

Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård

Nationella planeringsstödet 2023

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2023-2-8352

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2023

Förord

Av regleringsbrevet för 2022 framgår att Socialstyrelsen årligen, senast den 28 februari, ska redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska därutöver göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom samtliga specialiteter [1]. Socialstyrelsen presenterar resultat och analys av regeringsuppdraget i den här rapporten (Nationella planeringsstödet, NPS). I samverkan med huvudmän, lärosäten, fack- och yrkesorganisationer, myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och andra aktörer utvecklas Socialstyrelsens stöd för planering av hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning fortlöpande.

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen en statistisk analys över tillgång och efterfrågan på 22 legitimationsyrken och 63 läkarspecialiteter.

För att främja fördjupade bedömningar av en ökad rapporterad personalbrist har Socialstyrelsen i tillägg utvecklat en kvalitativ analysmodell. Syftet med modellen är att förbättra förutsättningarna för att utveckla och ta tillvara hälso- och sjukvårdens kompetenser. Den kvalitativa analysmodellen utgår från hur hälso- och sjukvården är organiserad och har utvecklats över tid. Genom att utgå från folksjukdomar och diagnosområden är det möjligt att sammankoppla kompetensförsörjningen med utvecklingen av hälso- och sjukvården samt tandvården. Det gör det möjligt att analysera kompetensförsörjningsbehov utifrån förändrade vårdbehov och sjukdomspanorama, medicinsk och teknisk utveckling, förflyttning mot en personcentrerad vård, förändrad demografi, geografiska skillnader samt ökade förväntningar från patienter och förändrade attityder till arbete.

Rapporten vänder sig till regeringen, huvudmän inom hälso- och sjukvården och tandvården, företrädare för professioner och patienter och till andra aktörer som berörs av frågor om planeringen av hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens kompetensförsörjning.

Projektgruppen har bestått av projektledare Åsa Olsson samt statistikerna Samuel Westberg och Natalja Balliu. Ansvarig enhetschef har varit Lena Hellberg.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Läshänvisning	9
Sammanfattning	9
Metod och rapportstruktur	9
Statistisk kartläggning	9
Analysmodell: Fokusområden som har systempåverkan	10
Kompetensbehov i områden där samhällskostnaderna för olika tillstånd och sjukdomar är högst	10
Insatser som har systempåverkan och exempel på insatser från regioner och kommuner	10
Kompetensbrist och utveckling av det nationella planeringsstödet för att möta olika behov	11
Sammanfattning	12
Kompetensförsörjningen är en av Europas och Sveriges stora utmaningar	12
Statistisk översikt	13
Förändrad lägesbild kräver fördjupad analys	15
Fokusområden som har systempåverkan	15
Utveckling av vårdbehov	16
Fördjupad analys av ett urval av diagnosområden och tandvård	17
Nästa steg	18
Metod och rapportstruktur	19
Nya utmaningar kräver fördjupad analys	19
Utgångspunkter och antaganden för bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	20
Avgränsningar	26
Statistiska kartläggning	28
Stabilitet inom majoriteten av legitimationsyrken och ökad personalbrist	28
Internationell utblick	28
Sysselsättning legitimationsyrken 2020	28
Geografiska skillnader	29
Sammansättning av legitimationsyrken i länen	29
Ålderssammansättning och pensionsavgångar	30
Sjukskrivningar	30
Söktryck och utfärdande av legitimationer	30
Ökad personalbrist	31

Analysmodell: Fokusområden som har systempåverkan	32
Behov av utvecklad analys.....	32
Beskrivning av fokusområden	33
Kompetensbehov i områden där samhällskostnaderna för olika tillstånd och sjukdomar är högst	36
Psykiska sjukdomar – barn och ungdomar	37
Rörelseorganens sjukdomar –reumatologi och artros	43
Cirkulationsorganens sjukdomar– hjärtinfarkt och rehabilitering av stroke	46
Tumörsjukdomar– infrastrukturutveckling och bröstcancerscreening och rehabilitering	50
Tandvård – förändrat uppdrag	55
Sammanfattning över kompetensförsörjningsbehov	63
Insatser som har systempåverkan och exempel på insatser från regioner och kommuner	65
Arbetsgivares attraktivitet.....	65
Utrymme för lokalt kvalitetsutvecklings-arbete och fortbildning	74
Multidisciplinära team och uppgiftsväxling	77
Infrastruktur, informationsteknologi och hälsodata	81
Utbildning.....	83
Kompetensbrist och utveckling av det nationella planeringsstödet för att möta olika behov	88
Regioners och kommuners behov av kompetens	88
Frågor för framtiden.....	94
Nationella planeringsstödet roll för att möta behov	95
Referenser	98
Bilaga 4. Förklaring av statistisk	104
Förteckningen över Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).....	104
Näringsgrenar för att beskriva hälso- och sjukvård	104
Definition av sysselsättning	106
Personer som har flera legitimationer	106
Uppgifter i förteckningen LOVA	106
Uppgifter som saknas i förteckningen LOVA	106
Bilaga 5. Bedömning av statistisk	107
Bedömning av tillgång.....	107
Bedömning av efterfrågan	109
Bilaga 6. Kompetensförsörjnings-frågor på Socialstyrelsen	110
Det Nationella Vårdkompetensrådet	110
Bilaga 7. Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkäter 2021	111
Frågor till regioner	111

Frågor till kommuner	117
Arbetsmarknadsenkät till yrkes- och professionsförbund	120
Arbetsmarknadsenkät till Läkarförbundets specialistföreningar	121
Bilaga 8. Sammanställning över statsbidrag inom område psykisk hälsa 2022	123

Läshänvisning

2023-års nationella planeringsstöd över legitimerad hälso- och sjukvårds- och tandvårdspersonal innehåller både en statistisk kartläggning och en kvalitativ analys.

Varje kapitel är självständigt och kan läsas separat. Om du till exempel vill skapa dig en översikt över läget när det gäller tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvård läser du den statistiska sammanfattningen. En mer detaljerad beskrivning över utvecklingen enligt olika legitimationsyrken och grupper av legitimationsyrken återges i bilagorna.

Genom att läsa om analysmodellen och ett eller flera av exemplen som presenteras får du fördjupad bild av kompetensförsörjningssituationen inom olika diagnosområden samt tandvård. Du kan också få en bild över regioners och kommuners insatser för att ta tillvara och utveckla hälso- och sjukvårdens befintliga kompetens.

Nedan presenteras en översikt som syftar till att guida läsaren.

Sammanfattning

- Översiktstabell. Procentuell förändring av andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården per 100 000 invånare för legitimationsyrken och bedömningar av personalbrist från regioner, kommuner, SCB och Arbetsförmedlingen.
- Sammanfattning av den statistiska kartläggningen utifrån olika perspektiv.
- Beskrivning av en ny analysmodell som syftar till att öka förståelsen för grundorsakerna till den ökade kompetensbristen.
- Framtida utvecklingsområden av det nationella planeringsstödet.

Metod och rapportstruktur

- Utgångspunkter för bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvård.
- Presentation av analysmodellen och hur den används i rapporten.

Statistisk kartläggning

- Sammanfattning av den statistiska kartläggningen över legitimerad hälso- och sjukvårds- och tandvårdspersonal samt samtliga läkarspecialiteter.
- Hänvisning till fördjupad statistisk analys:
 - Bilaga 1. Jämförande statistiska sammanställningar över tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårds- och tandvårdspersonal utifrån olika perspektiv.
 - Bilaga 2. Statistiska sammanställningar utifrån legitimationsyrken och grupper av legitimationsyrken utifrån olika perspektiv.

- Bilaga 3. Tillgång på specialistläkare inom samtliga specialiteter utifrån olika perspektiv.

Analysmodell: Fokusområden som har systempåverkan

Beskrivning av fokusområden som påverkar kompetensförsörjningen på systemnivå. Tillsammans påverkar de identifierade fokusområdena hela kompetensförsörjningskedjan och våra möjligheter till att skapa en hållbar kompetensförsörjning över tid.

Kompetensbehov i områden där samhällskostnaderna för olika tillstånd och sjukdomar är högst

Utifrån ett urval av diagnosområden samt tandvård ges exempel på specifika utmaningar med kompetensförsörjningen utifrån olika fokusområden. För fördjupad analys har ett fokusområde valts för varje diagnosområde och för tandvården.

- Psykisk ohälsa– barn och ungdomar och arbetsgivares attraktivitet
- Rörelseorganens sjukdomar– reumatologi och artros och reumatologi och utrymme för lokalt kvalitetsutvecklingsarbete, fortbildning och forskning
- Cirkulationsorganens sjukdomar– hjärtinfarkt och rehabilitering av stroke och multidisciplinärt samarbete
- Tumörsjukdomar –infrastrukturutveckling samt bröstcancerscreening och cancerrehabilitering
- Tandvården- förändrade vårdbehov och implikationer för utveckling av tandvårdsutbildningarna

Insatser som har systempåverkan och exempel på insatser från regioner och kommuner

Utifrån perspektivet att det är viktigt att utveckla en hållbar kompetensförsörjning över tid görs en beskrivning insatser som är centrala för kompetensförsörjningen inom varje fokusområde. Utifrån detta perspektiv presenteras exempel på insatser från regioner och kommuner.

- Genomgång av insatser som påverkar kompetensförsörjningen på systemnivå inom olika fokusområden.
- Exempel på insatser från regioner och kommuner.
- Utvecklingsbehov enligt yrkes- och professionsförbunden.

Kompetensbrist och utveckling av det nationella planeringsstödet för att möta olika behov

En sammanställning presenteras över regioners- och kommuners- rapporterade personalbrist. Ett resonemang förs också om hur det nationella planeringsstödet skulle kunna utvecklas för att möta olika behov.

- Regioner och kommuners rapporterade personalbrist inom olika legitimationsyrken.
- Regioners rapporterade personalbrist på specialistläkare inom samtliga specialiteter, sjuksköterskespecialiteter och tandläkarspecialiteter.
- Framtida utveckling av det nationella planeringsstödet.

Sammanfattning

Kompetensförsörjningen är en av Europas och Sveriges stora utmaningar

Det nationella planeringsstödet för legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård har under många år fokuserat på att mäta hur tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal har utvecklats, och jämfört det med regionernas efterfrågan på personal. Fokus har framförallt riktats mot att ersätta pensionsavgångar med nyutbildad personal. Kartläggningen har inkluderat 22 legitimationsyrken och 63 läkarspecialiteter. Årets rapport innehåller uppdaterade uppgifter om legitimationsyrkena och läkarspecialiteterna och inkluderar i tillägg nio sjuksköterskespecialiteter och nio tandläkarspecialiteter. Kartläggningen visar att det har skett relativt små förändringar i tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med förra årets kartläggning. Regioner och kommuner har under 2022 samtidigt rapporterat om en ökad brist av flera legitimationsyrken och specialiteter. Framtidsprognoserna från både Statistikmyndigheten och Universitetskanslersämbetet visar att bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kvarstå eller öka fram till 2035. Världshälsoorganisationen, WHO, uttrycker i en nyligen utgiven rapport att Europas offentligt finansierade sjukvårdssystem står under stora hot på grund av personalbrist.

Utifrån denna situation anser Socialstyrelsen att kompetensförsörjningsutmaningarna behöver breddas till att handla om hur vi på bästa sätt tar till vara på och hur vi behöver utveckla befintliga kompetenser i hälso- och sjukvården samt tandvården. Vidare behöver en analys göras över vilka utgångspunkter som ligger till grund för bedömningen av personalbrist. Det handlar både om vilken ambitionsnivå Sveriges hälso- och sjukvård och tandvård ska ha i framtiden och antaganden om vilken hälso- och sjukvård som ska bedrivas och med vilka resurser.

I denna rapport utgår Socialstyrelsen från föresatserna att ett nyfikat förhållningssätt till att förstå och hitta nya lösningar på komplexa problem tillsammans med en fortsatt hög ambitionsnivå för en jämlik hälso- och sjukvård och tandvård är två hörnstenar som ska utmärka framtidens planering av kompetensbehov.

Statistisk översikt

- Utifrån en jämförelse mellan OECD-länder över tillgången till läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare placerade sig Sverige på en åttondeplats efter Norge, Schweiz, Island, Tyskland, Irland, Australien och Österrike år 2020 [5].
- 2020 sysselsatte hälso- och sjukvården cirka 239 000 legitimerade inom hälso- och sjukvården samt tandvården varav kvinnor utgjorde 79 procent. Utvecklingen är stabil med mindre förändringar över tid.
- Tio legitimationsyrken hade en minskning av andel sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare mellan åren 2016 och 2020. Det inkluderar legitimationsyrkena arbetsterapeut, fysioterapeut, hälso- och sjukvårdskurator, psykoterapeut, receptarie, biomedicinsk analytiker, tandläkare, sjuksköterska och optiker.
- Hälften av legitimationsutbildningarna hade två eller färre sökande per plats.
- 15 av 21 regioner uppgav att de hade brist på personal inom hälften eller fler av legitimationsyrkena, inklusive specialistsjuksköterska och läkare med specialistkompetens.
- Personalbristen bedömdes ha förvärrats jämfört med oktober 2021 i majoriteten av regionerna för legitimationsyrkena grundutbildad sjuksköterska, specialistsjuksköterska, röntgensjuksköterska och tandhygienist.
- 50 procent eller fler av kommunerna uppgav att de har personalbrist inom legitimationsyrkena specialistsjuksköterska, grundutbildad sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och psykolog. En majoritet av kommunerna uppgav att personalbristen är oförändrad eller förvärrad jämfört med oktober 2021.
- 59 procent av kommunerna uppgav att tillgången till läkare inom kommunal hälso- och sjukvård var oförändrad sedan oktober 2021.
- En majoritet av regionerna rapporterade att de hade brist på personal inom 18 baspecialiteter. Flest regioner rapporterade om brist av specialister inom radiologi, allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri.

Tabell 1. Bedömningar av personalbrist och procentuell förändring av andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården per 100 000 invånare för legitimationsyrken

	% förändring av andel sysselsatta 2016–2020*	Antal regioner som rapporterar om personalbrist 2022	% andel av kommunerna som rapporterar om personalbrist 2022**	SCB:s bedömningar över personalbrist***	Arbetsförmedlingens bedömningar över personalbrist ****
Apotekare	14	5	X	Brist på yrkeserfarna	X
Arbetsterapeut	-3	14	50	Brist	Brist
Audionom	10	12	X	X	X
Barnmorska	2	21	X	Brist	Brist
Biomedicinsk analytiker	-5	20	X	Brist	Brist
Dietist	10	14	X	X	X
Fysioterapeut	-1	15	55	Brist	Brist
Hälso- och sjukvårdsskurator	X	2	X	X	Brist
Kiropraktor	7	1	X	X	X
Logoped	2	10	X	X	X
Läkare utan specialistkompetens	4	3	X	Balans	X
Läkare med specialistkompetens	-2	21	X	Brist	Brist
Naprapat	-3	0	X	X	X
Optiker	19	6	X	X	X
Ortopedingenjör	8	6	X	X	X
Psykolog	-13	19	63	X	X
Psykoterapeut	-8	10	X	X	X
Receptarie	26	1	X	Brist	X
Röntgensjuksköterska ¹	7	21	X	Brist	X
Sjukhusfysiker	-3	8	X	X	X
Grundutbildad sjuksköterska	-3	21	67	Brist	X
Specialistsjuksköterska	-6	21	79	Brist	Brist
Tandhygienist	-3	19	X	Brist	X
Tandläkare	-5	17	X	Brist	Brist
Tandläkare med specialistkompetens	3	13	X	X	X

* Procentuell förändring av andel sysselsatta i hälso- och sjukvården samt tandvård per 100 000 invånare från 2016 till 2020.

** Uppgifter Inkluderar de legitimationsyrken där fler än 50 procent av kommunerna uppgav att de hade anställda inom yrket.

*** SCB. Vilka utbildningar ger jobb? Arbetskraftsbarometern 2022

**** Arbetsförmedlingen. Yrkes prognoser, 2022.

X: Uppgifter saknas.

¹ Den uppmätta förändringen för yrkesgruppen röntgensjuksköterskor speglar en förändring i mätmetoder snarare än en reell förändring. Innan 2000 när den separata legitimationen röntgensjuksköterska skapades, var det sjuksköterskor med radiologi som specialistutbildning som hade kompetens för att utföra de arbetsuppgifterna. Den specialiteten togs bort i och med införande av röntgensjuksköterskelegitimationen. De som har den specialiteten kan arbeta som röntgensjuksköterska men har inte inkluderats i röntgensjuksköterskorna i sysselsättningsstatistiken i år.

Förändrad lägesbild kräver fördjupad analys

Dagens hälso- och sjukvård har en hög specialiseringsgrad och den medicinska och tekniska utvecklingen ställer kontinuerligt nya krav på hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens organisation och personal. Socialstyrelsen anser att sättet som vi tar oss an kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården är av stor betydelse för hur vi skapar förståelse och förutsättningar för att möta upp och åtgärda grundorsakerna till den ökade kompetensbristen.

Den delade ansvarsfördelningen inom kompetensförsörjningsområdet i Sverige innebär att ingen enskild aktör har förutsättningar eller resurser för att långsiktigt ta ansvar för helheten. Det är en situation som Sverige delar med många andra europeiska länder. Kompetensförsörjningen som helhet kan inte förstås utifrån enskilda delar eftersom olika delar samverkar inbördes på ett sätt som påverkar helheten. Eftersom olika aktörer optimerar sina verksamheter utifrån sina respektive roller och uppdrag är det också viktigt att synliggöra målkonflikter som den nuvarande ansvarsfördelningen kan ge upphov till. För att främja en utveckling av en patientcentrerad och jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård är det viktigt att synliggöra målkonflikter och öka förståelsen för utmaningarna från olika perspektiv.

För att möta kompetensförsörjningens utmaningar kan en framåtriktad analysmodell som möjliggör en fördjupad analys bidra till att tydliggöra situationen och därmed kunna göra en adekvat bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården samt tandvården. Socialstyrelsen har tagit fram en sådan modell för att stärka olika aktörers förmåga att möta kompetensförsörjningsutmaningar på kort och längre sikt. Analysmodellen främjar ett förhållningssätt som synliggör att hälso- och sjukvården samt tandvården ständigt utvecklas och att denna utveckling är beroende av ett organisatoriskt sammanhang. Detta sammanhang påverkar också till viss del hur medicinska och teknologiska framsteg kan implementeras och vilken möjlighet olika yrkesgrupper har att använda dessa i arbetet att främja en personcentrerad vård. Modellen kan också synliggöra verksamhetsbehov och deras relation till resurser, styrning och ledning.

Fokusområden som har systempåverkan

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen en analysmodell som möjliggör att kompetensförsörjningens komplexitet kan analyseras utifrån fokusområden som har systempåverkan. Analysmodellen kan ta hänsyn till både yttre och inre påverkansfaktorer som har betydelse för kompetensförsörjningen, såsom:

- medicinsk och teknisk utveckling
- förflyttningen mot en personcentrerad vård
- förändrad demografi
- geografiska skillnader
- mobilitet
- förändrade vårdbehov och sjukdomspanorama

- ökade förväntningar hos patienter och förändrade attityder till arbete.

Socialstyrelsen har utvecklat analysmodellen utifrån en litteraturoversikt och i dialog med olika aktörer.² Vidare har information inhämtats från yrkes- och professionsförbund, regioner och kommuner genom den årliga arbetsmarknadsenkäten.

Analysmodellen utgår från fem fokusområden som tillsammans påverkar Sveriges förmåga att säkerställa en adekvat bemanning av legitimerad personal i hälso- och sjukvården och tandvården. Fokusområdena påverkar tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på olika sätt, till exempel:

- *Arbetsgivares attraktivitet:* Påverkar områden såsom söktryck till utbildningar, viljan hos legitimerad personal att stanna och utvecklas inom verksamheterna, möjligheter till utlandsrekrytering av personal inom bristyrken.
- *Utrymme för lokalt kvalitetsutvecklingsarbete, fortbildning och forskning:* Påverkar bland annat hälso- och sjukvårdens och omsorgens förmåga att införa och utveckla diagnostiska metoder och medicinska behandlingar och främjar en patientsäker vård.
- *Multidisciplinära team och uppgiftsväxling:* En förutsättning för att möta patienter med komplicerade och komplexa vårdbehov är att olika vårdprofessioner och specialiteter samarbetar och att de gemensamt påverkar och utvecklar inomorganisatoriska gränser. Uppgiftsväxling syftar till att vissa yrkesgrupper tar över arbetsuppgifter från andra yrkesgrupper i en organisation för att förbättra effektiviteten och frigöra utrymme för vidareutveckling. Det kan till exempel handla om att sjuksköterskor tar över vissa arbetsuppgifter från läkare.
- *Infrastruktur, informationsteknologi och hälsodata:* Detta omfattar investeringar i byggnader, medicinteknik, informationsteknologi och förutsättningar för att använda hälsodata. Det påverkar såväl förutsättningarna för legitimerad personal i hälso- och sjukvårdens och tandvårdens arbete som arbetsmiljön. I tillägg påverkar det förutsättningarna för den nationella omställningen av hälso- och sjukvården och tandvården till att primärvården ska ta hand om en större andel av vårdbehoven samt för utbyggnaden av den högspecialiserade vården.
- *Utbildning:* Utbildningens kvalitet, relevans och dimensionering samt hur nyutexaminerade introduceras i arbetslivet har stor betydelse för utvecklingsmöjligheterna i framtidens hälso- och sjukvård och tandvård.

Utveckling av vårdbehov

Dagens hälso- och sjukvård karakteriseras av en hög specialiseringsgrad och är till stor del organiserad utifrån olika diagnosområden och folksjukdomar. Socialstyrelsen anser att det är berikande att analysera

² Socialstyrelsen har bland annat genomfört en intern workshop och haft flera interna möten och konsultationer som sträckt sig över olika avdelningar som arbetar med kompetensförsörjningsfrågor på olika sätt. Vidare har fokusområden diskuterats med olika yrkes- och professionsförbund, Nationella råden för specialisttjänstgöring och några av de nationella programområdena samt Leading Healthcare.

kompetensförsörjningen utifrån de stora diagnosområdena som omfattar folksjukdomar samt de områden som har varit svårare att samordna, till exempel preventionsarbete, hanteringen av patienter med flera kroniska medicinska tillstånd, patienter med sällsynta sjukdomar, äldre personers sammansatta behov av vård och omsorg, psykiatriska tillstånd, tandvård samt behandling av allvarliga sjukdomar med potentiellt snabb negativ progression.

För att på ett bättre sätt än idag ta tillvara och utveckla hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens kompetenser finns många fördelar med att utgå från hur vårdens kunskapsorganisationer är uppbyggda. Det finns till exempel en utvecklad infrastruktur i form av tillgänglighet till data, nationella riktlinjer och nationella vårdprogram som gör det möjligt att koppla samman utveckling av kunskap och evidens, implementering och kompetensförsörjning.

I denna rapport har Socialstyrelsen gjort ett urval av diagnoser och folksjukdomar att följa utifrån var behoven och samhällskostnaderna för diagnoser är störst. Covid-19-pandemin har haft stor påverkan på samhällskostnaderna och på hälso- och sjukvården. Till exempel var intensivvården och akutvården särskilt belastade. Dessa verksamheter belyses inte specifikt i denna rapport eftersom det redan har gjorts av Nationella vårdkompetensrådet [2].

Den senaste tillgängliga sammanställningen över kostnaderna för hälso- och sjukvård och produktionsbortfall för olika diagnosområden som gjordes innan covid-19-pandemin visar att kostnaderna var högst för psykisk ohälsa följt av rörelseorganens sjukdomar, sjukdomar i cirkulationsorganen samt tumörsjukdomar. Dessa studeras närmare ur ett kompetensförsörjningsperspektiv i denna rapport. Socialstyrelsen har även inkluderat tandvård i rapporten, eftersom kunskapen om dess betydelse för den allmänna folkhälsan har ökat. Tandvård ingår dessutom som en viktig del i omställningen av hälso- och sjukvårdens riktning mot att primärvården ska ta hand om en större andel av vårdbehoven, och för utvecklingen av den högspecialiserade vården.

Fördjupad analys av ett urval av diagnosområden och tandvård

Inom varje diagnosområde ryms många olika sjukdomar, tillstånd samt arbete med prevention, till exempel genom screeningverksamheter. I denna rapport har Socialstyrelsen därför valt att studera kompetensförsörjningen för ett urval av folksjukdomar och verksamheter efter en övergripande introduktion till varje diagnosområde.

För att säkerställa att urvalen har hög relevans har de samordnats med pågående eller nyligen avslutade arbeten inom nationella riktlinjer och utvärderingar av dessa [3, 4, 5, 6, 7]. I denna rapport har följande urval gjorts: barn- och ungdomspsykiatri (BUP) heldygnsvård, reumatologi och artros, hjärtinfarkt och rehabilitering av stroke, cancer utifrån bröstcancerscreening och cancerrehabilitering samt tandvård utifrån ett utvidgat uppdrag inom hälso- och sjukvården. Dessa urval har också fördelen att de speglar olika typer av verksamheter som omfattar prevention, kroniska tillstånd och komplexa vårdbehov som utförs av olika vårdenheter inom den

specialiserade vården, primärvården samt den kommunala hälso- och sjukvården. Därefter breddas analysen genom att återknyta till fokusområdena. Det görs genom att först identifiera vilka förutsättningar som är viktiga för att nå framgång för en hållbar och adekvat kompetensförsörjning utifrån bästa tillgängliga kunskap. Därefter presenteras en sammanställning av olika insatser och bedömningar som regioner, kommuner och yrkes- och professionsförbunden gjort.

Nästa steg

Socialstyrelsen kommer som nästa steg i utvecklingen av det nationella planeringsstödet att utveckla underlagen för analyser. Det omfattar både den statistiska kartläggningen och analysmodellen. En utveckling av dessa två områden skulle möjliggöra att kompetensförsörjningsutmaningarna skulle kunna belysas från flera håll, vilket Socialstyrelsen bedömer är en förutsättning för att komma längre i arbetet med att utveckla åtgärder.

Socialstyrelsen avser att i nästa rapport fördjupa analysmodellen som presenterats i denna rapport. Det skulle kunna ske genom att utveckla fokusområdena utbildning och kvalitetsutveckling, fortbildning och forskning med ett särskilt fokus på områdena specialistutbildningar, handledarkapacitet och klinisk forskning. En sådan analys behöver också ta höjd för andra områden, till exempel vårdbehov och den snabba utvecklingen inom medicin och teknik. Detta är viktigt mot bakgrund av att det finns olika utvecklingstrender som kan peka på både ökat och minskat behov av legitimerad personal inom olika områden. En annan del av utvecklingen skulle kunna vara att förstärka kapaciteten att göra fler och snabbare analyser som möter upp olika behov.

Från och med 2023 kommer Socialstyrelsen att inleda ett treårigt samarbete med Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och Statistikmyndigheten i syfte att förbättra underlagen för analyser inom kompetensförsörjningsområdet genom det europeiska samarbetet Joint Action. De statistiska underlagen kommer att utvecklas gemensamt. Samarbetet kommer även att inkludera Nationella vårdkompetensrådet.

Metod och rapportstruktur

Sedan mitten av 1990-talet har Socialstyrelsen haft regeringens uppdrag att redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Den årliga rapporten omfattar samtliga 22 legitimeringsyrken inom hälso- och sjukvården samt en kartläggning och bedömning av tillgång och efterfrågan på specialistläkare inom samtliga läkarspecialiteter, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för läkarnas specialiseringsstjänstgöring (SOSFS 2015:8). I år inkluderar analysen specialistsjuksköterskor och tandläkare med specialistkompetens.

Syftet med rapporten är att skapa en så informativ bild som är möjligt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal inom hälso- och sjukvården.

I förra årets rapport lyfte Socialstyrelsen fram att det finns behov av utveckling av dataunderlag och nya analyser för att det nationella planeringsstödet på ett mer ändamålsenligt sätt ska ge underlag för planeringen av kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen menar att det är viktigt att kompetensförsörjningsfrågor analyserar dessa frågor i relation till hälso- och sjukvårdens samtliga kärnuppdrag, vilket inkluderar prevention, diagnostik, behandling, utbildning, fortbildning och forskning [8].

Statistiska underlag utgör en bas för bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. För att få en överblick över den statistiska utvecklingen presenteras en sammanfattning i rapporten med tillhörande bilagor. Tyngdpunkten i denna rapport utgörs däremot av ett resonemang som syftar till att utveckla en analysmodell som möjliggör att kompetensförsörjningen sätts in i ett större organisatoriskt sammanhang. Analysmodellen tar till exempel hänsyn till frågor såsom demografiska förändringar, medicinsk och teknologisk utveckling, mobilitet, möjlighet att behandla flera tillstånd, höjda förväntningar hos patienter och förändringar i attityder till karriär och arbete. Syftet med analysmodellen är att bidra till en fördjupad bild av läget när det gäller utvecklingsbehov inom kompetensförsörjningsområdet.

Socialstyrelsen menar att dessa områden är viktiga att ta hänsyn till för att stödja omställningen till att primärvården ska ta hand om en större andel av vårdbehoven och för utvecklingen av den högspecialiserade vården. Det nya tillvägagångssättet som myndigheten håller på att utveckla fångar på ett mer systematiskt sätt in kompetensförsörjningsbehoven. Det kan vara ett steg mot att bidra till en större samsyn och en fördjupad analys som på sikt kan bidra till att hälso- och sjukvårdens personalresurser används på ett bättre sätt än i dag.

Nya utmaningar kräver fördjupad analys

Socialstyrelsen menar att de medicinska framstegen i kombination med digitaliseringen bidrar till att i grunden förändra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdspersonalen och stora delar av hälso- och sjukvårdens organisationer. I dag kan till exempel hälso- och sjukvården diagnostisera och

behandla sjukdomar och tillstånd på sätt som var svåra att föreställa sig för 20 år sedan. Den medicinska och tekniska utvecklingen gör det möjligt att upptäcka sjukdom tidigt. I vissa fall går det också att hindra sjukdom från att bryta ut. Digitaliseringen har också öppnat upp nya möjligheter för patienters aktiva medskapande i sin behandling. Patienter kan bidra till kunskapsutvecklingen på nya sätt. Covid-19-pandemin har också påvisat behovet av kapacitet för en snabb omställning. Yttre förändringar aktualiserar gamla frågor om vad som ska göras och vem som ska göra vad. Detta blir speciellt viktigt när glappet ökar mellan vad som är möjligt att diagnostisera och behandla och det som erbjuds inom hälso- och sjukvården.

Att möta välfärdens utmaningar är viktigt för att kunna ta tillvara ömsesidiga intressen mellan medborgare och det offentliga. Det utgör ett fundament för att behålla medborgarnas vilja att betala skatt för att få ta del av offentligt finansierad service. Socialstyrelsen menar att en adekvat kompetensförsörjning är själva grunden för att upprätthålla ett högt förtroende för Sveriges hälso- och sjukvård och omsorg, i dag såväl som i framtiden. Utifrån ett kompetensförsörjningsperspektiv behöver därför frågor ställas igen om hur resurser ska definieras, delas in och organiseras. (SOU 2016:2. Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården).

Socialstyrelsen har noterat att det till stor del saknas arenor för dialog där systemomvälvande förändringar pågår. Tankesmedjor har i många fall varit pådrivande inom detta område. En sådan organisation är till exempel Leading Health Care [9]. Policylab är en annan vanlig arbetsmetod som används av olika aktörer, däribland myndigheter, för att utforma innovationer inom politik och administration. Dessa policy labbar är till största del inriktade att hitta lokala lösningar givet rådande mandat hos berörda aktörer. Denna rapport kompletterar därför pågående initiativ genom att påbörja en diskussion om behov av att flytta gränser, ändra ansvarsfördelningar samt behov av nya organisationsformer inom kompetensförsörjningsområdet. Socialstyrelsen avser att med denna rapport inspirera till framåtriktade diskussioner om hur bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal kan utvecklas.

Utgångspunkter och antaganden för bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvården kännetecknas av att det är många aktörer inblandade i utformning av styrning och ledning på olika nivåer. Det beror på att ansvarsfördelningen är delad mellan flera aktörer på nationell, regional och kommunal nivå. Den decentraliserade ansvarsfördelningen inom kompetensförsörjningsområdet innebär bland annat att hälso- och sjukvården är organiserad på olika sätt. Det finns också stora variationer i bemanning. Eftersom hälso- och sjukvården består av många aktörer som har olika uppdrag, förutsättningar

och intressen finns det också skillnader i uppfattningar och värderingar om vilka problemen är och hur de ska lösas.

Statens ansvar för kompetensförsörjningen inkluderar högre utbildning och forskning samt lagstiftning för bland annat utbildnings- och arbetsmarknadsområdet. Staten har vidare utsett Socialstyrelsen som ansvarig myndighet för flera områden som har betydelse för kompetensförsörjningen. Det omfattar till exempel nationell högspecialiserad hälso- och sjukvård, statsbidrag, statligt finansierade specialistkompetenskurser, utfärdande av legitimationer och specialistkompetens för läkare och tandläkare. Andra statliga initiativ av betydelse är statens överenskommelser med Sveriges Regioner och Kommuner (SKR) och inrättandet av Nationella vårdkompetensrådet. Regionerna ansvarar för verksamhetsförlagd utbildning samt bas- allmän- och specialisttjänstgöring för läkare. Bemanning och planering av kompensutvecklande insatser inklusive fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonal är främst regionernas, kommunernas och privata vårdgivares ansvar.

I denna rapport kommer Socialstyrelsen att identifiera ett antal styrmekanismer som påverkar bemanningen av hälso- och sjukvården, utifrån olika verksamheter och aktörers perspektiv.

En utmaning som Socialstyrelsen ser inom kompetensförsörjningsområdet är att det finns en tendens att planering av hälso- och sjukvårdspersonal utgår från förenklade planeringsmodeller. Socialstyrelsen anser att det finns ett behov av att utveckla ett mer utvecklat stöd. Tidigare modeller var ändamålsenliga i en situation när hälso- och sjukvården främst var inriktad på att hantera relativt enkla tillstånd som kunde botas. I och med att hälso- och sjukvården har utvecklats och åtagandena och aktörerna har blivit fler, behöver vi öka förståelsen för hur styrmekanismer och organisation och utveckling påverkar kompensförsörjningen. Socialstyrelsen menar att de förändringar som vi står inför ökar behovet att undersöka tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal och tandvård på nya sätt. För att arbeta strukturerat med dessa komplexa frågor har Socialstyrelsen ett antal utgångspunkter som blir vägledande i denna rapport.

Utgångspunkter som ligger till grund för analysmodellen

- Sveriges aktörer har en fortsatt ambition att främja en jämlik, tillgänglig och patientsäker hälso- och sjukvård.
- Sverige ska även fortsättningsvis vara en internationellt ledande life science-nation.
- En förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas till att bli mer personcentrerad och samtidigt vara förankrad i evidensbaserad praktik är att legitimationsyrkenas professioner har förutsättningar att använda de medicinska och teknologiska framstegen tillsammans med sin expertis och väga samman det med den enskildes situation, erfarenheter och önskemål.
- För att förstå och kunna göra en trovärdig bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård är det viktigt att förstå vilka styrmekanismer och verksamhetslogiker som är vägledande för de aktörer som är centrala för kompetensförsörjning.
- Rådande ansvarsfördelning mellan olika aktörer med tillhörande utvärderings- och ersättningssystem gör att hälso- och sjukvården och lärosätena riktar fokus mot resursoptimering utifrån olika mandat och förutsättningar.
- Kompetensförsörjningen är en del av ett decentraliserat system. Att synliggöra verksamhetsberoenden är viktigt för att kunna göra en adekvat bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård.
- Att synliggöra verksamhetsberoenden kan vara ett sätt att bryta de avgränsande perspektiv som verksamhets- och organisationsbudgetar har för kompetensförsörjningen.
- Att synliggöra verksamhetsberoende är av stor betydelse för att för enkla samverkan och hitta lösningar på problem som påverkar flera organisatoriska enheter men där ingen enskild aktör har allt ansvar. Det öppnar upp möjligheterna att både diskutera konsekvenserna av rådande ansvarsfördelning och föra diskussioner i olika konstellationer för att identifiera lösningar.

Statistisk kartläggning

Den statistiska beskrivningen över tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal baseras på de senaste uppgifterna som finns att tillgå. Den inkluderar bland annat uppgifter från 2020 om antalet legitimerade och sysselsatta i hälso- och sjukvården, kön- och ålderssammansättning av legitimerad yrkesverksam personal, uppgifter om sjukskrivningar för olika yrkeskategorier 2021, antal utfärdade legitimationer 2021 och genomsnittlig examensfrekvens, utveckling av antalet doktorander samt studenters efterfrågan på utbildningsplatser 2021/2022. Vidare har en sammanställning gjorts över situationen vad gäller specialistläkare. I den ingår exempelvis uppgifter om antalet sysselsatta, kön- och ålderssammansättning samt antal utfärdade specialistbevis för 2021.

För att förbättra användarvänligheten för olika målgruppers behov presenteras årets uppgifter i tabeller och figurer i Excelformat. I huvudrapporten sammanställer Socialstyrelsen de viktigaste förändringarna sedan förra årets kartläggning. En detaljerad översikt över metoder för statistikinhämtning finns i bilaga 4.

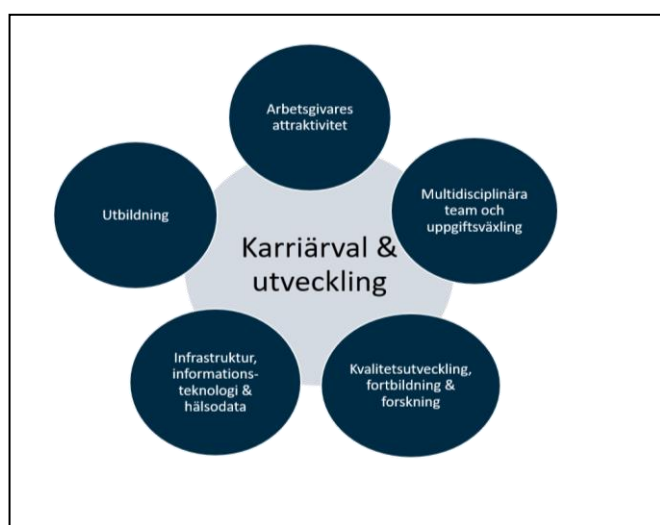
Analysmodell

Socialstyrelsen har gjort ett urval av fem fokusområden som har betydelse för karriärval samt karriärutveckling för legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård, som är en viktig del i den utvecklade analysen. Urvalet bygger på en samlad bedömning baserat på en litteraturöversikt och konsultationer för att identifiera fokusområden som har systempåverkan.³ De frågor som vi identifierat omfattar:

- arbetsgivares attraktivitet
- lokalt kvalitetsutvecklingsarbete och forskning
- multidisciplinära team och uppgiftsväxling
- infrastruktur, informationsteknologi och hälsodata
- utbildning.

