförmåga. I sin roll som *sektorsansvarig myndighet* har Socialstyrelsen ett särskilt ansvar för att utveckla och samordna beredskapsarbetet inom sektorn hälsa, vård och omsorg, samt stödja sektorns övriga tre myndigheter. I rollen ligger även att kunna lämna lägesbilder och rapporter för hela beredskapssektorns ansvarsområde.<sup>55</sup>

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap vid kris eller krig ställer höga krav på försörjningsberedskapen, att det finns nationella lager, att en händelse med ett stort antal skadade eller avlidna kan hanteras samt att se till att det finns robusta sjukhusbyggnader. Natos förväntningar ligger i linje med det arbete som redan pågår med att stärka vården och omsorgens beredskap. Natomedlemskapet innebär även att hälso- och sjukvården behöver planera för att kunna vårda och ta emot utländsk trupp som befinner sig i, eller evakueras, till Sverige.<sup>56</sup>

### 3.2.4. Kommuners och regioners ansvar vid kris och krig

På lokal nivå har kommunerna både ett verksamhetsansvar och ett geografiskt områdesansvar. Regionerna ansvarar på regional nivå bl.a. för hälso- och sjukvård samt kollektivtrafik.<sup>57</sup>

---

<sup>53</sup> Socialstyrelsen. Hämtad 2024-10-29 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/beredskap/>.

<sup>54</sup> Bilaga 1 och 2 förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap.

<sup>55</sup> Socialstyrelsen (2024). Årsredovisning 2023.

<sup>56</sup> Socialstyrelsen. Hämtad 2024-10-29 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/beredskap/>.

<sup>57</sup> Ds 2017:66 Motståndskraft Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025.

Kommuner och regioner ska enligt förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap ha de planer som behövs för verksamheten under höjd beredskap. Dessa planer ska innehålla uppgifter om den verksamhet som ska bedrivas under höjd beredskap. Av planerna ska också krigsorganisationen framgå samt personal som ska tjänstgöra i den organisationen samt vad i övrigt som behövs för att kommuner och regioner ska kunna höja sin beredskap och bedriva verksamhet under höjd beredskap.<sup>58</sup>

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, LEH, ska kommunstyrelsen under höjd beredskap verka för att den verksamhet som bedrivs i kommunen av olika aktörer samordnas och att samverkan kommer till stånd. Under höjd beredskap är det kommunstyrelsen som ansvarar för ledningen av den del av det civila försvaret som berör den verksamhet som kommunen ansvarar för. Regionstyrelsen har motsvarande ansvar för sitt verksamhetsområde som främst berör hälso- och sjukvård. Kommuner och regioner ska under höjd beredskap hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen respektive regionen.<sup>59</sup>

Regioner ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls<sup>60</sup>. Med katastrofmedicinsk beredskap avses beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse, som är en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt<sup>61</sup>.

Kommuner och regioner ska också analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i kommunen respektive regionen och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Resultatet av arbetet ska värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys. Med hänsyn till risk- och sårbarhetsanalysen ska, för varje ny mandatperiod, kommuner och regioner fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser.<sup>62</sup>

Kommuner och regioner ansvarar därutöver för att förtroendevalda och anställd personal får den utbildning och övning som behövs för att de ska

---

<sup>58</sup> 4 § förordning (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

<sup>59</sup> 3 kap. lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

<sup>60</sup> 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>61</sup> 2 kap. SOSFS 2013:22 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap.

<sup>62</sup> 2 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser i fredstid<sup>63</sup>. Utredningen om civilt försvar har föreslagit att en motsvarande bestämmelse avseende utbildning och övning vid höjd beredskap införs i LEH.<sup>64</sup>

En särskild utredare fick i mars 2023 i uppdrag att se över den nuvarande regleringen om kommuners och regioners grundläggande ansvar och huvudsakliga uppgifter inför och under fredstida kriser och höjd beredskap i lagen<sup>65</sup>. Uppdraget redovisades den 30 september 2024. Utredningen föreslår att en ny lag ska ersätta LEH, som utredningen bedömer inte ställer de krav som i dag bör ställas på kommuner och regioner inför främst mycket omfattade och svårartade fredstida krissituationer eller om det blir krig i Sverige. Det övergripande syftet med den nya lagen är enligt förslaget att säkerställa att kommuner och regioner under fredstida krissituationer och höjd beredskap har en ändamålsenlig och likvärdig förmåga att fullgöra sina författningssenliga uppgifter och upprätthålla sina samhällsviktiga verksamheter (grundläggande verksamhetsförmåga). Den nya lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2027.<sup>66</sup>

## Ansvar avseende personalresurser

Författningarna ställer krav på en planering av vården som omfattar en tilldelning av personalresurser av olika kompetenser för att rätt kunna fullgöra sina uppgifter såväl i vardagsarbetet som i en krissituation. Dessutom krävs en förmåga att samordna och kommunicera med olika aktörer under en allvarlig händelse. För att detta skall kunna ske krävs ett utvecklat ledningssystem.<sup>67</sup>

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete finns föreskrifter om hur vårdgivaren ansvarar för att utarbeta rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet även i en krissituation. Ledningssystemet ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens alla delar. Målsättningen är att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet även under allvarliga situationer som innebär en svår påfrestning på hälso- och sjukvården. Det är den ansvariga vårdgivaren som ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.<sup>68</sup>

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) framgår att regionen ska planera för hur

---

<sup>63</sup> 2 kap. 8 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

<sup>64</sup> SOU 2021:25. Struktur för ökad motståndskraft.

<sup>65</sup> Dir. 2023:51. Kommuners och regioners grundläggande ansvar inför och under fredstida kriser och höjd beredskap.

<sup>66</sup> SOU 2024:65. Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig.

<sup>67</sup> Socialstyrelsen (2023). Hälso- och sjukvårdens kapacitetsförmåga. Nationellt kunskapsstöd.

<sup>68</sup> Ibid.

nödvändiga funktioner ska bemannas vid allvarlig händelse, vilka lämpliga teoretiska och praktiska kvalifikationer personalen ska ha för att den katastrofmedicinska beredskapen ska upprätthållas samt för personalens vidareutbildning och kompetensutveckling.<sup>69</sup>

Regeringen bedömer i totalförsvarspropositionen för perioden 2025–2030 att hälso- och sjukvårdens kapacitet behöver stärkas för att klara av att hantera ett masskadefall i krig. Det behövs enligt regeringen en förmågehöjning främst inom vårdformerna akutsjukvård, operationssjukvård, intensivvård och intermediärvård. Regeringen bedömer därför att arbetet med att öka tillgängligheten, vårdkapaciteten samt stärka kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården bör fortsätta enligt aktuell riktning. Regeringen bedömer även att det finns behov av att förtydliga hur vård ska prioriteras under höjd beredskap och ytterst krig. Regeringen anser därför att det bör införas bestämmelser som ger vägledning till hälso- och sjukvården om vilken vård och behandling som ska prioriteras och kunna upprätthållas under höjd beredskap. Regeringen anser vidare att det bör införas bestämmelser som ska gälla för hälso- och sjukvården under förhållanden med mycket svår resursbrist. I sådana lägen behöver skarpa prioriteringar göras och flera av de krav som normalt ställs på hälso- och sjukvårdsverksamhet, i hälso- och sjukvårdslagen, kommer inte att kunna uppfyllas. Regeringen avser att återkomma i frågan.<sup>70</sup>

### 3.2.5. Den civila hälso- och sjukvårdens roll vid kris eller krig

Ansvarsprincipen, som nämndes ovan, innebär att hälso- och sjukvården ska fortsätta att bedriva sin verksamhet även vid kris eller krig. Det är ingen annan aktör som tar över ansvaret vid kris eller krig. Hälso- och sjukvårdens förberedelser under normala förhållanden utgör förutsättningarna för att vården ska kunna hantera en allvarlig händelse vid kris eller krig, dvs. att ha beredskap. De förmågor som hälso- och sjukvården har i normala fall utgör grunden för att kunna hantera en svår situation som vid kris eller krig.<sup>71</sup> Regeringen konstaterar i Totalförsvarspropositionen för perioden 2025–2030 att en fungerande hälso- och sjukvård och socialtjänst i fred är en förutsättning för en fungerande hälso- och sjukvård och socialtjänst i krig.<sup>72</sup>

Den civila<sup>73</sup> hälso- och sjukvården ska ge vård till såväl civila som till militär personal. Det gäller även för fientlig militär personal, eftersom hälso-

---

<sup>69</sup> 5 kap. 6–10 §§ SOSFS 2013:22.

