

Resurs- och kapacitetskarta för hälso- och sjukvårdens personalförsörjning

Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 2 av 3

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

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

Artikelnummer: 2024-3-8944

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2023

Innehåll

Sammanfattning	4
Användningsområden för en resurs- och kapacitetskarta	7
Framtida utvecklingsområden	7
Inledning	9
Syfte	9
Metod	9
Begränsningar och möjliga fördjupningsområden	11
Rapportens logiska grund och upplägg	11
Förutsättningar: Geografi och befolkningsförändringar	17
Prognoser och vårdkonsumtion	20
Befolkningssammansättning	22
Hälsa och tillgänglighet	24
Förtroende för hälso- och sjukvården	26
Förväntningar och tillit till hälso- och sjukvården	28
Ekonomisk hållbarhet och infrastruktur	30
Hälso- och sjukvårdens infrastruktur	31
Hälso- och sjukvårdspersonal	34
Utbildning och forskningskapacitet	44
Policy, strategier och levnadsförhållanden	48
Sammanfattande lägesbeskrivning och utvecklingsområden..	52
Referenser	55

Sammanfattning

Att försörja hälso- och sjukvårdens alla verksamheter med personal som besitter kunskaper, färdigheter och erfarenheter som kan möta upp dagens och framtidens vårdbehov är en av hälso- och sjukvårdens största utmaningar.

Om hälso- och sjukvården skulle arbeta på samma sätt som idag men med en äldre befolkningssammansättning skulle vårdbesöken i specialistvården öka med 13 procent och vårdtiden i slutenvården med 23 procent till år 2041 jämfört med idag. De prognoser som bland annat Nationella vårdkomptensrådet, Universitetskanslersämbetet (UKÄ), Socialstyrelsen, Statistiska Centralbyrån (SCB), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) regelbundet gör visar att det inte kommer att vara möjligt att utöka personalen i samma takt för att möta vårdbehoven. I stället krävs det att hälso- och sjukvården gör en förflyttning till att på ett effektivt sätt använda tillgängliga personalresurser och samtidigt stimulera till robusta personalförsörjningskedjor som är uthålliga över tid.

Socialstyrelsens resurs- och kapacitetskarta utgår från att tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster ska vara dimensionerad på ett sätt som gör det möjligt att möta upp dagens- och framtidens vårdbehov i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) målsättningar.¹ Samtidigt kommer dimensioneringen se olika ut beroende på att hälso- och sjukvården har olika förutsättningar och organiseras på olika sätt. En central fråga är i vilken mån hälso- och sjukvården har en samlad kapacitet för att nå målen.

Socialstyrelsen har i denna rapport sammanställt olika datakällor utifrån faktorer som på olika sätt belyser regioners olika förutsättningar att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster utifrån de olika vårdbehov som finns i Sveriges olika regioner. Följande områden belyses i denna rapport:

- Geografi, befolkningsutveckling
- Vårdkonsumtion
- Befolkningssammansättning
- Hälsa och tillgänglighet
- Förtroende för hälso- och sjukvården
- Förväntningar och tillit till hälso- och sjukvården
- Ekonomisk hållbarhet
- Hälso- och sjukvårdens infrastruktur
- Hälso- och sjukvårdspersonal
- Utbildning, forskning och utveckling

¹ Enligt 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Inom ramen för det nationella planeringsstödet (NPS) har Socialstyrelsen gjort en förflyttning från att göra antalsberäkningar av legitimerad personal till att ge en mer mångdimensionell bild av personalförsörjningen och ett mer samlat stöd som sätter personalförsörjningen i ett större sammanhang. Utifrån de uppgifter och datakällor som presenteras i denna resurs- och kapacitetskarta ser Socialstyrelsen ett behov av att hälso- och sjukvårdens olika aktörer gemensamt samlas i dialog där de kan ge sin syn och sina bedömningar över vilka konsekvenser de ser för sina verksamheter.

I nästa rubrik presenteras en kort översikt över de statistiska uppgifter som sammanställts i denna delrapport av NPS 2024.

Statistisk sammanställning

- Vårdtiden i specialistvården (åldersjusterat) varierar mellan olika län. År 2022 hade Gotland, Blekinge och Stockholm högst antal vårddagar per 1 000 invånare.
- Antalet vårdbesök till specialistvården (åldersjusterat) varierar mellan regioner. År 2022 hade t.ex. Stockholm 1,9 fler vårdbesök per 1000 invånare än Västra Götaland.
- De län som har en negativ befolkningsutveckling har en äldre befolkningssammansättning jämfört med andra län. Dessa län har också en lägre självskattad hälsa.
- Störst förtroende för hälso- och sjukvården har invånare i regionerna Halland, Jönköping, Kalmar och Gotland. Lägst förtroende har Norrland, Västernorrland, Skåne och Stockholm.
- Den ekonomiska hållbarheten i regionerna bedöms som högst i Stockholm och Västra Götaland. Lägst hållbarhet har Södermanland, Värmland, Kalmar och Gotland.
- Hälso- och sjukvårdens infrastruktur är framförallt koncentrerad till områden med högre befolkningstäthet, såsom storstadskommuner och blandade kommuner.
- År 2021 var 53 procent av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen koncentrerad till storstadslänen.
- År 2021 var tillgängligheten till läkare per 1 000 invånare högst i storstadslänen.
- År 2021 var tillgängligheten till sjuksköterskor högre i utflyttningslänen jämfört med storstadslänen.
- År 2021 var tillgängligheten till undersköterskor per 1 000 invånare högre i utflyttningslänen jämfört med storstadslänen.
- År 2022 var den procentuella andelen heltidsarbetare högst i Norrbotten och Västernorrland inom specialiserad somatisk vård.
- År 2022 var den procentuella andelen av psykiatrisk specialiserad vård högst i Västernorrland, följt av Uppsala och Gävleborg.
- Levnadsförhållande skiljer sig mellan olika län. Norrland, Västerbotten och Stockholms läns hade högst skattade levnadsförhållande år 2022.

Användningsområden för en resurs- och kapacitetskarta

Resurs- och kapacitetskartan som presenteras i den här rapporten synliggör regionernas olika förutsättningar och utgår från faktorer som tillsammans påverkar behovet av sjukvårdstjänster för att möta upp målsättningarna i 3 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Den kan bidra till att identifiera strategiska framtidsfrågor som påverkar hälso- och sjukvårdens personalförsörjning.

Resurs- och planeringskartan kan användas för att identifiera likheter och skillnader mellan olika regioner och därmed stimulera till dialog och analyser som har förmåga att ta in flera parametrar som påverkar förutsättningarna för att främja hållbara personalförsörjningskedjor i Sveriges samtliga regioner. Den kan användas av nationella aktörer som påverkar eller analyserar hela hälso- och sjukvårdens personalförsörjning, samt av regionala aktörer som behöver planera och säkerställa en god personalförsörjning i verksamheterna.

Detta underlag ska ses som ett steg mot att främja ett mer utvecklat stöd för personalplanering som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens utveckling. Detta arbete ingår också som en del av Socialstyrelsens strategiska utveckling mot att ge mer samlat stöd på systemnivå.