Den utvecklade analysen börjar med en kort genomgång av kompetensförsörjningsutmaningarna och de utvalda fokusområdena.

Figur 1. Fokusområden som har systempåverkan



Folksjukdomar och utveckling av vårdbehov

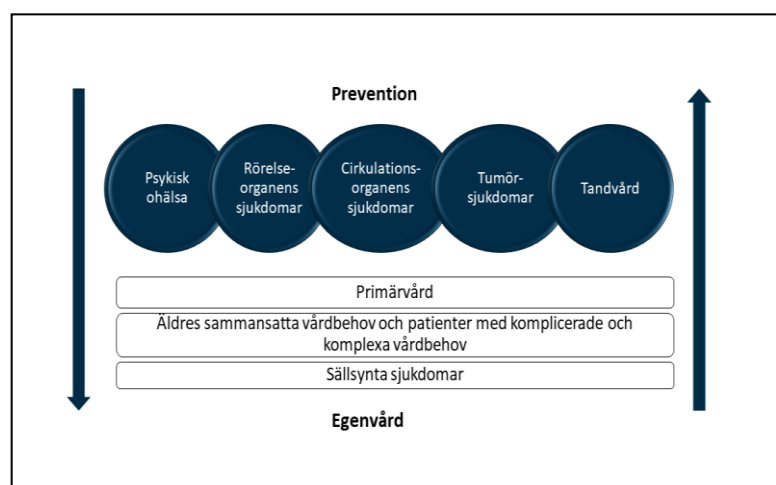
Den utvecklade analysen kommer sedan att belysa dessa fokusområden utifrån olika folksjukdomar och vårdbehov. Detta görs genom två olika spår för att synliggöra att förutsättningarna och utmaningarna ser olika ut inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. Det första spåret riktar sig mot olika

³ Socialstyrelsen har bland annat genomfört en intern workshop och haft flera interna möten och konsultationer som sträckt sig över olika avdelningar som arbetar med kompetensförsörjningsfrågor på olika sätt. Vidare har fokusområdena diskuterats med olika yrkes- och professionsförbund, Nationella råden för specialisttjänstgöring och några av de nationella programområdena samt Leading Healthcare.

diagnosområden som den specialiserade hälso- och sjukvården har ansvar över. De speglar de stora folksjukdomarna där behoven av hälso- och sjukvård fortsatt är stora. Inom dessa områden finns en utvecklad infrastruktur och tillgängliga data över utveckling av sjukdomspanorama samt systematiska genomgångar över kunskapsläget och pågående medicinsk och teknisk utveckling. Det andra spåret omfattar mer komplicerade områden som har visat sig svåra att samordna. Det inkluderar till exempel preventionsarbete, hanteringen av patienter med flera kroniska medicinska tillstånd, patienter med sällsynta sjukdomar, äldre personers sammansatta behov av vård och omsorg, psykiatriska tillstånd, tandvård samt behandling av allvarliga sjukdomar med potentiellt snabb negativ progression.

Urvalet av diagnosområden i denna rapport har gjorts utifrån var behoven och samhällskostnaderna är störst. De senast tillgängliga sammanställningarna över kostnaderna för hälso- och sjukvård och produktionsbortfall för olika diagnosområden visar att kostnaderna var högst för psykisk ohälsa följt av rörelseorganens sjukdomar, sjukdomar i cirkulationsorganen samt tumörer [10]. Socialstyrelsen har därför valt dessa områden och har lagt till tandvård. Detta för att kunskapen om munhälsans betydelse för den allmänna folkhälsan har ökat, vilket också synliggörs i WHO:s globala strategi för munhälsa, som framhåller att tandvården ingår som en viktig del i omställningen av hälso- och sjukvården [11].

Figur 2. Modell för analys

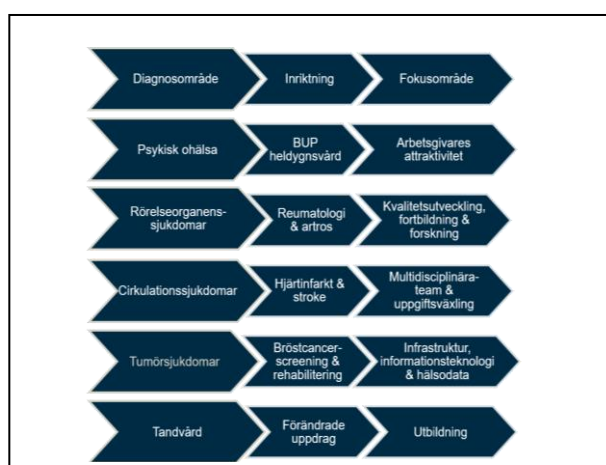


Varje diagnosområde rymmer många olika sjukdomar, tillstånd och verksamheter. För att kunna göra en fördjupad analys i denna rapport har därför ett ytterligare urval gjorts. För att säkerställa att urvalen har hög relevans samtidigt som de speglar en stor variation av verksamheter, har specifika verksamhetsområden valts ut inom varje diagnosområde. Detta har gjorts i samarbete med nationella riklinjer [3, 4, 5, 6, 7]. De inkluderar barn- och ungdomspsykiatri (BUP) heldygnsvård, reumatologi och artros, hjärtinfarkt och rehabilitering av stroke, bröstcancerscreening och cancerrehabilitering samt tandvård utifrån ett utvidgat uppdrag inom hälso- och sjukvården. Detta tillvägagångssätt möjliggör synergier och förenklar

uppgiftnhämtningen. Dessutom belyser de olika områden som är av relevans utifrån detta kompetensförsörjningsperspektiv. Det handlar till exempel om prevention genom screeningverksamhet, kroniska tillstånd, samt komplexa vårdbehov som utförs av olika vårdenheter inom den specialiserade vården, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen.

Socialstyrelsen sedan valt att avgränsa den fördjupade analysen ytterligare genom att välja ett fokusområde för varje diagnosområde. Denna ingång till analys belyser specifika utmaningar inom varje fokusområde. Samtidigt vill Socialstyrelsen betona att samtliga fokusområden har relevans inom alla diagnosområden. Nedan presenteras en översikt över urval av analysenheterna.

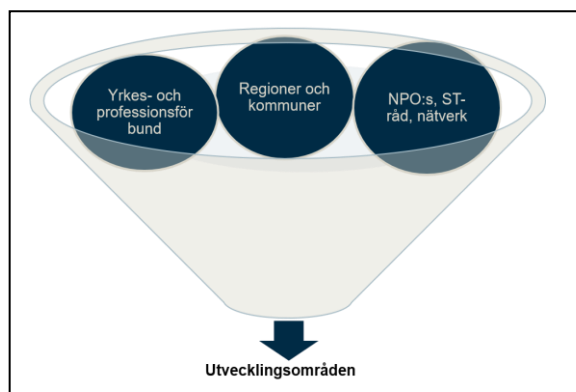
Figur 3. Analysenheter



Insatser som har systempåverkan och exempel på insatser från regioner och kommuner

Efter genomgången av diagnosområden återkopplar analysen till fokusområdena genom att belysa situationen utifrån regioner, kommuners och yrkes- och professionsförbundens perspektiv. Varje del börjar med ett resonemang som synliggör vilka förutsättningar som är viktiga för att nå framgång för en hållbar och adekvat kompetensförsörjning inom varje fokusområde utifrån bästa tillgängliga kunskap. Därefter presenteras regioner, kommuner och yrkes- och professionsförbundna insatser och bedömningar. Se figur 4 nedan.

Figur 4. Breddad analys av fokusområden och insatser



Nationella planeringsstödet roll för att möta olika utmaningar

Rapporten avslutas med ett framåtriktat resonemang över vilken funktion det nationella planeringsstödet skulle kunna ha i framtiden. För att synliggöra kompetensförsörjningsbehov presenteras först en uppdaterad kartläggning över hur personalbristen utvecklats sedan oktober 2021 utifrån regionernas, kommunernas och fack- och yrkesförbundens perspektiv. Därefter förs ett framåtriktat resonemang över hur det nationella planeringsstödet skulle kunna möta de utmaningar och behov som framkommit i rapporten.

Avgränsningar

Statistisk kartläggning

En betydande begränsning för kartläggningen är att insamlade uppgifter har en eftersläpning på två år. Liksom tidigare år visar inte heller Socialstyrelsens data hur stor del av heltid som de legitimerade och sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården arbetar. Data visar inte heller inom vilka verksamheter personalen arbetar eller vilka uppgifter de utför. Därför framgår inte hur många heltidsarbetare som finns inom en viss klinisk verksamhet vid ett sjukhus eller en vårdcentral. Socialstyrelsen har inte heller utvecklat några skalor eller nyckeltal i denna rapport för att bedöma relativa och absoluta personalbristsituationer i olika verksamheter.

I årets kartläggning svarade 19 regioner av 21 och 255 kommuner (85 procent av samtliga kommuner) på Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät för att kartlägga efterfrågan. Region Västerbotten och Region Sörmland svarade inte på årets enkät. För dessa två regioner används därför uppgifter från 2021 års arbetsmarknadsenkät. En redogörelse för frågorna finns sammanställd i bilaga 4.

Även om enkäten som metod ger god täckning finns det olika begränsningar med enkät som metod för att göra bedömningar av personalbrist. För det första fångar denna kartläggning främst efterfrågan på personal som drivs i offentlig regi. Den ger en begränsad bild över både privat och offentligt finansierad vård som drivs i privat regi. För det andra kan tillvägagångssättet för hur efterfrågan på legitimerad personal bedöms variera över landet,

beroende på bland annat hur de olika mottagarna väljer att samla in uppgifter inom sina respektive organisationer. Det betyder att olika mottagare kan välja att inkludera verksamheter i olika grad i sina bedömningar. En tredje begränsning gäller personalens och chefernas påverkan på resultaten. Exempelvis skulle två avdelningar med lika många anställda kunna ha olika uppfattningar om huruvida den personalstyrkan är tillräckligt stor för att upprätthålla verksamheten.

Analysmodell

Socialstyrelsen presenterar en kvalitativ analysmodell i denna rapport. Fem fokusområden har identifierats som tillsammans påverkar förutsättningarna för kompetensförsörjningen på systemnivå. Utifrån dessa fokusområden kan analyser göras över hur olika drivkrafter, styrmedel och verksamhetslogiker samverkar och är ömsesidigt beroende av varandra. Denna metod synliggör verksamhetsberoenden och lägger på så sätt grunden till att identifiera insatser som kan ta hänsyn till komplexa samband med en ökad systematik.

I denna rapport visar Socialstyrelsen på hur detta arbete skulle kunna utvecklas. Samtidigt behöver analysmodellen prövas i flera sammanhang innan den färdigställs. Detta är speciellt viktigt eftersom de omfattar problemställningar som både inkluderar diagnosområden inom den specialiserade hälso- och sjukvården och problemställningar som är vagare och mer komplexa i sin karaktär. Infrastrukturerna för att samla in kunskap mellan dessa områden ser olika ut. Problem som är komplexa i sin karaktär passar till exempel inte att studera genom de dominerande metoder som anses ha högst evidensvärde inom den evidensbaserade medicinen. Till exempel är randomiserade kliniska prövningar svåra att utföra i situationer där individers förväntningar, prioriteringar och värderingar är viktiga för att besluta om insatser. Rapporten gör heller inte anspråk på att fånga samtliga aspekter som påverkar kompetensförsörjningen inom alla delar av hälso- och sjukvården och tandvårdens verksamheter inom de identifierade diagnosområdena. Analysmodellen ska ses som ett första steg i en större utvecklingsprocess.

Denna rapport belyser inte akutsjukvården och intensivvården. Detta är två belastade områden sedan covid-19-pandemin. Situationen inom dessa verksamhetsområden har kartlagts inom ramen för andra uppdrag, däribland Vårdkompetensrådet [2].

Statistiska kartläggning

Stabilitet inom majoriteten av legitimationsyrken och ökad personalbrist

2023 års kartläggning visar på en stabil utveckling och mindre förändringar jämfört med förra årets rapport av antalet legitimerade och sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Samtidigt ökade den rapporterade personalbristen från regioner och kommuner inom flera av legitimationsyrkena. Nedan följer en summering av den statistiska kartläggningen. För mer detaljerade analyser hänvisas läsaren till bilagorna.⁴

Internationell utblick

- De offentliga utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick 2021⁵ till 11,4 procent av bruttonationalprodukten, vilket placerar Sverige på en åttondeplats bland OECD-länderna efter USA, Tyskland, Frankrike, Österrike, Storbritannien, Schweiz och Kanada [12].
- Störst ökning av utgifter som andel av bruttonationalprodukten 2020 skedde i USA, Storbritannien och Kanada. I Sverige ökade utgifterna med 0,7 procent, vilket placerar Sverige på en delad 22:a-plats över de OECD-länder som ökade utgifterna mest som andel av bruttonationalprodukten [12].
- Utifrån en jämförelse mellan OECD-länder över tillgången till läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare placerade sig Sverige på en åttondeplats efter Norge, Schweiz, Island, Tyskland, Irland, Australien och Österrike år 2020 [13].

Sysselsättning legitimationsyrken 2020

- Den svenska hälso- och sjukvården sysselsatte totalt cirka 239 000 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal varav kvinnor utgjorde 79 procent. De två största yrkeskategorierna sett till antal sysselsatta var sjuksköterskor, följt av läkare. De två minsta yrkeskategorierna var sjukhusfysiker och ortopedingenjörer.

⁴ I bilaga 1 presenteras jämförande sammanställningar över tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårds- och tandvårdspersonal.

Bilaga 2 innehåller sammanställningar tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och grupper av legitimerad personal.

Bilaga 3 inkluderar sammanställningar över tillgång på specialistläkare inom samtliga specialiteter.

⁵ 2021 eller senast tillgängliga uppgifter.

- Av dem som har avlagt en yrkeslegitimation och var sysselsatta arbetade 86 procent inom hälso- och sjukvården. Av dessa arbetade 75 procent i offentlig sektor och 25 procent i privat sektor.⁶
- Inom legitimationsyrkena arbetsterapeuter, sjukhusfysiker, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor, hälso- och sjukvårdskuratorer och barnmorskor var 85 procent eller fler sysselsatta inom offentlig sektor.
- Av de sysselsatta inom hälso- och sjukvården var andelen kvinnor 90 procent eller högre inom legitimationsyrkena arbetsterapeut, dietist, barnmorska, hälso- och sjukvårdskurator, logoped, receptarie och tandhygienist.
- Av de sysselsatta inom hälso- och sjukvården var andelen män 50 procent eller fler inom legitimationsyrkena sjukhusfysiker, läkare, kiropraktor och naprapat.

Geografiska skillnader

- Tio legitimationsyrken hade en minskning av andel sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare mellan åren 2016 och 2020. Det inkluderar legitimationsyrkena fysioterapeut, hälso- och sjukvårdskurator, psykoterapeut, receptarie, biomedicinsk analytiker, tandläkare, arbetsterapeut, sjuksköterska och optiker.
- De största legitimationsyrkena sett till antal sysselsatta per 100 000 var legitimationsyrkena sjuksköterska, barnmorska⁷, läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog, tandläkare och biomedicinsk analytiker. Jämfört med riksgenomsnittet var den geografiska variationen störst inom legitimationsyrkena biomedicinska analytiker och psykologer. Lägst geografisk variation fanns bland fysioterapeuter.
- De medelstora legitimationsyrkena sett till antal sysselsatta per 100 000 var receptarie, tandhygienist, psykoterapeut, apotekare, röntgensjuksköterska, optiker, logoped, dietist och audionom. Jämfört med riksgenomsnittet var den geografiska variationen störst inom legitimationsyrkena röntgensjuksköterskor och apotekare. Lägst geografisk variation fanns bland audionomer.
- En majoritet av regionerna rapporterade att de hade brist på personal inom 18 basspecialiteter. Flest regioner rapporterade om brist på specialister inom radiologi, allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri.

Sammansättning av legitimationsyrken i länen

- I Sverige går det i genomsnitt 2,7 sjuksköterskor på en läkare. Norrbottens, Blekinges och Västernorrlands län hade närmare fyra gånger fler sjuksköterskor än läkare medan Stockholms och Uppsala län hade drygt två gånger fler sjuksköterskor än läkare.

⁶ Inkluderar både verksamhet som är offentligt finansierad och drivs i privat regi och privat finansierad hälso- och sjukvård.

⁷ Populationen relaterar till antal i åldersspannet 15–45 år.

- Alla län utom Gävleborgs och Värmlands län hade fler sysselsatta tandläkare än tandhygienister. I Stockholms län var tandläkarna 2,5 gånger fler än tandhygienisterna. I Gotlands län var tandläkarna 2,9 gånger fler än tandhygienisterna.
- Alla län utom Stockholms, Uppsala och Södermanlands län hade fler receptarier än apotekare. Västerbottens län hade drygt sju gånger så många receptarier som apotekare.

Ålderssammansättning och pensionsavgångar

- Medelåldern varierade mellan legitimationsyrkena. Logopeder hade lägst medianålder, 37 år, och psykoterapeuterna hade högst medianålder, 60 år.
- Andelen sysselsatta efter pension inom hälso- och sjukvården varierade mellan legitimationsyrkena. Störst andel sysselsatta inom hälso- och sjukvården som var 67 år och äldre hade psykoterapeuterna, vilken uppgick till 22 procent. Motsvarande andel var 9 procent för läkare med specialistkompetens, 7 procent för tandläkare med specialistkompetens och 6 procent för specialistsjuksköterskor.

Sjukskrivningar

- De legitimationsyrken som hade flest genomsnittliga utbetalda sjukdagar inkluderade ortopedingenjörer, kiropraktorer, hälso- och sjukvårdskuratorer, psykologer och logopeder.
- Störst andel av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som var sjukskrivna 90 dagar eller mer inkluderade yrkesgrupperna hälso- och sjukvårdskuratorer, logopeder, psykologer och audionomer. Orsaken till sjukskrivningarna uppgavs i majoriteten av fallen vara psykisk ohälsa.

Söktryck och utfärdande av legitimationer

- Hälften av legitimationsutbildningarna hade två eller färre sökande till grundutbildningarna. Audionomer och sjukhusfysiker hade färre än en sökande per utbildningsplats. Flest antal sökande per utbildningsplats hade psykologutbildningen följt av läkarutbildningen och tandläkarutbildningen.
- År 2021 utfärdades knappt 11 900 nya legitimationer fördelat över 22 legitimationsyrken; 77 procent till kvinnor och 23 procent till män.
- Antalet utfärdade legitimationer minskade med drygt 3 procent jämfört med 2017. Störst minskning skedde i gruppen som utbildat sig i EU/ESS, inklusive Storbritannien fram till 2020. Samtidigt ökade antalet utfärdade legitimationer från tredje land.
- Antalet utfärdade legitimationer minskade i 11 legitimationsyrken 2021 jämfört med 2017.

- Andelen legitimationer som utfärdats till personer som utbildats i Sverige uppgick 2021 till 85 procent. Störst andel utfärdade legitimationer till utlandutbildade fanns bland apotekare, läkare och tandläkare.
- År 2020 uppgick antalet legitimerade och sysselsatta inom hälso- och sjukvården som var utrikesfödda eller inrikes födda med två utrikesfödda föräldrar till 21 procent av samtliga sysselsatta i hälso- och sjukvården.
- Antalet nybörjardoktorander inom medicin och hälsovetenskap minskade något 2021 jämfört med 2020 och uppgick till 1 101 [14].

Ökad personalbrist

Regioner

- 15 av 21 regioner uppgav att de hade brist på personal inom hälften eller fler av legitimationsyrkena, inklusive specialistsjuksköterska och läkare med specialistkompetens.⁸
- Samtliga regioner rapporterade att de hade brist på barnmorska, grundutbildad sjuksköterska, specialistsjuksköterska, läkare med specialistkompetens och röntgensjuksköterska.
- En majoritet av regionerna rapporterade att de hade brist på personal inom 18 basspecialiteter. Flest regioner rapporterade om brist på specialister inom radiologi, allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri.
- Tio regioner rapporterade att de hade brist inom samtliga sjuksköterskespecialiteter. Västra Götalandsregionen rapporterade att de hade brist i minst antal specialistinriktningar.
- Sju regioner rapporterade att de hade brist i hälften av tandläkarspecialiteterna. Flest regioner uppgav att de hade brist inom specialiteterna bettfysiologi, endodonti och oral protetik.
- Personalbristen bedömdes ha förvärrats i majoriteten av regionerna för legitimationsyrkena grundutbildad sjuksköterska, specialistsjuksköterska, röntgensjuksköterska och tandhygienist.

Kommuner

- 50 procent eller fler av kommunerna som hade legitimerad personal anställd inom sina verksamheter eller genom upphandlade tjänster uppgav att de har personalbrist inom legitimationsyrkena specialistsjuksköterska, grundutbildad sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och psykolog. En majoritet av kommunerna uppgav att personalbristen är oförändrad eller förvärrad jämfört med oktober 2021.
- 59 procent av kommunerna uppgav att tillgången till läkare inom kommunal hälso- och sjukvård var oförändrad sedan oktober 2021. 16 procent av kommunerna uppgav att den har blivit förvärrad och 10 procent uppgav att den blivit bättre.

⁸ Region Västerbotten och Region Sörmlands uppgifter kommer från 2021 års arbetsmarknadsenkät.

Analysmodell: Fokusområden som har systempåverkan

Behov av utvecklad analys

Kompetensförsörjningen är en av de största utmaningarna för hälso- och sjukvårdens framtid. Enligt en nyligen utgiven rapport från WHO står många av Europas offentligt finansierade sjukvårdssystem under stora hot [15]. WHO uppmanar länder att utveckla den strategiska planeringen för kompetensförsörjning och öka investeringarna inom området. De menar att insatserna bland annat behöver handla om att:

- öka utrymmet för professionell utveckling för att utrusta hälso- och sjukvårdspersonal med nya kunskaper och färdigheter
- öka användning av digitala hjälpmedel som stödjer hälso- och sjukvårdspersonalen
- utveckla strategier för rekrytering samt utveckla strategier för att behålla arbetskraft i glesbygdsområden
- skapa arbetsvillkor som tillåter en hälsosam balans mellan arbete och fritid
- förbättra hälsoinformationssystem för att bättre kunna samla och analysera data
- öka de offentliga investeringarna i utbildning, utveckling och patientsäkerhet
- anpassa utbildningarna till vårdbehov hos befolkningen
- optimera användning av finansiering av innovativa satsningar inom arbetsmarknadspolitiken.

Kompetensförsörjningen handlar om möjligheter att attrahera, utbilda, rekrytera och behålla medarbetare, men också om hur vi på bästa sätt kan ta tillvara och utveckla hälso- och sjukvårdens kompetenser. Det senare är speciellt viktigt eftersom SCB:s och UKÄ:s prognoser visar på att bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kvarstå eller öka fram till 2035 [16]. För att genomlysä sätt som detta skulle kunna uppnås föreslår Socialstyrelsen att analysera vårdbehov både utifrån de stora folksjukdomarna som drabbar många människor och vårdbehov som är mer komplicerade och komplexa.

Tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har länge uppvisat stora skillnader i landet. Ungefär hälften av Sveriges befolkning bor i städer och en förflyttning från mindre städer och landsbygd till storstäder har pågått under flera årtionden. Att attrahera och behålla erfaren hälso- och sjukvårdspersonal i mer glest befolkade områden är fortsatt en stor utmaning. Samtidigt sker en stor samhällsomvandling i delar av landet som tidigare har varit utflyttningsområden. Till exempel sker en återindustrialisering av Västerbotten och Norrbotten, vilket ställer helt nya krav på utbyggnad och utveckling av hälso- och sjukvården, tandvården samt omsorgen. Nyckelfrågor för

expansionen handlar både om att hantera inflyttning och att försörja lokalsamhället med kompetens inom samhällsbärande funktioner.

En annan viktig fråga handlar om hur resursfördelningen och bemanningen mellan olika vårdnivåer bör utvecklas mellan och inom olika regioner. De pågående reformerna i hälso- och sjukvården påverkar förutsättningarna för alla vårdaktörer och vårdnivåer. Det gäller framför allt reformer som innebär att primärvården ska ta ansvar för en större andel av vårdbehoven. Den pågående utbyggnaden och ökade koncentrationen av den högspecialiserade vården kan till i någon mån också komma att påverka kompetensförsörjningen, men det är för tidigt att uttala sig om. Det finns en begränsad pool av resurser i form av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och därför har beslut om styrning och organisation av hälso- och sjukvården en ömsesidig påverkan på samtliga vårdgivare.

Beskrivning av fokusområden

Socialstyrelsen har identifierat fem områden som är av särskild betydelse för kompetensförsörjningen. Nedan görs en kort introduktion till varje fokusområdes tillhörande knäckfrågor. Dessa syftar till att främja lösningar på frågorna om hur vi på bästa sätt tar tillvara legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård och hur vi behöver utveckla dagens och framtidens kompetenser för att säkerställa en hållbar utveckling av hälso- och sjukvårdens resurser.

Arbetsgivares attraktivitet

Hälso- och sjukvården behöver skilja mellan begreppen kompetens, skicklighet och erfarenhet för att bättre förstå utmaningen med kompetensförsörjningen. Ett system som till stor del bygger på standardisering av yrkesgrupper via legitimering och specialisering har ofta svårare att ta tillvara medarbetares individuella kompetenser, erfarenheter och skicklighet som går bortom den standardisering som finns men som likväl är värdefulla för att skapa kvalitet i vården [17].

En knäckfråga handlar därför om att nyansera statistiken för att kunna göra skillnad mellan personalresurser i form av antal anställda och antal årsarbetskrafter i olika yrkeskategorier och den kvalitativa kompetensen som de anställda har. Kompetensen inom en organisation är inte statisk utan utvecklas över tid. En knäckfråga är därför att utveckla styrning och ledning på ett sätt som motiverar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal att utvecklas inom hälso- och sjukvården under ett arbetsliv.

Utveckling av multidisciplinära team och uppgiftsväxling

I en situation där hälso- och sjukvården blir allt bättre på att behandla olika tillstånd och där andelen patienter med komplicerade och komplexa tillstånd ökar, blir det allt viktigare för hälso- och sjukvården att främja utvecklingen av multidisciplinära team inom olika verksamheter. Multidisciplinära team består av olika funktioner, individer och kunskaper som arbetar tillsammans för att nå ett specifikt mål. Multidisciplinära team är viktiga både för att

utveckla diagnostik och behandling samt för att utveckla och förbättra inomorganisatoriska gränser [18].

Uppgiftsväxling syftar till att vissa yrkesgrupper ska kunna ta över andra yrkesgruppers arbetsuppgifter i organisationen. Tanken är att kompetensbristen delvis beror på att rätt personer inte alltid gör rätt saker. I praktiken kan uppgiftsväxling till exempel innebära att undersköterskor tar på sig vissa arbetsuppgifter för att avlasta sjuksköterskor [19]. En knäckfråga är att utveckla en kompetensväxling på ett ändamålsenligt sätt så att vården kan upprätthållas och vara patientsäker.

Utrymme för lokalt kvalitetsutvecklingsarbete, fortbildning och forskning

Den medicinska och tekniska utvecklingen skapar förutsättningar för att organisera sig och hämta in kunskap på nya sätt både för hälso- och sjukvårdens professioner och patienter. För att främja en utveckling av en modern och jämlik hälso- och sjukvård krävs det att förutsättningar finns för att genomföra lokalt utvecklingsarbete, fortbildning och forskning inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. En knäckfråga för hälso- och sjukvården är att säkerställa en pågående kvalitetsutveckling utifrån evidensbaserad praktik. Det handlar om att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har förutsättningar att integrera främsta tillgängliga forskning med klinisk erfarenhet samt patientens värderingar för att ge bästa möjliga vård. Samtidigt behöver det finnas utrymme för att delta i lärande- och utvecklingsaktiviteter. En annan knäckfråga är att genomlys hur kunskap definieras, förs vidare och tas emot utifrån ett organisatoriskt perspektiv, eftersom användning av kunskap är beroende av den organisatoriska kontexten.

Infrastruktur, informationsteknologi och hälsodata

Utveckling av infrastruktur inkluderar investeringar i sjukhus, primärvård och medicinskt teknisk utrustning. Det formar grundförutsättningarna för vilken vård som kan bedrivas och var vården kan bedrivas.

Informationsteknologi handlar om kommunikation, hantering av information samt att förmedla kunskap och stödja beslutsfattande. Utvecklingen av läkemedels- och medicinteknik förväntas bli omvälvande i framtiden och kommer att kräva mer av ickemedicinska kompetenser i hälso- och sjukvården. National Health Service i Storbritannien gör bedömningen att 80 procent av arbetskraften inom hälso- och sjukvården 2040 behöver behärska teknik för telemedicin, automatiserad bildtolkning med hjälp av AI, bärbar teknik för diagnostik och fjärrövervakning och teknik för att kunna avläsa arvsmassa med mera [20].

Insamling och användning av hälsodata är ett område som kommer få ökad betydelse för hälso- och sjukvårdens professioner. Socialstyrelsens slutrapport *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet* visade på att behoven av hälsodata är stora och varierande [21]. Uppbyggnaden av infrastruktur är resurskrävande och kräver både justeringar i lagutrymme och vårdprofessionernas aktiva deltagande för att bli användbar för olika områden såsom politiska satsningar, kliniskt arbete samt för forskning och utveckling. De stora knäckfrågorna inom detta område handlar om

att säkerställa hållbara investeringar i förhållande till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå, samt att säkerställa att denna utveckling förbättrar förutsättningarna för personalen att utföra en jämlik, personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård samt tandvård.

Utbildningar

Utbildningars kvalitet, relevans och dess dimensionering är strategiska frågor för att främja en hållbar kompetensförsörjning.

Dimensionering av utbildningar

Det finns inte någon centralt planerad utbildningsvolym i form av ett bestämt antal utbildningsplatser i Sverige. Varje år beslutar regeringen om den högsta ersättningen som en högre utbildningsinstitution kan få för helårsprestationer och helårsstudenter. Sverige har 18 universitet, 12 högskolor samt 14 enskilda utbildningssamordnare. Varje lärosäte beslutar om antalet studieplatser och läroplaner. Om lärosätena väljer att anta fler studenter än vad de får ersättning för betyder det att de har en överproduktion. I dessa situationer får de inte mer pengar i ersättning från staten per student. De kan i stället spara 10 procent av det överskjutande beloppet till framtiden. Då kan de avräkna beloppet för ett kommande budgetår när de inte har tillräckligt många studenter som slutfört kurserna för att få maximal ersättning. Det är lärosätenas ansvar att anpassa utbildningsplatserna efter efterfrågan från studenter. Om de missbedömer efterfrågan får lärosätena stå för konsekvenserna [22].

En knäckfråga för lärosätena är att utifrån regeringens ramverk bedöma antalet utbildningsplatser. En annan knäckfråga är att genomföra utbildningar i situationer där det finns få behöriga lärare eller där det saknas handledarkapacitet för verksamhetsförlagda utbildningar. I situationer där intresset är lågt för utbildningar är det också viktigt att lärosätena inte konkurrerar utan arbetar för att öka intresset och i vissa fall samarbetar för att organisera utbildningarna på ett effektivt och hållbart sätt.

Utbildningarnas kvalitet och relevans

Flera aktörer lyfter fram att nyutexaminerade yrkeslegitimerade inte är förberedda för den kliniska verksamheten. Även vårdprofessionerna säger själva att de upplever att skillnaden mellan innehållet i deras utbildningar och det arbete som de förväntas utföra är stora. Att denna skillnad finns kan bero på många saker. Ett välkänt och dokumenterat problem är till exempel att det finns en inbyggd tröghet i de lärosäten som står bakom utbildningarna av vårdens professioner. Att anpassa utbildningen till att både ta höjd för baskunskap, kunskap från forskningsfronten och de behov som finns i verksamheterna är en knäckfråga för framtiden. En annan knäckfråga handlar om att säkerställa återväxten av lärar- och forskarkompetens. Lärosäten har krav på att lärare ska vara disputerade.

Kompetensbehov i områden där samhällskostnaderna för olika tillstånd och sjukdomar är högst

I detta avsnitt kommer tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att belysas utifrån olika fördjupade exempel. I rapporten *Samhällets kostnader för sjukdomar 2017* framgår att samhällets kostnader är högst för diagnoser inom psykisk ohälsa, rörelseorganens sjukdomar, cirkulationssjukdomar och tumörsjukdomar [10]. Socialstyrelsen har i tillägg inkluderat tandvård. Det är ett eget verksamhetsområde som omfattar hela befolkningen samtidigt som kraven på samordning mellan tandvården och hälso- och sjukvården ökar.

Efter en övergripande genomgång av varje diagnosområde samt tandvård har ett ytterligare urval gjorts av olika folksjukdomar och diagnoser, tillstånd och verksamheter. Detta har gjorts genom samarbete mellan Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och uppföljning av dessa för att säkerställa urvalets relevans. Urvalet inkluderar BUP heldygnsvård, reumatologi och artros, hjärtinfarkt och rehabilitering av stroke samt bröstcancerscreening och cancerrehabilitering. Analysen över tandvården fokuserar främst på tandvårdens utökade uppdrag inom hälso- och sjukvården.

Tabell 2. Översikt över antal personer som drabbas av olika sjukdomar, dödlighet samt vårdbehov

	Antal människor	Dödlighet	Vårdbehov
Psykisk ohälsa barn och ungdomar	Skolbarn som uppger psykiska eller somatiska besvär oftare än 1 gång i veckan har ökat sedan början av 2000-talet [23]. Uppskattningsvis har cirka 10 procent av barn och ungdomar (0–18 år) vid en given tidpunkt ett psykiatriskt tillstånd [24].	Runt 20 barn under 18 år dör varje år av suicid i Sverige. De flesta av dessa är i åldern 13–17 år och 55 procent är pojkar [24].	Oklart och ökande. År 2020 fick 5,5 procent av pojkarna och 3,1 procent av flickorna i åldern 10–17 år psykiatrisk vård. Cirka 2 500 vårdas inom BUP heldygnsvård varje år [7].
Rörelseorganens sjukdomar	Cirka 1 miljon lever med någon reumatisk sjukdom [25]. Ungefär var fjärde person förväntas drabbas av artros. Mellan 600 000 och 1 miljon uppskattas ha artros [6].	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven orsakar cirka 450–500 dödsfall årligen [27].	Besvär i rörelseorganen orsakar varje år cirka 20 procent av alla läkarbesök i primärvården [26]. Cirka 75 000 patienter vårdas varje år i slutenvården för sjukdomar i muskler, skelett och bindväv årligen [28].
Cirkulations-sjukdomar	Cirka 2 miljoner lever med någon sjukdom i cirkulationsorganen [29].	Sjukdomar i cirkulationsorganen orsakar cirka en tredjedel av alla dödsfall årligen [29].	Cirka 54 000 kvinnor och 53 500 män vårdas inom slutenvården för bröst- och buksmärtor årligen.

	Antal människor	Dödlighet	Vårdbehov
			Cirka 22 000 vårdades för stroke 2021 [28]. Cirka 23 000 vårdades för enakut hjärtinfarkt i [28].
Tumörsjukdomar	Drygt 68 800 individer drabbades 2021, vilket är en ökande trend [30].	Orsakar cirka en tredjedel av alla dödsfall årligen [30].	Målnivån är att 80 procent ska få vård inom de ledtider som anges i de standardiserade vårdförloppen. Ingen region uppfyller det generella ledtidsmålet för cancer. För de mer akuta cancerformerna är ledtiderna kortare [31].
Tandvård	Alla	Enstaka fall av lunginflammation och sepsis på grund av infektioner i munhålan.	Munhälsan hos befolkningen är generellt god samtidigt som socioekonomiska skillnader ökar, vilket kan påverka munhälsan. Det finns anledning att förvänta sig att behovet av tandvård kommer att öka när befolkningen blir äldre och har fler tänder.

Varje diagnosområde och tandvården börjar med ett resonemang om vårdbehov och vårdkonsumtion. Därefter görs en sammanställning av statliga initiativ och finansiering i de fall de finns. Slutligen belyses kompetensförsörjningsutmaningar utifrån olika perspektiv.

Psykiska sjukdomar – barn och ungdomar

Introduktion

Psykisk hälsa är ett paraplybegrepp som omfattar psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd [32]. I detta avsnitt fokuserar vi på psykisk ohälsa för barn och ungdomar. De kompetensförsörjningsutmaningar som belyses nedan är möjliga vägar för att förstärka medicin-, psykologi- och omvårdnadsperspektivet för att öka attraktiviteten och förstärka bemanningen av kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal. Vidare tittar vi på möjliga vägar för att öka attraktiviteten för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom barn- och ungdomspsykiatrins (BUP) heldygnsvård.

Vårdbehov och vårdkonsumtion

Forskningsrådet för arbetsliv, hälsa och välfärd (FORTE) beställde en översiktsstudie för att kartlägga kunskapsläget i Sverige om psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga [24]. I den framgår att det har skett en ökning av självrapporterade dagliga psykiska besvär under de senaste tio åren. Det råder däremot brist på svenska studier om förekomsten av psykiatriska tillstånd. Detta tillkortakommande vägs delvis upp med en välgjord global studie som mäter hälsobörda och följer vårdkonsumtionsdata för de vanligast förekommande psykiatriska tillstånden. Enligt denna studie framgår att förekomsten av såväl ångest och depression som ADHD legat mer eller mindre stabilt i Sverige under perioden 2011–2019

[33]. I översiktsstudien framgår det att cirka tio procent av barn och unga (0–18 år) vid en given tidpunkt ett psykiatriskt tillstånd [34]. Vidare lyfter författarna fram att antalet självmord i genomsnitt ökat med 1 procent per år mellan åren 2000 och 2020 bland 15–24-åringar enligt Nationellt centrum för suicidforskning och preventioners uppgifter.