<sup>70</sup> Prop. 2024/25:34 Totalförsvaret 2025–2030.

<sup>71</sup> Socialstyrelsen (2022). Hälso- och sjukvården i totalförsvaret. Ett utbildningsmaterial om hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret – för medarbetare i kommuner och regioner.

<sup>72</sup> Prop. 2024/25:34. Totalförsvaret 2025–2030.

<sup>73</sup> Försvarsmakten bedriver också viss sjukvård. Den sjukvården är dock avgränsad till den så kallade fältnivån och ingår i det militära försvaret, inte i det civila försvaret.



och sjukvården är uteslutande humanitär och verkar inom ramen för humanitär rätt.<sup>74</sup>

De flesta medarbetare i kommuner och regioner kommer att vara krigsplacerade på sin arbetsplats och kommer att fortsätta att arbeta där vid kris eller krig. Skillnaden är att kommunen eller regionen har ställt om till krigsorganisation. Det innebär att medarbetare tillfälligt kan få byta arbetsplats eftersom de kan behövas på andra avdelningar som är i behov av avlastning, t.ex. intensivvårdsenheter.<sup>75</sup>

Målen för det civila försvaret går inte att uppnå utan att hälso- och sjukvårdspersonalen har rätt utbildning och får övning. Utbildning och övning är väsentligt för att personalen ska känna sig trygg med de stora förändringar som kan komma att ske vid kris eller krig. Om personalen inte är redo att möta den etiska stress som kan uppstå vid exempelvis en maskadesituation, där hälso- och sjukvården tvingas att göra utmanande prioriteringar, riskerar hälso- och sjukvården att inte uppfylla sin roll i totalförsvaret.<sup>76</sup>

Socialstyrelsen har tagit fram olika utbildningsmaterial, vägledningar och kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens planering för civilt försvar<sup>77</sup>. Socialstyrelsen fick i maj 2024 i uppdrag av regeringen att analysera, utveckla och stödja regionernas förmåga att öka vårdkapaciteten i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig (S2024/01060). Av en delredovisning som Socialstyrelsen lämnade i december 2024 framgår att endast ett fåtal regioner uppger att man har önskvärd kapacitetsökningsförmåga för att kunna omhänderta ett stort maskadeutfall<sup>78</sup>.

## Regionernas nationella samordning och planering inför och under höjd beredskap och krig

Om beredskapen höjs eller kriget kommer ska, som framgår ovan, de 21 regionerna fortsätta att sköta sina ordinarie uppdrag och dessutom stödja Försvarsmakten, framför allt gällande sjukvård. För att klara detta krävs att regionerna planerar tillsammans och samordnar sina resurser i landet. Regionerna har därför tillsammans bildat en ny gemensam resurs för nationell samordning och planering inför och under höjd beredskap och krig,

---

<sup>74</sup> Socialstyrelsen (2022). Hälso- och sjukvården i totalförsvaret. Ett utbildningsmaterial om hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret – för medarbetare i kommuner och regioner.

<sup>75</sup> Ibid.

<sup>76</sup> Ibid.

<sup>77</sup> Se t.ex. Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer. Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap (Socialstyrelsen, 2022), Hälso- och sjukvårdens kapacitetsförmåga – Nationellt kunskapsstöd (Socialstyrelsen, 2023) och Nyckeltal och dimensionerande målbilder för hälso- och sjukvårdens planering av civilt försvar (Socialstyrelsen, 2023).

<sup>78</sup> Socialstyrelsen (2024). Preliminär analys av regionernas kapacitetsökningsförmåga i fredstida kris och krig.

kallad Nationell samordning, planering och ledning (NSPL) med ett tillhörande kansli.<sup>79</sup>

Huvuduppgiften för NSPL är att skapa tydlighet i samverkan mellan nationella aktörer och regioner. NSPL ska fungera som en kontaktyta gentemot myndigheter och kommuner och gemensamt organisera och strukturera allt från iva-kapacitet och transporter till vårdplatser och planerad vård. Varje region och dess beslutsfattare bestämmer fortsatt över sin regionala verksamhet, men kansliet kommer att bistå regionerna med underlag och förslag på lösningar och utgöra ett stöd när hälso- och sjukvården ska samordna sig med Försvarmakten, sektorsansvariga myndigheter, civilområden och näringsliv.<sup>80</sup>

NSPL leds av en styrgrupp med regiondirektörer från Blekinge, Norrbotten, Stockholm, Uppsala, Västra Götaland och Östergötland. Hittills har 10 regioner beslutat att gå med i projektet, men målsättningen är att samtliga 21 regioner ska vara med.<sup>81</sup>

### 3.2.6. Personalförstärkning inom hälso- och sjukvården vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap

#### Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskapsbedömningar

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap tillsattes av regeringen i augusti 2018 och har haft i uppdrag att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas<sup>82</sup>. Utredningen har även haft i uppdrag att bl.a. analysera och lägga fram förslag på hur hälso- och sjukvårdens behov av personal med adekvat kompetens kan tillgodoses på ett mer effektivt sätt vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt att analysera förutsättningarna för kommuner och regioner att ta i anspråk hälso- och sjukvårdspersonal som till vardags inte är anställd i kommunen eller regionen och vid behov lämna förslag om detta<sup>83</sup>.

Utredningen lämnade sitt slutbetänkande i februari 2022. Utredningen bedömer att det är centralt att hälso- och sjukvården säkerställer en god grundbemanning så att vården kan växla upp och ställa om vid händelser

---

<sup>79</sup> Dagens medicin (2024-09-23). Sveriges regioner laddar för samverkan i krig.

<sup>80</sup> Ibid.

<sup>81</sup> Ibid.

<sup>82</sup> Dir. 2018:77. Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap.

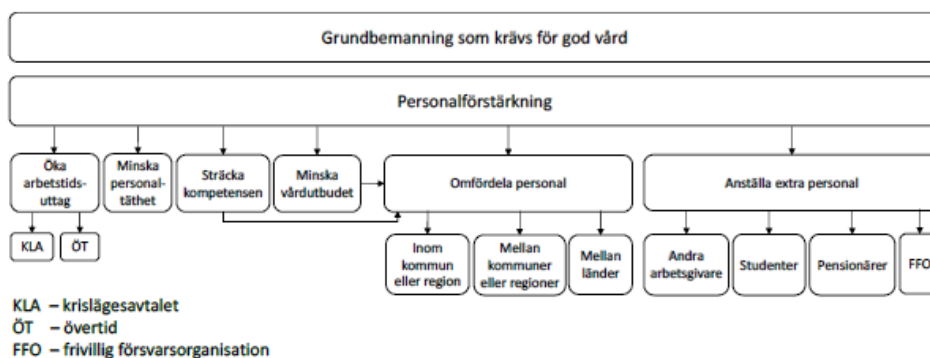
<sup>83</sup> Dir. 2020:84. Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09).

som medför att vårdbehovet plötsligt ökar eller att ett stort och plötsligt vårdbehov kvarstår över en längre tid. Enligt utredningen har en verksamhet som redan i vardagen är sträckt till bristningsgränsen naturligtvis liten eller ingen förmåga att klara av en stor påfrestning i samhället som innebär att vårdbehovet ökar.<sup>84</sup>