Framtida utvecklingsområden

Ett utvecklingsområde för NPS är att kombinera bedömningar av tillgång och efterfrågan av personalresurser med utvecklingen av kunskapsstyrningen utifrån ett regionalt verksamhetsperspektiv. Detta för att säkerställa att kunskapsstyrningen bidrar till att knyta ihop vårdkedjor, även för patienter som har komplicerade eller komplexa vårdbehov. Ett annat utvecklingsområde handlar om att kombinera olika datakällor som gör det möjligt att följa hela personalförsörjningskedjor, från utbildning till introduktion i arbetslivet, karriärutveckling, specialisering, handledning, utveckling av multidisciplinära team och forskning på aggregerad nivå. Detta för att bättre förstå flyttmönster och arbetsmarknadsrörelser. Detta är speciellt viktigt inom professioner där det råder stor brist, såsom sjuksköterskor, men det kan också göras utifrån grupper av professioner som arbetar i team och inom liknande områden. För att förstå hur personalresurserna används behöver ett utvecklingsarbete handla om att kunna kartlägga utvecklingen av personalens arbetsuppgifter.

Socialstyrelsen har för avsikt att fortsätta utveckla resurs- och kapacitetskartan i NPS genom att ta fram nya datadrivna underlag. Utifrån de uppgifter och datakällor som presenteras i denna resurs- och

kapacitetskarta ser Socialstyrelsen behov av fortsatt dialog med hälso- och sjukvårdens huvudmän, andra myndigheter, SKR, yrkes- och professionsförbunden, lärosäten, aktörer inom vårdens kunskapsstyrning och Nationella vårdkompetensområdet. Sådana gemensamma dialoger utifrån uppgifterna i den här rapporten bör fokusera på utveckling inom följande områden:

1. Vårdbehov och innehåll i utbildningar

- Utvecklade prognoser om vårdbehov utifrån ett regionalt perspektiv.
- Stärkt koppling mellan hälso- och sjukvårdens målsättningar och innehåll i utbildningar samt fortbildning för att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha aktuell kunskap som gör att de kan möta upp dagens- och framtidens vårdbehov.

2. Introduktion till arbetsliv och bemanning i olika regioner

- Följa enskilda professioner och grupper av professioners från ursprunglig bostadsort, utbildning, etablering på arbetsmarknaden, flyttmönster samt karriärprogressioner på aggregerad nivå.
- Kartläggning av insatser som har syftat till att rekrytera personal till glesbygd och områden som är svåra att rekrytera till och utvärdera deras effekt på kort (1–4 år) och medellång sikt (5–10 år).

3. Utveckling av personalstatistik

- Fortsatt utveckling av personalstatistiken i samarbete med SCB och UKÄ, inklusive en översyn av förutsättningarna för en ordnad process för registrering av ST-läkare för att få en nationell bild över tillväxten av läkarspecialiteter och dess regionala fördelning.
- Fortsatt utveckling av statistiska underlag som visar hur arbetsuppgifterna för läkare inom olika vårdformer och diagnosområden utvecklats över tid.
- Utveckling av statistiska underlag som visar hur andra legitimationsyrkens arbetsuppgifter utvecklas över tid.

4. Hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt

- Utvecklande av underlag som gör det möjligt att följa utvecklingen av hälso- och sjukvårdens organisationer. Det kan till exempel handla om att lyfta från framgångsrika organisationer, processer och arbetssätt som främjar multidisciplinära team med olika kunskaper, färdigheter och erfarenheter som arbetar personcentrerat med patienter som har komplexa vårdbehov.
- Utveckling av ett strategiskt ramverk som gör det möjligt att sammankoppla kunskapsstyrningens målsättningar med ansvariga organisationers samlade kapaciteter att leverera ett resultat.²
- Utvecklade underlag som gör det möjligt att följa patientens väg genom hälso- och sjukvården för att kunna bedöma vilka utsträckning personalresurser allokeras på ett sätt som ger störst patientnytta.

² Samlade kapaciteter utgörs av en kombination av nödvändiga teamaktiviteter, samlade färdigheter, kunskaper, erfarenheter och processer som tillsammans levererar ett resultat.

Inledning

För att kunna göra en bedömning över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utifrån ett regionalt perspektiv behöver personalförsörjningen i hälso- och sjukvården ställas i relation till dagens- och framtidens vårdbehov samt Sveriges olika geografiska förutsättningar.

Ett stöd för planering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utifrån ett regionalt perspektiv handlar om att stödja en inriktning mot att hälso- och sjukvårdens samlade kapaciteter, i form av organisationer, kunskaper, funktioner och erfarenheter, samarbetar för att möta dagens- och framtidens vårdbehov. Tidigare försök till att generera exakta personalprognoser har inte lyckats visat på dessa faktorer i hälso- och sjukvårdssystemet. Hälso- och sjukvårdens organisationer är i ständig förändring och det gör att personalprognoser aldrig kan vara exakta.

Syfte

Socialstyrelsens resurs- och planeringskarta syftar till att skapa en ökad förståelse för regionernas förutsättningar att arbeta med en effektiv och ändamålsenlig personalförsörjning genom att kartlägga hälso- och sjukvårdens resurser och kapaciteter utifrån ett regionalt perspektiv. Den visar också hur olika faktorer tillsammans påverkar tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal.

Ett annat syfte med resurs- och planeringskartan är att den ska kunna användas som stöd för att identifiera strategiska framtidsfrågor som påverkar hälso- och sjukvårdens personalförsörjning och stimulera till dialog och fortsatt utvecklingsarbete.

Metod

Socialstyrelsen resurs- och kapacitetskarta för hälso- och sjukvården utgår från att tillgången på vårdtjänster för att hälso- och sjukvårdens huvudmän ska kunna möta upp sina åtaganden utifrån hälso- och sjukvårdslagens målsättningar. Företräde till vården ska ges till dem som har störst behov enligt den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården.³ I korthet betyder detta att till skillnad från flera andra länder, såsom till exempel USA, är Sveriges hälso- och sjukvård inte styrd av befolkningens efterfrågan, utan utifrån dem som har störst vårdbehov.

³ Den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården beslutades av riksdagen 1997 (1996/97:SoU14). Den anger de tre principer som ligger till grund för prioriteringar av vård till dem som har störst behov: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

Socialstyrelsens resurs- och kapacitetskarta för hälso- och sjukvården respektive tandvården (tandvården presenteras i delrapport 3) utgår från SCB:s befolkningsprognoser. Genom att gruppera regioner utifrån förväntade befolkningsförändringar undersöker Socialstyrelsen om det finns mönster som kan ha inverkan på tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster. Detta är en viktig uppgift utifrån perspektivet att geografisk hemvist inte ska vara avgörande för vilken vård som invånarna ska få tillgång till. Med andra ord ska de som behöver hälso- och sjukvårdstjänster kunna förvänta sig samma kvalitet och tillgång till vård oavsett var i landet de bor.

Att arbeta utifrån längre prognoser om befolkningsutveckling är önskvärt, eftersom det kommer att påverka befolkningens vårdbehov. En längre tidshorisont är också något som är viktigt utifrån ett personalförsörjningsperspektiv, eftersom insatser på utbildningsområdet får effekt först efter 3–5 år. Forskningen har ännu längre tidshorisont, vilket betonar vikten av en strategisk och långsiktig planering inom hälso- och sjukvården. För att spegla regionernas olika förutsättningar kommer Socialstyrelsens resurs- och planeringskarta utgå från den modell som presenteras nedan i figur 1. Socialstyrelsen har tillskapat modellen för att bättre kunna fånga tillgång och efterfrågan utifrån ett helhetsperspektiv.