Sammanfattningsvis framgår det av studien att förekomsten av depression, ångest och ADHD var högre bland barn än antalet som fick stöd av hälso- och sjukvården. Författarna menar att 2019 fanns det därför tecken icke tillgodosedda vårdbehov i Sverige.

Tillgängligheten till BUP har länge varit en prioriterad fråga för regeringen. Samtidigt har tillgängligheten försämrats under en tioårsperiod. Fler barn och unga träffade BUP och mer vård producerades, men efterfrågan har ökat ännu mer.

Statliga insatser

Tillgängligheten till BUP har länge varit en prioriterad fråga för regeringen. Regeringen har genom överenskommelser med SKR initierat riktade insatser inom området. För 2021–2022 avsatte regeringen totalt 740 miljoner kronor till regionerna för insatser som syftar till att stärka BUP och 300 miljoner kronor för att förstärka ungdomsmottagningarna. Statliga insatser har vidare riktats mot att utveckla första linjens vård till exempel genom en förstärkt primärvård eller någon annan form av samtalsmottagning. Socialstyrelsen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att följa, stödja och utvärdera överenskommelsen mellan regeringen och SKR [35].

Socialstyrelsen har också haft regeringens uppdrag att betala ut statsbidrag inom psykisk ohälsa. Under 2022 hade Socialstyrelsen i uppdrag att förmedla drygt 897 miljoner kronor i riktade insatser som på olika sätt berörde barn och ungdomar, direkt eller indirekt inom området psykisk ohälsa (se bilaga 8). Därutöver har Socialstyrelsen fattat beslut om Nationell högspecialiserad vård för ätstörningar och självskadebeteende och utvecklat nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom samt ADHD och autism. Andra exempel på insatser inkluderar regeringens satsning för att förbättra kunskapsläget inom psykisk ohälsa och barn och ungdomar. I samband med forskningspropositionen beslutade regeringen att göra en tioårig satsning som omfattar 70 miljoner för att öka kunskapen om psykisk ohälsa hos barn och ungdomar (prop. 2020/21:60).

Barn och ungdomspsykiatriens attraktivitet för professionerna

Även om politiken på nationell nivå prioriterar tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri är det svårt att attrahera och behålla läkare, psykologer och sjuksköterskor i verksamheterna. Några av utmaningarna för professionerna redovisas nedan.

Psykologer

Sveriges Psykologförbund genomförde nyligen en undersökning där 950 psykologer verksamma inom behandling av barn och ungdomar gav sin syn på situationen i barn- och ungdomspsykiatri. Deras undersökning visade på att

psykologisk behandling inte är prioriterad. Till exempel uppgav 16 procent av psykologerna inom BUP att patienterna alltid får träffa en psykolog för en första bedömning. En tredjedel av psykologerna inom specialistvården instämde helt med påståendet ”att de inte kan jobba evidensbaserat med psykologisk behandling”. En av fem psykologer uppgav vidare att deras chef inte hade tillräcklig kunskap om psykologisk behandling och därför ansåg de att det var svårt att skapa förståelse för förbättringsarbete. Deras undersökning visade också att arbetsvillkoren för psykologer som arbetar kliniskt med barn och unga var svåra. Det stora patienttrycket och de långa köerna bidrar till hög belastning och en ohållbar arbetssituation. Undersökningen visade att många psykologer som vill arbeta inom specialistvården med barn och unga har valt att lämna. Så många som 60 procent av psykologerna inom BUP har svarat att de allvarligt funderat på att byta jobb [36].

Läkare

Den senaste undersökningen som gjordes om läkares situation inom BUP är från 2018 och genomfördes av svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP). Undersökningen visade bland annat att det är brist på specialister i hela landet. Hyrläkare var vanliga och personalomsättningen var stor. Ungefär 25 procent uppskattas vara anställda ett år eller kortare. En undersökning från 2015 visade också att blivande specialister oftare drabbas av depression än normalbefolkningen [37]. Många ansåg också att arbetet inte är förenligt med privatlivet och att återhämtningen mellan arbetspassen var otillräcklig. Av blivande specialister framgick det att sex av tio ST-läkare funderade på att hoppa av.

Upplevelser av brist på effektiv psykologisk behandling inom BUP och låg autonomi på arbetsplatsen uppgavs som de främsta orsakerna. De flesta ansåg vidare att läkarrollen och arbetsuppgifterna inte var väldefinierade. SFBUP menar att det bland annat kan bero på att förväntningarna har ändrats både på läkarna och på BUP:s verksamhet. Tidigare var behandlingarna på BUP mer psykodynamiskt och familjeterapeutiskt inriktade. De har sedan utvecklats till en mer medicinsk och evidensbaserad specialitet och olika kliniker har kommit olika långt i förändringsarbetet. Vidare anser Läkaresällskapet att hos läkare kan det finnas ett glapp mellan förväntningar på vad psykologisk behandling och läkemedel kan åstadkomma i heterogena patienter i klinik jämfört med homogena patientpopulationer i kliniska studier [38].

Sjuksköterskor

Det saknas en nationell undersökning över sjuksköterskornas situation inom BUP, både för specialistsjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor. Det finns däremot olika exempel som belyser att arbetsvillkoren bitvis är svåra. I Skåne skickade till exempel Vision och Vårdförbundet 2019 in en gemensam arbetsmiljöanmälan till arbetsgivaren med krav på åtgärder mot bakgrund av att många sjuksköterskor sa upp sig och att arbetsmiljön blev tung för dem som var kvar. De menade att den höga personalomsättningen var ett stort problem, och sjuksköterskorna uppgav ett svagt stöd från ledningen. De upplevde att det var svårt att få tiden att räcka till för att stötta ungdomar och deras föräldrar. En tung arbetsuppgift för sekreterare och

sjuksköterskor var att besvara telefonsamtal från föräldrar som var arga och besvikna på BUP [39].

BUP heldygnsvård

Antalet patienter med komplexa problem ökar

Sedan 2019 har Socialstyrelsen haft ett uppdrag att stimulera och stärka det nationella arbetet inom den psykiatriska heldygnsvården. Syftet med uppdraget är att utveckla och sprida relevant och aktuell kunskap samt ändamålsenliga kunskapsstöd, metoder och arbetssätt till hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med barn i den psykiatriska heldygnsvården och den psykiatriska tvångsvården [40].

I Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Socialstyrelsens gemensamma rapport *Prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård* framgår att det finns 148 vårdplatser inom BUP heldygnsvård och att ungefär 2 500 barn vårdas inom BUP heldygnsvård varje år. Andelen patienter med komplexa problem ökar. En utmaning i flera delar av Sverige är att mellanvårdsalternativ saknas, vilket bidrar till att förlänga vårdtiden i BUP heldygnsvård [7].

Majoriteten av patienterna i BUP heldygnsvård är i tonåren, men även yngre barn vårdas. De flesta av barnen vårdas frivilligt efter akuta händelser, och då enstaka nätter och kan sedan skrivas ut. Vissa barn och unga vårdas under längre tid, i vissa fall upp till flera månader. Ibland sker denna vård även mot barnets vilja, så kallad tvångsvård, med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Organisatorisk kontext och kompetensförsörjning

BUP:s verksamheter inom landet har olika förutsättningar att bedriva heldygnsvård. I vissa delar av landet har regionens BUP ingen egen heldygnsvård utan patienterna vårdas helt eller delvis inom vuxenpsykiatri, på barnmedicin eller inom BUP i en närliggande region, beroende på problematik. Även i storstadsregionerna, som alla har egen BUP heldygnsvård, varierar platsantalet per capita och vården kan vara organiserad på olika sätt.

Problematiken hos barnen som vårdas är ofta komplex och spänner över ett stort antal diagnoser och problem, ofta i kombination med att barnet även är psykosocialt belastat. Detta kräver ofta, förutom avancerade barn- och ungdomspsykiatriska insatser, även tät samverkan med familjen och andra aktörer såsom öppenvård, socialtjänst och skola. Den stora bredden av diagnoser och problem skapar stora utmaningar för vården. Omhändertagandet och behov av insatser skiljer sig också åt, exempelvis mellan en åttaåring och en sjuttonåring, även om den psykiatriska problematiken kan vara densamma. Här skiljer sig barn- och ungdomspsykiatrisk vård väsentligen från vuxenpsykiatrisk vård.

Enligt SBU och Socialstyrelsen finns stora kunskapsbehov för utvecklingen som omfattar grundläggande delar inom BUP heldygnsvård. Det handlar till exempel om hur innehållet i heldygnsvården kan läggas upp och utvecklas, hur implementering av redan befintlig kunskap kan ske, samt kunskapshöjande insatser till personalen. För vissa av kunskapsbehoven kan det även handla om diskussioner som behöver föras på ledningsnivå.

Exempel på sådana områden är de som handlar om BUP heldygnsvårds organisation och uppdrag. Det kan handla om vilken vård som ska bedrivas och med vilka resurser, vilken formell utbildning och vilken kompetens som bör finnas hos personalen.

Dessa frågor behöver också ställas i relation till en större kontext. Till exempel påverkas innehållet av BUP heldygnsvårds verksamheter av tillgängligheten till annan typ av vård. Även om det formellt inte finns halvöppna eller mellanvårdsformer i Sverige finns sådan vård i praktiken. Det kan till exempel inkludera mobila resurser med personal som åker hem till patienten, intensiv dagvård/öppenvård med tillgänglighet till exempelvis stöd, utredning och aktivitetsstöd. Andra insatser som finns är möjligheten till självvald inläggning eller brukarstyrd inläggning.

Personalsammansättning BUP heldygnsvård

En förutsättning för en vidareutveckling av BUP:s heldygnsverksamhet är att det uppfattas som ett attraktivt karriärval för legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal. Idag rapporterar många län om en konstant överbeläggning och att tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdsperson som har förutsättningar att bedriva utvecklingsarbete är begränsat [41]. Denna bild förstärks av bemanningssituationen som konsultbolaget Nysam gjort på uppdrag av SKR.⁹ Av den framgår det att 2021 var antalet årsarbetskrafter i BUP:s heldygnsvård 633 i hela landet, vilket var en ökning med 4 procent jämfört med 2019. Knappt 50 procent av årsarbetskrafterna utgjordes av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nästan 60 procent av årsarbetskrafterna var koncentrerade till Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne län 2021. Västra Götalands län ökade antalet årsarbetskrafter med 25 procent under perioden. I Skåne skedde inga större förändringar och i Stockholm minskade antalet årsarbetskrafter med 14 procent. Nedan görs en kort sammanställning av antalet årsarbetskrafter för olika legitimationsyrken 2021 inom BUP heldygnsvård:

- Antalet årsarbetskrafter utgjordes av sjuksköterskor uppgick till cirka 190 årsarbetskrafter, vilket var en ökning med knappt 13 procent jämfört med 2019. Cirka 60 procent av årsarbetskrafterna var koncentrerade till Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne län. Störst ökning av årsarbetskrafter skedde i Hallands län som hade en ökning med drygt sju årsarbetskrafter under perioden.
- Antalet årsarbetskrafter genomförda av specialistsjuksköterskor uppgick till cirka 56 årsarbetskrafter. Antalet årsarbetskrafter minskade med knappt 0,7 årsarbetskrafter från 2019 till 2021. Cirka 56 procent av årsarbetskrafterna var koncentrerade till Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne län.
- Antalet årsarbetskrafter genomförda av läkare uppgick till 51, vilket var en minskning med 1 årsarbetskraft jämfört med 2019. Nästan 60 procent av läkarnas årsarbetskrafter var koncentrerade till Stockholms län, Västra

⁹ Kartläggningen är den bästa som finns tillgänglig. Samtidigt ingår den inte i den officiella statistiken och det kan finnas vissa felaktigheter. Till exempel kan uppgifter om användningen av hyrpersonal inte reflekteras fullt ut i underlaget.

Götalands län och Skåne län. I dessa län minskade antalet årsarbetskrafter för läkare under perioden. Minskningen av antalet årsarbetskrafter var cirka 30 procent i Stockholms län och Västra Götalands län, och cirka 3 procent i Skåne län.

- Antalet årsarbetskrafter genomförda av psykologer uppgick till 8,3 årsarbetskrafter, vilket var en minskning med cirka fyra årsarbetskrafter jämfört med 2019. Nio län hade inga psykologresurser tillgängliga. Över hälften av årsarbetskraften var koncentrerad till Skåne län.
- 2021 uppgick antalet årsarbetskrafter till andra yrkeslegitimationer såsom fysioterapeuter och arbetsterapeuter till 2,5 respektive 6,7 årsarbetskrafter. I majoriteten av länen saknades tillgång till dessa professioner.

Psykologisk kunskap och kunskap om omvårdnad i beslutsprocesser: en väg att stärka attraktivitet?

I Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkäten rapporterade Psykologförbundet att det har sett en ökning i efterfrågan i regionerna av specialisttjänster och befattningar för psykologiskt ledningsansvar. De menar att denna utveckling är viktig för att utveckla psykologisk kunskap inom hälso- och sjukvården. Förhoppningen är att fler psykologer i ledande befattning ska leda till en hälso- och sjukvård av högre kvalitet och patientsäkerhet vid psykologiska insatser såsom psykologisk behandling och psykoterapi.

Psykologförbundet menar att specialistkompetenta psykologer som har en specialisttjänst, självständigt kan ta ansvar för svåra och komplexa ärenden och kan stödja och vägleda yngre psykologer och andra yrkeskategorier som arbetar med psykologiska insatser. Vidare kan de leda utvecklingsarbete och arbeta med patientsäkerhet i den psykologiska verksamheten. Psykologförbundet framhåller att patientcentrerad vård skulle underlättas om psykologi till exempel jämställdes med medicin och omvårdnadsområdena.

I Socialstyrelsens hearing med professionerna om utvecklingen av BUP:s heldygnsvård 2022 framhöll Vårdförbundet att sjuksköterskans ledningsfunktion inom omvårdnadsområdet är viktig att utveckla. Ofta är sjuksköterskorna unga och relativt oerfarna i BUP:s verksamheter. Det är därför viktigt att utveckla incitament som gör att erfarna sjuksköterskor väljer att söka sig till, och stanna i BUP:s verksamheter. Inom BUP:s verksamhet synliggörs sällan det perspektivet i organisationen. De menade att det finns en brist på förståelse för ledarskapsuppgiften både på organisatorisk och individuell nivå. Många sjuksköterskor har till exempel svårt att koppla ledarfunktionen till sin egen kompetens. För att utveckla ledarskapsrollen behöver ledningen ge sjuksköterskan autonomi och feedback för han eller hennes prestation. Att införa systematiska arbetssätt för feedback upplevdes som speciellt viktig i praktisk vårdverksamhet tillsammans med utbildningsinsatser inom ledarskap. De menade att detta är en viktig utveckling för att stärka attraktiviteten inom BUP:s verksamhet.

Sammanfattning

Utifrån professionernas perspektiv anses BUP:s verksamheter inte vara attraktiva. För att möta de ökade vårdbehoven och samtidigt lyfta den konstanta underbemanningen inom BUP:s verksamheter krävs andra insatser än

Rörelseorganens sjukdomar – reumatologi och artros

specialistvården. Vid andra sjukdomar i rörelseorganen såsom artros behöver diagnosen inte nödvändigtvis ställas av läkare och större delen av vården kan ske utanför specialistvården [26].

Utrymme för kvalitetsutveckling, utbildning och forskning inom reumatologin

Inom ramen för regionernas kunskapsstyrningsorganisation finns nationella programområde (NPO) reumatiska sjukdomar, i vilken samtliga sex sjukvårdsregioner finns representerade. Enligt NPO reumatiska sjukdomar är två av de största utmaningarna för området att säkerställa resurser för nya biologiska- och andra nya antireumatiska läkemedel samt brist på reumatologer på mindre läns- och länsdelssjukhus. En annan utmaning, enligt NPO reumatiska sjukdomar, som har ökat i betydelse under de senaste åren är att det har skett en kompetensflykt framförallt inom personalgrupperna sjuksköterskor, paramedicinsk personal och undersköterskor från reumatologin i regionerna, vilket uppfattas som ett trendbrott. NPO reumatiska sjukdomar menar att tidigare var bemanningssituationen stabil inom dessa grupper. Orsakerna till dessa förändringar anses vara flera. Till exempel har reumatologin omorganiserats ett flertal gånger i regionerna. Med dessa förändringar har personal flyttats till verksamheter där de bedöms göra störst nytta. Förflyttningarna ökade under covid-19 pandemin. NPO reumatiska sjukdomar menar att en konsekvens av dessa omflyttningar har varit att personalen uppfattar att deras kompetenser och specialistkunskaper värderas lågt, vilket får till följd att flera väljer att lämna hälso- och sjukvården. Det har inneburit att reumatologin har tappat specialistkompetens som är svår att ersätta.

En annan viktig fråga för NPO reumatiska sjukdomar är behovet av att ge mandat till medicinsk kompetent personal att leda utvecklingsarbete och förbättringsarbetet inom reumatologin. De menar att det finns ett behov av att definiera kärnuppgifterna och tillföra dem tillräckligt med resurser. För universitetssjukvårdsenheterna och vissa av läns- och länsdelssjukhusen har de utöver vårduppgifterna också utbildnings- och forskningsuppgifter. De menar att utrymmet för klinisk kvalitetsutveckling, utbildning och forskning har minskat under en längre tid. Att se över hela utbildningskedjan både för läkar- och sjuksköterskeutbildningarna behövs göras för att främja kliniskt arbete och utveckling av den kliniska verksamheten. De anser till exempel att konsekvensen av en teoretiskt inriktad utbildning för sjuksköterskor innebär att det behöver finnas utbildningsplatser i hälso- och sjukvården för att till exempel stärka den medicinska kompetensen. För läkare behöver det finnas tillräckligt med platser för allmän- bas- och specialisttjänstgöring. Dessa områden utgör en flaskhals idag.

För en mer effektiv användning av begränsade resurser anser NPO reumatiska sjukdomar att det är viktigt att minska den administrativa detaljkontrollen samt förbättra it-systemen för att undvika dubbeladministration. NPO reumatiska sjukdomar framhåller att skillnader i hur verksamheterna är organiserade är viktiga för att kunna arbeta personcentrerat och för att uppnå en jämlik vård. Det beror på att grundförutsättningarna för reumatologin ser olika ut i landet. Det finns till exempel variationer i uppdrag, demografi och värdefterfrågan som påverkar verksamheter.

Artros

Socialstyrelsens utvärdering av vården vid artros utifrån nationella riktlinjer 2023 visar att Sverige står inför stora utmaningar inom artrosvården. [6] Det beror dels på att det saknas behandling som angriper själva sjukdomen, dels för att vi ökar i kroppsvikt, blir allt mer stillasittande och lever allt längre. Det gör att förekomsten av artros ökar i samhället. Nedan sammanfattas några av de viktigaste kompetensförsörjningsutmaningarna utifrån utvärderingens resultat.

Undvikbara kostnader i hälso- och sjukvården

Det går långsamt att öka andelen som får grundbehandlingen för artros från farmakologiska preparat och kirurgi till patientutbildning och fysisk träning. Detta trots att evidens visar att fysisk träning minskar smärta i samma eller större utsträckning och förbättrar sjukdomsförloppet. En adekvat insats av handledd fysisk träning som ger stöd för egen insats och som ger smärtlindring gör att operation senareläggs eller inte alls behövs. För hälso- och sjukvården innebär det att artroskopibehandling behöver avvecklas.

Totalkostnaden för vården vid artros i knä eller höft 2019 beräknades till drygt 2 800 miljoner kronor. Ledoperationer utgjorde 87 procent av totalkostnaden och artroskopisk kirurgi cirka 12 procent. Kostnaden för insatsen handledd fysisk träning utgjorde 0,7 procent av totalkostnaden 2019. Om följsamheterna till nationella riktlinjer skulle följas skulle det innebära en samhällsekonomisk besparing på ca 300 miljoner kronor.

Vårdkonsumtion och organisation

Bland patientgruppen som har artros är det vanligt med samsjuklighet. Många har andra kroniska sjukdomar såsom diabetes och obesitas. De återkommer därför regelbundet till vården.

Grundbehandlingen i artrosvården sker i de flesta regionerna på vårdcentralen. I praktiken betyder det att fysioterapeuter antingen behöver arbeta på en vårdcentralerna eller att det finns ett samarbete mellan fysioterapeuter och vårdcentraler. Ett avtal mellan regioner och primärvårds rehabiliteringscenter har upprättats i 7 av 21 regioner. I vissa regioner har de upphandlat fristående privata fysioterapeuter för primärvårdsrehabilitering, vilken också inkluderar artrosvård. Var tionde vårdcentral har inte tillgång till fysioterapeut och har ingen etablerad samverkan med andra aktörer.

Andelen personer med artros som behandlas varierar från region till region. Bara en tredjedel av vårdcentralerna och tre av fem rehabiliteringsenheter uppger att de följer upp patienter tre månader efter en första träningsperiod. Uppföljning vid 12 månader sker än mer sällan. Vissa vårdcentraler anser att uppföljningen faller utanför deras uppdrag när behandlingen har erbjödits av annan instans såsom

För att öka följsamheten till de nationella riktlinjerna krävs insatser som berör flera yrkesgrupper. Det gäller framförallt distriktsläkare, fysioterapeut och ortopedier. En viktig fråga i detta sammanhang handlar både om fortbildning och kontinuitet i vårdkontakt. Traditionellt har artrosbehandling varit ett område som behandlats inom ortopedisk utbildning. Ett förstärkt fokus inom

allmänmedicin och andra yrkesgrupper tillsammans med insatser för patientmedverkan behövs för att skapa en mer utvecklad behandlingspyramid.

Socialstyrelsens utvärdering av vården vid artros utifrån nationella riktlinjer 2023 framhåller att ett möjligt utvecklingsområde som inte skulle vara kostnadsdrivande för primärvården är att utveckla former för strukturerad uppföljning för patienter som återkommer regelbundet för andra kroniska sjukdomar. Detta skulle också kunna minska vårdkonsumtionen på grund av att återkommande smärtproblem skulle kunna minska.

Sammanfattning

Utifrån NPO Reumatiska sjukdomars perspektiv är tillgängligheten till reumatologer på mindre länssjukhus och den ökade omflyttningen av sjuksköterskor, undersköterskor och paramedicinsk personal till andra verksamheter utanför reumatologin två stora utmaningar med kompetensförsörjningen. De menar att omorganisationer på flera sjukhus har fått till följd att dessa professioner inte anser att deras specialistkunskap beaktats, vilket har lett till att många av dem lämnar hälso- och sjukvården. Den tilltagande resursbristen gör att NPO reumatiska sjukdomar anser att kärnuppdragen behöver definieras tydligare för att säkerställa att det finns utrymme för kontinuerligt kvalitetsutvecklingsarbete, fortbildning och klinisk forskning. I tillägg till vårduppdraget har universitetssjukvårdenheterna och vissa av läns- och länsdelssjukhusen också utbildnings- och forskningsuppdrag. Det är viktigt att det finns utrymme för alla tre funktionerna.

Artrosvården behöver snabba på utvecklingen för att säkerställa att patientutbildning och fysisk träning blir grundbehandlingen. Traditionellt har artrosbehandling varit ett område som behandlats inom ortopedisk utbildning. Utbildningsinsatser för distriktsläkare, fysioterapeut och ortopeder behövs likväl som kontinuitet i vårdkontakt för patienter. För att artrosvården inte ska bli kostnadsdrivande skulle det vara möjligt att utveckla former för strukturerad uppföljning, speciellt för patienter som har samsjuklighet och följs upp regelbundet.

Cirkulationsorganens sjukdomar– hjärtinfarkt och rehabilitering av stroke

Introduktion

I detta avsnitt presenteras förutsättningar för att arbeta i multidisciplinära team inom specialistvården kopplat till cirkulationsorganens sjukdomar. Sedan förs ett resonemang om betydelsen av multidisciplinära arbetssätt för en framgångsrik strokerehabilitering och utmaningar med kompetensförsörjningen för att möta vårdbehoven.

Vårdbehov och vårdkonsumtion

Sjukdomar i cirkulationsorganen är den vanligaste dödsorsaken bland såväl män som kvinnor både globalt och i Sverige. Ungefär en tredjedel av alla dödsfall beror på cirkulationsorganens sjukdomar, vilket bland annat inkluderar hjärtinfarkt och stroke. Dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar har

minskat med 50 procent under de senaste 20 åren, men är fortfarande den största orsaken till sjukdomsbördan i Sverige.

Risken att få hjärtinfarkt är högre bland män under 60 år jämfört med kvinnor i samma ålder. Kvinnor får vanligtvis hjärtinfarkt fem till tio år senare än män. Av dem som insjuknar i hjärtinfarkt dör en högre andel kvinnor i sjukdomen. Det beror delvis på att möjligheten att överleva en hjärtinfarkt minskar med åldern. Orsaker till att antalet personer som får hjärtinfarkt minskat beror på att vården har blivit bättre på behandling, samt förbättrade levnadsvanor [42].

Stroke är ett samlingsnamn på de symtom som uppstår när hjärnan skadas på grund av hämmad syretillförsel. I Sverige vårdades knappt 22 000 personer för stroke 2021. Samtidigt visar Socialstyrelsens statistisk att antalet insjuknande minskar för varje år. Minskning av stroke anses beror på förbättrade vårdinsatser och förebyggande åtgärder i hälso- och sjukvården, samt förändringar i levnadsvanor. Medelåldern vid insjuknandet är cirka 75 år. Studier har visat att bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar finns det förhöjda risker att insjukna, återinsjukna och dö efter stroke-sjukdom [43].

Av kvalitetsregistret SWEADHEART:s senaste årsrapport framgår det att den svenska vården kan mäta sig med världens mest renommerade hjärtkirurgiska centrum. Resultaten på de olika svenska hjärtklinikerna är mycket jämna. Vidare framgick det i rapporten att risken att drabbas av allvarlig komplikation eller avlida vid en hjärtoperation minskar, trots att patienterna som opereras hela tiden blir lite äldre och sjukare [44].

Multidisciplinära team inom specialistvården

Multidisciplinära team är en förutsättning för en välfungerad vård av hjärtinfarkter och stroke. Kardiologer samarbetar framförallt med internmedicinare, endokrinologer, lungmedicinare, thoraxkirurger, radiologer och kliniska fysiologer. Att få ihop multidisciplinära team med dessa yrkesgrupper är viktigt för en välfungerad vård. Samarbete med andra legitimationsyrken såsom logoped, dietist och psykologer med neuropsykologisk inriktning är också av stor betydelse. Läkarförbundets specialistförening lyfter fram att det är vanligare att jobba i multidisciplinära team på universitetssjukhusen. Det är svårt att få till dessa arbetsformer på mindre länssjukhus för att patienterna är för få eller på grund av tidsbrist.

Stroke och rehabilitering

För bästa behandling ska de som insjuknar i stroke vårdas på en specialiserad strokeenhet. Andelen som vårdats på strokeenhet i riket har ökat något från 2017 fram till 2021. År 2021 var rikets genomsnitt 80,5 procent, samtidigt som stora regionala skillnader kvarstår. Covid-19-pandemin, särskilt under den första och andra vågen, har i flera länder orsakat drastiska förändringar av resursfördelningen. Det har negativt påverkat tillgängligheten och kapaciteten vård vid stroke. I Sverige har specialistvården vid stroke i stort sett inte påverkats av covid-19-pandemin.

Strokerehabilitering är framförallt inriktad på att förbättra funktions- och

aktivitetsförmågan. Insatsernas innehåll och intensitet varierar utifrån personens behov. Livssituationen innan insjuknandet och vad patienten ska återvända till har betydelse för vilka insatser som ges. Efter den initiala rehabiliteringen är det många patienter som behöver återkommande insatser för att behålla funktionsförmågan. Spetskompetens behövs framförallt i det akuta skedet, men personal som är kunnig i stroke-rehabilitering behövs i hela vårdkedjan. Även om det kvarstår utmaningar och regionala skillnader inom specialistvården är rehabilitering efter stroke ett område med större utmaningar. Av den anledningen kommer detta avsnitt fokusera på det området.

Multidisciplinära team och rehabilitering

Multidisciplinära team är något som Socialstyrelsen framhåller i *Utvärderingen av vård vid stroke* som en förutsättning för att förbättra rehabiliteringen oavsett vem som har huvudansvaret för rehabiliteringen. Ett multidisciplinärt stroke-team avser ett rehabiliteringsteam som består av vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke och som samarbetar kring den enskilde. De yrkesgrupper som kan behöva engageras är fysioterapeut, arbetsterapeut, sjuksköterska, läkare, logoped, dietist, undersköterska, vårdbiträde, hälso- och sjukvårdskurator, psykolog och biståndshandläggare. Teamets sammansättning bör motsvara den enskildes behov. Vilka som deltar i teamarbetet kan variera över tid men teamet ska alltid ha tillgång till läkare med strokekompetens.

Organisation och rehabilitering

Cirka en fjärdedel av patienter med rehabiliteringsbehov inom slutenvården efter stroke får rehabilitering på en specialiserad rehabiliteringsenhet. Andelen som fått specialiserad rehabilitering i direkt anslutning till det akuta strotillfället har minskat något under 2020.

Patienter som har haft en lindrig till måttlig stroke skrivs ofta ut tidigare för att frigöra platser för dem som har större behov. Vid tidig utskrivning behöver samma team som vårdade patienten vid det akuta skedet följa med patienten hem. I dessa situationer ska patienten inte lämnas över till primärvården eller kommunen för rehabilitering. Denna form av rehabilitering prioriteras högt i strokeriktlinjerna sedan 2018. Sedan dess har rikets genomsnitt för andelen som fått tidig understödd utskrivning med rehabilitering i hemmiljön ökat från 17 till 20 procent.

Tillgången till rehabilitering och formerna för rehabilitering varierar stort i landet. Exempelvis verkar det vara så att i de regioner där en stor andel av patienterna erbjuds understödd utskrivning i hemmet har de också mindre andel patienter som behandling i öppenvården och vice versa.

I rapporten *Konsekvensbeskrivning personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering* framgår det att det finns ett tolkningsutrymme i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen avseende ansvar och utförande av vård, rehabilitering och uppföljning [45]. För att förtydliga ansvarsfördelningen finns det överenskommelser i varje region, mellan regionen och kommunerna, om ansvarsfördelningen. Dessa överenskommelser skiftar från region till region, vilket medför en risk för ojämlik vård för strokepatienten beroende på var man bor.

Rehabiliteringsåtgärder som ordineras av professioner i regionerna till patienter varierar liksom sammansättning av personal i hemsjukvården. Ibland utförs rehabiliteringsåtgärder av arbetsterapeut eller fysioterapeut. Ibland utförs dessa uppgifter via en generell ordination till hemtjänstpersonal eller delegeras till annan personal. Ibland sker träningen genom egenvård, om patienten själv bedöms kunna utföra träningen. Utvärderingen av de nationella riktlinjerna av stroke [3] visade till exempel att logopeder inte var verk-samma i kommunernas verksamheter. Överföringen av kunskap från region-erna till kommunerna genom delegering till hemtjänstpersonal riskerar därför att utebli. Denna situation försvårades också av att det fanns få logopeder på vårdcentraler. Även i de fall kommuner efterfrågade logopeder fick de sällan tillgång till dessa. Dessa problem kan resultera i att lämpliga rehabilite-ringsåtgärder uteblir för patienter.

Tillgång till olika professioner varierar inom specialiserad vård, primär-vård inom region och kommunal hälso- och sjukvård. I tabell 3 redovisas de yrkesgrupper där bristerna är störst för att genomföra vårdförloppet [45].

Tabell 3. Bristyrken inom strokevården	
Specialiserade vården	Logoped, dietist och psykolog med neu-ropsykologisk inriktning
Primärvården	Logoped, dietister (i vissa regioner saknas helt dietister som arbetar mot denna mål-grupp), allmänläkare och fast läkarkontakt
Kommunal hälso- och sjukvård	Logopeder, hälso- och sjukvårdskuratorer, psykologer med neuropsykologi.

Strokekompetens inom kommunal hälso- och sjukvård

Kommunerna har som regel inte några krav på formell strokekompetens för legitimerad personal. Socialstyrelsens utvärdering från 2018 visade att endast 1 till 4 procent av kommunens personal hade genomfört utbildning som ledde till Strokeförbundets kompetensbevis. Den visade också att mindre än 25 procent av dem som arbetade inom hemsjukvården eller olika boendeformer hade någon form av strokeutbildning. Efter 2018 ersattes Strokeförbundets utbildning med en webbaserad utbildning som kallas Webb-SKU. Syftet med utbildningen är att alla i vårdkedjan ska uppnå god strokekompetens. Hittills har nästan 2 200 personer gått, eller går, webb-SKU-utbildningen. Av dessa är endast 15 procent från primärvård inom region och kommunal hälso- och sjukvård, samt omsorg.

En förutsättning för vardagsrehabilitering är att rätt antal kvalificerade per-sonalresurser finns tillgänglig i förhållande till hemvårdspersonal för att möj-liggöra träning, utbildning och mentorskap samt tid för återkommande re-flektion. Att interagera, instruera och föra över kunskap genom delegering har är extra utmanande i situationer där personalen inte verkar inom samma organisatoriska gränser.

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft. Syftet var att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Denna lag var ny när Socialstyrelsens utvärdering av de nationella riktlinjerna för stroke

gjordes. Det är därför oklart om de tidigare utmaningarna kring samverkan mellan kommun och region åtgärdats.

Sammanfattning

Hjärtsjukvården håller hög kvalitet över hela landet och i internationella jämförelser. Läkarförbundets specialistförening framhåller att tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom området cirkulationssjukdomar generellt sett är god inom specialistvården. De menar att det främst är på mindre länssjukhus det är svårt att få till multidisciplinära team.

Rehabilitering efter stroke har många utmaningar. Det är viktigt att säkerställa att patienter får tillgång till rättkomptensmix av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal efter stroke. Multidisciplinära team utgör navet i en framgångsrik rehabilitering. I dag råder det brist på logopedier, dietister och psykologer och hälso- och sjukvårdskuratorer med neuropsykologisk inriktning. De regionala skillnaderna är stora i tillgänglighet till legitimerad personal och innehållet i rehabiliteringen varierar stort. Generellt behövs utbildningshöjande insatser inom regional- och kommunal hälso- och sjukvård. Vidare behövs insatser för att utveckla team med olika kompetenser och kunskaper mellan olika organisatoriska gränser för att arbeta patientcentrerat.

Tumörsjukdomar– infrastrukturutveckling, bröstcancerscreening och rehabilitering

Introduktion

I detta avsnitt görs en beskrivning av statliga initiativ inom cancerområdet. Sedan görs en beskrivning av ett antal utmaningar med kompetensförsörjningen utifrån den utveckling som sker av infrastruktur tack vare medicinsk och teknisk utveckling. Därefter belyses kompetensförsörjningsutmaningarna inom bröstscreeningsverksamheten och cancerrehabilitering. Även området strålbehandling berörs i detta avsnitt.

Vårdbehov och vårdkonsumtion

Cancerfallen ökar i Sverige. 2021 insjuknade mer än 68 800 av cancer och orsaker ungefär en tredjedel av alla dödsfall årligen. Ingen av regionerna uppfyller målen för de standardiserade vårdförloppen för ledtider för behandling.

Orsaken till att cancerfallen ökar är bland annat en ökande och åldrande befolkning samt att hälso- och sjukvården har blivit allt bättre på att diagnostisera cancer. Samtidigt förväntas vissa cancerdiagnoser minska till följd av de medicinska framstegen och förhoppningsvis utrotas över tid. Ett sådant exempel är livmoderhalscancer som till följd av införandet av vaccin mot humant papillomvirus (HPV) kommer att utrotas.¹¹ Cancerfonden lyfter i sin rapport att levnadsvanor är av stor betydelse för utveckling av cancer; tre av tio cancerfall är kopplade till levnadsvanor [46]. Preventionsarbete har också

¹¹ Utrotning betyder en cancerincidens under fyra fall per 100 000 kvinnor om året. Sverige ligger idag på ca 10/100 000.

identifierats som en viktig strategi för att minska antalet cancerfall både i Sverige och på EU-nivå [47, 48]. Ett annat område som växer i betydelse i och med att fler överlever en cancerdiagnos är cancerrehabilitering. Samtidigt sker det stora genombrott inom precisionsteknologin som i grunden förändrar förutsättningarna för cancervården. En framtidsfråga för patienter är i vilken mån de framsteg som nu görs inom precisionsteknologin kommer att bli tillgängliga utöver det som görs inom ramen för kliniska prövningar. [49]. Tillgängligheten till precisionsteknologin ökar runt om i världen. Om Sverige hamnar efter riskerar det att bidra till att patienter söker vård utomlands och att hälso- och sjukvården inte kan erbjuda en modern och högkvalitativ hälso- och sjukvård. Det finns redan idag exempel på andra typer av behandlingar inom andra områden där patienter har sökt sig utomlands för vård. Cystisk fibros var ett sådant exempel [50].

Statliga initiativ

Regeringen beslutade om en nationell cancerstrategi 2009 (En nationell cancerstrategi för framtiden, SOU 2009:11). En process inleddes därefter för att etablera sex regionala cancercentrum, så kallade RCC. Staten finansierar RCC genom överenskommelser mellan regeringen och SKR samt genom statsbidrag som Socialstyrelsen handlägger. 2022 omfattade överenskommelsen mellan regeringen och SKR 530 miljoner kronor. Den största delen av finansieringen riktade sig till att stärka de standardiserade vårdförloppen för att korta väntetider. 2022 fördelade Socialstyrelsen medel motsvarande 73,5 miljoner kronor för verksamheten. Den största andelen av statsbidraget gick till att betala ut löner för processledning och kontaktsjuksköterskor.