Utredningen konstaterar att det i huvudsak finns två sätt att möta det ökade behovet av personal som uppstår i situationer då sjukvården utsätts för en hög belastning, exempelvis genom ett stort antal samtidigt skadade eller sjuka. Det ena sättet som utredningen anger är att nyttja befintlig personal effektivare. Centrala frågor blir då hur mycket och på vilket sätt det går att effektivisera utan att minska vårdkvaliteten, riskera patientsäkerheten och försämra arbetsmiljön för personalen på ett sätt som inte är acceptabelt eller hållbart. Vikten av uthållighet över tid behöver också beaktas. Det andra sättet handlar om att försöka tillföra resurser utifrån för att förstärka organisationen. Frågor som då blir centrala är vilken personal som faktiskt går att tillföra, vilken kompetens personalen har och hur man på bästa sätt kan stödja med andra yrkeskategorier för att på ett hållbart sätt få ut så mycket som möjligt av den kvalificerade hälso- och sjukvårdspersonalen. Båda dessa alternativ måste enligt utredningen sannolikt användas och balanseras. Utredningen anser att oavsett vilket av sätten som används måste arbetet med att planera eller genomföra personalförstärkning ta sin utgångspunkt i vårdens behov, dvs. vilken vård som ska bedrivas.<sup>85</sup>

Utredningen redogör i sitt slutbetänkande för olika metoder att använda personal effektivare och hur personal kan tillföras utifrån. Möjligheterna till personalförstärkning vid fredstida kriser och höjd beredskap illustrerar utredningen i figur 1.

**Figur 1 Olika aktiviteter för att åstadkomma personalförstärkning**



Källa: SOU 2022:6 Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.

<sup>84</sup> SOU 2022:6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.

<sup>85</sup> Ibid.

### **Öka arbetstidsuttaget**

Ökat arbetstidsuttag är en åtgärd som utredningen bedömer kan användas tillfälligt för att öka tillgången till personal. Sådana åtgärder måste dock kompletteras med rimlig vila och återhämtning för att vara hållbara, särskilt i situationer som sträcker sig över längre tid. Ett krislägesavtal mellan arbetsmarknadens parter är enligt utredningen ett användbart verktyg för att åstadkomma ovanstående.

### **Minskad personaltäthet**

Utredningen bedömer att minskad personaltäthet är ett nödvändigt verktyg för att personalen i vissa ansträngda lägen ska räcka till för den vård som måste utföras. Minskad personaltäthet går enligt utredningen att förena med krav på patientsäker vård, men varje sådan åtgärd måste alltid noga vägas mot alternativa åtgärder. Vederbörlig hänsyn måste alltid tas till patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljön för personalen.

### **Sträcka kompetensen**

Att sträcka sin kompetens innebär att man utför andra uppgifter än vad man gör i vardagen. Det är ett verktyg som utredningen bedömer kan vara värdefullt kombinerat med andra verktyg när det personella resursläget i vården är så ansträngt att det inte längre går att upprätthålla vården på normalt vis. Sådana åtgärder bör kombineras med kompetensutveckling, övning och eventuell planerad omplacering.

Det handlar exempelvis om uppgifter som personalen är utbildad för att utföra, men som de inte utför till vardags. Som exempel nämner utredningen bl.a. sjuksköterskor som arbetar som chefer och administratörer inom offentlig förvaltning som har en grundkompetens, eller kanske till och med en specialisering, som kan användas i vården genom reaktivering. Utredningen anger som exempel även att chefer som inte är vårdpersonal i situationer med stor personalbrist kan ta över uppgifter från chefer med vårdkompetens, för att frigöra t.ex. utbildade sjuksköterskor.

### **Minskning av vårdutbudet**

Utredningen bedömer att det bör vara möjligt att frigöra vissa personella resurser som arbetar med vård som kan anstå. Förutsättningarna att omprioritera personella resurser avgörs bl.a. av den kompetens som efterfrågas och den kompetens som den personal som kan frigöras besitter. Att i förväg tänka igenom vilken typ av personal som behövs i olika situationer och förbereda för tjänstgöring av personal som kan omflyttas innebär att både verksamheten och individen är förberedda. Det innebär också att det kan finnas utrymme för kompletterande utbildning för att stödja en sådan omfördelning.

### **Omfördelning av personal**

Arbetsledningsrätten skapar enligt utredningen vissa förutsättningar för omfördelning av personal inom en och samma arbetsgivares verksamhet. Det är också möjligt att teckna kollektivavtal som skapar större möjligheter än de som nu finns att flytta anställda.

Att omfördela personal mellan olika juridiska personer bedömer utredningen är betydligt svårare. Möjligheterna att omfördela personal påverkas således också av hur en kommun eller region valt att organisera sig. Bedömningar av behovet av att kunna omfördela personal är därmed en faktor som måste beaktas då kommuner och regioners beslutar om hur vården ska organiseras. Möjligheter att omfördela personal måste också beaktas vid avtalsskrivning med utförare av vård och när kommunalförbund inrättas.

### **Anställa extra personal**

Pensionerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal i andra anställningar än i hälso- och sjukvården samt vårdstudenter kan enligt utredningen utgöra ett värdefullt tillskott i situationer när tillgången på personal är en gränssättande faktor. Ett effektivt utnyttjande av sådana resurserna kräver planering. Utredningen bedömer att möjligheterna att använda studenter under utbildning bör analyseras av Socialstyrelsen.

Utredningen anser att kommuner och regioner i så stor grad som möjligt bör eftersträva att klara sin grundbemanning på egen hand. Därutöver bör kommuner och regioner söka överenskommelser med bemanningsföretagen om hur hanteringen av inhyrd personal ska hanteras vid kriser t.ex. genom breda branschöverenskommelser.

Frivilliga försvarsorganisationer bidrar enligt utredningens bedömning till folkförankringen av totalförsvaret och är ett av flera verktyg för att förstärka bemanningen i hälso- och sjukvården i framför allt höjd beredskap. Regionerna bör i samband med planering inför höjd beredskap därför noga överväga möjligheten att använda avtalspersonal för att förstärka hälso- och sjukvården med i första hand personal som inte utgör hälso- och sjukvårdspersonal. Kommuner och regioner kan överväga att inför samhällsstörningar eller fredstida kriser teckna särskilda avtal med sådan personal som identifieras för totalförsvaret i syfte att uppnå synergier.

### **Internationellt samarbete**

Utredningen bedömer att det finns starka skäl att genomföra mer ingående analyser av de många olika frågor som rör hälso- och sjukvård vid Sveriges internationella samarbeten. De problem som uppstår i förhållande till regelverken på hälso- och sjukvårdsområdet när utländsk personal eller utländska hälso- och sjukvårdsresurser ska verka i Sverige är i många avseenden desamma i vardag, kris och krig. De behöver därför hanteras i ett

sammanhang. Komplexiteten och omfattningen av ett sådant arbete bedömer utredningen kräver en separat utredning.

### Coronakommissionens observationer och bedömningar

Hantering av covid-19-pandemin är en nyligen allvarlig händelse i fredstid som det går att dra lärdomar av. Coronakommissionen tillsattes i juni 2020 och hade i uppdrag att utvärdera regeringens, berörda förvaltningsmyndigheters, regionernas och kommunernas åtgärder för att begränsa spridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 och spridningens effekter.

När det gäller hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera pandemin lämnade kommissionen bl.a. följande observationer och bedömningar i ett av sina delbetänkanden (SOU 2021:89).

- Hälso- och sjukvården har haft förmåga att ställa om och hantera coronavirusets utbrott, trots existerande kapacitetsbrister. Detta får i stor utsträckning tillskrivas sjukvårdens personal och ledning.
- Omställningen har skett till priset av en extremt hårt ansträngd personal och att patienter som behövt annan vård har fått vänta.
- Pandemin har förbättrat och i många fall fördjupat samverkan mellan regioner och mellan regioner och kommuner. Det har delvis skett genom vårdyrkenas egna organisationer men också genom SKR:s samordnande roll.
- Regionernas och kommunernas beredskap avseende lokaler, utrustning och personal måste bli avsevärt bättre. Regioner och kommuner måste sträva efter att ge vårdens anställda sådana arbetsvillkor att de väljer att stanna och utvecklas i sina yrken, vilket skulle förbättra möjligheten att klara bemanningen under en pandemi.
- Ett annat sätt att förstärka bemanningen kan vara att – genom lag eller avtal – säkerställa att åtminstone privata vårdgivare som får del av offentliga medel också ger den offentliga vården stöd i en nationell kris.<sup>86</sup>

### 3.2.7. Utbildning i katastrofmedicin

I Totalförsvarspropositionen för perioden 2021–2025 konstaterar regeringen att all berörd vårdpersonal behöver få den utbildning och övning som krävs för att sjukvården ska kunna lösa sina uppgifter i kris och krig<sup>87</sup>.