Figur 1. Faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan på vårdtjänster



Begräsningar och möjliga fördjupningsområden

Socialstyrelsens resurs- och kapacitetskarta ger en grundläggande bild för att förstå regioners olika förutsättningar utifrån demografiska förändringar. Samtidigt ger resurs- och kapacitetskartan en översiktlig bild över dess konsekvenser för hälso- och sjukvårdens olika verksamheter.

För fördjupade analyser behöver prevalensen över olika folksjukdomar beskrivas och analyser behöver göras över dess konsekvenser för ekonomi, resursåtgång i form av infrastruktur, läkemedel, medieteknik, infrastruktur, behov och utveckling av kompetens, utvecklingsbehov av hälso- och sjukvårdens organisation inklusive förflyttningen till att patienten blir en resurs och en aktiv aktör i sin egen vårdprocess.

Rapportens logiska grund och upplägg

Nedan beskrivs innehållet i delrapportens olika kapitel. Rapporten börjar med att kartlägga grundförutsättningar för landets olika regioner. Därefter analyseras faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster. Slutligen förs ett resonemang om strategiska frågor för personalförsörjningen.

Grundförutsättningar: Geografi och befolkningsförändringar

Regioners grundförutsättningar för att möta framtidens vårdbehov bestäms av befolkningsförändringar samt geografiska förutsättningar.

SCB gör kontinuerligt prognoser över framtidens befolkningsutveckling. SCB:s prognos över demografisk och befolkningsutveckling bygger på historiska data. Utifrån det görs befolkningsframskrivningar som innehåller många osäkerhetsfaktorer. Samtidigt lyfter Tillväxtverket fram att de faktorer som historiskt har ändrat de långsiktiga prognoserna för regionerna har antingen varit invandring eller etablering av lärosäten. Det har historiskt varit utmanande att stimulera mobilitet av invånare inom Sveriges gränser att flytta till glesare befolkade områden.

Geografiska avstånd och befolkningstäthet har betydelse för hälso- och sjukvårdens organisation. Sverige har stora ytor som är glest befolkade, vilket påverkar hälso- och sjukvårdens organisation. Geografiska avstånd har också betydelse för tillgängligheten till vårdcentraler och sjukhus, vilket kan påverka tillgänglighet till hälso- och sjukvårdstjänster. Det har vidare

betydelse för hur arbetsmarknaden ser ut för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och dess familjer. I vissa fall kan digitala hälso- och sjukvårdstjänster användas för att kompensera för geografiska avstånd. Detta kan vara särskilt användbart för konsultationer, uppföljning och rådgivning när patienter och hälso- och sjukvårdspersonal inte kan mötas fysiskt.

Prognoser och vårdkonsumtion

Den förändrade befolkningssammansättningen kommer att påverka vårdkonsumtionen under de kommande 20 åren. Det är därför viktigt att utveckla prognoser om vårdkonsumtion. Samtidigt behöver även vårdbehov som inte tillgodoses identifieras. Detta för att bättre kunna dimensionera och organisera hälso- och sjukvården efter patientnytta.

Befolkningssammansättning

Befolkningssammansättning har betydelse för att förstå vårdbehov och dess konsekvenser för kompetensförsörjningen. Orsaken till detta samband är att olika åldersgrupper och kön har olika vårdbehov och hälsoproblem. Om det finns en stor andel äldre personer i befolkningen kan det till exempel krävas mer resurser inom äldreomsorgen och geriatrisk vård. Om det finns en högre andel kvinnor i barnafödande ålder behöver det finnas resurser för mödravård och vård för små barn. Om det finns en högre andel personer med funktionsnedsättning kan det krävas mer specialiserad vård för att möta deras behov.

Tätbefolkade urbana områden har högre befolkningsdensitet, vilket ofta leder till en ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård. Vidare har ofta urbana miljöer en ökad koncentration av resurser. Vidare finns det större mångfald av sjukdomar och hälsoproblem i större patientpopulationer. Det bidrar ytterligare till att urbana miljöer har en större bredd av specialiseringar inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Genom att analysera befolkningsdata och sjukdomsförekomst kan vårdbehov mätas på befolkningsnivå. Detta kan vara användbart för att planera hälso- och sjukvårdsresurser samt för att identifiera särskilda riskgrupper eller geografiska områden med högt vårdbehov.

Socioekonomiska skillnader och skillnader i utbildningsnivå är nära sammankopplade och påverkar hälsan hos befolkningen [1]. Grupper med högre utbildning har ofta hälsosammare levnadsvanor och lägre hälsorisker. Till exempel är det väldokumenterat att generella hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inte når alla grupper i lika stor omfattning. En grupp som tenderar att missgynnas är individer med låg utbildningsnivå

[2]. Några troliga förklaringar handlar om förtroende, fysisk tillgänglighet, bemötande, och hälsolitteracitet⁴ [3].

Självskattad hälsa och tillgänglighet

Befolkningens hälsa och sjukdomspanorama kan se olika ut på olika platser i Sverige. Det beror på befolkningssammansättning, men lokala skillnader kan också förekomma som är kopplade till specifika levnadsvillkor och genetiska faktorer. Tillgängligheten till hälso- och sjukvården skiljer sig också åt mellan olika län.

Förtroende för hälso- och sjukvården

Invånarnas förtroende för hälso- och sjukvården kan ha en betydande påverkan på efterfrågan. Om invånarna har hög tillit till hälso- och sjukvården och dess aktörer, är de mer benägna att söka vård när de behöver det. Misstro gentemot hälso- och sjukvård kan leda till att människor undviker att söka vård fast de är behov av det [4].

Förväntningar och tillit till hälso- och sjukvården

Medborgares förväntningar och syn på hälso- och sjukvårdens kapacitet för att möta upp målsättningarna i 3 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), det vill säga att kunna erbjuda vård efter behov, utgör en viktig faktor för samhällskontraktet mellan medborgare och hälso- och sjukvården. Ett välfungerande samhällskontrakt mellan hälso- och sjukvården sätter höga krav på politiken, medborgarna och olika aktörer inom hälso- och sjukvården. En av politikens uppgifter är att omvandla den etiska plattformen till praktisk styrning. Det innebär bland annat ansvar för att göra horisontella prioriteringar, det vill säga prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper. Hälso- och sjukvårdens organisationer har i uppgift att förvalta resurser för att kunna ge bästa möjliga patientnytta. Utifrån medborgarnas perspektiv är det viktigt att det finns en transparens över grunden för politiska beslut, prioriteringar och synliggörande av tillgängliga resurser. Detta för att skapa rätt förväntan, medvetenhet och tillit till användning av skattemedel. Både politiken och hälso- och sjukvårdens organisationer behöver kunna beakta både individuella och kollektiva perspektiv, det vill säga både enskilda behov och bredare samhällsutmaningar [5].

⁴ En definition av hälsolitteracitet är att den inkluderar den kunskap och kompetens som möjliggör för en individ, genom organisatoriska strukturer och resurser, att få tillgång till, förstå, värdera och använda information på ett sätt som både främjar och upprätthåller god hälsa och välbefinnande.

Ekonomisk hållbarhet

Att säkerställa ekonomisk hållbarhet inom hälso- och sjukvården är en utmaning för Sverige och andra jämförbara länder inom OECD. Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader är höga i jämförelse med andra länder, både som andel av bruttonationalprodukt (BNP) och per invånare. I reella termer har kostnaderna för hälso- och sjukvård per capita i stort sett varit oförändrade sedan 2016, även om det har skett en viss ökning under 2020, troligtvis till följd av statliga tillskott som gjordes under covid-19-pandemin. När vi tittar på regionernas nettokostnader, som inte inkluderar de specifika statsbidragen, har dessa däremot inte ökat. Under 2023 har inflationen påverkat kostnadsutvecklingen och det är en betydande utmaning inom hälso- och sjukvården [6].