Socialstyrelsen har enligt *Förordning (2019:7) om statsbidrag för verksamhet i regionala cancercentrum* i uppdrag att vartannat år följa upp RCC:s verksamhet. Av den senaste utvärderingen framgår att en nationell samordning har varit framgångsrik inom flera områden. Samtidigt återstår en rad utmaningar bland annat inom kompetensförsörjningsområdet. Anställningsstopp och brist på legitimerad personal i flera regioner är försvårande faktorer för RCC:s arbete. Tidsbrist hos processledare och vakanser av processledare i vissa regioner bidrar också till vissa brister i kontinuitet i genomförande av verksamheten. Ett annan utmaning är att RCC inte har direktinflytande över implementering och förbättringsarbete, eftersom det är verksamheternas ansvar. En konsekvens av detta är att det finns ett glapp mellan kunskapsutveckling/kunskapsspridning och implementering av nya arbetssätt [51].

För planering av kompetensförsörjningen i regionerna ansvar Regionala utbildnings- och kompetensförsörjningsrådet (RUR). Utifrån respektive regions framtagna kompetensförsörjningsplan sammanställer de en gemensam sjukvårdsregional kompetensförsörjningsplan. Cancerområdet ingår som en del. Regionala cancerscentrum i samverkan har också tagit fram en kompetensförsörjningsplan 2015 [52]. Utifrån den har RCC arbetat med regionala planer [53]. En utmaning med denna ordning är att RCC har en strategisk roll i att identifiera behov samtidigt som de inte har något direktinflytande över verksamheterna och har därför begränsat inflytande över resurstillsättning.

Infrastruktur och kompetensförsörjning

Inom cancerområdet går den medicinska och tekniska utvecklingen snabbt framåt. Nedan följer exempel på utmaningar med infrastruktur och kompetensförsörjning.

Precisionsteknologi

Precisionsteknologi består av en kombination av molekylärbiologi, storskalig genetisk sekvensering, högupplösande avbildningsteknik, genterapier, biosensorer, möjlighet till uppkoppling och överföring av stora mängder data samt användning av artificiell intelligens (AI). Teknologin förväntas i framtiden påverka diagnostik och behandlingar inom cancerområdet i grunden. För hälso- och sjukvården betyder det bland annat att cancertumörers placering i kroppen inte kommer att vara av avgörande betydelse, utan i stället dess molekylära sammansättning [54, 55].

Genomic Medicine Sweden (GMS) har sedan 2018 arbetat med att implementera en hållbar infrastruktur för precisionsmedicin i Sverige.¹² GMS har utvecklat bland annat utvecklat en nationell genpanel (GMS560) som kan användas för diagnos för flertalet cancerdiagnoser inom Sveriges hälso- och sjukvård. Hur implementeringen av genpanelen ska gå till bestäms av respektive verksamhet och styrs i stor utsträckning av rekommendationer i de nationella vårdprogrammen för berörda cancerformer.

GMS anser att en övergång till rutinemässig bred molekylär karakterisering kräver en stegvis uppbyggnad av nationella och regionala funktioner. GMS framhåller att om patienter ska få tillgång till precisionsteknologins möjligheter behöver flera nya kompetenser växlas upp. Det handlar bland annat om att öka antalet bioinformatiker som behöver hantera och analysera stora mängder biologiska data som genereras av nya effektiva analysmetoder. Kliniska genetiker kommer att behövas för att bedöma om en patient har en viss sjukdom, hur utbredd den är samt om en viss behandling har gett resultat. Andra områden som behöver förstärkas är radiologi och nuklearmedicin. De omfattar bland annat bild- och funktionsmedicin såsom screening, initial diagnostik och utredning, samt uppföljning av behandlingseffekt. Fler patologer kommer också att behövas för att göra mer omfattande analyser inom molekylärpatologiska metoder och fler onkologer kommer att behövas. Biomedicinska analytiker är en annan viktig yrkesgrupp som det har varit brist på länge.

RCC har också lyft fram att precisionsteknologin medför flera utmaningar för kompetensförsörjningen. RCC framhåller bland annat att cancervården redan omfattar stora delar av vårdpersonalen och vårdkedjan - från primärvård till avancerad specialistvård och uppföljning. RCC menar att precisions-teknologin skulle ställa nya krav på utbildnings- och fortbildningsinsatser. Vid ett intåg av ny teknik och medicinska behandlingar behöver också patientperspektivet beaktas. Införandet av kontaktsjuksköterskor som är ett stöd för patienter och närstående genom hela vårdkedjan har varit en viktig funktion för patienter [54]. Dessa insatser behöver i framtiden kompletteras genom

¹² Det offentliga finansierar GMS genom projektfinansiering från Verket för innovationssystem, Vinnova. Från 2017 till 2021 har Vinnova beslutat om drygt 224 miljoner kronor fördelat på 7 olika projekt. Därutöver har Socialstyrelsen fördelat statsbidrag för 16,5 miljoner kronor 2021 och 23,75 miljoner kronor 2022.

bland annat kunskapshöjande insatser för att patienter ska kunna ta informerade beslut över vilka möjligheter som precisionsteknologin medför. Det kommer bland annat innebära att behovet av genetiska vägledare kommer att öka.

Screeningsverksamheten

AI och maskininlärning är ett forskningsområde som är på snabb frammarsch även om det återstår mer forskning och stora studier innan det kan implementeras fullt ut i rutinsjukvården. För bröstcancerscreening är detta ett högintrissant område. Genom att analysera miljontals bilder kan AI ta till sig mängder av information och lära sig att identifiera mönster i bröstet och förändringar som kan tyda på en cancer. Bröstcancerförbundet menar att om AI skulle användas i rutinsjukvården skulle mammografibilderna både kunna analyseras snabbare och mer konsekvent än det mänskliga ögat. Enligt dem skulle AI kunna användas som ett komplement till röntgenläkare. Samtidigt menar Bröstcancerförbundet att betydligt mer resurser i form av fler bröststradiologer och röntgensjuksköterskor skulle behövas för en sådan utveckling. Vidare behövs resurser avsättas för att göra investeringar i infrastruktur och vidareutbildning av personal. EU-kommissionens riktlinjer inom AI och bröstcancerscreening har precis kommit ut. De rekommenderar att dubbelgranskning behövs vid användning av AI. Det är en rekommendation som inte skulle vara avlastande i Sverige [55].

För tjock- och ändtarmscancer har Socialstyrelsen sedan 2014 rekommenderat att hälso- och sjukvården bör erbjuda screening med provtagning för upptäckt av dolt blod i avföringen till män och kvinnor i åldrarna 60–74 år. Implementering har ännu inte skett i samtliga regioner och utbyggnader förväntas vara färdig 2026. Detta exempel illustrerar att det är resurskrävande att bygga upp regionala screeningsprogram och kompetensförsörjningen är en flaskhals. I flera regioner utbildas sjuksköterskor för att kunna göra uppföljande koloskopiundersökningar. Även om detta är en effektiv användning av resurser kommer denna ordning att innebära andra utmaningar. Till exempel kommer nationella uppföljningar bli problematiska. Det beror på att i dagsläget är det bara läkare som har rättigheter att registrera interventioner i Socialstyrelsens register [21].

Strålbehandling

Strålning bidrar till 30 procent av all bot mot cancersjukdomar. En nyligen genomförd studie har kartlagt var svensk strålbehandling står i förhållande till övriga nordiska länder [56]. Rapporten visar på att tillgänglighet är nära sammankopplad med kompetensförsörjningen. Teknikutveckling är beroende av att det finns utrymme för pågående kvalitetsutvecklingsarbete, forskning samt investeringsvilja. Rapporten visar att Sverige håller på att tappa mark inom många områden inom strålning. Rapporten lyfter fram att konsekvenserna av rekryteringsproblem och minskade forskningsaktiviteter blir allt tydligare. Avsaknaden av både läkare och röntgensjuksköterskor påverkar nyttjandegraden av tillgänglig utrustning. Kompetensbristen bidrar också till att teknik och nya behandlingsmetoder sprids i en långsammare takt i Sverige än till exempel i Danmark och Norge. Bristen på forskarutbildade läkare

begränsar vidare möjligheterna att bedriva forskning och utveckling på samma nivå som jämförbara länder.

Cancerrehabilitering

Cancerrehabilitering är ett område som inte är fullt utvecklad för att ta hand om de vårdbehov som finns i dag. I Socialstyrelsens rapport *Cancerrehabilitering – förslag till utveckling* framhåller Socialstyrelsen att cancerrehabiliteringen behöver stärkas över landet. Multidisciplinära teamarbeten behöver utvecklas och tillgänglighetgöras för patienter i hela landet. Det omfattar många olika legitimationsyrken och andra specialister. De mest centrala funktionerna är arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister, hälso- och sjukvårdskuratorer, logopeder, läkare, psykologer, psykoterapeuter, sexologer, sjuksköterskor, stomiterapeuter, tandhygienister, tandläkare och uroterapeuter. RCC framhåller att precisionsteknologin kommer att öka behovet av eftervård och rehabilitering av patienter som genomgått behandlingar, vilket kommer kräva en fortsatt utbyggnad av cancerrehabilitering [57].

Bröstscreening

Sverige har ett relativt välfungerande screeningprogram för bröstcancer. Screening för bröstcancer med mammografi infördes successivt i Sverige under 1980- och 1990-talen. Mortaliteten har minskat sedan 1970-talet, men framför allt sedan mitten av 1990-talet. Målgruppen för bröstcancerscreening med mammografi är hela den kvinnliga befolkningen i Sverige i åldern 40–74 år. Varje år kallas närmare en miljon kvinnor till screeningen och omkring 60 procent av alla bröstcancerfall upptäcks på det sättet. Andelen fall som upptäcks i screeningen varierar dock mellan regionerna, vilket visar att vården inte är jämlik. Sverige har haft största åldersintervallet jämfört med andra länder. Det är först helt nyligen som EU rekommenderar att höja åldern till 74 år.

Mammografin fungerar bra för majoriteten av kvinnor. Anledningen att cancerupptäckter inte görs genom mammografi kan vara att kvinnor har drabbats av en snabbväxande tumör, att tumörer är för små under undersökningstillfället eller en felbedömning av bilden. Vidare kan tät eller oregelbunden bröstvävnad göra att en tumör skymms på mammografibilderna och inte upptäcks.

Bröstcancerförbundet anser att individanpassad bröstcancerscreening borde införas till kvinnor med svårundersökta bröst och som har högre risk för bröstcancer. Socialstyrelsen har sett över RCC:s vårdprogram för bröstcancer under våren 2023. Socialstyrelsens rekommendationer är ute på remiss. Dessa utgår utifrån både medicinsk evidens på populationsnivå och hälsoekonomiska avvägningar. Vidare tas viss hänsyn till i vilken mån regionerna har kapacitet både i form av nya satsningar i infrastruktur och i personalresurser.

Långvarig personalbrist

Det framgår i Socialstyrelsens senaste rapport *Nationell utvärdering – bröstcancerscreening med mammografi* att personalbristen är ett fortsatt hinder för utvecklingen av mammografin. Personalbrist uppmärksammades som ett problem redan på 1990-talet och ingenting tyder på att situationen förändrats. De

allra flesta mammografienheter har vakanser när det gäller bröstradiologer och röntgensjuksköterskor. När det gäller bröstmottagningar för kirurgi har närmare hälften vakanser för bröstkirurger. Det är också brist på patologer och biomedicinska analytiker i flera regioner.

Ett hinder för att införa nya undersökningarna är brist på bröstradiologer och röntgensjuksköterskor. Personalbristen i dessa yrkesgrupper har påtalats under en lång tid. Till exempel visar Cancerfondens undersökning från 2016 att 85 procent av landets mammografienheter hade personalbrist. Bröstcancerförbundets undersökning pekar på att inget har hänt sedan dess, bristen kvarstår och påverkar screeningen för bröstcancer i nästan alla Sveriges regioner. Cancerfondens nyligen genomförda undersökning som visade att 64 procent av regionerna har använt hyrläkare och 82 procent har behövt jobba övertid under det senaste året för att upprätthålla nuvarande mammografirutiner. I ett läge där en bristsituation har pågått under en längre tid framstår det som rimligt att se över den övergripande bemanningsstrategin, både för nyrekrytering och för befintlig personal för kapacitetsplanering [58]. I en sådan översyn behöver olika strategier prövas vilket bland annat kan handla om utveckling av multidisciplinära team och uppiftsväxling mellan olika professioner.

Sammanfattning

Antalet cancerfall ökar och allt fler överlever cancer. De medicinska och teknologiska framstegen går snabbt framåt och precisionsteknologin förutspår att i grunden förändra diagnostik och behandling. Den kan också komma att öka behovet av rehabilitering av cancer. Samtidigt är bemanningsutmaningarna många och stora i cancervården. Bröstcancerscreeningen har varit underbemannad under en lång tid och tillgången till kvalificerad personal är en flaskhals för implementering av screeningsprogrammet för tjock- och ändtarmscancer. Inom strålningsområdet håller Sverige på att tappa mark jämfört med andra jämförbara nordiska länder, vilket bland annat anses bero på rekryteringsproblem, underbemanning och minskade forskningsaktiviteter. För att kunna göra en adekvat bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom cancerområdet behöver två spår beaktas samtidigt. För det första behöver kompetens säkerställas för att främja tillgänglighet och kvalitet i pågående verksamheter samtidigt som utrymme behöver ges för implementering av innovationer som medför större och mer genomgripande förändringar.

Tandvård – förändrat uppdrag

Introduktion

I detta avsnitt undersöker vi förutsättningarna för att förändra tandvårdsutbildningarna utifrån en kompetensbaserad modell som utgår från tandvårdens förändrade uppdrag. I avsnittet presenteras finansiering av tandvården och dess utveckling följt av en lägesbeskrivning av kompetensförsörjningsutmaningar. Utifrån denna lägesbild förs sedan ett resonemang om förutsättningar

för att initiera en bredare reform utifrån idén om kompetensbaserade utbildningar.

Vårdbehov och vårdkonsumtion

Det finns inga studier som ger en heltäckande bild över hur vårdbehoven ser ut och kan utvecklas inom munhälsan i Sverige. En förändrad demografi med en äldre befolkning och större barnkullar¹³ kan påverka behoven av tandvård.

Den senaste undersökningen 2019 om befolkningens självskattade tandhälsa visar att tandhälsan blir allt bättre. 78 procent av den vuxna befolkningen uppgav att de ansåg sig ha en ganska bra eller mycket bra tandhälsa. Grupper som skattar sin munhälsa sämre än andra inkluderar de som upplevt ekonomisk kris, de som har varit arbetslösa och personer som saknar gymnasial utbildning. Den självskattade tandhälsan uppskattas också sämre än genomsnittet för personer som konsumerar tobak dagligen och personer som har en riskkonsumtion av alkohol, och eller har ett Body Mass Index (BMI) över 30. Den självskattade tandhälsan blir också sämre med åldern [59].

Socialstyrelsens tandhälsoregister visar att vårdkonsumtionen av tandvård går ned trots en åldrande befolkning [60]. En nedgång av vårdkonsumtion bekräftas också av det så kallade SKaPA-registret som följer de orala folksjukdomarna karies (hål i tänderna) och parodontit (tandköttinflammation/tandlossning).

Äldres tandhälsa är bättre än tidigare generationer. Det innebär att äldre också har fler tänder, vilket potentiellt skulle kunna öka behovet av tandvård. En sådan utveckling märks ännu inte i tandvårdskonsumtionen. Samtidigt är det svårt att veta om den minskade vårdkonsumtionen beror på ett minskat vårdbehov eller andra faktorer. Det finns många möjliga orsaker som skulle kunna påverka vårdkonsumtionen. Till exempel är det möjligt att minskad tillgänglighet till tandläkare framförallt i glest befolkade delar av regionerna skulle kunna bidra till en minskad vårdkonsumtion. En annan möjlig orsak är att de som har höga tandvårdskostnader och störst behov av tandvård avstår att ta emot den. Av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre* framgår att det är en jämförelsevis låg andel personer i Sverige som svarar att de avstår hälso- och sjukvård på grund av patientavgifter. Samtidigt har andelen som avstått tandvård på grund av egenavgifter ökat från 7 procent, 2017 till 11 procent, 2021 i den undersökta åldersgruppen 65 år och äldre. Det är också vanligare att personer med utländsk bakgrund i åldersgruppen avstår tandvård på grund av avgiften, jämfört med personer med svensk bakgrund [61]. Försäkringskassan framhåller i sin kortanalys att de faktiska priserna på tandvårdsbehandlingar i den privata vården ofta överstiger referenspriserna och därmed gör högkostnads-skyddet mindre effektivt [62]. Patienterna får betala mer för sina behandlingar, och subventionen täcker en mindre del av deras kostnader. Det kan leda till att fler patienter avstår tandvårdsbehandlingar i framtiden.

Utbildning, ekonomi och allmän hälsa har stor betydelse för munhälsan. Folkhälsomyndighetens årsrapport 2022 visade att personer med lägre socioekonomisk ställning har sämre hälsoutfall än övriga. Det finns inga tecken på

¹³ Under de senaste fem åren har det fötts ungefär 25 000 barn fler per år jämfört med början av 2000-talet.

att den relativa ojämlikheten i hälsa minskar. Denna situation kommer med hög sannolikhet påverka behov av tandvård på kort- och längre sikt [63].

Finansiering av tandvården

De totala utgifterna för tandvård uppgick till cirka 29,4 miljarder 2018. Patienterna stod för merparten av tandvårdskostnaderna. Tandvårdsreformer under de senaste 10–15 åren har delvis påverkat patienternas andel av kostnaderna. Patienterna betalade 2018 cirka 57 procent av tandvårdskostnaderna. 2002 betalade patienterna 69 procent. Staten står för knappt 25 procent av de totala tandvårdsutgifterna. Den nivån har varit ungefär den samma sedan införandet av det statliga tandvårdsstödet 2008. Utifrån ett historiskt perspektiv har tandvårdskostnaderna ökat kraftigt. Utgifterna för barn- och ungas tandvård och det särskilda tandvårdsstödet har stått för en del av denna ökning över tid. 2018 motsvarade dessa utgiftsposter knappt 20 procent av de totala tandvårdsutgifterna.¹⁴ De genomsnittliga tandvårdskostnaderna per person och år har varit stabila över tid. År 2018 låg de på cirka 2 650 kronor.

Högekostnadsskyddet för tandvård uppgick till 4,5 miljarder kronor 2019. Det motsvarade 70 procent av den statliga tandvårdsersättningen. Den största andelen, 72 procent, betalades ut till privata vårdgivares patienter. Offentliga vårdgivare mottog 28 procent av det statliga tandvårdsstödet. En större relativ andel av ersättningen går till storstadsregionerna (När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. SOU 2021:8).

Komptensförsörjningsutmaningar

Analysen över komptensförsörjningsutmaningarna bygger på en samlad bedömning baserad på Socialstyrelsens konsultationer med ST-rådet för tandvård, Tandvårdsnätverket, NPO Tandvård, Nationella samordningsgruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (NSATS) och svensk folktandvårdsförening.

Tandvården i Sverige är mitt uppe i en generationsväxling. I denna process blir det tydligare att det inte enbart går att utgå från antalet tandläkare eller antalet årsarbetskrafter för att kunna göra en adekvat bedömning av tillgång och efterfrågan på tandvårdspersonal. Planeringen behöver ta hänsyn till vilka kunskaper, färdigheter och kompetenser personalen har och hur mycket de arbetar. Samtidigt behöver tandvården ta höjd för de attitydförändringar som sker både hos personalen och befolkningen och de pågående nyetableringar av privattandvård. En samstämmig bild framkommer i dialogen med aktörer från regionernas strukturer. Nedan presenteras ett urval av utmaningar:

Förändringar i attityder och värderingar

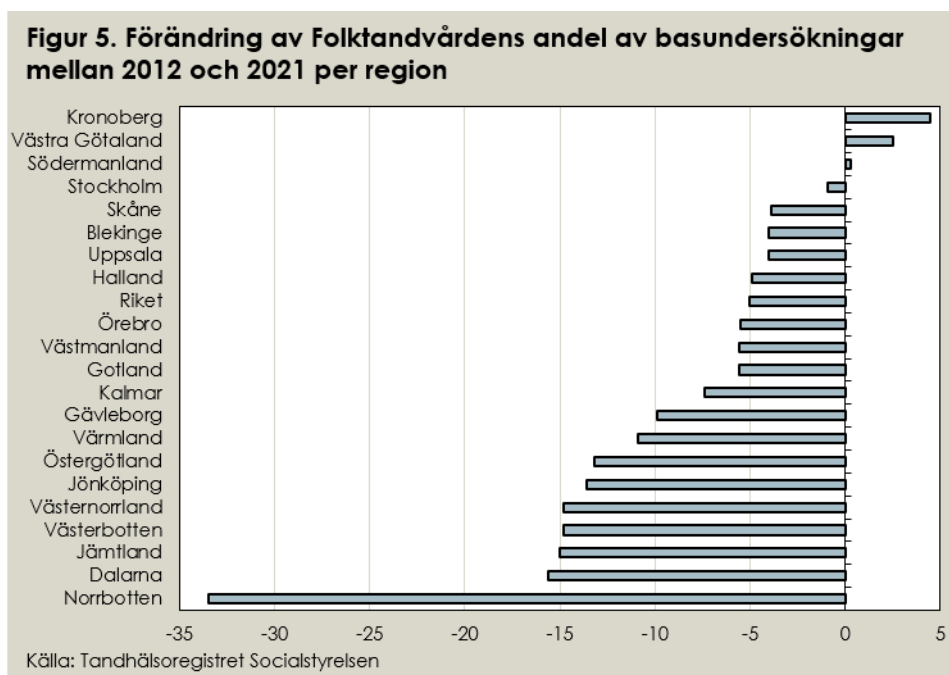
Attityder till arbetsliv håller på att förändras bland tandvårdspersonal. En trend som många ser är att mer erfarna tandläkare och specialisttandläkare väljer att gå ned i arbetstid. Detta stämmer också överens en rapport från TLV där de följde upp tandvårdsmarknaden 2009 – 2019. I rapporten framgår att produktiviteten är lägre bland yngre tandläkare och att färre erfarna tandläkare jobbar heltid [64]. En annan trend som flera lyfter fram är att de

¹⁴ Med tandvårdskostnad avses här både den offentliga subventionen och det patienten själv betalar.

yngre tandläkarna är angelägna om att specialisera sig tidigare. Det får till följd att de inte har samma djup och bredd av erfarenhet jämfört med tidigare generationer. Många menar att två års erfarenhet av allmäntandvård är för lite för att meritera sig till specialistutbildningen. Det medför också en större risk för patienter när bredden och djupet saknas hos tandvårdspersonalen, eftersom de kan leda till att personalen utför behandlingar som de inte har kompetens att genomföra

Förändringar i värderingar i samhället påverkar också tillgängligheten till tandläkare. Till exempel har efterfrågan på skönhets teknik ökat. Det har öppnat upp möjligheter för tandvårdspersonal att tjäna mer pengar genom att kombinera tjänster inom till exempel tandvård med skönhets teknik.

Samhällsförändringar påverkar också utvecklingen av Folktandvården. Folktandvården infördes 1938. Uppgiften är att svara för regelbunden och fullständig allmän- och specialisttandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 23 [65]. Folktandvården behandlar mindre än hälften av alla vuxna. Andelen av vuxentandvården har de senaste 10 åren minskat i regioner där Folktandvården traditionellt varit en stor leverantör av tandvård i det statliga tandvårdsstödet till vuxna över 23 års ålder. Denna förändring är mest uttalad i Norrbotten men även andra, främst glest befolkade regioner, har påverkats. Se figur 5 nedan. De tre storstadsregionerna där Folktandvården tidigare har haft en mindre andel av vuxentandvården har i stort sett bibehållit sin andel av vuxentandvården.



En minskad andel av tandvård till vuxna personer inom Folktandvården gör att en större del av arbetstiden behöver ägnas åt andra prioriterade målgrupper i befolkningen, som barn och ungdomstandvård samt tandvård till äldre och personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. I dialog med aktörerna framkommer att det att utvecklingen mot ett minskat antal vuxna som besöker Folktandvården minskar attraktiviteten att arbeta inom

Folktandvården. Många verksamheter är också hårt ekonomiskt pressade. Ekonomins betydelse har också förstärkts genom ägandereformer. Folktandvården utvärderas främst utefter ekonomiska parametrar och inte utifrån dess olika kärnverksamheter såsom till exempel diagnostik, behandling, utbildning, handledning/mentorskap och forskning.

I flera regioner med större befolkningsunderlag har Folktandvården arbetat med att utveckla karriärvägar till exempel för ledarskap, specialisering och kliniskforskning. I regioner med mindre patientunderlag har utrymmet för de akademiska aspekterna inom professionerna krympt. Flera aktörer anser att Folktandvården i de mer glest befolkade delarna av Sverige inte är tillräckligt rustad för att bära ansvaret för att förebygga och främja en god munhälsa hos befolkningen. De framhåller att en väg framåt för att stimulera attraktiva arbetsmiljöer som också främjar en patientcentrerad vård, högre kompetens och utrymme för handledning och forskning är att etablera större kliniker och förändra utvärderingssystemet på ett sätt som speglar hela verksamheten.

Tillgänglighet och prioriteringar

Den politiska utvecklingen som syftat till att främja tillgänglighet till tandvård har bidragit till att den privata tandvårdsmarknaden har utvecklats. Vårdval Stockholm har till exempel bidragit till att det i princip inte finns någon vårdkö förutom för patienter som anses ha för komplexa problem för vårdvalet. Samtidigt är väntetiden ibland flera år i andra regioner och patienter med komplicerade problem kan behöva söka vård utomlands.

Utvecklingen av privattandvården och den fria prissättningen har lett till att tandvårdspersonal kan arbeta mindre och samtidigt erhålla en rimlig lön. Parallellt med utvecklingen av den privata vården sitter regionerna fast i olika strukturer som gör att de inte kan möta upp löneutvecklingen inom den privata tandvården. Konsekvenserna av den utvecklingen är att många väljer att lämna Folktandvården. Det leder i sin tur till att det finns för få rutinerade allmäntandläkare som kan ta hela behandlingspanoramat inom Folktandvården. I mer glest befolkade regioner och delar av regioner försvåras situationen ytterligare av att få tandläkare väljer att etablera sig utanför storstadsområdena.

Utifrån de olika aktörernas perspektiv menar de att det behövs tydligare prioriteringar som blir vägledande för vilka som ska få tandvård. Tandvårdslagen (1985:125) ger regionerna uppdraget att prioritera vården och vilka grupper som ska ha vård. Tidigare har hade de flesta regioner inte haft några problem med att uppfylla lagkraven. När vårdbehoven och tillgången till kompetens inte går i samklang, kommer prioriteringar bli allt viktigare. Regionerna kommer behöva ta ett större ansvar och göra bredare prioriteringar. I dag sker prioriteringarna lokalt utifrån de förutsättningar som finns. Utifrån ett kompetensförsörjningsperspektiv ser aktörerna framför sig att detta kommer att bli en strategiskt viktig framtidsfråga för kompetensförsörjningen. Det beror på att många inom tandvården vill kunna ge den vård som är möjlig och efterfrågad. När fler patienter behöver väljas bort behöver personalen stöd för det i sitt arbete. Annars finns risken för att fler tandvårdsprofessioner lämnar yrket. När resurser behöver prioriteras är det samtidigt viktigt att medborgare upplyses om vad som gäller för regelbundna kontroller och

egenvård. Det gäller till inte minst barn. Enligt de nationella riktlinjerna är det rekommenderade intervallet mellan undersökningarna 24–36 månader [5].

Minskat utrymme för allmäntandläkare och chefskap

En annan utveckling som oroar många aktörer är att allmäntandläkare har fått ett minskat utrymme att driva utvecklingen av tandvården framåt. Det finns till exempel för få handledare och mentorer som kan introducera nya tandläkare. Ofta väljer skickliga tandläkare att arbeta hos privata aktörer som saknar utbildningsuppdrag. Detta är allvarligt i en tid av stor generationsväxling eftersom resan från att vara en nyutexaminerad tandläkare eller tandhygienist till att bli erfaren är lång. Det är vidare oklart vilka arbetsuppgifter tandläkare med specialistkompetens utför. Ofta arbetar de både med allmäntandvård och specialisttandvård, och det saknas en definition om vad som kännetecknar en verksamhet som bedriver specialisttandvård.

Tillsammans bidrar dessa utmaningar till att allt fler patienter som tidigare kunde behandlas inom den reguljära tandvården skickas till specialisttandvården. Samtidigt är specialistvården inte rustad till att ta emot ett större antal patienter med mindre allvarliga problem, eftersom det skulle ske på bekostnad av de patienter som har större vårdbehov. I flera regioner kan detta leda till att patienter inte får tillgång till tandvård, eftersom deras problem inte bör behandlas i specialisttandvården samtidigt som allmäntandläkarna inte har kapacitet att behandla dem.

I vissa regioner blir det allt svårare att rekrytera tandläkare till chefstjänster. En möjlig väg framåt som några lyfter är att förändra innehållet i tjänsterna. Det skulle till exempel vara möjligt att utveckla ledningsfunktionerna i organisationen på ett sätt som gör att tjänsterna både innehåller ledningsansvar och kliniskt arbete. En annan åtgärd skulle kunna vara att se över karriärmodellen och till exempel inkludera handledarrollen i karriärstegen. Detta för att öka attraktiviteten för mer erfarna tandläkare att ta på sig handledarrollen.

Glapp mellan förväntningar av yrket och kliniskt arbete

Gemensamt för både den privata tandvården och folktandvården är att dagarna ofta är intensiva och det finns lite flexibilitet och möjlighet att påverka arbetssituationen. Ofta saknas utrymme för reflektion och arbetssituationen hämmar motivationen hos nyutbildad personal eftersom deras förväntningar på yrket och den kliniska vardagen blir för stora.

Gemensamt för många av de regionala aktörerna är att de anser att studenterna efter utbildningen inte är tillräckligt väl förberedda för den kliniska verksamheten. Samtidigt menar flera att det är viktigt att de akademiska aspekterna inte tappas bort. Många menar att det finns orsaker att se över utbildningen och öka tiden för verksamhetsförlagutbildning. Flera aktörer menar att det finns behov av att återinföra AT-tjänstgöring. Utifrån detta resonemang kommer vi undersöka om en kompetensbaserad utbildning är vägen framåt.

Kompetensbaserad utbildning

Tandvårdsutbildningarna har internationellt och i Sverige haft en stark avgränsning mot övrig hälso- och sjukvård. Samtidigt framhåller både forskningen och myndigheter att interventioner uppströms är mer kostnadseffektiva utöver att de ger effekt på både på munhälsa och allmän hälsoutveckling [66]. Nya förväntningar och ett utvidgat uppdrag som till exempel omfattar att identifiera våldsutsatthet gör att en förflyttning behöver ske mot ökad samverkan, framförallt med primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Tandvården och munhälsa är också en del av kunskapsstyrningens organisationer och de ingår som en del i omställningen av hälso- och sjukvården till att primärvården ska ta hand om en större del av vårdbehovet. Denna process ställer nya krav på kunskap och kompetens i att leda förändringsprocesser tillsammans med andra professioner. I en situation när förväntningarna om vad tandvårdspersonal ska göra inte stämmer överens med innehållet i utbildningarna finns ett behov av att se över utbildningarna för att göra framtidens tandvårdspersonal redo för ett utvidgat uppdrag i samverkan med andra professioner.

I WHO:s globala strategi för munhälsa, som är en uppföljning av resolutionen om prevention och kontroll av icke smittsamma sjukdomar, finns ett avsnitt om innovativa arbetskraftsmodeller som syftar till att möta befolkningens behov av munhälsa [11]. I den framgår att utbildning och kompetensutveckling av arbetskraft behöver anpassas till folkhälsomålen och befolkningens behov av tandvård. Det är särskilt viktigt för grupper som har sämre munhälsa. WHO menar att för att uppnå tillgänglighet till en allmän hälso- och sjukvård samt tandvård behöver ett system finnas på plats som säkerställer att vårdpersonalen har nödvändig kompetens och kunskap för att kunna tillhandahålla adekvata tjänster. Det kräver att planeringssystemen, utbildning och resurser reformeras för tandvården. Utifrån detta perspektiv behöver tandvården relatera till den övriga hälso- och sjukvården och omsorgen. Inom tandvården har diskussioner på internationell nivå pågått under lång tid som handlar om att reformera tandvårdsutbildningarna på ett sätt som främjar kritiskt och vetenskapsorienterat tänkande, en känsla av socialt och professionellt ansvar och medvetenhet om att munhälsa är en kritisk komponent i den allmänna hälsan.

Traditionellt har arbetet med utvecklingen av utbildningsplaner inom hälso- och sjukvård och tandvård utgått från en äldre läroplan som modifierats över tid av fakulteter på lärosätena. Riskerna med detta arbetssätt är att tyngdpunkten för inhämtning av information och beslut om innehåll av läroplanen görs med utgångspunkt av tidigare läroplaner utan att hänsyn tas till förändringar i arbetssätt och behov av nya kärnkompetenser inom hälso- och sjukvården och tandvården. Det traditionella arbetssättet har också en inbyggd tröghet och innebär ofta svårigheter att förändra läroplaner och anpassa utbildningar till de krav som ställs på nytexaminerade och kliniskt verksam personal. En annan känd utmaning inom akademien handlar om svårigheter att överbrygga organisatoriska och ämnesspecifika stuprör inom lärosätena. I Europa samlar the Association for Dental Education många olika aktörer och arbetar med att med att främja kvalitet och standarder inom tandvårdsutbildningar [67].

Kompetensbaserade utbildningar är en ny generation av utbildningar. De utgår från ett förändrat tillvägagångssätt för att bestämma innehåll i läroplaner. Innehållet i utbildningarna grundar sig i de behov som finns i hälso- och sjukvården och tandvården och beslutas i samråd med olika aktörer och intressenter som speglar olika delar av verksamheten. Det kan till exempel handla om patienters- och studenters perspektiv, aktörer från olika typer av verksamheter, perspektiv från andra professioner som samverkar med professionen, handledare och forskare. Urvalet av aktörer bör göras på ett sätt som speglar bredden och djupet av verksamheten. Dessa aktörer och intressenter beslutar sedan gemensamt om olika kärnkompetenser och standarder. Dessa ska vara samstämmiga med utbildningarnas mål. För att detta arbete ska vara framgångsrikt är det viktigt att processen för att arbeta fram dessa kärnkompetenser och standarder följer strukturerade och transparenta processer. En sådan strukturerad process kan till exempel baseras på den så kallade Delphimetoden. Denna har använts inom områden där det finns svårigheter att uppnå ett gemensamt synsätt. Den brukar användas för att uppnå konsensus där det ofta saknas. En Delphistudie kan ses som en metod för kartläggning av expertsyn på ett område. Den har använts inom ett stort antal forskningsområden och däribland socialt arbete, pedagogik, organisation samt hälso- och sjukvård [68].

En framtidsfråga för tandvården är i vilken mån utformning av tandvårdsutbildningarna ska gå före och bredda vägen för andra reformer såsom organisation och resurstillsättning för att främja en integrerad munhälsa i resten av hälso- och sjukvården. Målkonflikter mellan olika lagar inom tandvården, hälso- och sjukvården och omsorgen har dokumenterats och synliggjorts under lång tid. En knäckfråga handlar om vem som ska gå först för att stimulera ett förändringstryck som främjar preventionsarbete för en god munhälsa i olika grupper som en del av folkhälsan hos befolkningen.

Detta är en fråga som också har diskuterats och skrivits om internationellt. De amerikanska forskarna DePaola, och Slavkin menar till exempel att det skulle vara möjligt att enas kring ett antal principer som skulle kunna utgöra en grund för framtidens tandvårdsutbildningar [69]. De föreslår ett antal principer, varav nedanstående skulle kunna vara relevanta även i en svensk kontext:

- Ökad betoning på vetenskapsbaserade utbildningar som är relevant för klinisk praxis. Det kan till exempel inkludera farmakologi, immunologi, fysisk diagnos och riskbedömning.
- Arbeta för integrerat partnerskap mellan olika aktörer, till exempel kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och tandvård.
- Samarbete med andra vårdprofessioner till exempel läkare, sjuksköterskor, och dietister.
- Göra en översyn över vilka arbetsuppgifter tandvårdsprofessionerna bör utföra.
- Kontinuerlig utvärdera vetenskapliga evidens som resulterar i uppdatering av klinisk tandvård.
- Ökad medvetenhet hos icke-tandvårdspersonal, beslutsfattare och allmänheten om vikten av munhälsa.

De amerikanska forskarna förslår att en organisation ska skapas som möjliggör att nästa generations utbildningar genomförs på en plats där gamla organisatoriska gränser suddats ut. Utifrån en svensk kontext skulle det till exempel innebära att gränserna och uppdelningen mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård skulle upphöra. De menar vidare att det skulle vara önskvärt att skapa en mottagning som kombinerar vård med utbildning. Patienter som vänder sig dit skulle antingen kunna mötas av en läkare, tandläkare, sjuksköterska eller annan sjukvårdspersonal med en breddad funktion. En bedömning skulle först göras och om möjligt skulle en diagnos ställas. Behandling kan antingen ges på plats av lämplig personal, eller så kan patienten remitteras till en lämplig vårdgivare för fortsat utredning. Efter avslutad behandling kan patienten sedan följas upp löpande och i förebyggande syfte.

I denna idealiserade modell skapas förutsättningar för att sudda ut skillnader mellan hälso- och sjukvårdstjänster och ett mer integrerat arbetssätt skulle kunna utformas. Detta arbetssätt skulle också kunna främja ett interprofessionellt arbetssätt och därmed lägga grunden för kommande generationers legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal. Det skulle också kunna vara ett sätt att utveckla ledarskap och organisation samt ge utrymme för andra former av vidareutbildning samtidigt som förutsättningarna för forskning skulle kunna förstärkas.

Även om kontexten för hälso- och sjukvården och tandvården ser olika ut skulle de amerikanska forskarnas grundprinciper och tankar även kunna vara relevanta för Sverige och utformningen av framtidens munhälsa. Att samla olika aktörer som på olika sätt är involverade i att främja munhälsa och utgå från vilka kompetenser och kompetenskrav som krävs för det arbetet skulle kunna vara ett första steg i en förändringsresa mot kompetensbaserad utbildning.