Forskning, utbildning och övning inom katastrofmedicin, krisberedskap och sjukvård i totalförsvaret behöver enligt Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap öka i omfattning för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera situationer med många skadade eller sjuka samt katastrofer.

---

<sup>86</sup> SOU 2021:89. Sverige under pandemin Volym 2 Sjukvård och folkhälsa.

<sup>87</sup> Prop. 2020/21:30. Totalförsvaret 2021–2025.

## Katastrofmedicin ingick tidigare i grundutbildningen för läkare och sjuksköterskor

År 1974 ställde Socialstyrelsens beredskapsenhet krav på universitet och högskolor att införa en obligatorisk, praktiskt inriktad utbildning i katastrofmedicin för alla läkar- och sjuksköterskestuderande som en nödvändig komponent i landets säkerhet. En gemensam kursplan antogs av samtliga lärosäten. Utbildningen omfattade en veckas studier och innehöll både teori och övningar. Sverige blev därmed ett av de första länderna i världen att införa en sådan utbildning. Socialstyrelsen tog därutöver initiativ till och finansierade en universitetsutbildning för lärare i katastrofmedicin och även ett brett efterutbildningsprogram för personal av alla kategorier i dåvarande landstingens regi. Efter millenniumskiftet togs denna del i grundutbildningen bort på grund av ökad konkurrens om utrymmet och med tillkomst av nya ämnesområden i utbildningen. Nästan hela efterutbildningsprogrammet lades också ned, vilket berodde på ändrade ekonomiska prioriteringar och skedde parallellt med den övriga neddragningen av samhällets beredskap.<sup>88</sup>

I målbeskrivningen för vissa inriktningar av läkares specialiserings-tjänstgöring ingår kunskap om katastrofmedicin<sup>89</sup>. Av examensmålen för specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot anestesisjukvård, intensivvård, operationssjukvård samt ambulanssjukvård framgår att studenten ska kunna ”visa förmåga att tillämpa sina specialistkunskaper vid stora olyckor och katastrofer”. För andra hälso- och sjukvårdsutbildningar inom högskolan saknas katastrofmedicin i utbildningen.<sup>90</sup>

## Flera förslag om återinförande av katastrofmedicin i grundutbildningar har lämnats

Socialstyrelsen ansåg 2015 att katastrofmedicin borde återinföras på alla grundutbildningarna för läkare och sjuksköterskor<sup>91</sup>. Professionsföreträdare har också lyft vikten av att undervisning i katastrofmedicin blir obligatoriskt i vårdutbildningarna<sup>92</sup>.

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap föreslog i sitt slutbetänkande att ämnet katastrofmedicin ska införas i grundutbildningen för både läkare och sjuksköterskor genom en ändring i examensordningen för dessa professioner.

I sitt delbetänkande Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23) konstaterade utredningen att införandet av ämnet katastrofmedicin i grundutbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal är en

---

<sup>88</sup> SOU 2022:6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.

<sup>89</sup> Socialstyrelsen (2021). Läkares specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 2021.

<sup>90</sup> Bilaga 2 högskoleförordningen (1993:100).

<sup>91</sup> Socialstyrelsen (2015). Traumavård vid allvarlig händelse.

<sup>92</sup> Dagens Nyheter (2020-07-13). Katastrofmedicin måste bli obligatorisk utbildning.

förutsättning för en fungerande krisberedskap i vardagen och för befolkningens säkerhet och trygghet i krig samt för tillhandahållandet av en jämlik vård i hela landet. I sitt delbetänkande bedömde utredningen att ett sådant införande i första hand bör ske genom att ge möjlighet för lärosätena att på frivillig basis, i samverkan med Socialstyrelsen, ta fram kunskapsmål för utbildning i katastrofmedicin och se till att det införs i grundutbildningarna för läkare och sjuksköterskor. Då så inte skett lämnade utredningen i slutbetänkandet i stället ett skarpt förslag att ett återinförande av katastrofmedicin ska ske genom en ändring i bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100). En konsekvens av förslaget som utredningen anger är att något annat ämne i utbildningen behöver tas bort eller minska i omfattning eftersom utbildningsplanen inte kan utökas. Utredningen tar inte ställning till vad som kan eller ska tas bort men anser att katastrofmedicin är en sådan central och viktig del i den medicinska utbildningen att det svårigen kan uteslutas. En annan konsekvens av förslaget som utredningen lyfter är att lärosätenas frihet att styra över kursplanerna inskränks. Utredningen motiverar denna konsekvens med att katastrofmedicin har avgörande betydelser för att rädda liv.<sup>93</sup>

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att ta fram nationella planer för utbildning och övning för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar (S2021/02922). I redovisningen av uppdraget visar Socialstyrelsen på behov av en tydligt definierad utbildningsinsats för all vårdpersonal för att vårdverksamhet ska kunna fungera optimalt vid alla typer av särskilda händelser. Eftersom det är kunskaper och färdigheter som kan krävas redan första tjänstgöringsdagen oavsett vårdinriktning och kan vara avgörande för drabbades liv och hälsa, anser myndigheten att den naturliga platser för en sådan grundutbildning bör vara i anslutning till övrig grundutbildning för olika personalkategorier. Enligt Socialstyrelsen ingick det dock inte i myndighetens uppdrag att föreslå förändringar i högskoleförordningen (1993:100). De grundläggande kunskapsmålen för olika personalkategorier redovisas dock i bilaga 2 till rapporten.<sup>94</sup>

## Utbildning i katastrofmedicin för redan utbildade

### Socialstyrelsens förslag till utbildningsmoment

Inom ramen för uppdraget att ta fram nationella planer för utbildning och övning för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar föreslog Socialstyrelsen följande utbildningsmoment för hälso- och sjukvårdspersonal som ska genomgå utbildning i befattning men som saknar grund- och vidareutbildning i katastrofmedicin.

---

<sup>93</sup> SOU 2022:6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.

<sup>94</sup> Socialstyrelsen (2022). Nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning.



## **A. Grundläggande utbildning i katastrofmedicin**

Utbildningen förmedlar basala kunskaper i sjukvårdens organisation och agerande vid särskild händelse. Grundutbildning i katastrofmedicin bör enligt myndigheten vara ett krav för all hälso- och sjukvårdspersonal. Det är den byggsten som övriga utbildningar utgår från och genomgången grundutbildning är därför en förutsättning för dessa. Eftersom det under senare år inte bedrivits någon katastrofmedicinsk grundutbildning i större omfattning kommer det att finnas behov av en kompletterande grundutbildning inför utbildning och övning i befattning.

## **B. Vidareutbildning i katastrofmedicin**

Förmedlar de kunskaper som krävs för att specialistutbildad personal inom olika områden ska kunna agera optimalt i sin specialistbefattning vid särskild händelse.

## **C. Utbildning och träning i befattning**

Förmedlar och vidmakthåller de kunskaper som krävs för optimal funktion i ordinarie befattning vid särskild händelse. Utbildningen kan delas upp i:

- obligatorisk introduktionsutbildning i den egna enhetens organisation vid särskild händelse, och
- obligatoriska, med regelbundna intervall återkommande, praktiska övningar i befattning.

För varje nivå ovan anges de utbildningar som Socialstyrelsen föreslår för varje personalkategori. För varje utbildning anges:

- syfte,
- målgrupp,
- kunskaps- och färdighetsmål, samt
- omfattning.<sup>95</sup>

Av Socialstyrelsens delredovisning av regeringsuppdraget att analysera, utveckla och stödja regionernas förmåga att öka vårdkapaciteten i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig framgår att flera regioner inte har erbjudit personalen kompetensutveckling inom området katastrofmedicin<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> Socialstyrelsen (2022). Nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning.