Hälso- och sjukvårdens infrastruktur

Hälso- och sjukvårdens infrastruktur har betydelse för vilka vårdtjänster som finns tillgängliga. Det handlar till exempel om fysisk infrastruktur i form av byggnader, IT- system samt hur kunskap tas emot, används och utvecklas utifrån ett organisatoriskt perspektiv [7].

Hälso- och sjukvårdspersonal

Sedan 2000 har Sverige utvecklats mot en ökad urbanisering och det är en ihållande trend som förväntas fortsätta i framtiden. Detta påverkar regioners förutsättningar att attrahera och behålla sjukvårdspersonal.

Högutbildade söker sig ofta till platser med andra högutbildade. Invånare i stora städer och storstadsnära kommuner har högre utbildningsnivå jämfört med mindre städer och landsbygdskommuner. I storstadsområdena är knappt fyra av tio högutbildade medan andelen är hälften så stor i mindre städer och landsbygdskommuner. Förutom storstäder är utbildningsnivån hög i städer med universitet eller högskolor [8].

En hög och ojämn fördelning av äldre utgör samtidigt ett hinder för att skapa en hållbar regional samhällsutveckling bland annat på grund av att tillgången till arbetsplatser har sjunkit i många delar av landet, vilket gör att det kan bli svårt att kombinera familjeliv och arbete. Att rekrytera högutbildad personal till kommuner med låg befolkningstäthet är därför särskilt utmanande i dessa områden [9].

Storstadskommuner och kommuner som ligger i närliggande områden till större städer kan också vara attraktiva för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Dessa områden möjliggör ett större urval av vårdgivare och andra relevanta arbetsgivare. I tillägg har befolkningstätheten betydelse för patientunderlag. I urbana områden finns det därför större möjligheter till specialisering, fördjupning och karriärutveckling inom olika områden.

Utbildning, forskning och utveckling

Tillgång till utbildnings-, forsknings- och innovationsmiljöer bidrar till att attrahera studenter, vilket får betydelse för befolkningssammansättningen. Samtidigt ökar karriärvalsmöjligheter för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Tillgång till högre utbildning och forskningsinstitutioner ökar möjligheterna för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att delta och leda utbildning och forskningsprojekt. När det finns en koncentration av resurser möjliggör det också ökat samarbete, både mellan olika forskningsområde och olika aktörer som arbetar inom områden som är relevanta för hälso- och sjukvården. Vidare kan de stora teknik och medicinska genombrotten som pågår inom hälso- och sjukvården bidra till att stärka attraktiviteten till att arbeta i miljöer som har närhet till avancerade forskningsinfrastruktur och laboratorier. När det finns en koncentration av utbildning och forskning i ett område skapar det vidare större förutsättningar till företagande och entreprenörskap. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals möjligheter att dra nytta av innovation och företagsverksamhet som är kopplad till utbildning och forskning kan därför inverka på val av bostadsort [10].

Utifrån ett utbildnings- och forskningsperspektiv är det viktigt att notera att hälso- och sjukvården i allt högre utsträckning hanterar patienter med kroniska och mer komplexa tillstånd. Detta förutsätter en hög grad av individanpassning. Denna utveckling beror på den medicinska utvecklingen och för att patienterna själva kräver det. Denna utveckling ökar behovet av en organisation som främjar kontextbaserad kunskapsutveckling. Det synliggör att kunskap till viss del är knutet till sitt sammanhäng. Det finns därför behov av en balans mellan centralt producerade, evidensbaserade kunskapsunderlag och mer kliniknära kunnande och erfarenhetsbaserat lärande. I detta arbete har både utbildningen och forskningen en stor roll att spela.

Policy, strategier och levnadsförhållanden

Utveckling av policy och strategier är grundläggande för en effektiv och hållbar hälso- och sjukvård. Det handlar bland annat om områden såsom prioriteringar och resursallokeringar av begränsade resurser, till exempel. personal, utrustning och ekonomiska resurser. Andra faktorer handlar om utveckling av standarder och nationella riktlinjer för att främja jämlikhet, patientsäkerhet, kvalitet och personcentrering.

Digitalisering och teknologisk utveckling är två områden som underlättas av tydliga riktlinjer som säkerställer integritet, säkerhet och effektiv användning av digitala teknologier. Dessutom stärks patientcentrerad vård genom policyer som främjar modeller där patientens perspektiv integreras, och patienterna aktivt involveras i beslutsprocessen.

I ett vidare perspektiv är hälso- och sjukvårdens behov av utveckling nära sammankopplad till Sveriges ekonomiska och sociala utveckling. Ett område som är intressant utifrån detta perspektiv är levnadsförhållanden. Det påverkar befolkningens hälsa. I tillägg kan levnadsförhållanden inverka på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals val av bostadsort och arbetsplats. Mot bakgrund av att Sverige har stora områden som är glest befolkade med en äldre befolkningssammansättning kommer hälso- och sjukvårdens förmåga att kunna attrahera och behålla personal inom dessa områden att vara en av välfärdens viktigaste frågor. Om Sverige inte kan möta dessa utmaningar riskerar många äldre och ensamma att stå utan adekvat vård i stora delar av Sverige.

Sammanfattande lägesbeskrivning och utvecklingsområden

Utifrån uppgifterna som sammanställts i resurs- och kapacitetskartan för hälso- och sjukvården kommer Socialstyrelsen att identifiera strategiska områden för vidare utveckling. Detta är områden som har betydelse för att öka kunskapen om personalförsörjningen av hälso- och sjukvården och för att identifiera strategiska utvecklingsområden som ökar Sveriges förmåga att kunna planera för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar på kort och lång sikt. I nästföljande avsnitt utgår rapporten från den logiska grund som är beskriven ovan.

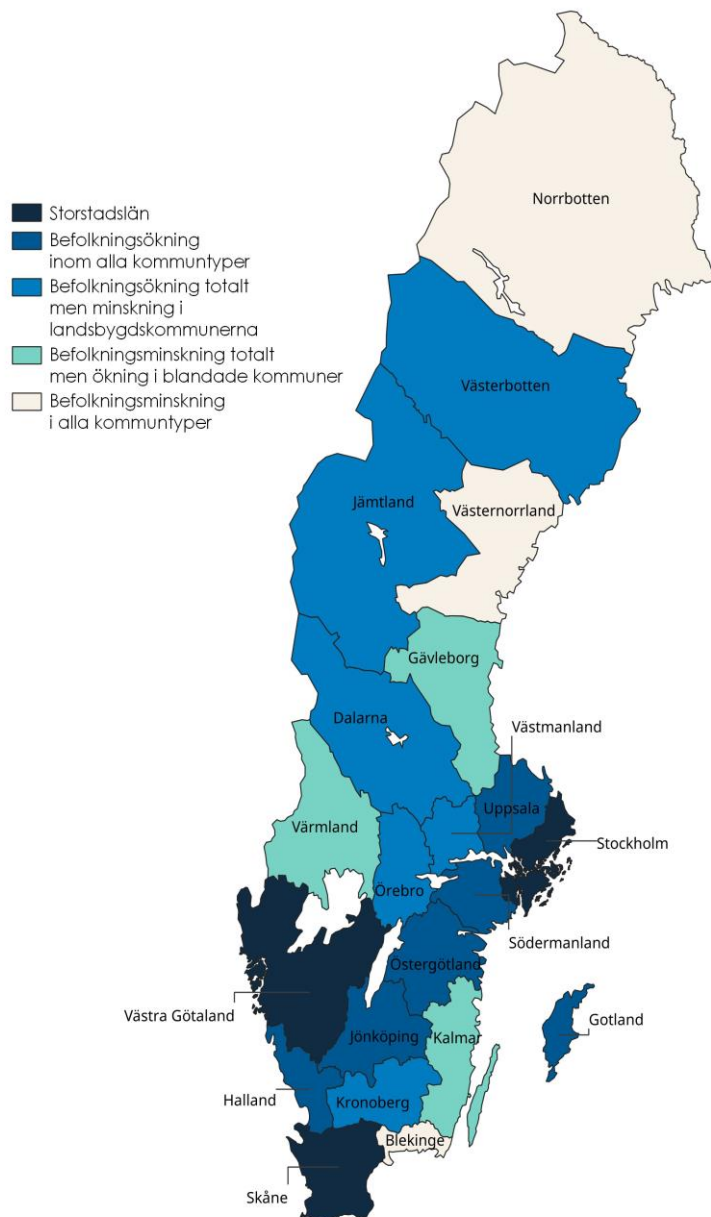
Förutsättningar: Geografi och befolkningsförändringar