Sammanfattning

En generationsväxling pågår inom tandvården i Sverige. Tandvårdens aktörer menar att den nya generationen tandvårdspersonal inte är tillräckligt väl förberedd för kliniskt arbete och tandvårdens organisation är i förändring.

Samtidigt pågår en utveckling som innebär att tandvårdens uppdrag håller på att breddas. Samordning med övrig hälso- och sjukvård blir allt viktigare.

En möjlig väg för att möta upp tandvårdens utveckling och utvidgade uppdrag är att förändra innehållet i utbildningarna. Det skulle kunna ske genom att utgå från en kompetensbaserad modell. Parallellt med detta skulle det vara möjligt att etablera integrerade vård- och utbildningsinrättningar som suddar ut gränserna mellan kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och tandvård.

Sammanfattning över kompetensförsörjningsbehov

Översikten av diagnosområden och tandvård har visat att vårdbehoven ökar eller inte är tillräckligt tillgodosedda inom BUP, rehabilitering efter cancer, stroke, artrosdiagnos samt tandvård till unga och äldre i delar av Sverige.

För att möta upp vårdbehoven behöver produktionsplanering tillsammans med kompetensförsörjning och organisering av arbetet utvecklas.

Det finns många fördelar med att analysera kompetensförsörjningen och personalbrist utifrån olika diagnosområden samt tandvård. Det beror på att hälso- och sjukvården karakteriseras av en hög specialiseringsgrad. Stora delar av verksamheterna är organiserad utifrån olika tillstånd och sjukdomar. Att synliggöra specifika utmaningar med kompetensförsörjningen inom avgränsade områden gör det möjligt att mer systematiskt arbeta med kompetensförsörjningens utmaningar. Det kan till exempel utmynna i behov av att flytta gränser, ändra ansvarsfördelningar samt utveckla nya organisatoriska former.

Insatser som har systempåverkan och exempel på insatser från regioner och kommuner

I denna del av rapporten görs en breddad kartläggning utifrån fokusområden som påverkar förutsättningarna för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens kompetenser. Det görs genom att göra en kort presentation om kunskapsläget inom fokusområdena följt av en presentation av insatser och bedömningar av dessa från regioners-, kommuners- och yrkes- och professionsförbunden. Fokusområdena är:

- arbetsgivares attraktivitet
- utrymme för lokalt kvalitetsutvecklingsarbete, fortbildning och forskning
- utveckling av multidisciplinära team och uppgiftsväxling
- utveckling av infrastruktur, informationsteknologi och hälsodata
- utbildning och dess kvalitet, relevans och dimensionering.

Arbetsgivares attraktivitet

I detta avsnitt kommer arbetsgivares attraktivitet belysas ur olika perspektiv utifrån bästa tillgängliga kunskap. Därefter kommer regionernas och kommunernas insatser för ett urval av legitimationsyrkena att presenteras. Slutligen kommer en kort sammanfattande analys att göras.

Arbetsgivares attraktivitet handlar om flera olika saker. Det inkluderar bland annat att arbetet uppfattas som meningsfullt och att arbetsgivaren kan erbjuda konkurrenskraftiga löner och en arbetsmiljö där det finns utrymme för eget ansvar, återhämtning och utveckling. Legitimeringen och specialiseringar utgör ett fundament för formell kompetens, men därutöver kommer varje individ att utveckla nya kunskaper och färdigheter under sitt yrkesliv. En attraktiv arbetsgivare gör skillnad mellan kompetens, skicklighet och erfarenhet för att ta tillvara medarbetares kompetenser som går bortom den standardisering som finns. Diskussionen kring kompetensbehovet i hälso- och sjukvården behöver också nyanseras och göra skillnad mellan personalresurser i form av antal anställda i olika yrkeskategorier och den kvalitativa kompetensen som de anställda har [70].

Privata aktörer som är utförare av både offentligt finansierad vård och privat vård har belyst betydelsen av att erbjuda en god arbetsmiljö som gör det möjligt att kombinera en karriär inom hälso- och sjukvården och tandvården med familjeliv. Samtidigt visar denna utveckling på behovet av att utveckla de offentliga hälso- och sjukvårdsorganisationerna. De offentliga aktörerna behöver uppfattas som attraktiva karriärval både för nyutbildade och för anställd personal för att de ska vilja arbeta och utvecklas inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Inom detta område behöver också organisations- och ledningssystem uppmärksammas. Hälso- och sjukvårdsprofessionerna verkar i ett sammanhang. För att motivera personal över tid är det viktigt att det finns utrymme för eget ansvar och utveckling, samarbete och en kritisk massa av personal av relevans för arbetsområdet. Vidare behövs ett lösningsorienterat och visionärt ledarskap, en god personalplanering samt transparenta utlysning-, tillsättnings- och befordringsstrukturer. Samtidigt behöver det finnas en flexibilitet i systemet som gör det möjligt att individanpassa anställningar och schemaläggningar. Andra centrala områden innefattar utvecklade karriärstrukturer och specialiseringsmöjligheter med anpassade lönestrukturer som tar tillvara personals kompetens under olika delar av karriären. Introduktionsprogram, fortbildning, utrymme för forskning, innovation och kvalitetsarbete är andra viktiga grundförutsättningar för utveckling.

Intern och extern kommunikation är ett område som är av stor betydelse för motivation och utveckling av personal. En hälso- och sjukvård som karaktäriseras av effektivitet behöver transparent inomorganisatorisk kommunikation. Det innebär till exempel att det finns utrymme för att olika vårdprofessioners kunskapstraditioner kan mötas och samverka och att det finns ett gemensamt engagemang för verksamheterna och organisationens utveckling. Andra faktorer som motiverar personal är att det finns kontinuitet och ett tillitsbaserat förhållningssätt mellan olika beslutsnivåer. För utveckling över tid är också efterträdarplanering viktig för en kvalitetsdriven hälso- och sjukvård och tandvård.

Specialisering och karriär- och kompetensmodeller

Sveriges kommuner och regioner har ett pågående utvecklingsarbete inom området kompetensmodeller [71]. Majoriteten av yrkes- och professionsförbunden efterfrågar att karriär- och kompetensmodeller utvecklas för deras respektive professioner. Socialstyrelsens arbetsmarkandsenkät visar också att regionerna och kommunerna har initierat en rad insatser för att öka attraktiviteten för olika legitimationsyrken.

Insatser i regioner för att öka attraktiviteten som arbetsgivare

Regionerna har under 2022 arbetat på flera sätt för att förbättra arbetssituationen för befintlig personal. Många regioner arbetar med att utveckla karriärutvecklingsmodeller som är utformade för de olika legitimationsyrkena. Flera av regionerna har arbetat med att utveckla ledarskap och arbetar med återhämtning som fokusområde. Några följer upp korttidsfrånvaro snabbare och har påbörjat arbete med friskfaktorer. Vissa regioner har arbetat med en översyn av arbetsinnehåll för att öka attraktiviteten som arbetsgivare. Regionerna framhåller också att många av legitimationsyrkenas arbetssituation är beroende av undersköterskor. De har därför arbetat aktivt med den yrkesgruppen. Till exempel har de utvecklat en ny arbetstidsmodell för undersköterskor som arbetar i heldygnsverksamheter. I tabell 4 görs en sammanställning över vilka typer av insatser regionerna arbetar med för att stärka attraktiviteten för deras yrken.

Tabell 4. Regioners insatser för att förbättra arbetssituationen för befintlig personal	Antal
Särskilda satsningar på lön och/eller ersättningar (t.ex. OB)	17
Insatser för att höja sysselsättningsgraden/få fler att jobba mer (heltid)	12
Få fler att förlänga arbetslivet (senarelägga pensionen)	15
Insatser för att minska sjukskrivningarna	19
Förändringar i schemaläggningen	17
Utveckling av karriärvägar	18

Källa: Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2022

Exempel på regioners riktade insatser till olika legitimationsyrken

Barnmorskor: Regionerna uppgav att de har arbetat på olika sätt för att barnmorskor ska stanna och vilja utvecklas inom verksamheterna. Region Stockholm har tagit fram ett åttastegsprogram. De har också introducerat en ny kompetensstege. De arbetar för att det ska finnas en barnmorska per födande i aktiv fas. Vidare ser de över scheman och arbetstider och möjliggör för rotationstjänstgöring. Ett annat exempel på förbättringsarbete handlar om att se över både arbetsroller och teamarbete.

För att öka antalet barnmorskor i Region Skåne ger regionen sjuksköterskor möjlighet att få utbildningstjänster med bibehållen lön. I Västra Götalandsregionen arbetar de med att förbättra förutsättningarna för ett nära ledarskap. I dagsläget har till exempel chefer ofta betydligt fler medarbetare än det fastställda normaltalet på högst 35 underställda medarbetare per chef. Vidare samverkar de med lärosätena för att utveckla lärandemiljöer med förbättrad handledning och mentorskap som ska främja en strukturerad övergång från studier till arbetsliv.

Grundutbildade sjuksköterskor: Regionerna uppgav att de arbetar på flera olika sätt för att grundutbildade sjuksköterskor ska stanna och vilja utvecklas i verksamheterna. Insatserna varierar mellan olika regioner och verksamheter. Exempel på insatser inkluderar lönesatsningar för befintlig personal, återhämtningsbonusar och införande av vårdnära service för att säkerställa att medarbetare arbetar med rätt saker. Många regioner arbetar med strukturerade och långa inskolningsprogram, traineeprogram och ett kliniskt basår. Region Skåne uppger att Skånes Universitetssjukhus har tagit fram ett utvecklingsprogram från nyutexaminerad till expert. Andra aktiviteter handlar om att i samverkan med lärosäten utveckla lärmiljöer, handledning och arbetssätt för att skapa förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning. Viktiga moment handlar om att erbjuda handledning och mentorskap som underlättar övergången från studier till arbetsliv. På Jönköpings högskola har de arbetat tillsammans med regionerna med decentraliserade studiegrupper. De har också tagit emot fler studenter i den verksamhetsförlagda utbildningen och arbetat med att förbättra mottagande av studenterna i verksamheten.

Vissa regioner har gått ut med anpassade schematider vid nyrekryteringar, till exempel tjänster som omfattar endast dagtid, endast helger eller endast kvällar. De har prövat med rotationstjänster i slutenvård och öppenvård och gett dem som arbetar i slutenvården en timmes utvecklingstid i veckan. Vissa

regioner har anställt fler yrkeskategorier för att avlasta sjuksköterskorna. Några regioner arbetar med informationsinsatser för att öka intresset bland unga att söka till vårdyrkena. Vissa regioner arbetar med arbetstidsförkortning och ledarskapsutvecklingsinsatser för att stärka det nära ledarskapet. Andra exempel inkluderar inrättande av ett arbetsutskott som ska följa upp arbetsmiljö och göra uppföljningar och åtgärdsplaner utifrån medarbetarenkäter.

Specialistsjuksköterskor: Flera regioner uppgav att de arbetar långsiktigt för att öka andelen specialistutbildade sjuksköterskor. Det sker på olika sätt. Det handlar bland annat om utveckling av karriärmodeller, återhämtningsbonusar, inrättande av utbildningsbefattningar, arbete med ledarskap, mentorsprogram, lönesatsningar och traineeprogram. Ett problem som regionerna framhåller är att det är väldigt få sjuksköterskor utöver dem som är anställda i regionerna och får utbildningen betald som utbildar sig till specialistsjuksköterskor. Det gör att regionerna är beroende av att få redan anställda sjuksköterskor att söka utbildningen för att kunna säkra kompetensförsörjningen. Annars går det bara att anställa specialistutbildade sjuksköterskor genom att de söker sig från en annan region, alternativt att de rekryteras utanför Sveriges gränser.

Röntgensjuksköterskor: Många av de insatser som regionerna uppger att de har genomfört för andra sjuksköterskegrupper och barnmorskor återspeglas även för röntgensjuksköterskor. De arbetar till exempel med att utveckla ett radiologiskt basår, karriärutvecklingsmodeller, löneöversyner, återhämtningsbonus och lönesatsningar. Vidare uppger vissa regioner att de arbetar med hälsosamma scheman och gör en översyn av hållbart nattarbete.

Fysioterapeuter: Regionernas rapporterade insatser för att attrahera och behålla fysioterapeuter uppgavs variera mellan regioner och verksamheter. Några av insatserna inkluderar satsningar på löner, utveckling av kompetensmodeller och möjlighet att läsa magisterutbildning på arbetstid. Andra exempel handlade om införandet av strukturerade introduktionsprogram och kontinuerlig kompetensutveckling. Vissa regioner arbetar med ledarutveckling och en ny organisation där fysioterapeuter jobbar närmare andra professioner. Vissa regioner rapporterar att de gör en översyn av arbetstider samt erbjuder återhämtningskola och återhämtningsbonus.

Psykologer: Regionernas satsningar uppgavs variera mellan olika verksamheter och regioner. Några exempel på insatser handlar om att utöka antalet PTP-tjänster, delfinansiera PTP-tjänster, arbeta vidare med karriärmodeller samt erbjuda specialistkurser för psykologer. Andra initiativ innebär att en översyn görs över lönestrukturer, arbetstider, scheman, arbetsmiljöinsatser samt utveckling av arbetssätt. Andra regioner har inrättat träffar med psykologer som är nytexaminerade för att få deras syn på hur regionerna kan förbättra rekryteringen av psykologer.

I Västra Götalandsregionen uppgav de att de fortsätter att implementera sitt treåriga projekt Specialistpsykolog. Inom projektet arbetar de med att

utveckla stödstrukturer som möjliggör lärande mellan olika förvaltningar, och de arbetar med att ge stöd till chefer och verksamhetsstyrningar för att förbättra förutsättningarna för en ännu tydligare specialisttjänstgöringsstruktur för psykologer i regionen.

Biomedicinska analytiker: Regionerna uppgav att de arbetar på flera sätt med att öka tillgängligheten till biomedicinska analytiker. Biomedicinska analytiker är en prioriterad grupp i flera regioners översyn över lönestrukturer. Flera regioner arbetar med att utveckla karriärutvecklingsmodeller. I samverkan med lärosäten och läromiljöer utvecklar också vissa regioner handledning och arbetssätt för att skapa bättre förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning. De avser i framtiden att öka antalet utbildningsplatser. Denna samverkan syftar också till att bidra till att fler studenter slutför utbildningarna. Vissa regioner arbetar också med insatser som riktar sig till seniora medarbetare och syftar till att de ska arbeta kvar längre i yrket. Andra insatser handlar om att tillsvidareanställa biomedicinska analytiker, arbeta med heltid som norm samt se över organisation och ledarskap för att skapa en bättre arbetsmiljö och tydligare roller.

Läkare med specialistkompetens: Flera regioner uppgav att de gör stora satsningar inom specialisttjänstgöringar i bristspecialiteter. Satsningar görs för att attrahera och behålla specialistläkare, till exempel genom strukturerad och kontinuerlig kompetensutveckling och forskning. Andra exempel på satsningar är utveckling av organisation och ledarskap med syfte att främja ett närmare samarbete mellan läkare och andra professioner. Inom specialiteterna allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri rapporterade 16 regioner om brist. Inom klinisk fysiologi, lungsjukdomar, onkologi, radiologi och ögonsjukdomar rapporterade 14 regioner om brist.

För att möta bristen på läkare med specialistkompetens har exempelvis Västra Götalandsregionen arbetat med att utöka samverkan från ett systemperspektiv. De vill tydliggöra kopplingen mellan övergripande strategisk kompetensförsörjning och arbetet med en koncernövergripande verksamhetsplan för hälso- och sjukvården. I Region Örebro län framhåller de att de är helt beroende av att göra egna satsningar på ST-läkare för att få dem att stanna i sina verksamheter. De uppgav att det är svårt att rekrytera och behålla kompetens i smala specialiteter samt inom allmänmedicin och psykiatri. De håller på att utöka insatserna för att kunna behålla läkare med specialistkompetens.

Hyrpersonal i regioner

Utifrån resultaten från arbetsmarknadsenkäten framgick att regionerna ansåg att hyrpersonal är viktigt för öka tillgängligheten och främja patientsäkerheten. Regionerna uppgav att hyrpersonal har bidragit till att fler förlossningssalar har kunnat hållas öppna samtidigt som personalbrist har kunnat täckas upp. Det har vidare ökat tillgängligheten till primärvården samt kortat vårdköer till operation och annan specialistvård. Tabell 5 visar inom vilka legitimationsyrken hyrpersonal främst har använts.

Tabell 5. Vanligaste legitimationsyrkena där hyrpersonal används i regionerna

Legitimationsyrken	Antal
Läkare med specialistkompetens	18
Specialistsjuksköterska	17
Grundutbildad sjuksköterska	17
Röntgensjuksköterska	15
Barnmorska	13
Psykolog	6
Läkare utan specialistkompetens	6

Källa: Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2022

Internationalisering och legitimationsyrken

Utrikesfödd legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt personal som har två utrikesfödda föräldrar utgör en stor resurs inom hälso- och sjukvården. År 2020 uppgick antalet legitimerade och sysselsatta som antingen var utrikesfödda eller inrikes födda med två utrikesfödda föräldrar till cirka 52 000 personer. Sammanlagt utgör de drygt 21 procent av dem som har ett legitimationsyrke och som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2020. Tabell 6 redogör för fördelningen inom olika legitimationsyrken.

Tabell 6. Procent av sysselsatta 2020 i hälso- och sjukvården som var utrikesfödda eller inrikes födda med två utrikesfödda föräldrar enligt olika legitimationsyrken

Legitimationsyrken	Procentuell andel utrikesfödda som är sysselsatta i hälso- och sjukvården 2020	Procentuell andel inrikes födda med två utrikesfödda föräldrar som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2020
Apotekare	48,9	8,6
Arbetsterapeut	7,8	3,2
Audionom	13,8	6,2
Barnmorska	10,7	2,5
Biomedicinsk analytiker	25,4	5,6
Dietist	8,9	2,2
Hälso- och sjukvårdskurator	2,6	7,3
Fysioterapeut	8,6	2,3
Kiropraktor	11,7	4,3
Logoped	7,5	3,3
Läkare	33,9	4,2
Naprapat	7,9	3,0
Optiker	12,4	6,0
Ortopedingenjör	9,5	2,2
Psykolog	12,5	3,4
Psykoterapeut	12,5	3,0
Receptarie	23,9	6,3
Röntgensjuksköterska	34,2	6,2
Sjukhusfysiker	16,0	3,2
Sjuksköterska	11,9	3,1
Tandhygienist	25,7	6,4
Tandläkare	35,8	8,5

Många regioner arbetar med utlandsrekrytering för att täcka upp kompetensbristen. 15 regioner uppgav att de har utvecklat utlandsrekryteringsprogram som riktar sig till länder inom EU/ESS eller Schweiz. Fyra regioner uppgav att de arbetar aktivt med program som riktar sig till andra länder utanför EU/ESS och Schweiz. Utlandsrekryteringsprogrammen omfattar främst läkare med specialistkompetens, grundutbildade sjuksköterskor och specialist-sjuksköterskor. Fem regioner arbetar också med utlandsrekrytering av tandläkare, biomedicinska analytiker och läkare utan specialistkompetens.

Regionerna rapporterade att de upplever att det finns intresse utomlands från legitimerad personal att flytta till Sverige. Många regioner framhöll att de har positiva erfarenheter av utlandsrekrytering. Några problem som de lyfte fram handlar om att det kan ta tid för personalen att utveckla tillräckliga språkkunskaper samt att handläggningstiden hos Skatteverket är lång för att få person- eller samordningsnummer. Flera regioner satsar på språkutbildning och språkstöd i vardagen.

Rekrytering utanför EU/ESS och Schweiz uppgav regionerna vara betydligt svårare. Det anges bland annat bero på att de olika myndigheternas regelverk och processer inte samverkar. Det gäller till exempel Migrationsverkets arbetstillståndprocess, Socialstyrelsens legitimationsprocess och Skatteverkets process för att utfärda person- eller samordningsnummer. Region Skåne uppgav att de har startat upp ett internationellt kontor för att stötta individer på vägen till svensk legitimation och arbete i Region Skåne. Regionen rapporterade att 94 procent av dem som de stöttat har anställts inom regionens verksamheter. Tabell 7 visar att andelen utfärdade legitimationer från tredje land ökade för yrkesgrupperna apotekare, biomedicinska analytiker och tandläkare under perioden 2017 till 2021. Andelen utfärdade legitimationer från EU/EES och Schweiz minskade under samma period för apotekare, läkare och tandläkare.

Tabell 7. Antal utfärdade legitimationer av de yrken som har störst antal utbildade utanför Sverige jfr 2017–2021

	Antal utfärdade legitimationer 2021	Sverige	EU27/EES + Storbritannien (till och med 2020) och Schweiz	Tredje land
Apotekare	364	+40	-19	+58
Biomedicinsk analytiker	412	-51	+3	+31
Läkare	2 258	+275	-167	-50
Tandläkare	402	-7	-34	+23

Flera av Läkarförbundets specialistföreningar framhöll att förändringar i regleringar som har främjat fri etableringsrätt för privata aktörer inom hälso- och sjukvården har bidragit till att utlandsägda företag har tagit stora marknadsandelar inom flera regioner. Flera av de större bolagen ger vård inom avgränsade områden, framför allt under dagtid. En uttalad strategi för många av dessa företag är att rekrytera erfaren hälso- och sjukvårdspersonal. Det gör att det sker en successiv omfördelning av resurser mellan offentliga och privata aktörer. Denna utveckling i kombination med ersättningsmodeller som

inte gör det attraktivt för privata aktörer att ta emot patienter med komplicerade och komplexa tillstånd och sjukdomar, kan leda till att många av de erfarna specialisterna utför vård på patienter med enklare problem, medan patienter som behöver mer kvalificerad vård och omsorg inte behandlas av erfaren hälso- och sjukvårdspersonal. En konsekvens av rådande ansvarsfördelning med tillhörande utvärderings- och ersättningssystem är att individuella vårdgivare riktar fokus mot resursoptimering utifrån det som de kan påverka och har full kontroll över. Denna styrning har lett till en ökad fragmentisering av verksamheter och att verksamhetsberoenden osynliggörs. Utvecklingen riskerar att bidra till att de patienter som har störst behov av erfarna specialister inte får den vård de behöver.

Insatser i kommuner för att öka attraktiviteten som arbetsgivare

Kommunerna rapporterade om att det fortsatt är en stor utmaning att hitta legitimerad personal till kommunala verksamheter. Flera menade att det finns lite utrymme i verksamheten till att utöka kompetensen inom de olika yrkesgrupperna. Det framgår av Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät att kommunerna har arbetat på många olika sätt under året för att förbättra arbetssituationen för den befintliga personalen inom legitimationsyrkena. Över 70 procent av kommunerna uppgav att de har erbjudit möjligheter till kompetensutveckling, till exempel via fortbildning. Tabell 8 visar fler insatser. Drygt hälften av kommunerna svarade att de har arbetat med att höja löner och andra ersättningar, till exempel tillägg för obekväm arbetstid. Andra satsningar handlar om att höja sysselsättningsgraden, främja utrymme för kontinuerligt förbättringsarbete, insatser för att minska sjukskrivningarna och förändringar i schemaläggningen.

Tabell 8. Kommuners insatser för att förbättra arbetssituationen för befintlig personal

Insatser	Procentuell andel av kommunerna
Särskilda satsningar på lön och/eller ersättningar (t ex OB)	53
Insatser för att höja sysselsättningsgraden/få fler att jobba mer (heltid)	42
Få fler att förlänga arbetslivet (senarelägga pensionen)	21
Insatser för att minska sjukskrivningarna	49
Förändringar i schemaläggningen	47
Utveckling av karriärvägar	39

Källa: Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2022

Andra typer av insatser som kommunerna uppgav att de har initierat handlar om att höja grundbemanningen och kunskapsnivån hos baspersonal. Flera kommuner framhöll att de arbetar systematiskt med att förstärka samverkan, kommunikation och informationsöverföring. Vissa har förstärkt hälso- och sjukvårdsledningen med legitimerad personal. Flera av kommunerna uppgav

att de erbjuder heltidsarbeten som norm och erbjuder pensionärer att arbeta kvar, eller att gå som timanställda.

Det finns exempel på kommuner som uppgav att de har ökat antalet timanställda specialistsjuksköterskor. De framhöll vidare att de ger tillsvidareanställda specialistsjuksköterskor möjlighet till ledighet, distansarbete och sidoprojekt. Vissa kommuner finansierar grundutbildningen till specialistsjuksköterskor och anställer sjukskötestudenter under pågående utbildning. Några kommuner framhöll att de har ambulerande specialistsjuksköterskor och arbetar strukturerat med att förbättra digitala verktyg som understöd för arbetet. Flera kommuner uppgav också att de använde sig av språkombud. Dessa har ett specifikt uppdrag att stödja kollegors språkutveckling. Arbetet sker med stöd av chef för att främja en god kommunikation för hela arbetsplatsen.

Hyrpersonal i kommuner

Kommuner uppgav att hyrpersonal är viktigt för att kunna upprätthålla kommunernas åtaganden samt säkerställa patientsäkerhet. Flera ansåg att hyrpersonal bidrar till att minska stressen hos personalen. Det bidrog också till att personalen kunde ta ut semester. Hyrpersonal gjorde också att arbetsbelastningen minskade hos befintlig personal. Tabell 9 redogör för de vanligaste yrkesgrupper där hyrpersonal anlitas av kommunerna.

Flera kommuner ansåg att det finns en baksida med hyrpersonal. De menade att det blir svårare att upprätthålla kontinuitet och ansvars känsla för området. De framhöll också att användning av hyrpersonal ställer högre krav på närvarande chefer för att pågående kvalitetsarbete inte ska bli lidande.

Tabell 9. Andel kommuner som har använt hyrpersonal inom olika personalgrupper i sina verksamheter

Yrkesgrupper	Procent
Grundutbildad sjuksköterska	74
Arbetsterapeut	19
Fysioterapeut	27
Specialistsjuksköterska	26

Källa: Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2022

Tillgång till läkare inom kommunal hälso- och sjukvård

Flera statliga utredningar och myndighetsrapporter har visat på att vården och omsorgen om äldre inte är sammanhållen och brister i många avseenden. Tillgängligheten till skolläkare har också länge rapporterats som ett problem bland annat av skolläkarförbundet. Under covid-19-pandemin blev konsekvenserna av de välkända strukturella bristerna i samordning, personalkontinuitet och rätt kompetens hos personalen i äldreomsorgen tydliga. Coronakommissionen pekade på flera brister bland annat i avseende på otillräcklig bemanning och kompetens samt otillräcklig medicinsk kompetens [72]. I slutet av 2020 konstaterade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i sin utredning att det fanns allvarliga brister hos regionerna vad det gällde medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre. IVO

visade i sin rapport att ungefär en femtedel av personerna på de 98 av IVO granskade särskilda boendena inte hade fått någon individuell läkarbedömning.

Mot bakgrund av denna situation är tillgängligheten till läkarcompetens en viktig fråga för kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheter. Tabell 10 redovisar resultaten från Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät. Av tabellen framgår att nästan 60 procent av kommunerna uppgav att tillgången till läkare är oförändrad jämfört med oktober 2021. 16 procent av kommunerna uppgav att de har sämre tillgång till läkare än förra året och 9 procent av kommunerna uppgav att de har bättre tillgång till läkare.

Tabell 10. Bedömning av tillgång till läkare i kommunal hälso- och sjukvård i oktober 2022 jämfört med oktober 2021

Förändring i tillgång till läkare	Procent
Bättre tillgång	10
Sämre tillgång	16
Oförändrad tillgång	59
Vet inte	16

Källa: Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2022

Sammanfattning

Arbetsgivares attraktivitet omfattar många olika delar. Det har till exempel att göra med i vilken utsträckning arbetet är meningsfullt samt i vilken mån lönerna är konkurrenskraftiga. Hälso- och sjukvårdspersonal verkar också i ett organisatoriskt sammanhang och arbetsmiljön är av stor betydelse. Den påverkas bland annat av i vilken grad en kritisk massa av personal som är relevant för arbetsuppgifterna finns tillgänglig. Andra viktiga faktorer handlar om att ge utrymme till professionerna att ta eget ansvar, utvecklas och samarbeta. Karriärstukturer som tar tillvara personalens olika kompetenser under olika delar av karriären är också en viktig del. Intern och extern kommunikation är vidare av stor betydelse för motivation och utveckling av personal för att skapa ett gemensamt engagemang för organisationen och verksamhetens utveckling. Det kräver kontinuitet och utrymme för att olika professioners olika kunskaper ska kunna samverka. Resultaten från årets kartläggning visar på att regionerna och kommunerna arbetar på många sätt med satsningar för att förbättra arbetsvillkoren och arbetsmiljön för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I vilken mån dessa insatser är tillräckliga för att möta upp kompetensförsörjningsutmaningarna behöver undersökas vidare.

Utrymme för lokalt kvalitetsutvecklingsarbete och fortbildning

Lokalt kvalitetsutvecklingsarbete kan innehålla flera områden. I detta avsnitt kommer olika dimensioner av kvalitetsutveckling att belysas. Därefter kommer resultaten från kartläggningen av regioner och kommuners arbete att presenteras tillsammans med yrkes- och professionsförbunden, följt av en kort sammanfattning.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, framgår att utgångspunkten är att syftet med systematiskt och fortlöpande arbete är att utveckla och säkra kvalitet i berörda verksamheter. Vad som menas med kvalitet definieras i föreskrifterna som ”att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter”.

Andra sätt att mäta kvalitet omfattar undersökningar för att mäta patienternas åsikter om den vård de har fått. Kvalitet mäts också genom att på aggregerad nivå utvärdera om patienter får den vård de behöver. Vidare finns det mätmetoder som syftar till att mäta vilka resultat en vårdgivare kan uppnå med begränsade resurser. Kommuner och regioner kan också mäta kvalitet som att utvärdera köpta tjänster genom standardiserade mått på vilken vård som presteras. Dessa olika perspektiv synliggör att systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete kan genomföras från olika perspektiv.

Av Socialstyrelsens arbetsmarknaskät framgår det att 15 regioner har arbetat för att främja utrymmet för kontinuerligt förbättringsarbete. 16 regioner har gett fler personer möjligheter till kompetensutbildning via fortbildning.

Utifrån legitimationsyrkenas perspektiv uppfattas kvalitetsutveckling och förbättringsarbete ofta som något som är inneboende i hälso- och sjukvårdens och tandvårdens praktik. Historiskt har läkarnas perspektiv på vad kvalitet är varit ledande. Samtidigt har hälso- och sjukvården utvecklats, vilket har synliggjort behovet av välutvecklade och konstruktiva arbetsrelationer mellan vårdens alla professioner för att motivera hälso- och sjukvårdspersonalen att engagera sig i förbättringsarbete [73].

Systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete är något som har visat sig vara svårt att genomföra i praktiken. En utmaning är till exempel att praktiker och uppfattningar kan skilja sig åt utan att strida mot god sed eller ett vetenskapligt förhållningssätt. Det blir därför centralt att definiera vilken kunskap och evidens som ligger till grund för vilka bedömningar.

Under flera år har de flesta av yrkes- och professionsförbunden efterfrågat att det ska finnas statligt reglerade specialutbildningar motsvarande dem som finns för läkare, specialistsjuksköterskor och tandläkare. De menar att det är viktigt eftersom hälso- och sjukvårdens uppdrag utvecklas och är mer kunskapsintensivt och komplext. Ansvarsområden har utökats för många legitimationsyrken som kräver specialistkunskap. Professionsförbundet Fysioterapeuterna menar till exempel att attraktiviteten skulle kunna öka i yrket om deras specialistutbildningar blev formellt erkända och en del av en karriärutveckling. Fysioterapeuterna inrättade en specialistordning 1993. I dag finns det 17 olika specialistinriktningar och lite mindre än 1 200 fysioterapeuter har genomgått utbildning inom de olika inriktningarna. Det utgör cirka 13 procent av sysselsatta fysioterapeuter i hälso- och sjukvården 2020. Majoriteten är specialiserad inom fysisk aktivitet och idrottsmedicin, ortopedisk manuell terapi, neurologi och ortopedi. Att synliggöra specialisering inom fler legitimationsyrken menar de skulle öka attraktiviteten inom yrkesgrupperna.

Implementering av kunskap kräver lokalt utvecklingsarbete

Flera av Läkarförbundets specialistföreningar framhöll att det är positivt att nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp finns tillgängliga. Samtidigt ansåg de att problem ofta uppstår i genomförandet på lokal nivå. Inom verksamheter som har god ekonomi är det lättare att hänga med i den senaste utvecklingen. Det är svårare i verksamheter som inte har samma resurstillgång. Det kan bidra till ojämlikhet, både utifrån geografi och verksamhetsområde. En annan utmaning som lyftes fram från flera håll är att det inte alltid är helt enkelt att genomföra förändringar lokalt. Det kan bland annat bero på att det saknas resurser samt att det är svårt att bygga upp nya system lokalt som kan ta emot och implementera ny kunskap. I miljöer där det finns strukturer för ett kontinuerligt lärande, oberoende av om det handlar om forskning, fortbildning eller lokalt kliniskt utvecklingsarbete, är förutsättningarna bättre. Många av Läkarförbundets specialistföreningar framhöll att kliniskt utvecklingsarbete, forskning och fortbildning är områden som har fått stå tillbaka under många år. Tillsammans med personalbrist har möjligheterna för kollegial reflektion minskat på många ställen. I en kontext där patienters behov och önskemål blir mer komplexa, olika och inte alltid entydiga blir detta en särskild utmaning.

SKR:s utveckling av nationellt kliniskt kunskapsstöd skulle vara ett stöd för detta arbete. Arbetet är fortfarande i en uppstartsfas och det återstår att se i vilken mån en tydlig systematik utvecklas med avseende på urval av deltagare i utvecklingsprocesserna samt hur arbetet systematiseras för hur synpunkter från olika aktörer tas emot och används.

Flera av Läkarförbundets specialistföreningar ansåg att det finns flera utmaningar inom kunskapsstyrningen. Inom kirurgin framhöll de att det är en utmaning att deras specialitet är uppdelad på sju nationella programområden och medföljande arbetsgrupper. Ur ett kompetenshöjningsperspektiv är det bra, men det är svårt att hitta personer som kan delta, eftersom kirurger behövs för vårdens kärnuppdrag. Specialistföreningen inom onkologin menade att den explosionsartade utveckling av nya terapier som pågår ställer stora krav på ordnat införande för att säkerställa jämlik tillgång till nya terapier i hela landet och på alla kliniker. Onkologernas specialistförening lyfte fram att i dagsläget saknas det ofta budget vid införande av ny teknik för både mjukvara och hårdvara. De menade att en nationell vägledning om hur viss medicinsk utrustning ska implementeras på ett likvärdigt sätt i hela landet vore önskvärt. Specialistföreningen inom infektion rapporterade om att det finns ett behov av fler infektionsspecialister för att kunna genomföra antibiotikaronder för att säkerställa att patienter som vårdas utanför infektionsavdelningar får rätt och evidensbaserad infektionsbehandling. Inom ögonsjukvården framhöll de att de har ett stort teknikberoende, vilket ställer stora krav på kunskap inom medicinteknik för införande av nya metoder eller instrument.

Sammanfattning

Lokalt kvalitetsutvecklingsarbete, fortbildning och forskning är ofta nära sammankopplat. Kvalitetsutveckling uppfattas utifrån professionerna ofta som en inneboende del i deras praktik. Ett omvittnat problem är att dessa

områden har fått stå tillbaka under en längre tid. Många yrkes- och professionsförbund har under en lång tid efterfrågat att deras specialiseringar ska regleras. Många av Läkarförbundets specialistföreningar framhöll att lokalt utvecklingsarbete krävs för att kunskapsstyrningen ska få effekt på lokal nivå.

Multidisciplinära team och uppgiftsväxling

Utveckling av multidisciplinära team och uppgiftsväxling har många olika dimensioner. I detta avsnitt kommer olika aspekter av multidisciplinärt samarbete att belysas utifrån samarbete mellan olika professioner, samarbete mellan olika läkarspecialiteter samt patientmedverkan. Därefter kommer en diskussion att föras om förutsättningar för uppgiftsväxling. Slutligen görs en kort sammanfattning.

För att stödja utveckling av multiprofessionella team krävs det både att samtliga ser vinsten av att jobba tillsammans och att teamet ges rätt förutsättningar. I en personcentrerad vård behöver utgångspunkten vara att gemensamt utveckla kunskap, tjänster och andra innovationer som förbättrar kvaliteten för patienter eller grupper av patienter. Detta ställer krav på att medarbetare är engagerade och involverade i det arbete som teamet ska utföra. Alla perspektiv som de olika medarbetarna i teamet representerar behöver också nyttjas för att teamet ska kunna leverera bättre resultat [74]. Fem kvaliteter brukar uppmärksammas för att multiprofessionella team ska bli framgångsrika. Det handlar om förståelse och respekt för teammedlemmarnas roller och kunskap, insikten att teamarbete kräver ansträngning, en förståelse av vilken vård teamet ska ge, praktiska kunskaper om hur vård kan bedrivas tillsammans samt tydlig och transparent kommunikation [75].

Möte mellan olika vårdprofessioner

Yrkes- och professionsförbunden framhöll att förbättring av förutsättningarna för samarbete utifrån de olika kunskapstraditionerna inom psykologi, omvårdnad, rehabilitering och tandvård kräver mycket både av individer och av hälso- och sjukvårdens organisationer. Läkare med specialistkompetens har traditionellt haft stort inflytande över hälso- och sjukvårdens kvalitets- och utvecklingsarbete [76]. Deras kunskap och kunskapssyn, som tar sin utgångspunkt i evidensbaserad medicin, har ofta värderats högre och fått företräde framför andra vårdprofessioners kunskapstraditioner. Det är därför viktigt att det krävs mer av individerna i situationer där kunskapsdomäner möts, bryts och samverkar. Det innebär bland annat att medlemmarna behöver behärska ytterligare kunskapsområden i tillägg till sitt expertområde för att kunna bidra.