<sup>96</sup> Socialstyrelsen (2024). Preliminär analys av regionernas kapacitetsökningsförmåga i fredstida kris och krig.

### 3.2.8. Återinförande av civilförsvarsplikt

Tjänstgöring i totalförsvaret regleras i lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt. Totalförsvarsplikten omfattar alla som bor i Sverige och är mellan 16 och 70 år.

Det finns tre grunder för tjänstgöring i totalförsvaret:

- Värnplikt i försvarsmakten.
- Civilplikt inom verksamheter som regeringen beslutar om.
- Allmän tjänsteplikt som innebär att man tjänstgör inom verksamheter som måste fungera även vid krigsfara och krig. Det kan betyda att man 1) fortsätter på sitt vanliga jobb, 2) tjänstgör enligt särskilt avtal som man kan ha genom medlemskap i en frivillig försvarsorganisation, eller 3) får i uppgift av Arbetsförmedlingen att utföra arbete som är särskilt viktigt för totalförsvaret.<sup>97</sup>

Civilplikt handlar om att se till att viktiga delar av samhället fungerar. Plikten omfattas, precis som värnplikt, av grundutbildning, repetitionsutbildning, beredskapstjänstgöring och krigstjänstgöring<sup>98</sup>.

Regeringen har fattat beslut om att aktivera vissa delar av civilplikten. Under perioden 19 januari 2024–31 december 2028 får civilplikten enbart fullgöras inom två verksamheter: räddningstjänst som kommunerna ansvarar för samt drift och underhåll inom elproduktion och nätverksamhet. Beslutet innebär att personer som redan har relevant utbildning inom områdena omfattas av civilplikt. Från och med 1 januari 2029 får civilplikt fullgöras i ett flertal verksamheter, bl.a. hälso- och sjukvård samt tandvård.<sup>99</sup> Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap bedömde att en aktiverad civilplikt skulle skapa ökade möjligheter för hälso- och sjukvårdens personalförsörjning i krig<sup>100</sup>.

Regeringen tillsatte i juli 2023 en utredning med uppdrag att analysera och lämna förslag på hur personalbehoven inom det civila försvaret kan tryggas. Utredningen ska bl.a. analysera förutsättningarna för och föreslå hur civilplikt kan komplettera allmän tjänsteplikt för att stärka personalförsörjningen av det civila försvaret. Uppdraget ska slutredovisas senast den 27 januari 2025.<sup>101</sup>

Av direktiven för utredningen framgår att det inför en eventuell aktivering av civilplikten finns behov av att överväga vilka delar av civilplikten som bör aktiveras. Omfattningen av civilplikten har betydelse för vilka åtgärder

---

<sup>97</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Hämtad 2024-09-02 från

<https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/totalforsvarsplikt/>.

<sup>98</sup> Krisinformation.se. Hämtad 2024-09-02 från <https://www.krisinformation.se/detta-kan-handa/hojd-beredskap-och-krig/totalforsvarsplikt>.

<sup>99</sup> 2 kap. samt bilaga förordning (1995:238) om totalförsvarsplikt.

<sup>100</sup> SOU 2022:6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.

<sup>101</sup> Dir. 2023:116. En långsiktigt hållbar personalförsörjning av det civila försvaret.

som behöver vidtas av berörda aktörer, t.ex. i form av uppbyggnad av grundutbildningar. Utredningen har därför i uppdrag att bl.a. bedöma om en aktivering av civilplikten ger anledning till förändringar i bestämmelserna om mönstring, inskrivning, grundutbildning, krigsplacering, repetitionsutbildning samt beredskaps- och krigstjänstgöring i lagen om totalförsvarsplikt. Utredningen ska även analysera och vid behov föreslå förändringar i fråga om relevanta aktörers ansvar och uppgifter i förordningen om totalförsvarsplikt.<sup>102</sup>

## Erfarenheter från Ukraina

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, har haft i uppdrag av regeringen att redovisa hur erfarenheter och lärdomar från kriget i Ukraina kan tas tillvara i MSB:s verksamhet och i den fortsatta utvecklingen av det civila försvaret (Fö2023/01325). Uppdraget slutredovisades i juni 2024.<sup>103</sup>

MSB:s visar i sin rapport att vårdpersonalen är hårt ansatt i Ukraina. Antalet anställd vårdpersonal inom det nationella hälso- och sjukvårdssystemet sjönk med närmare 15 procent år 2022 jämfört med 2021, bl.a. till följd av att många kvinnor som arbetar inom hälso- och sjukvårdssektorn befinner sig på flykt. Även tvångsförflyttning och permittering av personal har skapat personalbrist. Specialiserade kliniker har upplevt en tredubbling av övertidsarbete hos sin personal jämfört med personal inom primärvården. Många hälso- och sjukvårdsinrättningar har därför initierat utbildning av ny personal för att kunna möta den ökade belastningen. Som en följd av landets krigslagar har Ukraina även tillåtit studenter från olika hälso- och sjukvårds-, farmaceut- och apotekarutbildningar att arbeta inom dessa yrken.<sup>104</sup>

En viktig lärdom från kriget i Ukraina är enligt MSB behovet av personal och att ett långvarigt krig kräver fortsatta utbildningsinsatser, framförallt för personal med specialkompetenser. Ett sätt att möta behovet på personal är också att, som Ukraina, låta studenter under utbildning arbeta inom områden där det råder personalbrist.<sup>105</sup>

MSB menar samtidigt att en lärdom från Ukraina är att all personal inte behöver ha avancerad kompetens för att spela en viktig roll i det civila försvaret. Även små, till synes obetydliga, insatser kan göra skillnad för människors psykiska välbefinnande och känsla av mänsklig värdighet. Något som inte kräver en lång utbildning.<sup>106</sup>

---

<sup>102</sup> Dir. 2023:116. En långsiktigt hållbar personalförsörjning av det civila försvaret.

<sup>103</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2024). Erfarenheter från Ukraina – Lärdomar för det civila försvaret. Slutredovisning av regeringsuppdrag Fö2023/01325.

<sup>104</sup> Ibid.

<sup>105</sup> Ibid.

<sup>106</sup> Ibid.

### 3.2.9. Campus Totalförsvaret

Campus Totalförsvaret är ett strategiskt samarbete mellan svenska lärosäten med målet att stärka Sveriges totalförsvaret genom riktad utbildning och forskning. Bakgrunden till Campus Totalförsvaret är den försämrade säkerhetspolitiska situationen i Europa, som har skapat ett akut behov av att stärka Sveriges försvarsförmåga. Campus Totalförsvaret är ett initiativ som har utvecklats av Försvarshögskolan, Örebro universitet och Luleå Tekniska universitet och som stöds av nyckelaktörer inom både offentlig och privat sektor. Hittills har 32 lärosäten anmält intresse för att medverka.<sup>107</sup>

Genom initiativet ska landets lärosäten snabbt och effektivt bidra till totalförsvarets återuppbyggnad genom att erbjuda målgruppsanpassad utbildning, utveckla ny forskning och skapa förutsättningar för innovation. Avsikten är att lärosäten över hela landet ska samverka kring särskilt viktiga kunskapsområden, som t.ex. säkerhetsskydd, krisledning, AI, sjukvård, livsmedelsförsörjning och robusta energisystem. Ett centralt mål för satsningen är att skapa ett nationellt utbildningsutbud som är lättillgängligt och inkluderar alla relevanta beredskapssektorer, från grundläggande till avancerad nivå. Genom samverkan mellan akademi, näringsliv och myndigheter ska Campus totalförsvaret bidra till att förse totalförsvaret med den kunskap och kompetens som krävs för att möta både dagens och morgondagens säkerhetsutmaningar.<sup>108</sup>

Under den initiala uppbyggnadsfasen (1 juli 2024-31 mars 2025) kommer Campus totalförsvaret att etablera ett kansli, rekrytera personal och fastställa verksamhetsmål. Parallellt påbörjas arbetet med att anpassa och utveckla befintliga kurser vid Örebro universitet, Försvarshögskolan och Luleå tekniska universitet för att möta behoven hos totalförsvarets aktörer. Initiativet kommer också att identifiera och prioritera forskningsområden av särskild betydelse för totalförsvaret, där olika lärosäten ska samarbeta i ett rikstäckande nätverk.<sup>109</sup>

Regeringen har i budgetpropositionen för 2025 beslutat att tillföra 10 miljoner kronor per år till Campus Totalförsvaret från och med 2025. Regeringen menar att en av de mest gränssättande faktorerna i totalförsvarets tillväxt är kompetensförsörjning och att universitet och högskolor har en viktig roll för att försörja Sveriges totalförsvaret med nödvändig kompetens och bidra till kunskapsutveckling inom området.<sup>110</sup>

---

<sup>107</sup> Örebro universitet. Hämtad 2024-10-28 från <https://www.oru.se/samverkan/campus-totalforsvar/>.