Av Sveriges 10,5 miljoner invånare bor 3,5 miljoner i storstadskommuner. Kommuner som präglas av landsbygd och långa avstånd till städer har 1,6 miljoner invånare. Utvecklingen mot en ökad urbanisering förväntas fortsätta i framtiden, dock med regionala skillnader. Sedan mitten av 1990-talet har befolkningen i landsbygdsområden fortsatt att minska samtidigt som tätortsområdena fortsatt att öka. Skogslänens inland har haft den största befolkningsminskningen, procentuellt sett [9].

Utifrån Statistikmyndighetens (SCB) uppgifter och Tillväxtverkets analyser går det att gruppera regioner utifrån förväntade demografiska förändringar. För hälso- och sjukvården är detta en viktig faktor att förstå för att kunna möta upp kommande vårdbehov. Framförallt blir detta en viktig fråga i ljuset av en åldrande befolkning och den pågående utflyttningen från glesbygdsområden i stora delar av Sverige.

Socialstyrelsen har valt att gruppera länen utifrån demografiska förändringar som tar hänsyn till länets befolkningstäthet och förväntad ökning eller minskning av befolkningen. Befolkningstäthet fångas in genom att gruppera länen utifrån hur kommunsammansättningen ser ut. Tillväxtverket definierar kommuner i kategorierna landsbygdskommuner, blandade kommuner och storstadskommuner. Utifrån Tillväxtverkets definitioner har Sverige tre storstäder, Stockholm, Göteborg och Malmö. Med blandade kommuner avses att reseavståndet inte ska vara längre än 50 minuter till en kommun med 50 000 invånare eller fler. Övriga som inte uppfyller dessa kriterier definieras som landsbygdskommuner.

Figur 2: Karta över grupper av län baserat på befolkningsprognoser



Baserat på Tillväxtverkets definitioner har Socialstyrelsen grupperat Sveriges regioner utifrån fem kategorier. Se kartan ovan. Kategorierna definieras enligt följande:

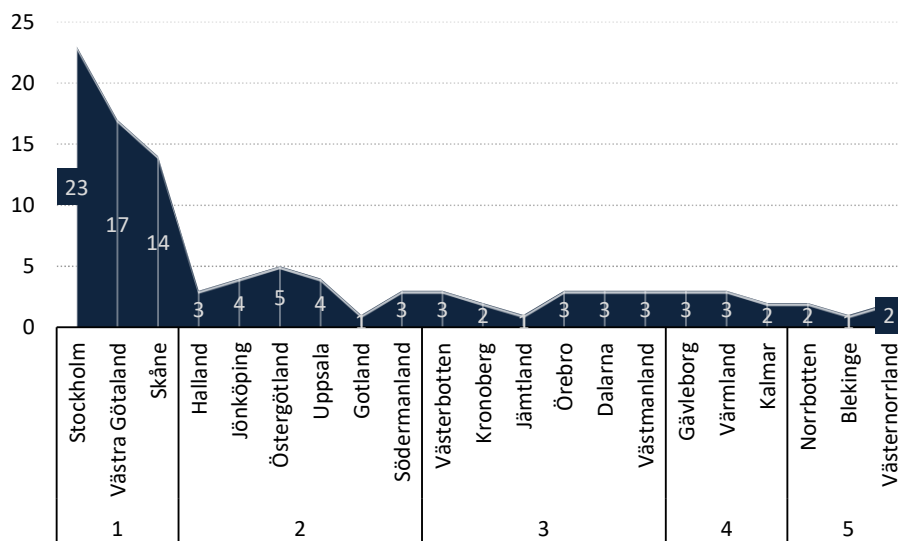
- **Kategori 1.** Län som omfattar storstäder. I denna grupp bor 53 procent av Sveriges invånare.
- **Kategori 2.** Län som har en befolkningsökning i alla typer av kommuner. I dessa ingår länen Halland, Jönköping, Östergötland, Uppsala, Gotland och Södermanland. Där bor 19 procent av Sveriges invånare.
- **Kategori 3.** Län som har en befolkningsökning totalt, men en minskning i landsbygdskommuner. De län som ingår i denna grupp är Västerbotten,

Kronoberg, Jämtland, Örebro, Dalarna och Västmanland. I dessa län bor 14 procent av Sveriges invånare.

- **Kategori 4.** Län som har en befolkningsminskning totalt, men en ökning i blandade kommuner. I denna grupp ingår Gävleborg, Värmland och Kalmar. Där bor åtta procent av Sveriges invånare.
- **Kategori 5.** Den sista gruppen av län har en befolkningsminskning i alla typer av kommuner. Där ingår länen Norrbotten, Västernorrland och Blekinge. Där bor sju procent av Sveriges befolkning.

Figur 3 illustrerar nuvarande befolkningssammansättning utifrån de fem länskategorier ovan.

Figur 3. Fördelning av befolkningen år 2022



Källa: SCB befolkningsstatistik 2022

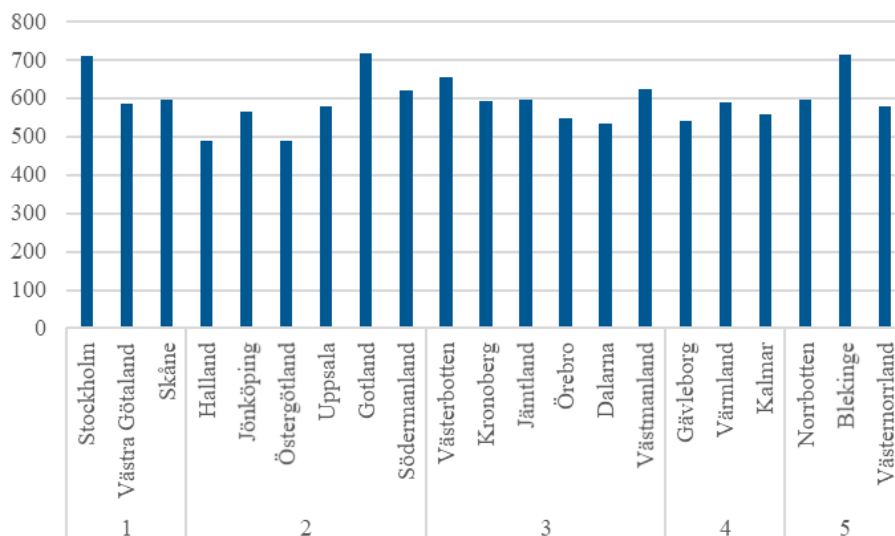
Prognoser och vårdkonsumtion

Den förändrade befolkningssammansättningen kommer att påverka vårdkonsumtionen under de kommande 20 åren. Om vi antar att vårdkonsumtionen är densamma per ålderskategori över tid och för den samman med befolkningsutveckling enligt SCB:s prognoser, skulle specialistvårdsbesöken öka med 13,3 procent och vårdtiden i slutenvården med 22,6 procent. År 2042.