Svensk sjuksköterskeförening rapporterade att sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor har en nyckelroll för multiprofessionellt teamarbete för hälsofrämjande och förbyggande arbete samt omvårdnad. De menar att det behöver finnas sjuksköterskor med hög omvårdnadskompetens i högsta ledning på alla nivåer för att kunna påverka organisationers visioner, mål och prioriteringar. De betonade att Världshälsoorganisationen, WHO, ger rekommendationer till regeringar, politiker och myndigheter samt arbetsgivare om

att sjuksköterskor behöver ges ett utvidgat och tydligt mandat. Svensk sjuksköteförening framhöll att framtidens ledare inom omvårdnad behöver förstå olika former av styrning och ledningsmodeller samt det politiska inflytandet. De ansåg vidare att en nationell ledarskapsutbildning i omvårdnad behövs för att forma, stödja och implementera ny omvårdnadsforskning samt påverka hälso- och sjukvårdens politik. Samtidigt menar flera aktörer att det är ett problem att sjuksköterskeutbildningarna har tappat det medicinska perspektivet, och att sjuksköterskor behöver vidareutbildas när de kommer ut i klinisk verksamhet. Avsaknad av det medicinska perspektivet försvårar också samarbetet med läkare, vilket kan försvåra multiprofessionellt samarbete.

Psykologförbundet rapporterade att de anser att befattningar för psykologiskt ledningsansvar och specialisttjänster är viktiga förutsättningar för att kvalitet och säkerhet i den psykologiska verksamheten ska kunna samspela med andra professioner. Även om tjänster med psykologiskt ledningsansvar ökar i regionerna anser de att ökningstakten är alldeles för låg. De menar också att lön, villkor och mandat inte alltid följer med inrättandet av dessa tjänster, vilket kan minska attraktionskraften hos psykologer eftersom det begränsar karriärvägar och tillgång till seniora kollegor. Detta är speciellt viktigt i en situation där de ser en kompetensflykt inom den specialiserade vården, och då särskilt barn- och ungdomspsykiatri. Psykologförbundet har observerat att psykologer också flyttar från den offentliga vården till den privata och digitala vården. De framhöll vidare att den digitala vården också brottas med vissa utmaningar. Till exempel är viss bedömning och behandling olämplig att göra i digitala forum och därför efterfrågar Psykologförbundet tydliga riktlinjer och kunskap om förfaringssätt vid till exempel suicidriskbedömning.

Arbetsterapeuterna ansåg att utvecklingen av den nära vården ökar behovet av arbetsterapeuters insatser. I utredningen om en äldreomsorgslag gavs förslag om att varje kommun skulle ha en kvalitetsansvarig för rehabilitering (SOU 2022:41 Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer). Arbetsterapeuterna menar att om det förslaget skulle bli verklighet skulle det påverka professionen på många sätt. Enligt arbetsterapeuterna finns det cirka 120 medicinskt ansvariga för rehabilitering i kommunerna. Cirka två tredjedelar är arbetsterapeuter. Om varje kommun skulle ha en kvalitetsansvarig skulle det behövas ett hundratal arbetsterapeuter enbart till det uppdraget. Detta i en situation där 14 regioner och 50 procent av kommunerna rapporterar brist på arbetsterapeuter. Motsvarande utveckling skulle behövas för att främja systematiskt arbete med munhälsa i kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. Om TAIK-funktionen¹⁵ som prövats i Västra Götalandsregionen skulle omfatta fler kommuner krävs en utökad dimensionering av tandhygienistkompetens [77].

Multiprofessionellt samarbete mellan olika läkare med specialistkompetens

Läkarförbundets specialistföreningar rapporterade att utvecklingen av multidisciplinära team är något som pågår inom de flesta specialiteter och

¹⁵ TAIK är en tandhygienist som arbetar som resurs och konsult i kommunal verksamhet.

rekommenderas i de flesta vårdprogrammen. Samtidigt uppgav de att förutsättningarna varierar för utveckling av multidisciplinära team. De menade bland annat att det oftast är enklare att arbeta utifrån multiprofessionella perspektiv på universitetssjukhus. Det är svårare att göra det på mindre sjukhus, på grund av att alla specialiteter inte finns och att patientunderlaget är för litet. I många fall finns det också en allmän resursbrist på hälso- och sjukvårdspersonal, vilket försvårar eller hindrar utveckling av team.

Inom cancerdiagnostik och behandling framhöll Läkarförbundets specialistförening att det multidisciplinära arbetssättet kommit långt. Men för vissa specialiteter har det uppstått problem. Till exempel uppger nuklearmedicinare att arbetssättet innebär en ökad efterfrågan av deras kompetens. Det beror bland annat på att deras kompetens behövs vid införande av både nya diagnostikmetoder och att de förväntas vara med i multidisciplinära konferenser.

Kirurger, internmedicinare och gastroenterologer uppgav att de samarbetar nära på de flesta sjukhus i storstadsregionerna. Där finns det multidisciplinära team på plats. Dessa samarbeten kan även inkludera onkologer, patologer och radiologer. Teamarbete kan också sträcka sig mellan yrkesgrupper med patientansvariga sjuksköterskor och läkare och sekreterare. De uppgav att konferenser för olika beslut inför läkemedelsbehandling eller kirurgisk behandling är en del av dessa specialisters vardag. Inom andra områden, såsom intensivvården, saknas specialistsköterskor, vilket försvårar teamarbete.

Ett område som kan försvåra multidisciplinärt samarbete är i Sverige är läkaren ensam ansvarig för vårdbeslut. Det kan innebära att beslut som tagits i samverkan med andra kan uppfattas som ett risktagande snarare än en möjlighet eftersom läkaren ensam får stå för det juridiska ansvaret.

Förutsättningar för patientmedverkan

Förändringar i attityder och förväntningar hos patienter, tillsammans med utveckling av information och egenvårdsmöjligheter, spelar allt större roll inom hälso- och sjukvården. Personcentrerad vårdplanering, patientcentrerat arbetssätt och delat beslutsfattande och stöd till egenvård är viktiga element för en jämlik och god vård.

Patientmedverkan är viktigt för att få till stånd ett välfungerande multiprofessionellt team. Patienten behöver vara en naturlig del i teamet samtidigt som han eller hon kan behöva olika typer av stöd från teamet, och patienten bör ta olika mycket plats i det kontinuerliga arbetet beroende på vårdbehov.

Utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv följer komplexa etiska och sociala aspekter samtidigt med detta arbetssätt. Hänsyn behöver tas till situationer där patientens önskemål ställs i relation till organisatoriska förutsättningar såsom budgetutrymme och övervägning av olika prioriteringar.

Andra yttre begränsande faktorer påverkar också, såsom bemanning och platstillgång. I Socialstyrelsens rapport *En mer tillgänglig och patientcentrerad vård* framgår det att arbetet med patientcentrerad vård planeras och genomförs främst ”utifrån befintliga strukturer och samarbeten för utvecklingsarbete, snarare än utifrån nya lösningar och arbetssätt [78]. Även Tillitsdelegationen (*Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*, SOU 2018:47) betonar betydelsen av professionernas situationsbaserade bedömningar och att den hierarkiska

styrningen bör minska. För att ta höjd för en utveckling inom områdena personcentrerad vårdplanering, patientcentrerat arbetssätt, delat beslutsfattande och stöd till egenvård kommer hälso- och sjukvårdens ledning och styrning att behöva utvecklas [79]. Detta gäller såväl den specialiserade vården som vård och omsorg, även om förutsättningarna ser olika ut.

Förutsättningar för uppgiftsväxling

Uppgiftsväxling är ett område som kan leda till förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonalen genom att verksamheter bättre kan tillvarata kompetens och samtidigt öka effektivitet och utrymmet för återhämtning. I Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät till regionerna och kommunerna framgår att 15 regioner arbetar med uppgiftsväxling och 24 procent av kommunerna.

Enligt Läkarförbundets specialistföreningar är uppgiftsväxling ett område som är under pågående utveckling. De framhöll att en förutsättning för adekvat uppgiftsväxling från läkare till sjuksköterskor, eller från sjuksköterskor till undersköterskor, är att det finns ett välutvecklat teamarbete runt patienten. De menade till exempel att uppgiftsväxling är lämpligt att arbeta med vid vissa enklare sjukdomstillstånd där sjuksköterska har den mest frekventa uppföljningen. Ett annat exempel är att sjuksköterskor till exempel skulle kunna fatta beslut om att höja eller sänka befintliga läkemedel vid rådgivning vid icke akut sjukdom.

I vissa fall driver sjukhusledningarna på organisatoriska förändringar för att de är mer ekonomiskt fördelaktiga. Inom endoskopienheterna i landet finns det endoskoperande sjuksköterskor. Denna uppgiftsväxling har varit ett sätt att klara det ökade behovet av koloskopier runt om i landet. Det finns dock en oro bland läkare att detta ska påverka utbildningen av blivande gastroenterologer som inte har samma förutsättningar som endoskopisköterskor att få tillgång till den utbildning och färdighetsträning som behövs för hög och bibehållen endoskopisk kompetens.

Flera specialistföreningar lyfte samtidigt fram att resursbristen av sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor försvårar kompetensväxling. Parallellt pågår arbete med att föra över arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper än sjuksköterskor. Det gäller till exempel fysioterapeuter, logopeder och dietister.

Inom andra områden såsom klinisk fysiologi har kompetensväxling skett genom att läkare går in och gör biomedicinska analytikers arbetsuppgifter, eftersom det sedan länge råder brist i den yrkesgruppen. Vissa regioner arbetar med att möta utmaningen genom att överföra vissa arbetsuppgifter från biomedicinska analytiker till andra yrkesgrupper.

Sammanfattning

Majoriteten av regionerna arbetar med att utveckla multidisciplinära arbetssätt och uppgiftsväxling. För att multidisciplinära samarbeten ska bli framgångsrika kräver det mycket av organisation och individer. Det är till exempel svårare att främja samarbete i situationer där kunskapsdomäner bryts, möts och samverkar. Det kräver att de inblandade har en god förståelse för andra specialistområden än sina egna. Patientmedverkan är en viktig dimension i multidisciplinära team. Samtidigt finns det många områden som

behöver beaktas. För att arbeta patientcentrerat behöver organisationer utvecklas. Samtidigt behöver hänsyn tas till situationer där patienters önskemål ställs i relation till organisatoriska förutsättningar såsom budgetutrymme och avvägning av prioriteringar.

Infrastruktur, informationsteknologi och hälsodata

Utbyggnad av infrastruktur, informationsteknologi och hälsodata har stor inverkan på kompetensförsörjningen. Utvecklingen inom dessa områden påverkar vilken typ av hälso- och sjukvård som kan bedrivas och var, samt vilka förutsättningar som finns att följa upp hälso- och sjukvården samt tandvården.

Utmaningar med att skapa en hållbar och kostnadseffektiv infrastruktur, informationsteknologi och hälsodata är områden som har belysts i flera utredningar ledda av staten och myndigheter. I detta avsnitt görs en sammanfattning som bygger på ett urval av dessa.

Den statliga utredningen *Riksstressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur* (SOU 2021:71) undersökte förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård. Den kartlade och utredde pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus och deras förhållande till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Utredningen omfattade också frågor om förutsättningar för adekvat beredskap, utbildning, forskning samt digital kommunikation. Investeringar i infrastruktur är av stor betydelse eftersom de bör svara mot nationella målsättningar och reformer. Investeringar behöver också vara kopplade till de behov som finns för att säkerställa god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Enligt rapporten investerade regionerna under de senaste åren rekordstora belopp i fastigheter. Det har rört sig om 15 till 20 miljarder årligen. Regionernas pågående investeringar i akutsjukhus beräknades till drygt 100 miljarder kronor. Utredningen menade att den största utmaningen med de nuvarande investeringarna är att relatera till vad en tänkt investering ska svara mot för behov. I dagsläget finns heller inget svar på frågan om hur pågående sjukhusinvesteringar stödjer omställningen till nära vård och koncentrationen av högspecialiserad vård (SOU 2021:71).

I Socialstyrelsens slutrapport *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet* synliggjordes några generella förutsättningar som påverkar flertalet hälsodatamängder och som komplicerar möjligheterna att på nationell nivå effektivt samla in och tillgängliggöra hälsodata. Några av dessa förutsättningar inkluderar juridisk komplexitet i insamling och delning av hälsodata, avsaknaden av nationellt enhetliga informationsstrukturer, stor variation i hur hälso- och sjukvårdsverksamheterna är organiserade, olikheter kring hur rådata registreras och lagras hos regionerna samt tekniska utvecklingsbehov hos uppgiftslämnare och registerägare. Sammantaget hindrar dessa faktorer en effektiv nyutveckling av nationell datainsamling av god kvalitet [21].

Europeiska kommissionen arbetar med utformning av en ny förordning. I maj 2022 presenterades förslagen som syftar till att ge enskilda inom EU en ökad kontroll över sina hälsodata samt att göra det lättare att dela och få tillgång till olika typer av hälsodata. Det gäller såväl inom hälso- och sjukvården som för forskning, innovation och beslutsfattande [80].

Det finns också ett antal områden där dataförsörjningen i dag är mer eller mindre begränsad. Det inkluderar till exempel barn- och elevhälsa, psykisk ohälsa, socialtjänstens insatser, kommunal hälso- och sjukvård samt data inom cancerscreening. Avsaknaden av data inom dessa områden påverkar möjligheterna till bland annat nationella uppföljningar, analyser av vård- och omsorgssystemet, läkemedelsutveckling, forskning och prognosframställningar. Inom ovanstående områden pågår en mängd arbeten hos olika aktörer i syfte att föra utvecklingen på hälsodataområdet i Sverige framåt.

Utifrån Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät framgick det att många regioner och kommuner arbetar med att förbättra den fysiska arbetsmiljön samt it-miljön. Dessa områden är nära sammankopplat med arbetsmiljöarbetet. Yrkes- och professionsförbunden menade att det läggs för lite resurser på att utveckla ändamålsenlig informationsteknologi. De ansåg att inom verksamheter med god ekonomi utvecklas den bättre än i verksamheter med mindre resurser. Vidare lyfter de fram vikten av att involvera läkare och andra yrkesprofessioner i det arbetet. De framhöll också att infrastruktursatsningar behöver relatera till de snabba framsteg som görs inom både den medicinska och den tekniska utvecklingen för att tillgängliggöra god vård enligt bästa tillgängliga evidens. Detta exemplifieras utifrån olika perspektiv: till exempel menade Läkarförbundets specialistförening inom reumatologi att det läggs för lite resurser på implementering och uppföljning av nya behandlingar och medicinteknik. Det gäller till exempel muskuloskeletalt ultraljud och ultraljud av kärl. De framhöll att det finns god evidens för dessa metoder men att implementering bara skett på vissa platser i landet. Samma situation gäller till exempel implementering av evidensbaserat omhändertagande av patienter med systemisk skleros.

Svenska endokrinologföreningen lyfte fram att den tekniska utvecklingen inom endokrinologi, och speciellt inom diabetesområdet, har varit stor. Bland annat har möjligheter för egenkontroll ökat exponentiellt. Detta är till stor hjälp i det kliniska arbetet, men kräver utbildning och erfarenhet både av patienten och av sjukvårdspersonalen som utbildar, stöttar och vägleder patienterna i användande och tolkning av mätresultaten.

Sammanfattning

Infrastruktur, informationsteknologi och hälsodata är områden som omfattas av stora utmaningar. Deras brister är också något som påverkar arbetsmiljön för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I dag är det osäkert i vilken utsträckning insatserna inom dessa områden är kopplade till de behov som finns för att säkerställa god hälsa och en hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen.

Utbildning

Utbildningens kvalitet, relevans och dimensionering är av stor betydelse för utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård samt tandvård. I detta avsnitt kommer en kartläggning att presenteras över söktryck, examensfrekvens och antal som studerar med studiemedel utomlands. Vidare presenteras kartläggningen av regionernas och kommunernas syn på i vilken mån nytutexaminerade är förberedda för kliniskt arbete. Detta kommer att exemplifieras utifrån sjuksköterskeutbildningen. Därefter förs ett resonemang om i vilken mån kompetensbaserade utbildningar skulle kunna vara en väg att utveckla innehållet i utbildningarna för att de på ett bättre sätt än i dag ska kunna förbereda studenter för arbetslivet. Därefter förs en diskussion om utmaningar med ett minskat utrymme för utbildnings- och forskningsuppdraget. Slutligen sammanfattas resultaten.

Utbildningars attraktivitet, relevans, kvalitet och dimensionering är viktiga för att upprätthålla och utveckla kompetensförsörjningen. Intresset för vårdutbildningar ökade under pandemin. Tabell 11 visar samtidigt att 10 legitimationsyrkesutbildningar hade mindre än två sökande per studieplats. Antalet sökande för audionomexamen och sjukhusfysikerexamen var mindre än en sökande per plats. Lärosätena har ökat antalet platser på sjuksköterskeprogrammet. Under våren 2021 antogs närmare 16 000 studenter på sjuksköterskeutbildningen. Det ökade antalet studieplatser har enligt Svensk sjuksköterskeförening medfört lägre antagningspoäng på grundutbildningen. De menar att det i sin tur har lett till att fler studenter behöver stöd för att klara undervisningen, fler studieavhopp och att tröskelnivåer inte klaras av alla studenter.

Tabell 11. Utfärdade legitimationer, söktryck, examensfrekvens och antal som studerar med studiemedel utomlands

	Utfärdade legitimationer jfr 2017–2021	Söktryck HT 2022	Genomströmning 2020/2021*	Antal som studerar med studiemedel från CSN 2021/2022
Apotekare	28 %	1,6	54 %	X
Arbetssterapeut	0 %	1,3	78 %	24
Audionom	-11 %	0,6	66 %	X
Barnmorska	-3 %	3,3	93 %	X
Biomedicinsk analytiker	-4 %	1,1	63 %	X
Dietist	-6 %	4	78 %	X
Fysioterapeut**	-51 %	4	77 %	X
Hälso- och sjukvårdskurator***	X	3,5	x	X
Kiropraktor	7 %	X	X	X
Logoped	-4 %	1	67 %	X
Läkare	3 %	6,6	86 %	2 419
Naprapat	-36 %	X	X	X
Optiker	-7 %	2,3	83 %	X
Ortopedingenjör	125 %	1,3	58 %	X
Psykolog	-1 %	9,2	73 %	X
Psykiater	29 %	1,4	75 %	X
Receptarie	16 %	1,3	56 %	X
Röntgensjuksköterska	-11 %	1,8	62 %	X
Sjukhusfysiker	53 %	0,8	33 %	X

	Utfärdade legitimationer jfr 2017–2021	Söktryck HT 2022	Genomströmning 2020/2021*	Antal som studerar med studiemedel från CSN 2021/2022
Sjuksköterska	7 %	2,9	74 %	X
Tandhygienist	-57 %	2,3	77 %	X
Tandläkare	-4 %	4,3	73 %	322

*Studenterna på yrkesexamensprogram följs upp inom utbildningarnas nominella studietid, enligt 2007 års examensordning, plus tre år. De som följs upp till och med läsåret 2019/20 var nybörjare på program under läsåren 2009/10–2015/16, beroende på utbildningarnas längd. Uppföljningen mäter andelen med den yrkesexamen som nybörjarprogrammet leder fram till.

**Minskningen av antal utfärdade legitimationer 2017–2021 beror framförallt på att antalet leg. sjukgymnaster som har ansökt om ny legitimation som leg. fysioterapeut har minskat.

*** Hälso- och sjukvårdskurator blev ett legitimationsyrke 2019.

Utifrån framtida kompetensförsörjningsperspektiv är det oroande att söktrycket och genomströmningen är låg inom många legitimationsyrken. Behoven av personal inom många yrkesgrupper är stort och kan delvis förväntas öka. Framöver kommer årskullarna av ungdomar blir mindre och då är risken stor att situationen förvärras [81].

Olika yrkesgrupper försöker vända trenden. Tillexempel rapporterade röntgensjuksköterskorna om att de arbetar aktivt med att öka intresset för sin utbildning. Den stora bristen på röntgensjuksköterskor har inneburit att sjuksköterskor och undersköterskor har internt utbildats. Röntgensjuksköterskorna ser detta som en risk eftersom det kan minska intresset för deras utbildningar. De menar att bristen inom deras profession har varit känd sedan lång tid men inga kraftfulla åtgärder har vidtagits. De anser att de är osynliga i många sammanhang.

Vissa yrkes- och professionsförbund framhåller också att det finns behov av att utbilda fler lärare inom programmen. Universiteten kräver att undervisande personal har disputerat. Samtidigt finns det exempel där antalet disputerade är otillräckligt och därför har lärosätena sänkt kraven till magister/masterexamen, vilket tillexempel är fallet för röntgensjuksköterskor.

För att säkerställa utbildningsplatser behövs ett nära samarbete med regionerna. Lärosäten samverkar också sinsemellan för att öka tillgängligheten till verksamhetsförlagd utbildning. Det ställer krav på lärosätena att samordna läroplaner för utbildningarna för att handledningsuppdraget inte ska bli för tungt. Regeringen tillsatte en nationell samordnare för den nationella verksamhetsförlagda utbildningen för sjuksköterskor för att förbättra samordning (Kommittédirektiv, *Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen*, dir 2022:101). Flera andra legitimationsyrken efterfrågar möjlighet till bättre samordning också inom sina professioner.

Nyutexaminerade och förberedelse för kliniskt arbete

En utmaning för legitimationsyrkena är att utforma utbildningen på ett sätt som lägger en god grund för framtida kliniskt arbete i en stor bredd av olika verksamheter både inom regioner och kommuner. I Socialstyrelsens arbetsmarknaskät framgick att 11 regioner ansåg att grundutbildade sjuksköterskor är mindre väl förberedda eller dåligt förberedda för det kliniska arbetet. Flera regioner uppgav att de uppfattar att nyutexaminerade sjuksköterskor är

väl förberedda utifrån utbildningsteori men de framhöll samtidigt att det finns ett glapp mellan utbildningens innehåll och den kliniska verksamheten. Flera regioner har därför valt att införa olika insatser såsom ett kliniskt basår för att bidra till färdighetsträning, medicinsk kunskap och ledarskapsutveckling. De framhöll att det är viktigt för att främja en övergång mellan studier och arbete och att det är en förutsättning för en god arbetsmiljö. Regioner rapporterade också att det finns en skillnad mellan vad nytexaminerade sjuksköterskor förväntar sig av kliniskt arbete och hur verksamheten i praktiken fungerar.

Lite drygt en fjärdedel av kommunerna ansåg att nytexaminerade sjuksköterskor inte är tillräckligt förberedda eller för dåligt förberedda för den kommunala hälso- och sjukvården. Drygt 10 procent av kommunerna uppgav att de inte anställer nytexaminerande sjuksköterskor. I de fall det förekommer att de anställer nytexaminerade sjuksköterskor har de ofta arbetslivserfarenhet inom till exempel hemsjukvården. Kommunerna uppgav att några av orsakerna till att de inte anställer är att de inte har resurser till handledning och att sjuksköterskerollen ofta innebär ensamarbete. Det kräver att sjuksköterskorna kan göra självständiga medicinska bedömningar och fatta egna beslut. De framhöll att nytexaminerade sjuksköterskor ofta saknar en helhetsyn och att de inte är tillräckligt insatta i hur det är att arbeta inom kommunal sjukvård. Kommunerna ansåg också att sjuksköterskorna ofta saknar praktisk erfarenhet såsom att sätta dropp, sondmatning och kateter. De menade vidare att på äldreboende ställs också höga krav på sjuksköterskorna. De behöver ha medicinsk grundkunskap samt vara insatta i lagstiftning, förordningar, föreskrifter och rutiner. De måste också vara trygga med att arbetsleda omvårdnadspersonal. I vissa kommuner uppgav de att de har satsat på ledarskapsutbildningar för sjuksköterskor.

Kompetensbaserade utbildningar: en möjlig väg framåt?

Inom det ortopedtekniska området har ortopedingenjörsutbildningen i Jönköping reformerats utifrån en kompetensbaserad modell för att främja kvalitet, innehåll och relevans för professionen och samhället. Denna reform genomfördes 2018 och grundade sig i ett behov av att justera innehållet bland annat på grund av de stora framsteg som gjorts tack vare den teknologiska utvecklingen med avseende på till exempel CAD/CAM¹⁶, nya material och komponenter. Genom att använda sig av en anpassad Delphistudie kunde de olika intressenterna som är relevanta för ortopedingenjörernas verksamheter komma överens om vilka kompetenser som var viktiga. Det var ett steg på vägen mot att utforma en läroplan som skulle kunna möta olika behov hos olika intressenter som arbetar inom området. Detta arbete uppges som framgångsrikt [82]. Ortopedingenjörsutbildningen är en utbildning med få studenter som endast ges på ett lärosäte. Det kan därför vara lättare att reformera utbildningen utifrån en kompetensbaserad metod. Även om förutsättningarna ser olika ut för olika legitimationsyrken, kan deras utvecklingsresa vara av intresse för andra.

¹⁶ Computer-Aided Design/Computer-Aided Manufacturing.

Trots att reformerna av innehållet i utbildningen uppges vara lyckade återstår flera utmaningar, enligt Ortopedtekniska Branschrådet. Till exempel framhöll de att det finns vissa sårbarheter med att Jönköping University är den enda utbildningsorten i Sverige. Om utbildningen skulle läggas ned skulle det resultera i att det enda sättet att rekrytera behörig personal till legitimationsyrket vore att rekrytera internationellt. De framhöll samtidigt att det är ett bristyrke i många länder, inklusive de nordiska, vilket gör att utlandsrekrytering kan bli svårt.

Ortopedingenjörsutbildningen på Jönköping University har en internationell profil. De utbildar även Danmarks och Islands ortopedingenjörer. Utbildningen ges på engelska för att kunna attrahera en större studentbas även utanför Norden. Hittills är de osäkra på effekten av språkbytet, eftersom det inte lett till någon ökning av antalet studerande. Det skulle eventuellt också kunna vara en effekt av covid-19-pandemin. Detta är därför en fråga för framtiden.

Ortopedtekniska Branschrådet uppgav att några av orsakerna till att det är svårt att rekrytera studenter är att det ortopedtekniska området har förändrats. Det har gått mot en centraliserad tillverkning, vilket till viss del påverkar ortopedingenjörnsrollen då fokuset blir på patientomhändertagande och mindre mot tillverkning jämfört med hur det var förr. Vidare sätter systemet med offentlig upphandling ramarna för ortopedingenjörernas professionella utveckling. På senare år har till exempel upphandlingarna enbart utvärderats efter pris. Korta avtal som oftast ges till enbart en leverantör och under stor prispress gör att investeringsviljan och möjligheterna hos företag både gällande kompetensutveckling och materiella investeringar blir begränsade. Även löner, som är en attraktivitetsfråga, hålls tillbaka av den prispress branschen lever under. Ett relaterat problem ansåg ortopedingenjörernas branschorganisation vara att regionerna till viss del saknar ansvarskänsla för området. Det beror på att majoriteten av verksamheten bedrivs i privat regi. Det kan göra att viktiga funktioner för kompetensförsörjning såsom personalpolitik och lönesättning inte prioriteras på samma sätt som för regionens övriga personal. Att det dessutom är ett litet område gör att det inte får så stor uppmärksamhet i samhället eller bland politikerna.

Utbildnings- och forskningsuppdraget

Bilden från yrkes- och professionsförbunden om ett minskat utrymme för forskning över tid inom hälso- och sjukvården förstärks ytterligare vid en genomlysning av den genomsnittliga årliga ökningen av statliga anslag till forskning och utveckling inom medicin och hälsovetenskap. Anslagen sjönk med över 5 procent under den senaste mandatperioden, 2018–2022 [83]. Antalet inkomna ansökningar om kliniska läkemedelsprövningar till Läkemedelsverket har också minskat. Mellan åren 2007 och 2021 minskade de med 35 procent [84].

Läkarförbundets specialistföreningar rapporterade att förändringar i hälso- och sjukvårdens organisation har påverkat både utbildnings- och forskningsuppdraget. De framhöll att de flesta privata företag, med undantag för några av de stora, saknar utbildnings- och forskningsuppdrag, vilket begränsar patientunderlaget för utbildning och forskning. Konsekvenserna av denna utveckling är att viktiga utbildningsmoment för färdighetsträning går förlorade.

Inom flera områden uppgav flera specialistföreningar att det är svårt att möta behovet av utbildning med tillgängliga handledare. Många upplever att handledaråtagandet blir för stort. Vissa specialistföreningar lyfte också fram att det har skett en ansvarsförskjutning, vilket gör att det tar längre tid i karriären innan ST-läkare fattar självständiga beslut. Konsekvensen blir att handledningstiden förlängs och sträcker sig även till nyfärdiga specialister. Många rapporterade också att det finns en asymmetri i åtaganden av att handleda ST-läkare mellan olika geografiska områden och vårdnivåer. Vissa påpekade att deras specialiteter är utlokaliserade på många olika enheter och ibland finns inte samtliga delar i en och samma region. Konsekvensen av detta är att det är svårt att uppnå målen för specialistutbildningar. I andra fall har universitetsklinikerna mångdubbelt större antal ST-läkare jämfört med mindre länsjukhus, vilket inte står i proportion till skillnader i medicinskt uppdrag. För att lösa den ökade fragmenteringen av utbildningskapacitet mellan olika vårdgivare har till exempel Ögonläkarföreningen initierat digitala utbildningsinsatser, ronder och falldragningar där mindre enheter kan koppla upp sig till universitetskliniker. Den ökade fragmentiseringen påverkar också förutsättningarna för kliniska studier och lokalt utvecklingsarbete negativt.

Sammanfattning

Över hälften av legitimationsyrkena har två sökande eller mindre till utbildningarna. En ökad dimensionering av utbildningar har lett till att många studenter inte klarar kompetenskraven. Kartläggningen i denna rapport har synliggjort att regioner och kommuner anser att det finns ett glapp mellan utbildningarna och den kliniska verksamheten för sjuksköterskor.

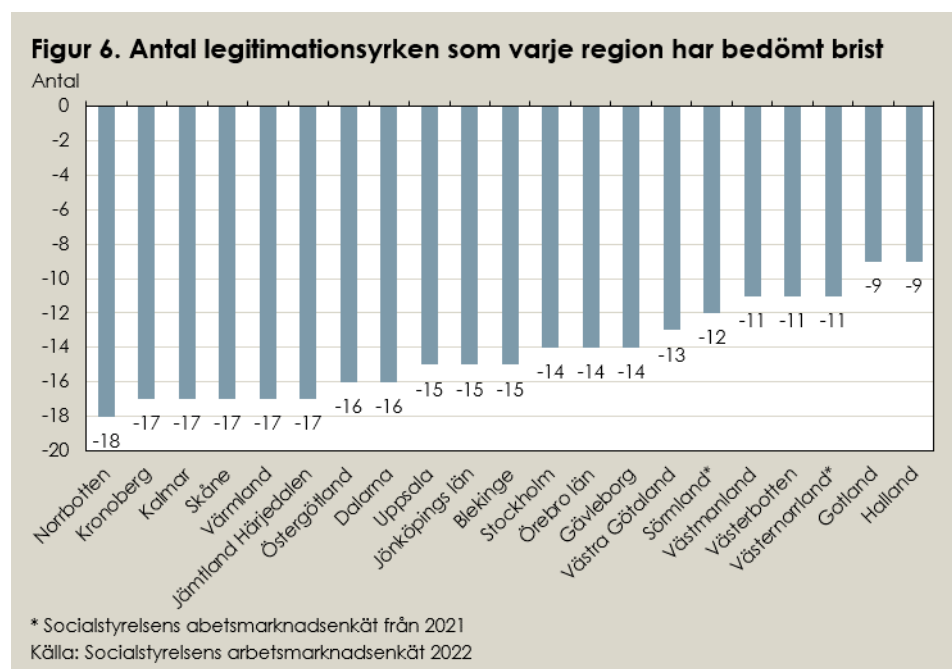
För att säkerställa utbildningens kvalitet och relevans har ortopedingenjörerna reformerat sin utbildning. De har utgått från en kompetensbaserad modell. Det skulle eventuellt vara möjligt för andra legitimationsyrken att dra lärdom av dem och andra exempel på utbildningar som har reformerats utifrån ett kompetensbaserat arbetssätt. Många av Läkarförbundets specialistföreningar framhåller att förändringar i hälso- och sjukvårdens organisation och inträdet av privata vårdgivare som saknar utbildnings- och forskningsuppdrag har påverkat förutsättningarna negativt för doktorander, förutsättningar för klinisk forskning och utbildning av nästa generations legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal.

Kompetensbrist och utveckling av det nationella planeringsstödet för att möta olika behov

I detta avsnitt kommer resultaten av Socialstyrelsens kartläggning av behov av kompetens att redovisas utifrån regionernas och kommunernas perspektiv. Det inkluderar alla legitimationsyrken, läkare med specialistkompetens, specialistsjuksköterskor och tandläkare med specialistkompetens. Därefter kommer ett resonemang att föras om knäckfrågor inför framtiden och det nationella planeringsstödet roll för att möta utmaningar med kompetensbrist.

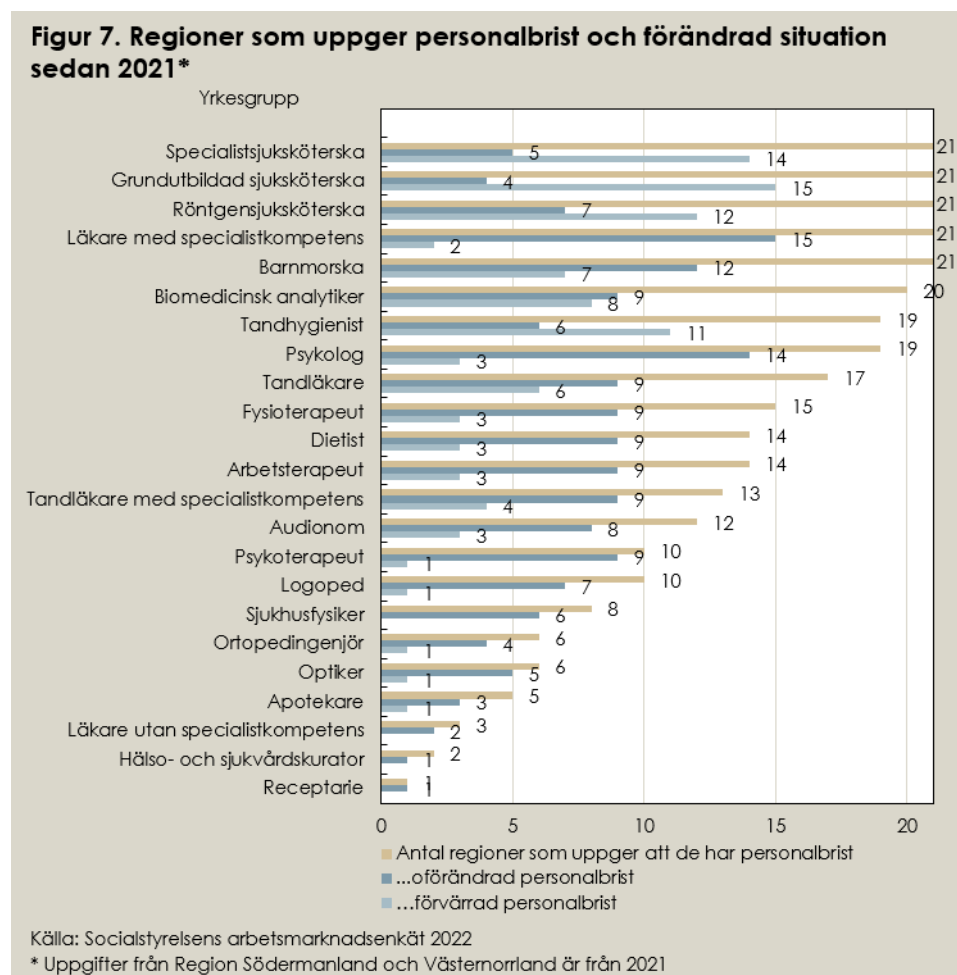
Regioners och kommuners behov av kompetens

De senaste uppgifterna från Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät visar att regionerna rapporterar om fortsatt personalbrist inom ett stort antal legitimationsyrken. Figur 6 visar att 15 regioner rapporterade att de hade brist på personal inom hälften eller fler av legitimationsyrkena, inklusive specialistsjuksköterska, läkare med specialistkompetens och tandläkare med specialistkompetens.



Figur 7 visar att samtliga regioner rapporterade att de hade brist på barnmorskor, grundutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och

röntgensjuksköterskor. Personalbristen bedömdes vara oförändrad i majoriteten av regionerna för legitimationsyrkena barnmorska, läkare med specialistkompetens och psykolog. Personalbristen bedömdes ha förvärrats i majoriteten av regionerna för legitimationsyrkena grundutbildad sjuksköterska, specialistsjuksköterska, röntgensjuksköterska och tandhygienist.



Resultaten från Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät visar att bland de vanligaste legitimationsyrkena i kommunerna och i kommunernas upphandlade tjänster är personalbristen fortsatt en utmaning. Tabell 12 visar att jämfört med oktober 2021 uppger en stor majoritet att personalbristen är oförändrad eller förvärrad.

Tabell 12. Kommuner som uppger personalbrist enligt olika legitimationsyrken som är anställda i kommunens egna eller upphandlade verksamheter

Legitimationsyrke	Antal kommuner som har yrkesgruppen anställd i sina verksamheter	Procentuell andel av kommunerna som rapporterar om personalbrist	Procentuell andel av kommuner som rapporterar om oförändrad eller förvärrad personalbrist jämfört med oktober 2021
Arbeterapeut	253	50	90
Dietist	56	13	57

Legitimations-yrke	Antal kommuner som har yrkesgruppen anställd i sina verksamheter	Procentuell andel av kommunerna som rapporterar om personalbrist	Procentuell andel av kommuner som rapporterar om oförändrad eller förvärrad personalbrist jämfört med oktober 2021
Fysioterapeut	240	55	91
Psykolog	67	63	76
Grundutbildad sjuksköterska	255	67	93
Specialistsjuksköterska	240	79	94

Källa: Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2022

Personalbrist på läkare med specialistkompetens

Samtliga regioner rapporterade om brist på läkare med specialistkompetens.