<sup>108</sup> Ibid.

<sup>109</sup> Ibid.

<sup>110</sup> Prop. 2024/25:1. Budgetpropositionen för 2025, utgiftsområde 6 och 16.

### 3.3. Rådets bedömning av om planen bidrar till att stärka vårdens tillgänglighet och kapacitet samt civila beredskap

Enligt det ändrade uppdraget ska Nationella vårdkompetensrådet säkerställa att den nationella planen för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och Nationella vårdkompetensrådet i samverkan med berörda aktörer bidrar till att stärka tillgängligheten och vårdkapaciteten på nationell nivå samt vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig.

Som framgår av avsnitt 3.1 är ett av kriterierna för god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen att den ska vara lätt tillgänglig. Enligt samma lag ska det, där det bedrivs hälso- och sjukvård, finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Av avsnittet framgår vidare att regionerna har lyft att kompetensförsörjningen är en av de mest avgörande faktorerna för att kunna uppnå en god tillgänglighet, där utmaningar i kompetensförsörjningen bl.a. leder till en ansträngd vårdplatssituation eller försvårar tillgänglighetsarbetet generellt.<sup>111</sup>

Av avsnitt 3.2.2 framgår att ansvarsprincipen, som är en av tre principer som den civila beredskapen bygger på, innebär att hälso- och sjukvården ska fortsätta att bedriva sin verksamhet även vid kris eller krig. Hälso- och sjukvårdens förberedelser under normala förhållanden utgör förutsättningarna för att vården ska kunna hantera en allvarlig händelse vid kris eller krig, dvs. att ha beredskap. De förmågor som hälso- och sjukvården har i normala fall utgör grunden för att kunna hantera en svår situation som vid kris eller krig.<sup>112</sup> Vårdgivaren ansvarar för att utarbeta rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet även i en krissituation<sup>113</sup>. I totalförvarspropositionen för perioden 2025–2030 slår regeringen fast att en fungerande hälso- och sjukvård och socialtjänst i fred är en förutsättning för en fungerande hälso- och sjukvård och socialtjänst i krig<sup>114</sup>.

Den nationella planen och dess 25 förslag syftar till att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i ett normaltillstånd, dvs. i frånvaro av kris och krig. Rådet anser att de 25 förslagen till insatser bidrar till att säkerställa en grundbemanning och att de därmed bidrar till att stärka såväl tillgänglighet och vårdkapacitet som krisberedskap och civilt försvar. Förslagen är framtagna som en helhet och är i viss mån beroende av varandra. För att skapa en robust kompetensförsörjning krävs ett

---

<sup>111</sup> Socialstyrelsen (2024). Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

<sup>112</sup> Socialstyrelsen (2022). Hälso- och sjukvården i totalförsvaret. Ett utbildningsmaterial om hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret – för medarbetare i kommuner och regioner.

<sup>113</sup> SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete.

<sup>114</sup> Prop. 2024/25:34. Totalförsvaret 2025–2030.

utbildningssystem med goda förutsättningar att utbilda den hälso- och sjukvårdspersonal som behövs för att en god vård ska kunna ges.

Rådet bedömer att fler förslag till insatser inte bör läggas till i den nationella planen i nuläget. Rådet kan konstatera att mycket arbete pågår på olika nivåer och av olika aktörer och flera utredningsförslag har lämnats eller kommer att lämnas avseende såväl tillgänglighet som krisberedskap och civilt försvar. Rådet kan samtidigt konstatera att trots att flera utredningsförslag har lämnats återstår själva genomförandet. Rådet kommer att följa utvecklingen såväl när det gäller vårdens tillgänglighet och kapacitet samt krisberedskap och civilt försvar och eventuellt återkomma med förslag eller bedömningar i samband med rådets årliga uppföljningsrapporter.

Nedan följer de av rådets förslag till insatser från den nationella planen som rådet bedömer särskilt kan nämnas för att säkerställa en robust kompetensförsörjning där vårdens personal får goda förutsättningar att utföra sitt arbete.

#### **Förslag 5.2.5. Skärpta krav på vårdgivarens ledningssystem för att tydliggöra behov av resurser och bemanning som leder till förbättrad kompetensförsörjning**

Utifrån rådets perspektiv är det centralt att komma tillrätta med bristande arbetsmiljö, 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.

Ett krav 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. Flera regioner är dock negativa till förslaget och menar att det både kräver tid och resurser (se avsnitt 2.2.3). Rådet bedömer därför att förslaget bör ändras till en rekommendation i stället för ett krav. Mot denna bakgrund föreslår rådet att kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete bör kompletteras med krav

på att ledningssystemet bör vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan.

### **Förslag 5.3.2. Stöd till prioritering av rätt arbetsuppgifter**

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 kärnuppgiften för olika yrkeskategorier behöver minska. Ett sätt att stärka förutsättningarna för en sådan arbetsfördelning är att överföra serviceuppgifter såsom städning och måltidshantering till servicepersonal och vissa administrativa uppgifter till administrativ personal. Rådet bedömer också att huvudmännen systematiskt och i högre grad bör ta del av och arbeta utefter befintliga metodstöd som kan underlätta prioriteringen bland hälso- och sjukvårdens arbetsuppgifter. 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.

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

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.

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

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. För att åstadkomma och synliggöra karriärvägar behövs samverkan såväl inom som mellan regioner, kommuner och lärosäten.

### **Förslag 5.3.8 Ta tillvara seniora medarbetares kompetens**

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. 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. 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 (eller vilja komma tillbaka efter pension) i hälso- och sjukvården.

### **5.3.9 Inför strukturerad introduktion och mentorskap av nya medarbetare för att rekrytera och behålla personal**

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. Rådet bedömer 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 nytexaminerade professioner i hälso- och sjukvården.

### **Förslag 5.3.10 Främja rekrytering av underrepresenterat kön**

Inom hälso- och sjukvården är flera av legitimationsyrkena kvinnodominerade. Rådet anser 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.



### **Förslag 5.3.11 Information till ungdomar om yrken i hälso-och sjukvården för att främja rekryteringsmöjligheterna**

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.

### **Förslag 5.5.2 Regelverket för antagning till specialistsjuksköterska bör ses över**

Enligt ett beslut från Universitetskanslersämbetet (UKÄ) är vissa regler i antagningssystemet oförenliga med de behov som finns för att anta specialistsjuksköterskestudenter som har en betald utbildning via arbetsgivaren. 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.

## 4. Samordna, stödja och följa upp de regionala vårdkompetensrådets arbete med den nationella planen

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 samverkansarenan ingår även sex regionala vårdkompetensråd (även benämnda sjukvårdsregionala råden, RVKR) bestående av ledamöter från kommuner, regioner och universitet och högskolor.

### 4.1. Workshops i de sex regionala vårdkompetensråden

Nationella vårdkompetensrådet ska enligt det ändrade uppdraget samordna, stödja och följa upp de regionala vårdkompetensrådets arbete med den nationella planen för hälso- och sjukvården.