Idag kan vi se att vårdkonsumtionen skiljer sig mellan olika regioner. Figur 4 visar vårdtid per dag i olika regioner som är åldersjusterad. Den visar att Gotland, Blekinge och Stockholm hade högst antal vårddagar per 1000 personer år 2022. Läst antal dagar hade Halland och Östergötland.

Figur 4. Antal vårdtid i dagar per 1 000 personer

Åldersjusterat för år 2022

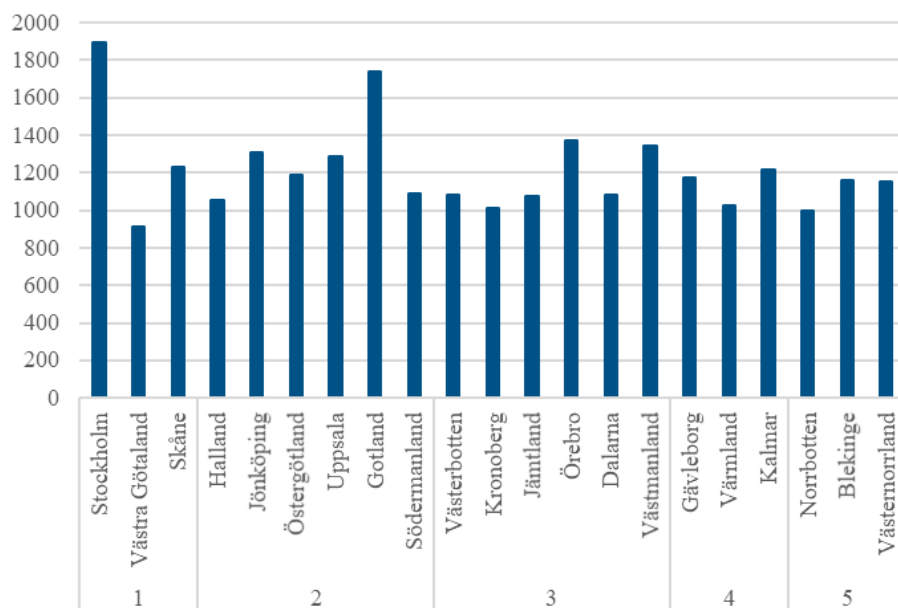


Källa: Socialstyrelsen

Figur 5 visar att antalet åldersjusterade vårdbesök i specialistvården var högst i Stockholm och Gotland och lägst i Västra Götaland.

Figur 5. Antal vårdbesök i specialistvården per 1 000 personer

Åldersjusterat för år 2022



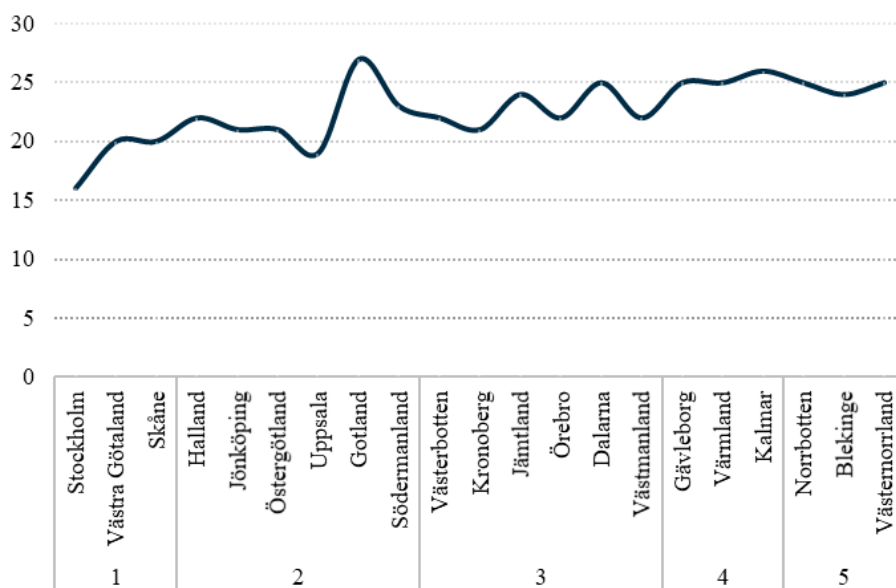
Källa: Socialstyrelsen

Befolkningssammansättning

Utifrån att Sverige liksom hela Europa har en åldrande befolkning och att vårdbehoven är förväntade att öka i och med en åldrande befolkning är det intressant att belysa hur stor andel som är 65 år och äldre som bor i olika län. I figur 6 nedan synliggörs det att storstadslänen har en yngre befolkningssammansättning.

Figur 6. Procentuell andel av befolkningen som är 65 år och äldre

Sorterat enligt länskategori 1–5



Källa: SCB:s befolkningsstatistik för socioekonomiska skillnader år 2022

Län med en negativ befolkningsutveckling har en äldre befolkningssammansättning. Län som har större lärosäten har en yngre befolkningssammansättning och Gotland har störst andel som är 65 år och äldre.

Det är av yttersta vikt att beakta befolkningssammansättningen när det gäller planering av personalresurser, särskilt med tanke på närmare hälften inom åldersgruppen 65–74 år och över 80 procent bland personer över 85 år, har minst två kroniska sjukdomar enligt utredningen *God och nära vård* [11]. En stor del av hälso- och sjukvårdsresurserna riktas mot personer med flera kroniska sjukdomar. De står för cirka hälften av de totala sjukvårdskostnaderna och mer än hälften av alla besök på akutmottagningar [12]. I takt med att den äldre befolkningen med multipla kroniska sjukdomar ökar, ökar behovet av att samordna vård och i många fall även omsorg.

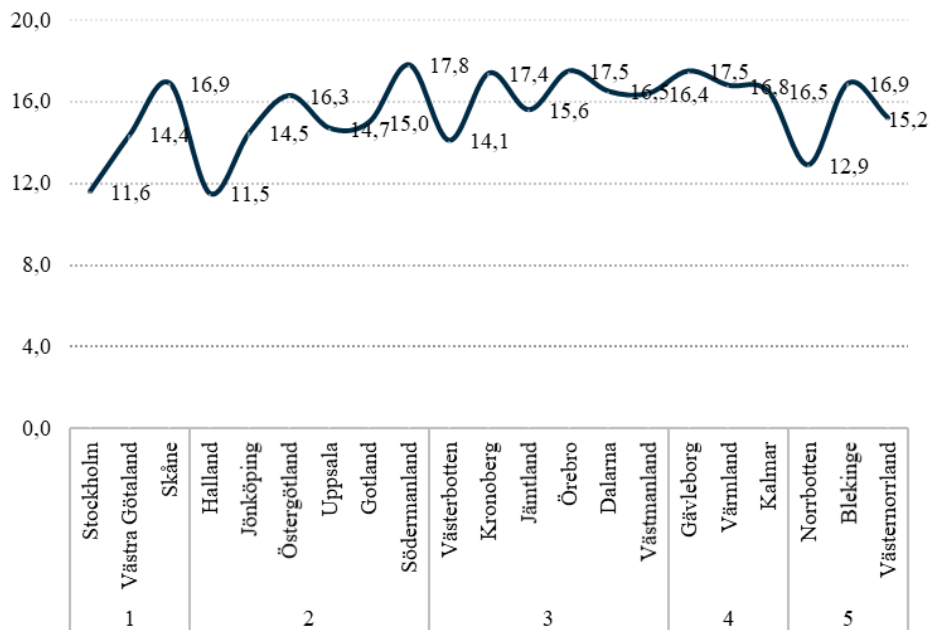
Det finns ett starkt samband mellan hälsa och socioekonomi. Ett sätt att illustrera socioekonomiska skillnader är att undersöka andelen invånare med låg ekonomisk standard. SCB definierar låg ekonomisk standard med att