Samtidigt varierar personalbristen mellan de 63 olika läkarspecialiteterna.

Tabell 13 visar regionernas rapporterade brist på läkares basspecialiteter.

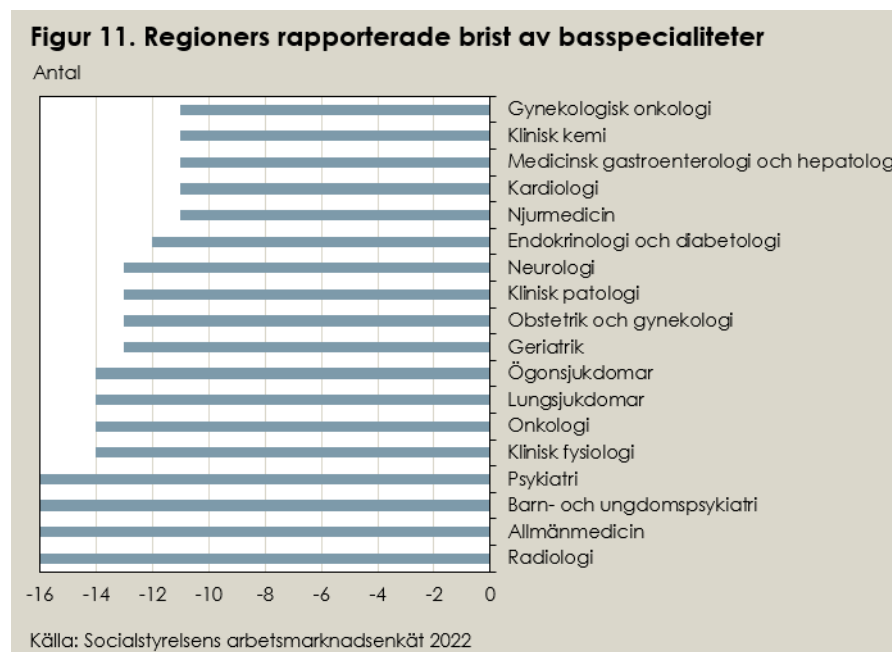
Region Östergötland rapporterar om brist i flest antal basspecialiteter följt av Region Dalarna och Region Jämtland Härjedalen. Region Västerbotten, Region Norrbotten och Region Halland rapporterar om brist i minst antal basspecialiteter.

Tabell 13. Regioner som uppger personalbrist enligt olika läkarspecialiteter

Antal specialiteter där regioner uppger brist	Barn- och ungdoms medicinska specialiteter	Bild- och funktionsmedicinska specialiteter	Enskilda basspecialiteter	Invärtesmedicinska specialiteter	Kirurgiska specialiteter	Laboratoriemedicinska specialiteter	Neurologiska specialiteter	Psykiatriska specialiteter	Tilläggs-specialiteter	Totalt
Totalt antal specialiteter	6	3	12	8	13	4	4	3	10	63
Östergötland	-6	-3	-10	-8	-13	-4	-4	-3	-10	63
Dalarna	-5	-3	-8	-8	-13	-4	-4	-3	-9	57
Jämtland Härjedalen	-6	-3	-3	-8	-9	-4	-3	-2	-3	41
Stockholm	-3	-3	-6	-7	-4	-2	-2	-3	-7	37
Örebro län	-5	-1	-7	-5	-4	-1	-4	-3	-5	35
Gävleborg	-1	-2	-5	-5	-9	-2	-2	-2	-6	34
Värmland	0	-2	-4	-7	-5	-4	0	-3	-3	28
Kronoberg	-2	-2	-5	-7	-4	-3	-1	-3	0	27
Skåne	-4	-1	-3	-5	-4	-1	-2	-2	-4	26
Blekinge	-1	-2	-4	-6	-4	-2	-2	-1	-1	23
Gotland	-1	-2	-4	-6	-4	-2	-2	-1	-1	23
Jönköpings län	-1	-2	-2	-3	-3	-4	0	-3	-2	20
Uppsala	-3	-3	-1	-2	-3	-3	-1	0	-2	18
Kalmar	0	-3	-3	-2	-2	-3	-1	-3	0	17
Västmanland	0	-1	-1	-6	-1	-1	-1	-3	-1	15
Västra Götaland	-1	-1	-3	-1	-4	0	-1	-1	-2	14
Norrbotten	-1	-1	-4	-1	-1	-1	-1	-2	0	12
Västerbotten	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	9
Halland	0	-1	-1	-3	-2	0	0	0	0	7

Källa: Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2022

Figur 11 visar att en majoritet av regionerna rapporterade att de hade brist på personal inom 18 basspecialiteter. Flest regioner rapporterade om brist på specialister inom radiologi, allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri.



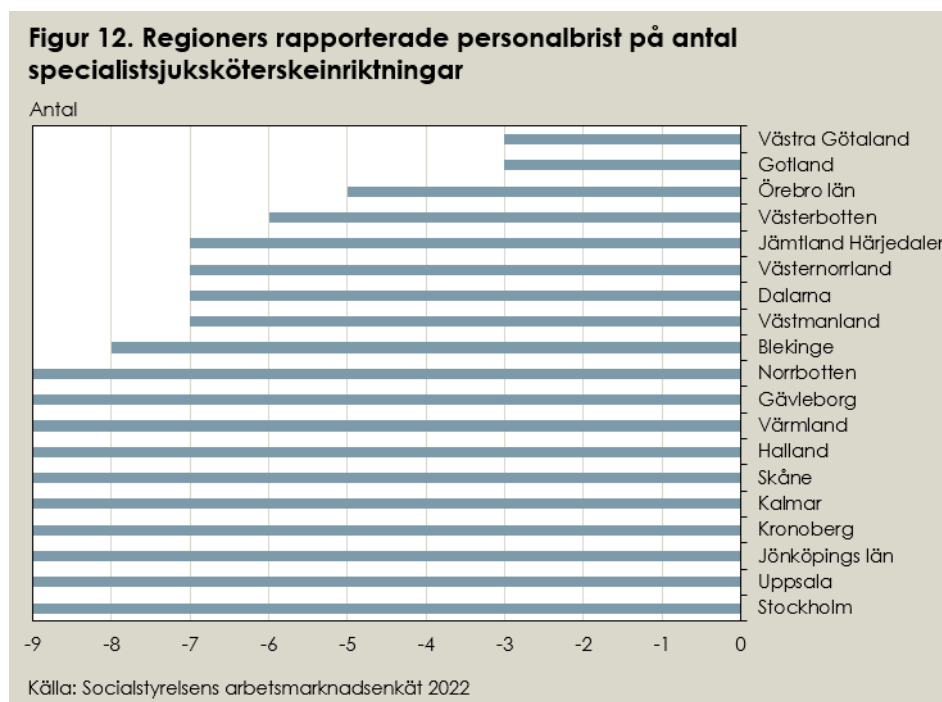
Läkarförbundets specialistföreningar framhöll i sin rapportering till Socialstyrelsen att en förändrad lägesbild kommer att påverka tillgång och efterfrågan på personal inom deras respektive områden inom närtid. Nedan följer några exempel:

- Svensk Förening för Nuklearmedicin uppgav att de uppdaterade nationella riktlinjerna för att fastställa hjärndöd kommer innebära att gammakameraundersökningar kommer att öka, vilket ökar efterfrågan på nuklearmedicinkompetens.
- Svensk Gastroenterologisk Förening lyfte fram att den ökade screeningen för kolorektalcancer kommer att öka efterfrågan inom deras specialiteter. De menar också på att förändringen av läkarprogrammet kommer att öka behovet av fler specialister som ansvarar för utbildning, handledning, instruktion och observation/dokumentation av studenternas kompetensutveckling.
- Svensk Kirurgisk Förening rapporterade att det inte finns någon allmän bristsituation inom kirurgi. Specialistföreningen framhåller att för varje specialist inom kirurgi som går i pension tillkommer två nyutbildade. Eftersom antalet operationer inte ökar tar det längre tid för specialisering och det tar i allmänhet flera år efter specialistexamen innan specialistläkarna blir självständiga kirurger. Samtidigt är det problematiskt att upprätthålla kompetens inom vissa områden. Specialistföreningen anser därför att en strategisk fråga framöver handlar om att flytta över icke kirurgiska arbetsuppgifter till kirurger. Samtidigt efterlyser de att kirurgisk kompetens koncentreras till ett färre antal kirurger för att främja utvecklingen mot ett

färre antal erfarna och kompetenta kirurger som har god regelbunden operativ kompetens.

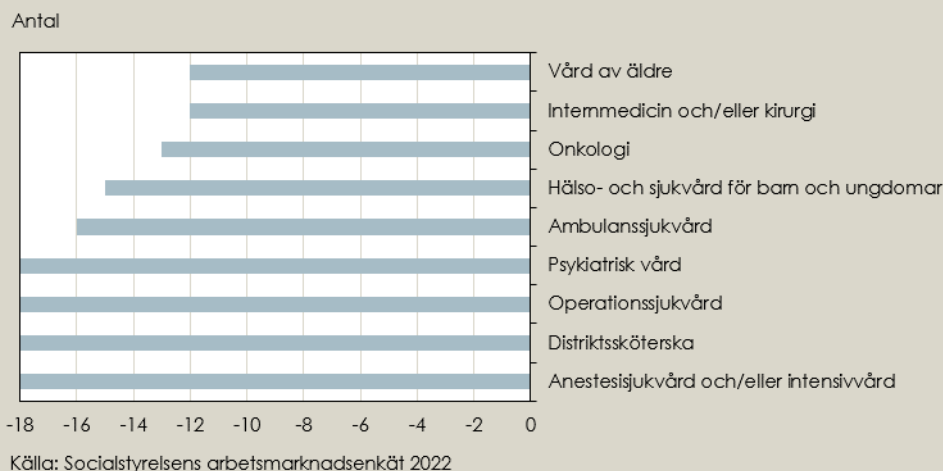
Personalbrist av specialistsjuksköterskor

Samtliga regioner rapporterade om brist på specialistsjuksköterskor. Det finns nio olika specialinriktningar. Figur 12 visar att tio regioner rapporterade att de har brist på specialistsjuksköterskor inom samtliga specialiteter. Västra Götalandsregionen och Region Gotland rapporterade om att de har brist i minst antal specialinriktningar.



Figur 13 visar regionernas rapporterade brist av specialistsjuksköterskor. Flest regioner rapporterar om brist på specialistsjuksköterskor inom inriktningarna anestesijukvård/intensivvård, distriktssköterska, operationssjukvård och psykiatrisk vård.

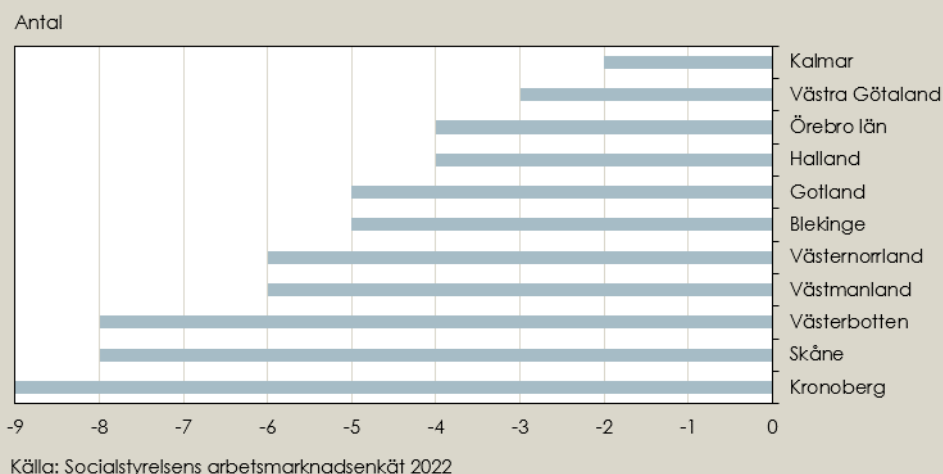
Figur 13. Regioners rapporterade personalbrist på specialistsjuksköterskeinriktningar 2022



Personalbrist av tandläkare med specialistkompetens

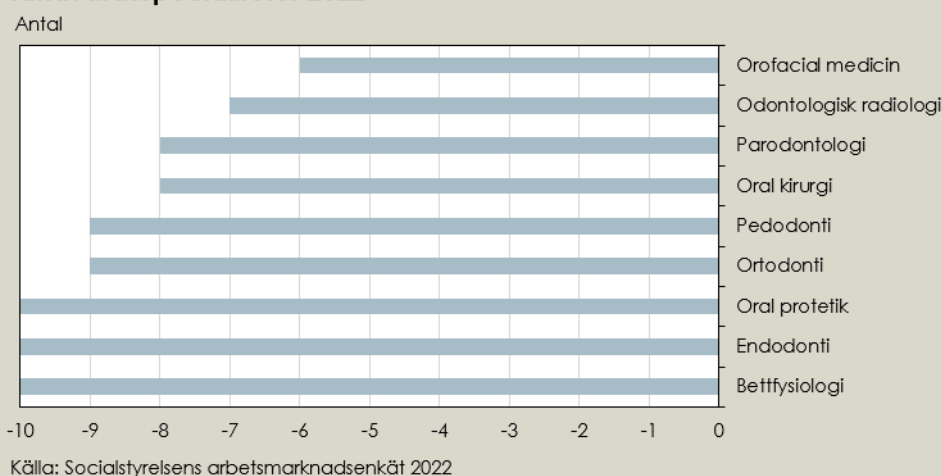
Årets kartläggning inkluderade tandläkare med specialistkompetens för första gången. Det finns nio tandläkarspecialiteter. Fem regioner uppgav att det inte finns någon brist på tandläkare med specialistkompetens. Det inkluderar regionerna Stockholm, Uppsala, Skåne, Örebro län samt Halland. Se figur 14.

Figur 14. Regioners rapporterade personalbrist på tandläkarspecialiteter



Figur 15 visar på att flest regioner rapporterade om brist i bettfysiologi, endodonti och oral protetik.

Figur 15. Antal regioner som rapporterade personalbrist på olika tandvårdsspecialiteter 2022



Frågor för framtiden

De flesta prognoser pekar mot att ekonomin är på väg mot en lågkonjunktur [85]. Samtidigt ser vi att de fantastiska medicinska och tekniska framstegen som gjorts under de senaste åren på många sätt förändrar förutsättningarna för hälso- och sjukvårdspersonal och utmanar stora delar av hälso- och sjukvårdens organisationer. Genomgången över kompetensbehov i denna rapport visar på att utmaningarna är mångfacetterade. Det finns till exempel både behov av fördjupad generalistkompetens för att möta fler patienter med sammansatta vårdbehov och samtidigt behov av fler med specialistkompetens inom många verksamheter. Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät bekräftar att personalbristen kvarstår eller har förvärrats inom många legitimationsyrken. Denna situation gör att det blir än viktigare att förstå vilka drivkrafter, styrmedel och verksamhetslogiker som påverkar kompetensförsörjningen. Det finns två övergripande frågor av överordnad betydelse för framtidens kompetensförsörjning: Den första handlar om hur vi på bästa sätt tar tillvara legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård. Den andra frågan handlar om hur vi behöver utveckla dagens- och framtidens kompetenser i hälso- och sjukvården.

Dagens hälso- och sjukvård karakteriseras av en hög specialiseringsgrad. Av yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor och tandläkare som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården är lite mer än 70 procent av läkarna specialister, cirka 43 procent av sjuksköterskorna och drygt 12 procent av tandläkarna. De flesta andra legitimationsyrken har också möjligheter till specialisering även om dessa inte är reglerade i lag. Det finns en begränsad pool av resurser och det organisatoriska sammanhanget som personalen verkar i har stor betydelse för både tillgänglighet till hälso- och sjukvård och vilken vård som kan ges. Hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap, kompetens, skicklighet och förutsättningar till utveckling sätter ramarna för vilken hälso- och sjukvård som finns och kommer att finnas tillgänglig i framtiden.

Sättet vi tar oss an kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården är av stor betydelse för Sveriges möjligheter att utveckla hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen anser att det vore berikande att sammankoppla kompetensförsörjningen med både de stora diagnosområdena som omfattar folksjukdomarna och de områden som har varit svårare att samordna. Genom att genomlysa kompetensförsörjningen utifrån dessa perspektiv synliggörs verksamhetsberoenden. Det kan öppna upp möjligheter för att både diskutera konsekvenserna av rådande ansvarsfördelning och möjliggöra lösningar som främjar en jämlik och personcentrerad vård som möter dagens och framtidens vårdbehov. Det kan också synliggöra verksamhetsbehov och deras relation till styrning och ledning. Detta förhållningssätt visar också på hur hälso- och sjukvården och tandvården ständigt utvecklas och att kompetensförsörjningen och det organisatoriska sammanhanget delvis avgör i vilken mån de medicinska och teknologiska framstegen och yrkesgruppernas expertis har möjlighet att vägas samman med den enskildes situation, erfarenheter och önskemål för en personcentrerad vård. Ett nyfiket förhållningssätt till att förstå och hitta nya lösningar på komplexa problem tillsammans med en fortsatt hög ambitionsnivå för en jämlik hälso- och sjukvård och tandvård är två hörnstenar som ska utmärka framtidens planering av kompetensbehov.

Nationella planeringsstödet för att möta behov

Nationella planeringsstödet för legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård har under många år fokuserat på att mäta hur tillgången till legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård har utvecklats och jämfört det med regionernas efterfrågan av personal. Fokus har framför allt riktats mot att ersätta pensionsavgångar med nyutbildad personal. Socialstyrelsen menar att lägesbilden för hälso- och sjukvården har förändrats. Problemen med kompetensförsörjning är mer mångbottnade och det gör att vi behöver bredda frågorna till att handla om hur vi på bästa sätt tar tillvara och hur vi behöver utveckla hälso- och sjukvårdens kompetenser.

Strategiskt arbete med bemanning av dagens och framtidens hälso- och sjukvård behöver sättas i en kontext av de förändringstrender vi ser inom hälso- och sjukvård och tandvård. Samtidigt behöver vi säkerställa en hållbar hantering av begränsade resurser. Det handlar bland annat om hur vi kan få olika kompetenser att samverka, liksom hur patienters egna kompetenser kan tas tillvara på bästa sätt. Eftersom kompetensförsörjningen är delad mellan olika aktörer och ingen aktör har tillräckligt med resurser eller förutsättningar att långsiktigt förändra helheten, bedömer Socialstyrelsen att tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal behöver analyseras utifrån ett systemperspektiv [86]. Eftersom olika aktörer optimerar sina verksamheter utifrån sina respektive roller och uppdrag är det viktigt att synliggöra målkonflikter som den nuvarande ansvarsfördelningen kan ge upphov till. För att främja en utveckling av en patientcentrerad och jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård är det viktigt att synliggöra målkonflikter och öka förståelsen för utmaningar från olika perspektiv.

Utifrån det perspektivet anser Socialstyrelsen att den analysmodell som presenterats i rapporten skulle kunna utgöra ett stöd i arbetet med att utveckla en gemensam referensram för att möta utmaningarna som Sverige står inför inom kompetensförsörjningsområdet. Socialstyrelsen har flera resurser som skulle kunna vara behjälpliga i ett sådant arbete. Till exempel ger Socialstyrelsens register och statistisk en god möjlighet att göra prognoser om vårdbehov inom vissa områden. Tillsammans med Socialstyrelsens nationella riktlinjer, kunskapsstöd och utvärderingar är det också möjligt att identifiera kompetensbehov inom olika områden där behoven är störst. Det möjliggör för Socialstyrelsen att sammanställa information och föra dialoger med yrkes- och professionsförbund samt huvudmän och lärosäten på ett sätt som visar på dagens och framtidens behov. Det skulle också kunna öka kvaliteten på data och information som skulle göra det möjligt för aktörerna att agera och använda dem på nya sätt. En sådan utveckling skulle också möjliggöra att pågående utvecklingstrender inom medicin och teknik skulle kunna inkluderas i framtidsprognoser. Detta är viktigt mot bakgrund av att det finns olika utvecklingstrender som kan peka på både ökat och minskat behov av legitimerad personal inom olika områden. Till exempel skulle den medicinska och teknologiska utvecklingen till viss del kunna minska behovet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i framtiden inom vissa områden såsom radiologi. Samtidigt kan efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal öka genom att hälso- och sjukvården blir allt bättre på att diagnostisera och behandla fler tillstånd. Höjda förväntningar hos patienter tillsammans med en åldrande befolkning med mer sammansatta och komplexa vårdbehov kan också öka efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal. Attityder till karriär och arbete hos unga och vilja att ta på sig ansvarsfulla organisations- och verksamhetsbärande funktioner påverkar också behovet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Nästa steg

Socialstyrelsen kommer fortsätta att arbeta med att vidareutveckla analysmodellen och de statistiska underlagen över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen menar att det är viktigt att fortsätta belysa kompetensförsörjningsutmaningarna från flera håll för att komma längre i arbetet med att utveckla åtgärder och kunna göra framåtriktade analyser.

I ett första steg avser Socialstyrelsen att fördjupa analysmodellen inom fokusområdena utbildning och kvalitetsutveckling, fortbildning och forskning. Det planeras att ske genom att främja framåtriktade analyser med fokus på specialistutbildningar, handledarkapacitet och klinisk forskning. En sådan utveckling skulle tillsammans med att identifiera pågående utvecklingstrender inom medicin och teknik kunna ta höjd för framtida kompetensförsörjningsbehov. Detta är viktigt mot bakgrund av att det finns olika utvecklingstrender som kan peka på både ökat och minskat behovet av legitimerad personal inom olika områden.

Socialstyrelsen är också med i ett treårigt Joint Action samarbete inom området kompetensförsörjning. Socialstyrelsen samarbetar med UKÄ och SCB i syfte att förbättra underlagen för analyser. Detta arbete kommer även att inkludera Nationella vårdkompetensrådet.

I ett längre perspektiv ser Socialstyrelsen behov av att fortsätta utveckla det analytiska ramverket för att förbättra och fördjupa analysen. Detta kan ske på flera sätt. Det kan till exempel inkludera fallstudier som skulle kunna genomföras i samarbete med andra pågående uppdrag. Vidare skulle det vara möjligt för Socialstyrelsen att fördjupa dialogen med yrkes- och professionsförbund, kunskapsstyrningsorganisationerna, regioner och kommuners verksamheter samt lärosätena. I de områden där det finns samordningsvinster skulle det vara möjligt att göra det i samverkan med Vårdkompetensrådet.

Socialstyrelsens kartläggning i denna rapport omfattar främst legitimationsyrkena som verkar inom de regionala strukturerna i hälso- och sjukvården samt tandvården. Det finns flera legitimationsyrken där en stor del av verksamheten bedrivs i privat regi inom både den offentligt och privat finansierade vården. Ett utvecklingsarbete skulle behöva genomföras för att utveckla kartläggningen för att fånga in dem.

I ett längre perspektiv skulle det också vara möjligt att utifrån de stora folksjukdomarna/diagnosområdena göra fördjupade analyser och scenarier över kompetensbehov och kostnadskalkyler för dessa.

Referenser

1. ESV. Regleringsbrev Myndighet Socialstyrelsen (beslutsdatum 2022-12-22) Hämtad 2022-10-15.
2. Nationella Vårdkompetensrådet. Pandemi och kompetensförsörjningen, del 2: Rekommendationer och bedömningar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Nationella vårdkompetensrådet; 2022
3. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering – bröstcancerscreening med mammografi. Socialstyrelsen; 2022.
4. Socialstyrelsen. Utvärdering av vård vid stroke. Huvudrapport med förbättringsområden. Socialstyrelsen; 2018.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning 2022. Socialstyrelsen; 2022
6. Socialstyrelsen. Utvärdering av vården vid artros utifrån nationella riktlinjer [preliminär titel]. Socialstyrelsen; under utgivning 2023.
7. Socialstyrelsen och SBU. Prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård. SBU, Socialstyrelsen; 2021.
8. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen; 2022.
9. Leading Health Care. Hämtad 2022-11-10 från <https://leadinghealthcare.se>.
10. Hjalte F, Gralén K, Persson U. Samhällets kostnader för sjukdomar 2017. Lund: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi; 2019. IHE Rapport 2019:6.
11. WHO. Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable disease. WHO; 2022.
12. OECD. Health spending. Total % of GDP, 2021 or latest available. Hämtad 2023-01-09 från <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
13. OECD. Number of medical doctors and nurses. Per 1000 inhabitants, 2020 or latest year. Hämtad 2022-10-15 från <https://www.oecd.org/coronavirus/en/data-insights/number-of-medical-doctors-and-nurses>.
14. UKÄ. Antal doktorandnybörjare inom medicin och hälsovetenskap 2021. Hämtad 2023-01-09 från https://www.uka.se/statistik--analys/hogskolan-i-siffror/statistik/statistikomrade.html?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotal%2F43%3Funiversity%3D1%26year%3D2021%26group_slug%3D3971bb3677635179e68c2e0ffb2e5ff1e28a1d04
15. WHO. Ticking timebomb: Without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster. Hämtad 2023-01-09.
16. UKÄ. Hälso- och sjukvård samt social omsorg. Hämtad 2022-10-15 från <https://www.uka.se/statistik--analys/analys-och-uppfoljning/prognoser-for-behovet-av-hogskoleutbildade/halso--och-sjukvard-samt-social-omsorg.html>.

17. Krohwinkel A, Mannerheim U. Moderna Policies. Leading healthcare, 2019 Stockholm
18. Daspit J, Justice Tillman C, Boyd NG, McKee V. Cross-functional team effectiveness: an examination of internal team environment, shared leadership, and cohesion influences. *Team Performance Management: An International Journal*. 2013;19(1/2):34–56.
19. European Commission. Task shifting and health system design. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
20. Joshi I, Morley J, (eds). Artificial Intelligence: How to get it right Putting policy into practice for safe data-driven innovation in health and care. National Health Service (NHSX); 2019.
21. Socialstyrelsen. Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet (delrapport). Nationellt tillgängliga hälsodata för en datadriven hälso- och sjukvård, forskning och innovation. Socialstyrelsen; 2022.
22. Nilsson S, Sadurskis A, Thafvelin U. Dimensionering av högra utbildning. Stockholm: UKÄ; 2015. Rapport 2015:7.
23. Folkhälsomyndigheten. Statistik psykisk hälsa: barn under 18 år. Hämtad 2023-11-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/statistik-om-barns-psykiska-halsa/>.
24. Forte. Dalman C, Bremberg S, Åhlén J, Ohlis A, Agardh E, Wicks S, Lundin A. Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst. En kunskapsöversikt. Stockholm: Forte – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2021.
25. Reumatikerförbundet. Effektrapport 2020.; 2020.
26. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021. Socialstyrelsen; 2021.
27. Socialstyrelsens Statistikdatabas för dödsorsaker [databas]. Sökningen gjord 2022-12-05 från https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/val.aspx.
28. Socialstyrelsens statistikdatabas för DRG i slutenvård [databas]. Sökningen gjord 2022-12-05 från https://sdb.socialstyrelsen.se/if_drg/val.aspx.
29. Folkhälsomyndigheten. Cirkulationsorganens sjukdomar, död. Hämtad 2022-12-05 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/dodlighet-i-cirkulationsorganens-sjukdomar/>.
30. Socialstyrelsen. Statistik om nyupptäckta cancerfall 2021. Publicerad: 2022-12-20.
31. Socialstyrelsen. Analys av utvecklingen vid Regionala cancercentrum. En lärande utvärdering med förslag om hur verksamheterna kan utvecklas. Socialstyrelsen; 2021.
32. SKR. Begrepp inom området psykisk hälsa - version 2020. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner
33. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people

in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. April 1, 2022.

34. Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C., Arnarsson, Á. M., & Samdal, O. (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. World Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst 55 Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104>
35. Socialstyrelsen. Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Lägesrapport 2022. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten; 2022.
36. Psykologförbundets Rapport maj 2022 – Villkor för psykologer inom klinisk behandling av barn och unga. Stockholm: Sveriges Psykologförbund; 2022.
37. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2015;314(22):2373-83.
38. Blechinger T, Lundqvist S, Buchmayer S, Unenge Hallerbäck M, Jarbin H. 6 av 10 ST-läkare på BUP funderar på att hoppa av. Läkartidningen 2019;116:FRHT.
39. Olsson A. Sjuksköterskor på BUP i Skåne trötta på arbetsbelastningen. Vårdfokus: 2019. Hämtat 2022-10-15 från <https://www.vardfokus.se/yrkesroller/sjukskoterska/extrem-personalbrist-pa-bup-i-nordvastra-skane/>.
40. Socialstyrelsen. Stärka och stimulera den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. Delredovisning av regeringsuppdrag. 2022
41. Psykiatri i siffror Barn och ungdomspsykiatri - Kartläggning 2021, inklusive arbetsmaterial. Uppdrag Psykisk Hälsa; 2022.
42. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård vid stroke. Huvudrapport med förbättringsområden. December 2018
43. Folkhälsomyndigheten. Hjärtinfarkt, insjuknande. Hämtad 2022-10-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/insjuknande-i-hjartinfarkt/>.
44. Swedeheart 2021 årsrapport. Linköping: Universitetssjukhuset i Linköping; 2022.
45. Konsekvensbeskrivning personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering. Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård; 2022.
46. Cancerfondsrapporten. Stora luckor i den cancerförebyggande politiken. Cancerfonden; 2022.
47. Europe's Beating Cancer Plan – communication from the commission to the European Parliament and the Council. European Commission; 2022.
48. Regionala cancercentrum i samverkan. Prevention. Hämtad 2022-10-15 från <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/prevention-och-tidig->

- upptackt/prevention/#:~:text=Inom%20cancerprevent-
ion%20kan%20h%C3%A4sofr%C3%A4mjande%20insatser,fy-
sisk%20aktivitet%20och%20h%C3%A4sosamma%20matvanor.
49. Danielsson O. Precisionsmedicin – sjukvård med spets. Karolinska insti-
tutet; 2021. Hämtad 2022-10-15 från [https://nyheter.ki.se/precisionsme-
dicin-sjukvard-med-spets](https://nyheter.ki.se/precisionsme-
dicin-sjukvard-med-spets).
 50. Trysell K. Patienter med cystisk fibros flyttar utomlands i jakten på be-
handling. Läkartidningen; 2022. Hämtad 2022-11-15 från [https://lakar-
tidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/05/patienter-med-cystisk-fibros-flyt-
tar-utomlands-i-jakten-pa-behandling/#:~:text=0%20Kommentarer-
,Patienter%20med%20cystisk%20fibros%20flyttar%20utom-
lands%20i%20jakten%20p%C3%A5%20behandling,%C3%A5teri-
gen%20sagt%20nej%20till%20subvention](https://lakar-
tidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/05/patienter-med-cystisk-fibros-flyt-
tar-utomlands-i-jakten-pa-behandling/#:~:text=0%20Kommentarer-
,Patienter%20med%20cystisk%20fibros%20flyttar%20utom-
lands%20i%20jakten%20p%C3%A5%20behandling,%C3%A5teri-
gen%20sagt%20nej%20till%20subvention)
 51. Regionala cancercentrum i samverkan. Vägen framåt – RCC:s gemen-
samma inriktning för svensk cancervård 2020–2022. Regionala Cancer-
centrum i samverkan (RCC); 2020.
 52. Regional Cancercentrum i samverkan (RCC). Kompetensförsörjning.
Hämtad 2022-10-15 från [https://cancercentrum.se/samverkan/vara-upp-
drag/kompetensforsorjning/](https://cancercentrum.se/samverkan/vara-upp-
drag/kompetensforsorjning/).
 53. Regional Cancercentrum i samverkan (RCC). Kompetensförsörjning
(Stockholm Gotland). Hämtad 2022-10-15 från [https://cancercent-
rum.se/stockholm-gotland/om-oss/strategisk-utvecklingsplan/cancer-
plan-2020-2023/cancerplan-2020-kompetensforsorjning/](https://cancercent-
rum.se/stockholm-gotland/om-oss/strategisk-utvecklingsplan/cancer-
plan-2020-2023/cancerplan-2020-kompetensforsorjning/)
 54. Regionala cancercentrum i samverkan. Precisionsmedicin för god, jäm-
lik och effektiv cancervård. Regionala Cancercentrum i samverkan
(RCC); 2022
 55. European Commission. Use of artificial intelligence. Hämtad 2022-11-
15 från [https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/ecibc/european-breast-
cancer-guidelines/artificial-intelligence](https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/ecibc/european-breast-
cancer-guidelines/artificial-intelligence)
 56. Regionala cancercentrum i samverkan. Nordisk strålbehandling En
benchmarkingstudie 2022-09-20.
 57. Socialstyrelsen. Cancerrehabilitering – förslag till utveckling. Socialsty-
relsen; 2022.
 58. Cancerfonden. Alarmerande personalbrist hotar mammografiverksam-
heten”, 2016. Cancerfonden 2016.
 59. Folkhälsomyndigheten. Jämlig tandhälsa – En analys av självskattad
tandhälsa i Sveriges befolkning. Folkhälsomyndigheten;2019
 60. Socialstyrelsen. Tandhälsoregistret. Hämtad 2022-11-15 från
[https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/tandhalsore-
gistret/](https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/tandhalsore-
gistret/).
 61. Vård och omsorgsanalys. Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och
äldre International Health Policy Survey (IHP) 2021. Rapport 2022:2
 62. Försäkringskassan. Höga priser motverkar tandvårdens högkostnads-
skydd. Försäkringskassan; 2022
 63. Folkhälsomyndigheten. Avstått tandvård av ekonomiska skäl trots be-
hov. Hämtad 2022-11-15 från [BEDÖMNING AV TILLGÅNG OCH EFTERFRÅGAN PÅ LEGITIMERAD PERSONAL I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT TANDVÅRD
SOCIALSTYRELSEN](https://www.folkhalsomyndig-
heten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-

</div>
<div data-bbox=)

- utveckling/resultat/en-jamlik-och-halsoframjande-halso--och-sjuk-
vard/avstatt-tandvard-av-ekonomiska-skall-trots-behov/
64. TLV. Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009–2019. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2020.
 65. Folktandvården. Om Folktandvården. Hämtad 2022-12-15 från <https://folktandvarden.se/om-folktandvarden>.
 66. Dawson ER, Stennett M, Daly B, et al. Upstream interventions to promote oral health and reduce socioeconomic oral health inequalities: a scoping review protocol. *BMJ Open*: 2022; 12:1-5.
 67. Association for Dental Education in Europe. About Us. Hämtad 2022-11-15 från <https://adee.org/about-us/the-adee>.
 68. Wihlborg J. Ska vi lyssna på oraklet? – Att använda Delphimetoden inom pedagogisk forskning och utveckling. Lund: Lunds universitet; 2011.
 69. DePaola D, Slavkin H. Reforming Dental Health Professions Education: A White Paper. *Journal of Dental Education* 2004; 68(11): 1139–50.
 70. OECD. Promoting an Age-Inclusive Workforce: Living, Learning and Earning Longer. Paris: OECD; 2020.
 71. SKR. Kompetensmodeller – information om centrala parter arbete. Publicerad 1 juni 2021. Hämtad 2022-11-15 från <https://skr.se/skr/arbetsgivarrekollektivavtal/kollektivavtal/nyhetsarkivkollektivavtal/arkivkollektivavtal/kompetensmodellerinformationomcentralapartersarbete.54822.html>
 72. Coronakommissionen. Hämtad 2022-10-15 från <https://coronakommissionen.com/>
 73. Gadolin, C. The Logics of Healthcare – In Quality Improvement Work. Doktorsavhandling. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2017.
 74. Gadolin C, Wikström E. Organising Healthcare with Multi-Professional Teams: Activity Coordination as a Logistical Flow. *Scandinavian Journal of Public Administration* 2016; 20(4): 53–72.
 75. Leggat S.G. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res*: 2007;7(17):1-10.
 76. Blumenthal D. Quality of care - what is it?. *N Engl J Med* 1996; 335(12): 891-894.
 77. Hägglin C. TAIK - tandhygienist i kommun. Ett interventionsprojekt med syfte att förbättra äldres munhälsa genom att stödja och stärka kompetens hos kommunal personal. FoU i Västra Götalandsregionen; 2017-05-10, revision 2022-06-21 (pågående).
 78. Socialstyrelsen. En mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner – delrapport. Socialstyrelsen; 2016.
 79. Riggare S, Krohwinkel A, Lindqvist H, Conning H. Spetspatienter – en ny resurs för systemförbättring. Stockholm: Projektet Spetspatienter; 2020.
 80. Regeringskansliet faktapromemoria 2021/22FPM97. Förordning om det europeiska hälsodataområdet.

81. SCB. Nedgående trend i barnafödandet. Hämtad 2022-10-15 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/nedatgaende-trend-i-barnafodande/>.
82. Ramstrand S, Ramstrand N. Competency standards for newly graduated prosthetist/orthotists in Sweden. *Prosthetics and Orthotics International* 2018; 42(4): 387–393.
83. Forska!Sverige. Lägesrapport 2022 – forskning i Sverige investeringar och kvalitet, fokus life science. Forska!Sverige; 2022.
84. Läkemedelsverket. Årsstatistik för kliniska läkemedelsprövningar Sverige 2021. Läkemedelsverket; 2022.
85. Wallenskog A. I väntan på lågkonjunkturen. Hämtad 2022-12-15 från <https://skr.se/skr/tjanster/bloggarfranskr/ekonomibloggen/artiklar/ivantanpalagkonjunkturen.67851.html>.
86. Quist J, Fransson M. Tjänstelogik för offentlig förvaltning – en bok för förnyelsebyråkrater. Stockholm: Liber; 2014.

Bilaga 4. Förklaring av statistisk

Förteckningen över Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA)

LOVA är en förteckning över legitimerade personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. LOVA använder uppgifter från Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) som omfattar personer som har sökt och erhållit legitimation för yrken inom hälso- och sjukvårdens område. För närvarande omfattar registret 22 legitimationsyrken samt uppgifter om specialistbevis för läkare och tandläkare. Uppgifter om specialistsjuksköterskor enligt högskoleförordningen finns inte i Socialstyrelsens register.