Nationella vårdkompetensrådet har inom ramen för regeringens uppdrag genomfört workshops i varje respektive regionalt vårdkompetensråd under hösten 2024. Workshoparna syftade till att i ett första steg föra en diskussion om hur det nationella och de regionala vårdkompetensråden gemensamt kan arbeta med den nationella planen framåt. Samtidigt konstaterar rådet att den diskussion som fördes under workshoparna var förutsättningslös, eftersom den nationella planen inte är beslutad av regeringen.

I det följande redovisas en samlad minnesanteckning för alla sex workshops uppdelad efter de frågeställningar som utgick på förhand från det Nationella vårdkompetensrådet till de regionala vårdkompetensråden.

Minnesanteckningar är skrivna i punktform. De ska därmed endast ses som en sammanställning av diskussioner och synpunkter från de sex workshops som genomfördes.

## 4.2. Pass I

### 4.2.1. Fråga 1) På vilket sätt kan Nationella vårdkompetensrådet samordna, stödja och följa upp arbetet med den nationella planen i ert råd?

- Nationella vårdkompetensrådet (NVKR) kan spela en roll och hjälpa de regionala vårdkompetensråden (RVKR) och de organisationer som vi representerar genom att ta fram fler och gemensamma statistiska underlag för vårdens kompetensförsörjning där myndigheterna säger samma saker och utgår från gemensamma definitioner.
- Det behöver finnas bättre underlag för vilken personal som egentligen behövs i vården.
- Samordna befintlig uppföljning som regioner, kommuner och lärosäten redan lämnar in till olika aktörer och sammanställa denna.
- NVKR och RVKR kan arbeta tillsammans i arbetsgrupper i olika frågor.
- Stöd i att få med kommunerna i arbetet i högre grad än idag.
- Använda forum för att göra ett avstamp om/när planen är fastställd. Dialogmötet i november var uppskattat. Inslagen väg är bra.
- Nyttja kraften i de olika erfarenheterna som finns i de regionala och nationella vårdkompetensråden. Använda kraften till att lyfta frågorna uppåt gällande olika sakfrågor.
- Råden har liknande bild och utmaningar. Det blir värdeskapande när vi har samma bild och utmaningar i alla RVKR. Bra att kunna ta lärdomar av varandra för att slippa ”uppfinna hjulet igen”, och att inte alla behöver arbeta parallellt med samma utmaningar. Förslag att fördela olika sakfrågor till olika RVKR, för att sedan kunna dela med sig till övriga. Vill ha ett stort fysiskt forum där alla RVKR kan träffas.
- Önskar en digital plattform för NVKR för att kunna ha mer levande konversationer med RVKR.
- Utmaning är att vi inte riktigt taktar, det är olika saker som är högt på agendan vid olika tidpunkter i alla de olika medverkande organisationerna. NVKR kunde vara en hjälp i att hitta goda exempel och samarbetspartner i andra RVKR när det behövs.
- Bra med NVKR: s expertis och uppdrag som finns i att stödja, samordna och samla frågorna. Upplever att NVKR

genom åren varit en bra samtalspartner om hur vi arbetar med frågor om vårdens kompetensförsörjning.

- Vi har förväntan att Nationella vårdkompetensrådet är en ingång till regeringen.
- NVKR kan stödja vårt lokala och regionala arbete i frågor om vårdens kompetensförsörjning, och inte ge anvisningar.
- Tydliggöra uppdrag och roller mellan NVKR och RVKR.
- Skapa tydliga och effektiva kommunikationskanaler både mellan NVKR och RVKR men även till andra berörda aktörer.
- Optimera dialogen och arbetsformer mellan NVKR och RVKR, tex. rådgivande, återkoppling, olika förväntningar.
- Sverigeperspektiv – inte lätt att få med kommunerna i strukturer. Hur vi på nationell nivå kan vara en viktig bas. NVKR kan vara ett viktigt stöd för det regionala arbetet.
- Alla organisationer har olika förutsättningar som man behöver ta hänsyn till.

#### 4.2.2. Fråga 2) Hur kan ert regionala råd arbeta med planen i er samverkansarena? Har ni pågående arbeten som passar in i den nationella planen?

- De flesta berörda aktörer arbetar redan med flera av de förslag som planen innehåller.
- RVKR är främst ett forum för dialog som ger nya och andra perspektiv, får ingångar i lärosäten och kontaktpersoner samt får det regionala perspektivet.
- Vissa RVKR kommer ta arbetet med planen vidare i olika arbetsgrupper.
- Vissa RVKR kommer att synkronisera sin verksamhetsplan med nationella vårdkompetensrådets plan och kommer fortsätta driva kompetensförsörjningsfrågor enligt planen i befintliga samverkans- och samarbetsforum.
- Vi saknar en arena för samtliga RVKR för att tillsammans med de andra stämma av aktiviteter så att det inte blir dubbelarbete, hur kan vi hjälpas åt? Idag finns inte det.
- Om det finns motsvarande arbetsgrupp i de olika regionala vårdkompetensråden så kan vi synka ihop oss, ett exempel är AT/BT, det behöver inte gå via RVKR utan kan gå via NVKR.
- När planen är beslutad, då plocka in i vår verksamhetsplan. Dialogen har varit att vi uppfattat att det inte är så mycket nya saker, utan saker som vi redan jobbar med.

- Det vi såg med planen, det vi ser som styrkan med råden, är att hitta samarbetsytorna mellan olika huvudmän och utbildningsanordnare.
- Stor kompetens inom de olika RVKR, bra att få syn på varandra och kunna arbeta med frågorna tillsammans.
- Struktur för hur vi sprider information och samverkar för att driva frågorna vidare.
- Vissa RVKR vill ha ökat samarbete mellan RVKR.

## 4.3. Pass 2

### 4.3.1. Fråga 1) Har ni redan idag tankar, idéer och metoder för att man får till en förflyttning utifrån den nationella planen i er sjukvårdsregion?

- Lärosätena arbetar med att förbereda studenter på yrkeslivet. Bra forum i RVKR om vad man tänker att förväntan är på studenter som kommer ut och vad arbetsgivare förväntar sig.
- En fråga i vardande är kompetensutveckling i hela vårdkedjan; hur tillgängliggör vi den kompetensutveckling som finns, framförallt det som görs i regionerna för medarbetarna i kommunerna. En fråga som jag tror vi kommer behöva prata mer om i RVKR.
- Arbeta vidare genom arbetsgrupper i relation till problemställningar/mål i nationella planen.
- Skapa forum för dialog där mål och aktiviteter kan konkretiseras.
- Dialog centralt, förståelse för varandras system i enskilda RVKR och i det nationella rådet.
- Viktigt att kunna prioritera i de 25 olika förslagen. Kan förslagen fördelas till de olika RVKR utifrån hur de arbetar.
- Vi diskuterar mycket i rådet men ofta på en hög abstraktionsnivå och det finns utmaningar med att bli konkreta i arbetet.

### 4.3.2. Fråga 2) Vilka utmaningar ser ni? Vart tar det stopp?

- Behöver försöka arbeta mer med kommuner/det kommunala perspektivet.
- Alla ledamöter har väldigt olika förutsättningar i RVKR. I vissa RVKR sitter ledamöter som har ett beslutsmandat i

sina respektive organisationer vilket gör att man kan förändra frågorna reellt, det blir inte bara en samtalsarena.

- Svårigheten att få till det på regional, och framförallt på kommunal nivå; skillnader på kommuners storlek och deras omfattning. Olika frågor är olika stora/betydelsefull/tunga/olika insatta. Har fått en ökad förståelse för aktörernas olika förutsättningar.
- För högt ställda förväntningar att flertalet kommuner ska enas inom ett RVKR. Det vi kan göra är att lyfta utmaningar.
- Ledamöterna i RVKR är olika insatta i frågorna och frågorna är olika viktiga i respektive organisation.
- Vissa RVKR skulle kunna göra mer idag med t.ex. gemensamma kompetensförsörjningsplaner.
- Bristande möjlighet att tillämpa aktiviteter utifrån förutsättningar i de olika kontexterna, t.ex. olika förutsättningar i större och mindre kommuner.
- Bristande incitament för respektive genomförbarhet; kommun, region och lärosäte.
- Basen i utbildningar behöver definieras och vad som är delar i utveckling av det livslånga lärandet.
- Processer behöver beskrivas för att ställa om utbildningar mot behoven i vården utifrån t.ex. omställningen till Nära vård.
- Kompetensväxling behöver utvecklas, inom professionerna behöver uppgiftsväxling diskuteras. Kan inte komma "ovanifrån" vad som ska skiftas, men samverkansgrupper kan öppna upp för diskussionen.
- Bristen på lärare till vårdutbildningar, fler disputerade behövs inom respektive yrkesgrupp.
- Utbildningsanordnare har inte varit lika snabba som vi som vårdgivare hade önskat. Så fort någon sådan grej är på gång, så vi får snabbare ställt tid. Arbeta mer proaktivt än vad vi har gjort idag. Fantastiskt med dialoger mellan arbetsgivare och utbildningsanordnare (genom råden) för att tillskapa relevanta utbildningar för det vi som arbetsgivare ser behov av.

#### 4.3.3. Fråga 3) Har ni några goda exempel på när samverkan har lett till en förflyttning?

- Arbetar med kompetensstegar och fortbildning.
- Jobbar med kliniska lektorer som ska arbeta mot privat och kommunal vård för att få kvalitativa VFU-platser.

- Arbetat med arbetsmiljö i relation till den tidigare introduktionen av sjuksköterskor i klinisk verksamhet. Hur kan vi från lärosätens sida och arbetsgivarens sida bygga en bro för att göra övergången så smärtfri och bra som möjligt? Handlar om att få en god grund, realistisk bild och hur man tas emot som nyanställd. Arbetsmiljön för den nyexaminerade jätteviktig. Mentorskap, kliniskt basår.
- Flera arbetsgrupper har bidragit med kartläggning och inlagor till nationella nivå och utveckling lokalt.
- Verktyg för placering av VFU över regiongränser.
- Samverkan i RVKR har lett till förflyttning, ex. förståelse för varandras system, stärkt arbetet lokalt.
- Dubbelarbete undviks genom att arbete sker i grupper kopplat till RVKR.
- Decentralisering av vissa utbildningar i samarbete med region och lärosäten.
- Treparsamtal, mellan region, kommuner och lärosäten.
- Hälsopunkten. Studenter gör hälsosamtal med handledning (motiverande samtal) på sjukhus, fokus på levnadsvanor och enklare provtagning. En forskare ska utvärdera. Studenterna besöker även unga vuxna med lättare funktionshinder som studerar på folkhögskola.
- Etablerat samverkan med kontinuerliga möten för VFU-frågor. Ett forum för att hantera gemensamma utmaningar och driva förbättringar tillsammans. Forumen gäller grund- och specialistsjuksköterskeutbildningen.
- Proaktiva hälsosamtal, för att arbeta mer över gränserna innan invånare blir sjukare.
- International Office, legitimation för personer från tredje land.

# Referenser

Dagens medicin (2024-09-23). Sveriges regioner laddar för samverkan i krig.

Dagens Nyheter (2020-07-13). Katastrofmedicin måste bli obligatorisk utbildning.

Ds 2017:66. Motståndskraft Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2024). Erfarenheter från Ukraina – Lärdomar för det civila försvaret. Slutredovisning av regeringsuppdrag Fö2023/01325.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015:5). Varierande väntan på vård.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022:3). Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2024:3). Vården ur befolkningens perspektiv.

Nationella vårdkompetensrådet (2024:2). Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Nationella vårdkompetensrådet (2024:3). Nationella vårdkompetensrådets delredovisning inom det ändrade uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256).

Regeringen. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling (S2023/02117).

Regeringen. Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå (S2024/01058).

Regeringen. Uppdrag att följa och bedöma regionernas arbete i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S2024/01059).

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Regioner. Överenskommelse om en ny, uppdaterad kömiljard (S2019/02871).

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Regioner. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024 (S2023/03331).



Riksrevisionen (2023:12). I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer.

Socialstyrelsen (2015). Traumavård vid allvarlig händelse.

Socialstyrelsen (2018). Tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen (2018). Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

Socialstyrelsen (2021). Läkares specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 2021.

Socialstyrelsen (2022). Hälso- och sjukvården i totalförsvaret. Ett utbildningsmaterial om hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret – för medarbetare i kommuner och regioner.

Socialstyrelsen (2022) Nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning.

Socialstyrelsen (2022). Socialstyrelsens plan för att följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

Socialstyrelsen (2022). Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer. Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap.

Socialstyrelsen (2023). Nyckeltal och dimensionerande målbilder för hälso- och sjukvårdens planering av civilt försvar.

Socialstyrelsen (2023). Hälso- och sjukvårdens kapacitetsförmåga. Nationellt kunskapsstöd.

Socialstyrelsen (2023). Riktvärden för beläggningsgrader och vårdplatser.

Socialstyrelsen (2023). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Socialstyrelsen (2024). Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

Socialstyrelsen (2024). Plats för vård.

Socialstyrelsen (2024). Preliminär analys av regionernas kapacitetsökningsförmåga i fredstida kris och krig.

Socialstyrelsen (2024). Socialstyrelsens plan för arbetet med tillgänglighet och vårdkapacitet.

Socialstyrelsen (2024). Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning.

Socialstyrelsen (2024). Årsredovisning 2023.

SOU 2021:25. Struktur för ökad motståndskraft.

SOU 2021:59. Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.

SOU 2021:89. Sverige under pandemin Volym 2 Sjukvård och folkhälsa.

SOU 2022:6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.

SOU 2022:22 Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram.

SOU 2024:65 Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig.

Sveriges Kommuner och Regioner (2022). Fakta om väntetider i vården.

Sveriges universitets- och högskoleförbund (2024). Direktiv till utredningen om samarbete mellan lärosäten kring professionsutbildningar inom hälso- och sjukvården (dnr SU-850-0010-22).

## Kommittédirektiv och propositioner

Kommittédirektiv 2018:77. Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap.

Kommittédirektiv 2020:84. Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09).

Kommittédirektiv 2023:116. En långsiktigt hållbar personalförsörjning av det civila försvaret.

Kommittédirektiv 2023:51. Kommuners och regioners grundläggande ansvar inför och under

Kommittédirektiv 2024:50. Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet.

Prop. 2019/20:1. Budgetpropositionen för 2020.

Prop. 2023/24:1. Budgetpropositionen för 2024.

Prop. 2024/25:1 Budgetpropositionen för 2025.

Prop. 2024/25:34 Totalförsvaret 2025–2030.

## Reglering

Lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap.

Lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Högskoleförordning (1993:100).

Förordning (1995:238) om totalförsvarsplikt.

Förordning (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).

Förordning (2022:524) om statliga myndigheters beredskap.

SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete.

SOSFS 2013:22. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap.

## Internetkällor

Krisinformation.se. Hämtad 2024-09-02 från  
<https://www.krisinformation.se/detta-kan-handa/hojd-beredskap-och-krig/totalforsvarsplikt>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Hämtad 2024-08-14 från  
<https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/det-svenska-civila-beredskapssystemet/>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Hämtad 2024-09-02 från  
<https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/totalforsvarsplikt/>

Socialstyrelsen. Hämtad 2024-08-26 från  
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/>

Socialstyrelsen. Hämtad 2024-10-29 från  
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/beredskap/>

Örebro universitet. Hämtad 2024-10-28 från  
<https://www.oru.se/samverkan/campus-totalforsvar/>

## Bilaga – Remissmissiv med sändlista

Nationella vårdkompetensrådets kansli  
info@nationellavardkompetensradet.se

Enligt sändlista

# Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

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](mailto:info@nationellavardkompetensradet.se) och med kopia till [registratorUHS@socialstyrelsen.se](mailto: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. Skandinavians 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. Sätters 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 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](http://www.nationellavardkompetensradet.se)



Nationella  
vårdkompetensrådet