Uppgifterna från HOSP-registret kompletteras med flera register från SCB, huvudsakligen longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA). Utöver LISA hämtas även uppgifter från SCB:s företagsdatabas (FDB), universitets- och högskoleregistret och registret över pedagogisk personal, för att avgöra vilka individer som är verksamma som lärare. Uppgifterna inhämtas som aggregerade uppgifter, vilket innebär att de inte innehåller information om enskilda individer.

Data från Universitets- och högskoleregistret används för att ta fram examensdatum när det saknas i HOSP, hämta information om specialistsjuksköterskor samt för att kunna identifiera icke-legitimerade men examinerade läkare, som är underläkare och AT-läkare, som inte finns med i HOSP.

Eftersom vissa data om specialistsjuksköterskor saknas i Universitets- och högskoleregistret hämtas även uppgifter om den yrkesgruppen från SKR.

Med hjälp av standarden för svensk näringsgrensindelning (SNI) identifieras bemanningsföretag.

Näringsgrenar för att beskriva hälso- och sjukvård

I tillgångsstatistiken finns uppgifter om till vilken näringsgren den arbetsplats kategoriseras som en individ arbetar vid. Näringsgrenen beskriver i vilken bransch en individ är sysselsatt men inte personens arbetsuppgifter.

Med hälso- och sjukvård och tandvård menas sådan verksamhet som avses enligt 1 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 1 § tandvårdslagen (1985:125).

Näringsgrenar (SNI-koder) som används för att bedöma vilka personer som är sysselsatta inom hälso- och sjukvård:

- konsulttjänster till företag (SNI 70.2)¹⁷
- arbetsförmedling, bemanning och andra personalrelaterade tjänster (SNI 78)¹⁸
- offentliga tjänster (84.2)¹⁹
- förskoleutbildning (SNI 85.1)²⁰
- grundskoleutbildning (SNI 85.2)
- gymnasial utbildning (SNI 85.3)²¹, exklusive lärare
- hälso- och sjukvård (SNI 86)²²
- vård och omsorg med boende (87)²³
- öppna sociala insatser (88)

Näringsgrenar (SNI-koder) som används för att bedöma vilka personer som är sysselsatta inom tandvården som tandhygienister och tandläkare:

- hälso- och sjukvård (SNI 86)
- arbetsförmedling, bemanning och andra personalrelaterade tjänster (SNI 78)
- offentliga tjänster (84.2)

Näringsgrenar (SNI-koder) som används för att bedöma vilka personer som är sysselsatta inom farmaci och optik som apotekare, receptarier respektive optiker:

- hälso- och sjukvård (SNI 86)
- arbetsförmedling, bemanning och andra personalrelaterade tjänster (SNI 78)
- offentliga tjänster (84.2)
- partihandel med hushållsvaror (SNI 46.4)
- övrig specialiserad butikshandel med hushållsvaror (SNI 47.7)

¹⁷ Omfattar personalvård och sysselsätter bland annat läkare och sjuksköterskor.

¹⁸ Består av de företag som inte har hälso- och sjukvård som huvudverksamhet, men ändå antas hyra ut hälso- och sjukvårdspersonal.

¹⁹ De undergrupper som hör till denna näringsgren och som anställer hälso- och sjukvårdspersonal är statliga verk. Det antas här att sjuksköterskor och läkare anställda i denna sektor huvudsakligen arbetar med hälso- och sjukvård, varför dessa har tagits med i definitionen hälso- och sjukvården.

²⁰ Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar inom dessa näringsgrenar antas arbeta inom elevhälsan, t ex som skolsköterskor eller skolpsykologer.

²¹ Hälso- och sjukvårdspersonal inom näringsgrenen antas arbeta med hälso- och sjukvård om de inte återfinns i registret över pedagogisk personal.

²² Omfattar arbetsplatsställen vars huvudsakliga uppgift är hälso- och sjukvård samt tandvård oavsett driftform. T ex ingår sjukhus, vårdcentraler, familjeläkarmottagningar, folktandvård, ambulanstransporter och privata tandläkarmottagningar men även vissa bemanningsföretag.

²³ Omfattar arbetsplatsställen vars huvudsakliga uppgift är omsorg och sociala tjänster oavsett driftform.

Definition av sysselsättning

Statistiken över individers sysselsättning beskriver arbetsmarknaden i november månad och de senaste uppgifterna är från 2019. Alla som har utfört avlönat arbete under minst fyra timmar i november månad kategoriseras som sysselsatta. Statistiken tar därmed inte hänsyn till sysselsättningsgrad. Data som innehåller färre än tre individer redovisas inte, för att inte kunna härledas till specifika individer.

Personer som har flera legitimationer

Vissa individer har mer än en legitimation eller bevis om specialistkompetens, exempelvis kan läkare, tandläkare och sjuksköterskor inneha mer än en specialitet. Det finns även fall där en och samma person har tagit ut flera legitimationer under ett och samma år. I Socialstyrelsens statistik avses alltid den senaste legitimationen eller specialiseringen. För att få fram vilken legitimation som är den aktuella har en lista konstruerats, rangordnad efter vilken legitimation som rimligtvis är den senaste.

För att bli psykoterapeut krävs en grundutbildning på högskolenivå och många psykoterapeuter har även en annan utbildning inom ett hälso- och sjukvårdsyrke, exempelvis psykolog. I Socialstyrelsens statistik redovisas legitimerade och sysselsatta psykoterapeuter både inom gruppen psykoterapeuter och inom den andra grupp där de potentiellt har en legitimation som, exempelvis psykolog.

Uppgifter i förteckningen LOVA

- Personuppgifter – kön, ålder, folkbokföringsort (kommun), födelseland, födelselän och medborgarskap, invandrings- och utvandringsår samt land.
- Utbildning – legitimationer med datum, specialistbevis med datum, utbildningsland samt deslegitimationsdatum.
- Arbete – arbetsställe kommun, arbetsställe län, näringsgren (SNI 2007) för största inkomsten och för näst största samt sysselsättningsstatus.

Uppgifter som saknas i förteckningen LOVA

Förteckningen innehåller inga personnummer, endast löpnummer har använts som identifiering vid samkörning av de olika källorna. Dessa löpnummer är inte desamma som Socialstyrelsens registergemensamma variabel pseudonummer och därmed kan LOVA inte samköras med något av de andra registren.

Bilaga 5. Bedömning av statistisk

Bedömning av tillgång

Socialstyrelsen

- Data över tillgången på legitimerade yrkesgrupper och deras sysselsättningsstatus i november respektive år, senast tillgängligt för 2020 från Socialstyrelsens statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2021 samt arbetsmarknadsstatus 2020. Uppgifterna kommer från Socialstyrelsens statistikdatabaser (LOVA). För beskrivning av LOVA se bilaga 4.
- Socialstyrelsen genomför årligen en analys för att kartlägga behovet av specialistkompetenskurser (SK-kurser). SK-kurser är statligt finansierade kurser avsedda för läkare under specialiseringstjänstgöring i Sverige och utgör en del av det totala utbudet av kurser som ST-läkarna kan ta del av för att kunna få ut ett specialistkompetensbevis. SK-kurserna är inte obligatoriska att delta i men de bidrar till att uppfylla de kompetenskrav som finns i målbeskrivningen för respektive specialitet.
- En enkät med frågor om behovet av SK-kurser har skickats till utbildningsansvariga inom Svenska Läkaresällskapets sektioner och Sveriges Läkarförbunds specialitetsföreningar. I enkäten har respondenterna även ombetts att ange antalet ST-läkare inom sin specialitet. Enkäten var öppen för respondenterna under september månad 2022.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Uppgifter om årsarbetskrafter av legitimerad personal sysselsatt i regioner och kommuner 2021.

Statistikmyndigheten (SCB)

- Folkmängd den 1 november respektive år från SCB:s statistikdatabas.

Universitetskanslersämbetet (UKÄ)

- Antalet personer som avlagt en yrkesexamen läsåret 2021/2022²⁴.
- Antal helårsstudenter 2020 inom vård och omsorg, medicin och odontologi och utgifter för studenter.
- Antalet behöriga förstahandssökande per antagen (söktryck) höstterminen 2021²⁵
- Antal doktorandnybörjare inom medicin och hälsovetenskap 2021.²⁶
- Genomsnittlig examensfrekvens: Studenterna på yrkesexamensprogram följs upp inom utbildningarnas nominella studietid, enligt 2007 års examensordning, plus tre år. De som följs upp till och med läsåret 2020/2021

²⁴ Uppgifter saknas för utbildning till kiropraktor och naprapat.

²⁵ Uppgifter saknas för utbildning till kiropraktor och naprapat.

²⁶ UKÄ. Antal doktorandnybörjare inom medicin och hälsovetenskap 2020

var nybörjare på program under läsåren 2010/11–2016/17, beroende på utbildningarnas längd. Uppföljningen mäter andelen med den yrkesexamen som nybörjarprogrammet leder fram till. Exempel: Andelen av de som påbörjade apotekarutbildning och tog ut en apotekarexamen inom åtta år (fem års nominell studietid + tre år).²⁷

Centrala studiestödsnämnden (CSN)

Antal apotekar-, läkar- och tandläkarstuderande med studiemedel från CSN, under läsåret 2021/2022.

Socialstyrelsen, SCB och Försäkringskassan

Sjukfrånvaron bland legitimerade och sysselsatta. Endast deskriptiv statistik med resultat 22 legitimationsyrken presenteras. En djupare analys av resultaten ingår inte i den här rapporten. Följande data presenteras:

- Andel legitimerade och sysselsatta med sjukfall som når Försäkringskassan och som är pågående någon gång under året. Eftersom sysselsättningen räknas i november för respektive år gäller sysselsättning år X och sjukskrivning år X+1. Bara individer som har varit sjukskrivna i mer än 14 dagar räknas i statistiken.

När ett sjukfall blir aktuellt hos Försäkringskassan beror på sysselsättningsstatus hos en individ och om personen har rätt till sjuklön eller inte. Innan 2020 inleddes merparten av alla sjukfall med en karensdag, vilket innebär att ingen ersättning utgick. Personer som är anställda har en sjuklöneperiod på 14 dagar. Under 2020 justerades regelverket på grund av pandemin och karensdagen togs bort. Sjukskrivna och anställda kan ansöka om sjukpenning från 15 dagen från Försäkringskassan. Den som inte har någon arbetsgivare (egna företagare, arbetslösa eller uppdragstagare) kan få sjukpenning från Försäkringskassan redan från och med dagen efter karensdagen och från första sjukskrivningsdagen under pandemiåret 2020.

- Genomsnittligt antal utbetalda dagar under året med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning och rehabiliteringspenning för legitimerad och sysselsatta med sjukskrivning

Sjukpenning: Se definition ovan.

Arbetsskadesjukpenning: För personer som har en arbetsskada och som studerar, behöver avstå från arbete i förebyggande syfte eller saknar arbetstillstånd eller uppehållstillstånd. Det gäller för de som inte längre är försäkrade för sjukpenning men där arbetsskadan beror på tidigare arbete i Sverige.

Rehabiliteringspenning: För personer med nedsatt arbetsförmåga som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Kan även betalas ut vid medicinsk behandling eller rehabilitering (ordinerad av läkare) som syftar till att förebygga sjukdom eller att förkorta sjukdomstiden.

²⁷ I denna rapport redovisas examensfrekvensen som den andel av nybörjarna som tog ut *den yrkesexamen som utbildningen avser*. I 2020 års NPS-rapport redovisades examensfrekvensen istället som den andel av nybörjarna som tog ut en examen generellt, oavsett om det var just den yrkesexamen eller någon annan. Därför kan examensfrekvenserna i denna rapport vara lägre än i 2020 års rapport och de två rapporternas resultat kan inte jämföras.

Bedömning av efterfrågan

Socialstyrelsen

Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät (se bilaga 6) skickades i oktober 2021. Svar från regioner, kommuner och privata vårdgivare redovisas i rapporten. Enkäten skickades till:

- 21 regioner och 19 besvarade enkäten.
- 290 kommuner och 258 kommuner besvarade enkäten.
- I bilaga 6 redovisas vilka frågor som ställdes och vilka organisationer som tog emot och besvarade frågorna.
- Socialstyrelsen ställde frågor i september 2022 om tillgång och efterfrågan på de 22 legitimationsyrkena i rapporten till berörda fack- och professionsförbund. I bilaga 6 redovisas vilka frågor som ställdes och vilka organisationer som tog emot och besvarade frågorna.

Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingens bedömning av hur arbetsmarknaden kan utvecklas under 2023.²⁸

SCB

Arbetskraftsbarometern om arbetsmarknadsläget för 70 utbildningsgrupper på ett och tre års sikt, baserat på enkätsvar från ett urval 7 200 arbetsställen.

²⁸ <https://arbetsformedlingen.se/for-arbetssookande/yrken-och-framtid/hitta-yrkesprognoser/prognoser?search=I%C3%A4kare>

Bilaga 6. Kompetensförsörjningsfrågor på Socialstyrelsen

Socialstyrelsen arbetar på många sätt med kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. Myndigheten har flera pågående regeringsuppdrag, bland annat att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2019/03056/FS, S2020/03319/FS). Andra exempel på uppdrag inom kompetensförsörjning är att:

- Utfärda legitimationer för 22 yrken och specialistbevis till läkare och tandläkare.
- Tillhandahålla data över utfärdade legitimationer samt publicera officiell statistik över arbetsmarknadsstatus för legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården.
- Med bistånd av nationella råden för specialiseringstjänstgöring (ST-råden) för läkare respektive tandläkare dela in och benämna specialiteter, ta fram målbeskrivningar, stödja huvudmännen att uppnå en god kvalitet för ST, främja utbildning av ST-handledare, följa upp kvaliteten i ST samt ta fram kriterier för utbildande enheter för att säkerställa att verksamheten har den bredd och inriktning som behövs för att erbjuda ST av hög kvalitet.
- Upphandla kursutbudet av statligt finansierade specialistkompetenskurser för ST-läkare i Sverige.

Det Nationella Vårdkompetensrådet

Det Nationella Vårdkompetensrådet inrättades på uppdrag av regeringen den 1 januari 2020 och består av representanter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet. Dess uppgift är att vara ett rådgivande organ som ska bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning. Rådets uppdrag är att göra bedömningar av kompetensbehoven och att stödja och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå. Rådet består av 14 ledamöter och är placerat på Socialstyrelsen med ett tillhörande kansli. Det är Socialstyrelsen som planerar och organiserar rådets arbete, i samråd med UKÄ.

Under 2022 har Nationella Vårdkompetensrådet bland annat publicerat en uppföljning av Covid-19 pandemins konsekvenser för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning inklusive rekommendationer och åtgärdsförslag, samt redovisat ett regeringsuppdrag innehållande förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården. Rådets arbetsgrupper har även arbetat med frågor om bland annat verksamhetsförlagd utbildning, klinisk forskning, läkarnas AT/BT-tjänstgöring, och fortbildning. Under 2023 kommer rådet bl.a. att slutföra ett pågående regeringsuppdrag för att stärka attraktiviteten och kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården.

Bilaga 7. Socialstyrelsens arbetsmarkansenkäter 2021

Frågor till regioner

I oktober 2022 skickades nedanstående enkätfrågor till samtliga 21 regioner,

1. För vart och ett av de legitimationsyrken som listas nedan, markera Ja eller Nej om de finns anställda av er region.

Omfattar samtlig verksamhet inkl. till exempel upphandlade tjänster, regionala bolag.

Utgå från situationen i oktober 2022.

Legitimationsyrken	Ja	Nej
Apotekare		
Arbeterapeut		
Audionom		
Barnmorska		
Biomedicinsk analytiker		
Dietist		
Fysioterapeut		
Hälso- och sjukvårdskurator		
Kiropraktor		
Logoped		
Läkare utan specialistkompetens		
Läkare med specialistkompetens		
Naprapat		
Optiker		
Ortopedingenjör		
Psykolog		
Psykiater		
Receptarie		
Röntgensjuksköterska		
Sjukhusfysiker		
Grundutbildad sjuksköterska		
Specialistsjuksköterska		
Tandhygienist		
Tandläkare		
Tandläkare med specialistkompetens		
Om vissa yrken inte finns anställda av er region, kommentera det.		

2. Hur bedömer regionledningen balansen mellan tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i regionens verksamheter (inklusive upphandlade tjänster och regionbolag). Råder det brist, balans eller överskott?

Utgå från situationen i oktober 2022.

Brist = Efterfrågan på personal är större än tillgången

Balans = Det råder balans mellan tillgång och efterfrågan

Överskott = Tillgången på personal är större än efterfrågan

I kolumnen nedan till vänster presenteras de bedömningar som regionledningen rapporterade in till Socialstyrelsen 2021. Om regionledningen 2021 uppgav att det i ett visst yrke inte fanns någon anställd, så står vänsterkolumnen tom.

	Inrapporterad situation 2021	Situation 2022		
		Brist	Balans	Överskott
Apotekare				
Arbetssterapeut				
Audionom				
Barnmorska				
Biomedicinsk analytiker				
Dietist				
Fysioterapeut				
Hälso- och sjukvårdskurator				
Kiropraktor				
Logoped				
Läkare utan specialistkompetens				
Läkare med specialistkompetens				
Naprapat				
Optiker				
Ortopedingenjör				
Psykolog				
Psykoterapeut				
Receptarie				
Röntgensjuksköterska				
Sjukhusfysiker				
Grundutbildad sjuksköterska				
Specialistsjuksköterska				
Tandhygienist				
Tandläkare				
Tandläkare med specialistkompetens				
Plats för kommentarer.				

3. Ni har angivit att det finns en brist på personal i regionens verksamheter inom gruppen sjuksköterskor med specialistkompetens. Vilka sjuksköterskespecialiteter har ni brist på?

- ☐ Samtliga
- ☐ Ambulanssjukvård
- ☐ Anestesijukvård och/eller intensivvård
- ☐ Distriktssköterska
- ☐ Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar
- ☐ Internmedicin och/eller kirurgi
- ☐ Onkologi
- ☐ Operationssjukvård
- ☐ Psykiatrisk vård
- ☐ Vård av äldre
- ☐ Annan specialisering, vilken?

4. Ni har angivit att det finns en brist på personal i regionens verksamheter inom gruppen läkare (läkare med specialistkompetens) Ange vilka läkarspecialiteter ni har brist på?

- ☐ Barn- och ungdomsmedicinska specialiteter:
- ☐ Bild- och funktionsmedicinska specialiteter:
- ☐ Enskilda basspecialiteter:
- ☐ Invärtesmedicinska specialiteter:
- ☐ Kirurgiska specialiteter:
- ☐ Laboratoriemedicinska specialiteter:
- ☐ Neurologiska specialiteter:
- ☐ Psykiatriska specialiteter:
- ☐ Tilläggspecialiteter:

5. Ni har angivit att det finns en brist på personal i regionens verksamheter inom yrkeskategorin Tandläkare med specialistkompetens. Vilka tandläkarspecialiteter har ni brist på?

- ☐ Samtliga
- ☐ Bettfysiologi
- ☐ Endodonti
- ☐ Odontologisk radiologi
- ☐ Oral kirurgi
- ☐ Orofacial medicin
- ☐ Ortodonti
- ☐ Parodontologi
- ☐ Pedodonti

6 a. Har ni under det senaste året erbjudit andra specialistutbildningar för läkare utöver de som ingår i Socialstyrelsens föreskrifter om specialistutbildning?

- ☐ Ja
 - ☐ Nej
- Om ja, vilka?

6 b. Har ni under det senaste året erbjudit andra specialistutbildningar för tandläkare utöver de som ingår i Socialstyrelsens föreskrifter om specialistutbildning?

- ☐ Ja
 - ☐ Nej
- Om ja, vilka?

6 c. Har ni under det senaste året erbjudit specialistutbildningar för specialist-sjuksköterskor utöver de etablerade examina som finns på högskolor?

- ☐ Ja
 - ☐ Nej
- Om ja, vilka?

7. Ni har angivit att det i regionens verksamheter finns en brist på personal i någon eller flera av de yrkeskategorier som listats i tidigare frågor. Hur ser bristsituationen för dessa yrkeskategorier ut 2022 jämfört med 2021?

Bristssituationen är...	...oförändrad	...förändrad	...förbättrad	Vet inte
Apotekare				
Arbetssterapeut				
Audionom				
Barnmorska				
Biomedicinsk analytiker				
Dietist				
Fysioterapeut				
Hälso- och sjukvårdskurator				
Kiropraktor				
Logoped				
Läkare utan specialistkompetens				
Läkare med specialistkompetens				
Naprapat				
Optiker				
Ortopedingenjör				
Psykolog				
Psykiater				
Receptarie				
Röntgensjuksköterska				
Sjukhusfysiker				
Grundutbildad sjuksköterska				
Specialistsjuksköterska				
Tandhygienist				
Tandläkare				
Tandläkare med specialistkompetens				

8. Vilka insatser har ni satsat på under det senaste året för att förbättra situationen för den befintliga personalen inom hälso- och sjukvårdsyrkena?

Flera alternativ är möjliga

- ☐ Särskilda satsningar på lön och/eller ersättningar (t ex OB)
- ☐ Insatser för att höja sysselsättningsgraden/få fler att jobba mer (heltid)
- ☐ Få fler att förlänga arbetslivet (senarelägga pensionen)
- ☐ Insatser för att minska sjukskrivningarna
- ☐ Förändringar i schemalagningen
- ☐ Utveckling av karriärvägar
- ☐ Genomfört uppgiftsväxling mellan olika professioner
- ☐ Gett fler möjligheter till kompetensutveckling, t.ex. via fortbildning
- ☐ Främjat utrymme för kontinuerligt förbättringsarbete

9. Beskriv kort vilka ev. insatser som gjorts för de olika legitimationsyrkena?

10. Har ni under det senaste året använt hyrpersonal för att kortsiktigt fylla upp bemanningen i de olika yrkesgrupperna?

	Har ni använt hyrpersonal?	Om ja, vilka utmaningar har kunnat mötas genom att använda hyrpersonal?
	Ja	Nej
Apotekare		
Arbetssterapeut		
Audionom		

- 10 a. Ingår det i er rekryteringsstrategi att aktivt rekrytera från länder inom EU/EES eller Schweiz?**
- ☐ Ja
- ☐ Nej
- 10 b. Ingår det i er rekryteringsstrategi**
- Barnmorska
 - Biomedicinsk analytiker
 - Dietist
 - Fysioterapeut
 - Hälso- och sjukvårdskurator
 - Kiropraktor
 - Logoped
 - Läkare utan specialistkompetens
 - Läkare med specialistkompetens
 - Naprapat
 - Optiker
 - Ortopedingenjör
 - Psykolog
 - Psykiater
 - Receptarie
 - Röntgensjuksköterska
 - Sjukhusfysiker
 - Grundutbildad sjuksköterska
 - Specialistsjuksköterska
 - Tandhygienist

att aktivt rekrytera från länder utanför EU/EES eller Schweiz?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

11 a. Inom vilka yrkeskategorier rekryterar ni från länder inom EU/EES eller Schweiz?

Flera svarsalternativ kan anges.

- ☐ Apotekare
- ☐ Arbetsterapeut
- ☐ Audionom
- ☐ Barnmorska
- ☐ Biomedicinsk analytiker
- ☐ Dietist
- ☐ Fysioterapeut
- ☐ Hälso- och sjukvårdskurator
- ☐ Kiropraktor
- ☐ Logoped
- ☐ Läkare utan specialistkompetens
- ☐ Läkare med specialistkompetens
- ☐ Naprapat
- ☐ Optiker
- ☐ Ortopedingenjör
- ☐ Psykolog
- ☐ Psykiater
- ☐ Receptarie
- ☐ Röntgensjuksköterska
- ☐ Sjukhusfysiker
- ☐ Grundutbildad sjuksköterska
- ☐ Specialistsjuksköterska
- ☐ Tandhygienist
- ☐ Tandläkare
- ☐ Tandläkare med specialistkompetens

11 b. Vilka är era erfarenheter av att rekrytera inom EU/EES eller Schweiz?

12 a. Inom vilka yrkeskategorier rekryterar ni från länder utanför EU/EES eller Schweiz?

Flera svarsalternativ kan anges.

- ☐ Apotekare
- ☐ Arbetsterapeut
- ☐ Audionom
- ☐ Barnmorska
- ☐ Biomedicinsk analytiker
- ☐ Dietist
- ☐ Fysioterapeut
- ☐ Hälso- och sjukvårdskurator
- ☐ Kiropraktor
- ☐ Logoped
- ☐ Läkare utan specialistkompetens
- ☐ Läkare med specialistkompetens
- ☐ Naprapat
- ☐ Optiker
- ☐ Ortopedingenjör
- ☐ Psykolog
- ☐ Psykoterapeut
- ☐ Receptarie
- ☐ Röntgensjuksköterska
- ☐ Sjukhusfysiker
- ☐ Grundutbildad sjuksköterska
- ☐ Specialistsjuksköterska
- ☐ Tandhygienist
- ☐ Tandläkare
- ☐ Tandläkare med specialistkompetens

12 b. Vilka är era erfarenheter av att rekrytera utanför EU/EES eller Schweiz?

13 a. I de fall som ni under de senaste 2 åren har anställt nytexaminerade *Grundutbildade sjuksköterskor*, hur väl förberedda för kliniskt arbete bedömer ni att flertalet har varit?

- ☐ Mycket väl förberedda
 - ☐ Väl förberedda
 - ☐ Mindre väl förberedda
 - ☐ Dåligt förberedda
 - ☐ Regionen har inte anställt någon nytexaminerad sjuksköterska under de senaste 2 åren
 - ☐ Vet inte / Kan inte bedöma
- Om flertalet varit mindre väl eller dåligt förberedda, ge exempel på vilka brister ni sett:

13 b. I de fall som ni under de senaste 2 åren har anställt nytexaminerade *Läkare utan specialistkompetens*, hur väl förberedda för kliniskt arbete bedömer ni att flertalet har varit?

- ☐ Mycket väl förberedda
 - ☐ Väl förberedda
 - ☐ Mindre väl förberedda
 - ☐ Dåligt förberedda
 - ☐ Regionen har inte anställt någon nytexaminerad läkare utan specialistkompetens under de senaste 2 åren
 - ☐ Vet inte / Kan inte bedöma
- Om flertalet varit mindre väl eller dåligt förberedda, ge exempel på vilka brister ni sett:

Vill du lägga till några övriga kommentarer vad gäller viktiga kompetensförsörjningsfrågor fören god och jämlik hälso- och sjukvård och munhälsa i befolkningen?

Frågor till kommuner

I oktober 2022 skickades nedanstående enkätfrågor till samtliga 290 kommuner.

1. För vart och ett av de legitimationsyrken som listas nedan, markera Ja eller Nej om de finns anställda av er kommun.

Omfattar samtlig verksamhet inkl. till exempel upphandlade tjänster, kommunala bolag.
Utgå från situationen i oktober 2022.

	Ja	Nej
Arbetsterapeut		
Dietist		
Fysioterapeut		
Hälso- och sjukvårdskurator		
Logoped		
Psykolog		
Grundutbildad sjuksköterska		
Specialistsjuksköterska		
Plats för kommentarer, t.ex. om vissa av yrkena inte finns anställda av er kommun		

2. Hur bedömer kommunledningen balansen mellan tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunens verksamheter (inkl. upphandlade tjänster och kommunala bolag)? Råder det brist, balans eller överskott? Utgå från situationen i oktober 2022.

Brist = Efterfrågan på personal är större än tillgången
Balans = Det råder balans mellan tillgång och efterfrågan
Överskott = Tillgången på personal är större än efterfrågan

I kolumnen nedan till vänster presenteras de bedömningar som kommunledningen rapporterade in till Socialstyrelsen 2021. Om kommunledningen 2021 uppgav att det i ett visst yrke inte fanns någon anställd, så står vänstercellen tom. Om samtliga celler i vänsterkolumnen står tomma beror det på att kommunen inte deltog i undersökningen 2021.

	Inrapporterad situation 2021	Brist	Situation 2022 Balans	Överskott
Arbetsterapeut				
Dietist				
Fysioterapeut				
Hälso- och sjukvårdskurator				
Logoped				
Psykolog				
Grundutbildad sjuksköterska				
Specialistsjuksköterska				
Plats för kommentarer				

3. Ni har angivit att i regionens verksamheter finns en brist på personal i någon eller flera av de yrkeskategorier som listats i tidigare frågor. Hur ser bristsituationen för dessa yrkeskategorier ut 2022 jämfört med 2021?

Bristssituationen är...

Bristssituationen är...	...oförändrad	...förändrad	...förbättrad	Vet inte
Arbetsterapeut				
Dietist				
Fysioterapeut				
Hälso- och sjukvårdskurator				
Logoped				
Psykolog				
Grundutbildad sjuksköterska				
Specialistsjuksköterska				

4. Vilka insatser har ni satsat på under det senaste året för att förbättra situationen för den befintliga personalen inom hälso- och sjukvårdsyrkena?

Flera alternativ är möjliga.

- ☐ Särskilda satsningar på lön och/eller ersättningar (t ex OB)
- ☐ Insatser för att höja sysselsättningsgraden/få fler att jobba mer (heltid)
- ☐ Få fler att förlänga arbetslivet (senarelägga pensionen)
- ☐ Insatser för att minska sjukskrivningarna
- ☐ Förändringar i schemalaggningen
- ☐ Utveckling av karriärvägar
- ☐ Genomfört uppgiftsväxling mellan olika professioner
- ☐ Gett fler möjligheter till kompetensutveckling, t.ex. via fortbildning
- ☐ Främjat utrymme för kontinuerligt förbättringsarbete
- ☐ Andra insatser eller åtgärder. Vilka?

5. Har ni under det senaste året erbjudit specialistutbildningar för specialistsjuksköterskor utöver de etablerade examina som finns på högskolor?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Om ja, vilka?

6. Har ni under det senaste året använt hyrpersonal för att kortsiktigt fylla upp bemanningen i de olika yrkesgrupperna?

	Har ni använt hyrpersonal?	Om ja, vilka utmaningar har kunnat mötas genom att använda hyrpersonal?
	Ja	Nej
Arbetsterapeut		
Dietist		
Fysioterapeut		
Hälso- och sjukvårdskurator		
Logoped		
Psykolog		
Grundutbildad sjuksköterska		
Specialistsjuksköterska		

7. I de fall som ni under de senaste 2 åren har anställt nyutexaminerad legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, hur väl förberedda för kliniskt arbete bedömer ni att flertalet har varit?

- ☐ Mycket väl förberedda
- ☐ Väl förberedda

- ☐ Mindre väl förberedda
- ☐ Dåligt förberedda
- ☐ Kommunen har inte anställt någon nyutexaminerad hälso- och sjukvårdspersonal under de senaste 2 åren
- ☐ Vet inte / Kan inte bedöma

Om flertalet varit mindre väl eller dåligt förberedda, ge exempel på vilka brister ni sett:

8. Hur har möjligheten till att träffa läkare i kommunal hälso- och sjukvård förändrats sedan oktober 2021 (till exempel med avseende på särskilt boende, hem-sjukvård, elevhälsan)?

- ☐ Bättre tillgång
- ☐ Sämre tillgång
- ☐ Oförändrad tillgång
- ☐ Vet inte

Vill du lägga till några övriga kommentarer vad gäller viktiga kompetensförsörjningsfrågor fören god och jämlik hälso- och sjukvård och munhälsa i befolkningen?

Arbetsmarknadsenkät till yrkes- och professionsförbund

1. Beskriv om och på vilket sätt lägesbilden för legitimationsyrket har förändrats i september 2022 jämfört med vad ni rapporterade till Socialstyrelsen 2021 med avseende på:

- a) Arbetsmarknaden
- b) Balansen mellan tillgång och efterfrågan i dag, och på 5 års sikt
- c) Geografiska skillnader i balansen mellan tillgång och efterfrågan idag, och på 5 års sikt.
- d) Viktiga kompetensförsörjningsfrågor för en god och jämlik vård.

2. Beskriv utmaningar och möjligheter för legitimationsyrket baserat på lägesbilden i september 2022 med avseende på:

- a) Utbildningens attraktivitet och relevans (Till exempel med avseende på söktryck, genomströmning av studenter, tillgång till lärare och innehåll i utbildning/curriculum)
- b) Specialisering (Till exempel dess betydelse för karriärutveckling, attraktivitet och patientcentrerad vård)
- c) Fortbildningsmöjligheter (Till exempel med avseende på tillgång och ändamålsenlighet av fortbildning)
- d) Arbetsformer och arbetsvillkor (Dessa kan till exempel påverkas av förändrat vårdbehov i befolkningen, förändrat kunskapsläge, teknologiskutveckling, olika geografiska förutsättningar, politik, organisation, marknadsutveckling, förändringar i attityder hos legitimationsyrket)

3. Lista och länka till information (till exempel rapporter eller data) publicerade efter september 2021 som ni tycker är relevant för det nationella planeringsstödet.

Arbetsmarknadsenkät till Läkarförbundets specialistföreningar

1. Beskriv om och på vilket sätt lägesbilden för läkare/specialistläkare har utvecklats sedan september 2021 med avseende på:

- a) Arbetsmarknaden för läkare/specialistläkare
- b) Balansen mellan tillgång och efterfrågan idag, och på 5 års sikt
- c) Balansen mellan tillgång och efterfrågan i dag, och på 5 års sikt
- d) Geografiska skillnader i balansen mellan tillgång och efterfrågan idag, och på 5 års sikt.
- e) Viktiga kompetensförsörjningsfrågor för en kunskapsbaserad, säker och jämlik hälso- och sjukvård som möter befolkningens behov

2. Beskriv utmaningar och möjligheter för specialistläkare baserat på lägesbilden i september 2022 med avseende på:

- a) Specialistutbildning: (till exempel med avseende till tillgång av lärare, tjänstgöring, geografiska skillnader, privata aktörers roll, små och stora specialiteter, innehåll i utbildning/curriculum)
- b) Systematiskt kvalitetsförbättringsarbete och forskning
- c) Utveckling av en ändamålsenlig informationsteknologi som stödjer det kliniska arbetet
- d) Införande av nya evidensbaserade och säkra behandlingar och medicinteknik, samt avveckling av äldre metoder
- e) Utveckling av multidisciplinära team som består av olika funktioner, individer och kunskaper arbetar tillsammans för att nå ett specifikt mål.
- f) Kompetensväxling som metod för att frigöra läkarresurser
- g) Verksamhetsberoenden (till exempel andra funktioner, professioner och kunskaper som är nödvändiga för att bedriva jämlik och patientsäker hälso- och sjukvård)

3. Lista, länka och bifoga information (till exempel rapporter eller data) publicerade efter september 2021 som ni tycker är relevant för det nationella planeringsstödet.

4. Vill ni lägga till några övriga kommentarer vad gäller viktiga kompetensförsörjningsfrågor för en god och jämlik hälso- och sjukvård i befolkningen?

Mottagare av frågor

Yrkesgrupp	Organisation
Apotekare	Sveriges Farmaceuter
Arbetssterapeut	Sveriges Arbetsterapeuter
Audionom	Audionomerna
Barnmorska	Svenska Barnmorskeförbundet och Vårdförbundet

Yrkesgrupp	Organisation
Biomedicinsk analytiker	Vårdförbundet
Dietist	Dietisternas Riksförbund
Fysioterapeut	Fysioterapeuterna
Hälso- och sjukvårdskurator	Akademikerförbundet SSR
Kiropraktor	Kiropraktiska Föreningen i Sverige och Legitimerade Kiropraktors Riksorganisation
Logoped	Svenska Logopedförbundet
Läkare	Sveriges Läkarförbund och Sveriges Yngre Läkares Förening
Naprapat	Svenska Naprapatförbundet
Optiker	Svensk Optikerförening
Ortopedingenjör	Ortopedtekniska Branschrådet
Psykolog	Sveriges Psykologförbund
Psykiater	Akademikerförbundet SSR
Receptarie	Sveriges Farmaceuter
Röntgensjuksköterska	Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor och Vårdförbundet
Sjukhusfysiker	Svenska Sjukhusfysikerförbundet
Sjuksköterska	Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet
Tandhygienist	Sveriges Tandhygienistförening
Tandläkare	Sveriges Tandläkarförbund

Bilaga 8. Sammanställning över statsbidrag inom område psykisk hälsa 2022

Bland nedanstående statsbidrag finns de statsbidrag som handlar om stöd inom området psykisk hälsa.

Statsbidrag 2022	Beviljat Belopp	Webbplats
Familjehemsplaceringar Uppdrag att fördela statsbidrag till kommunerna för subventioner av familjehemsplaceringar	248 500 000	https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/kommuner/subventioner-av-familjehemsplaceringar/
Pilot barnhälsovård (kommuner 3 100 000 kr & Region 3 900 000 kr) Statsbidrag till regioner och kommuner för att genomföra en pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa bland barn	7 000 000	https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/regioner/pilotverksamhet-i-barnhalsovarden-kommuner-och-regioner/
Pilot SIS Statsbidrag till regionerna för utvecklingsarbete avseende viss verksamhet vid Statens Institutionsstyrelse (SIS)	15 000 000	https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/regioner/pilotprojekt-for-unga-som-var-das-vid-statens-institutionsstyrelse/
Sociala organisationer anslaget för Utsatta barn och deras familjer	22 976 000	https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/organisationer/vissa-organisationer-inom-det-sociala-området/
Sociala organisationer - Påfyllnadsmedel utsatta barn och deras familjer.	19 114 947	https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/organisationer/statsbidrag-pafyllnadsmedel-for-2022-till-vissa-organisationer-inom-det-sociala-området/
Statsbidrag till kommuner för sociala insatser i utsatta områden	243 500 000	https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/kommuner/sociala-insatser-i-utsatta-omraden/
Statsbidrag för 2022 till sociala insatser i utsatta områden, påfyllnadsmedel	216 800 000	https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/kommuner/sociala-insatser-i-utsatta-omraden-pafyllnadsmedel-2022/
Kvinno- och tjejjourer	98 500 000	https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/organisationer/kvinno--och-tjejjourer/
Skyddat boende	25 860 321	https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/organisationer/ideella-organisationer-som-driver-skyddat-boende/
Total	897 251 268	