personer lever i hushåll vars ekonomiska standard är mindre än 60 procent av medianvärdet i befolkningen [13].

Enligt SCB:s uppgifter var andelen med låg ekonomisk standard i genomsnitt 14,7 procent år 2021. Figur 7 visar vid en uppdelning utifrån olika län att Halland följt av Norrbotten och Stockholm hade lägst andel invånare med låg inkomst. Södermanland, Dalarna och Värmland är de län som har störst andel personer med låg ekonomisk standard [13].

Figur 7. Andel personer med låg ekonomisk standard och län år 2021

Sorterat enligt länskategori 1–5



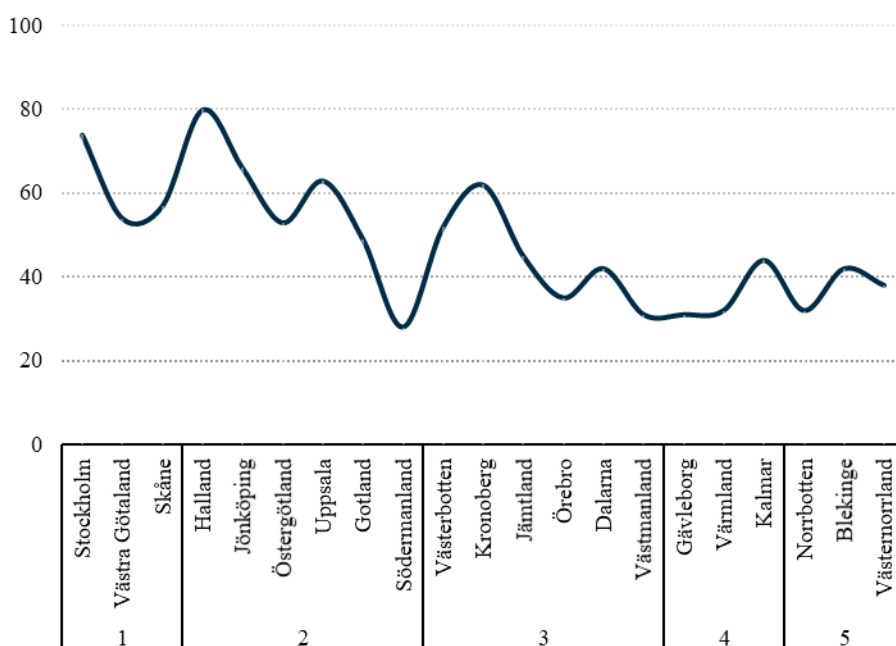
Källa: SCB

Hälsa och tillgänglighet

Hälsan hos befolkningen ser olika ut i mellan länen. Figur 8 visar ett delvis samband mellan förväntad demografisk utveckling och hälsa hos befolkningen. I län med en negativ demografisk utveckling är generellt hälsan sämre. I länen Stockholm och Halland bedöms hälsan vara bäst. Södermanland är det län där hälsan bedöms vara sämst. I län där hälsan bedöms sämre är det rimligt att anta att behov av både hälsoförebyggande insatser och vårdbehov är högre.

Figur 8. Hälsoindex 2022

Sorterat efter länskategori 1-5



Källa: Kolada Hälsoindex regioner år 2022 [13].⁵

Utifrån ett internationellt perspektiv är det relativt få i Sverige som har avstått från att söka vård till följd av för höga kostnader, långa avstånd eller väntetider. Ungefär två procent av Sveriges befolkning uppger att de avstått

⁵ Regionindex för tema Hälsa baseras på indikatorerna Medellivslängd kvinnor, år, Medellivslängd män, år, Invånare med fetma, andel (%), Långtidssjukskrivna med psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, andel (%), Förekomst av diabetes typ 2, andel (%), Incidens av cancer, åldersstandardiserat, antal/100 000 inv, Incidens av hjärtinfarkter, åldersstandardiserat 20+ år, antal/100 000 inv, Invånare 16-84 år med bra eller mycket bra självskattad hälsa, andel (%), Invånare med bra självskattad tandhälsa, andel (%), Invånare 16-84 år med nedsatt psykiskt välbefinnande, andel (%). Nyckeltalen normaliseras så att samtliga regioners värden placeras på en skala från 0 till 100 där 0 är sämst och 100 är bäst (för vissa indikatorer används inverterad skala). I nästa steg vägs de standardiserade indikatorvärdena samman till index på aspektnivå (temat bygger i dagsläget på indikatorer inom tre aspekter). Detta görs med medelvärden, samtliga indikatorer vägs samman med samma vikt inom respektive aspekt. Värdena hamnar även på denna nivå i intervallet 0 till 100. Därefter vägs indexet på aspektnivå ihop till temanivå enligt samma princip och även dessa värden hamnar mellan 0 och 100. Viktningen är lika stor för samtliga aspekter inom temat. Källa: Tillväxtverkets beräkningar, baserade på uppgifter från Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, Nationella diabetesregistret, SCB, Socialstyrelsen

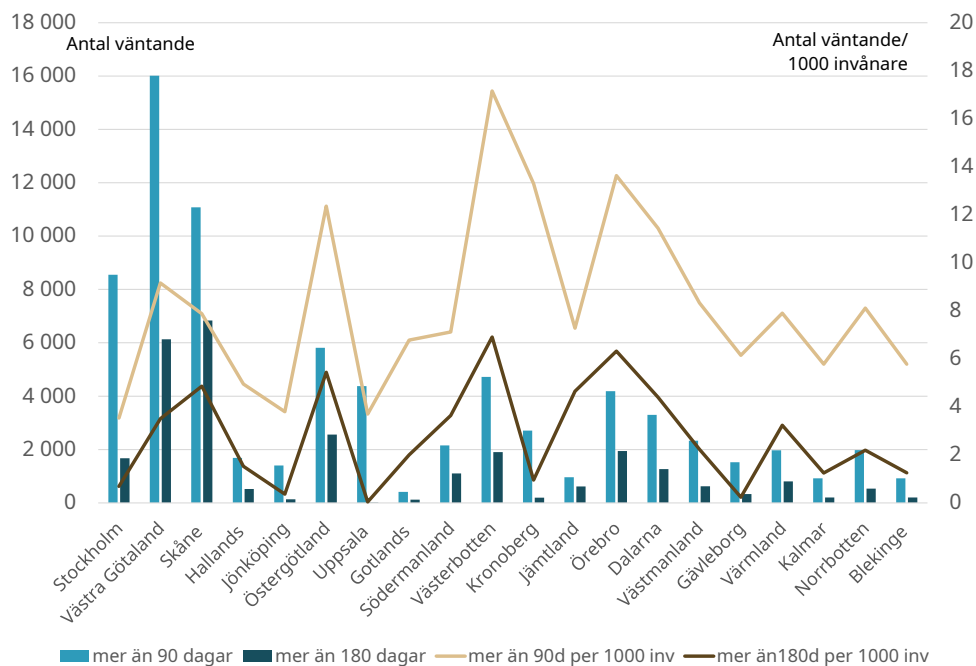
från att söka vård till följd av dessa faktorer 2022. I gruppen som avstår vård är de som uppger att de har dålig hälsa också överrepresenterade. Det är vanligare att personer med hög utbildning, utrikes födda och personer med dålig hälsa uppger att de inte har tillgång till den vård de behöver [6].

Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för vård och omsorgsanalys har gjort uppföljningar av vårdkonsumtion utifrån olika patientgrupper. De visar att personer med endast förgymnasial utbildning är överrepresenterade i somatisk öppen- och slutenvård [2]. Det tyder på att hälso- och sjukvården bidrar till att utjämna de hälsoskillnader som finns, men också att det är svårt för hälso- och sjukvården att utjämna skillnaden i hälsa mellan låg- och högutbildade fullständigt. Samtidigt kan en hög konsumtion av slutenvård i vissa grupper också tyda på att det finns behov av att se över hälso- och sjukvårdens arbetssätt när det gäller att nå ut bättre till de grupperna i ett tidigt stadium, det vill säga att i högre utsträckning arbeta med förebyggande insatser. I dagsläget saknas det möjlighet att följa upp åtgärder i primärvården utifrån socioekonomiska grupper på nationell nivå eftersom ett nationellt primärvårdsregister saknas [6].

Regeringen har stärkt sitt fokus på att främja tillgänglighet till hälso- och sjukvården sedan början på 1990-talet. För att stärka patienternas roll och främja tillgänglighet skrevs vårdgarantin in i både hälso- och sjukvårdslagens och patientlagen år 2010. Vårdgarantin är ett statligt styrmedel som anger tidsgränser för väntan på vård. Den innebär att regionerna ska garantera sina medborgare vård inom en viss tid avseende inom öppen respektive specialiserad vård. För att stärka vårdgarantins efterlevnad genomfördes 2009–2014 den så kallade ”kömiljarden”. Det var en prestationsbaserad ersättning som delades ut till regioner som uppfyllde krav som var kopplade till vårdgarantin inom den specialiserade vården [15].

Socialstyrelsens uppföljningar om tillgänglighet till hälso- och sjukvården 2023 visar på att stora regionala skillnader i avseende på tillgänglighet till vården inom vårdgarantin. Figur 9 nedan exemplifierar skillnader. Den beskriver att väntetiden var längre i Västerbotten och Örebro på operation eller åtgärd i april 2023 än i Stockholm, Halland och Uppsala.

Figur 9. Antal väntande på operation/åtgärd för april 2023



Källa: SKR:s rapportering till Socialstyrelsen

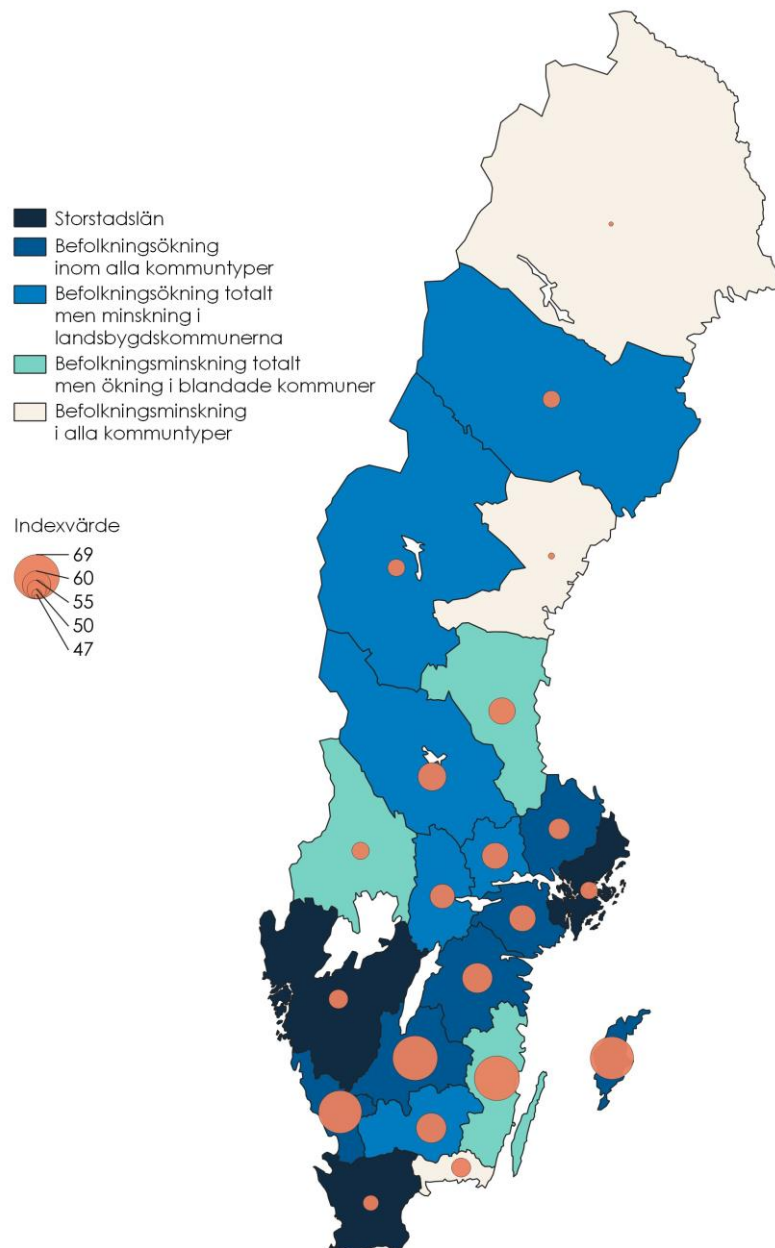
Riksrevisionens granskning *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer* visar att effekten av vårdgarantin och kömiljarden (2009–2014) var begränsad. Riksrevisionens granskning framhåller att utmaningen med statlig styrning inom detta område är att den inte anpassats till regionerna olikheter när det gäller organisation, inre styrning och strukturella förutsättningar [15].

Att följa den sammantagna utvecklingen av tillgänglighet och vårdkonsumtionen, både vad gäller patientens hela vårdkedja och summerat för olika vård-, besöks- och kontaktformer är mycket svårt i Sverige. Nuvarande statistisk är till stor del inriktad på det åtgärder som utförs av läkare, medan åtgärder som utförs av annan vårdpersonal som sjuksköterskor, undersköterskor och fysioterapeuter inte ingår i de nationella statistikerna.

Förtroende för hälso- och sjukvården

Befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvården kan ha en betydande påverkan på efterfrågan. Om invånarna har hög tillit till hälso- och sjukvården och dess aktörer, är de mer benägna att söka vård när de behöver det. Misstro gentemot hälso- och sjukvård kan leda till att människor undviker att söka vård fast de är i behov av det. Tillgänglighet till hälso- och sjukvård oberoende av bostadsort är en viktig fråga för jämlik vård.

Figur 10. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården



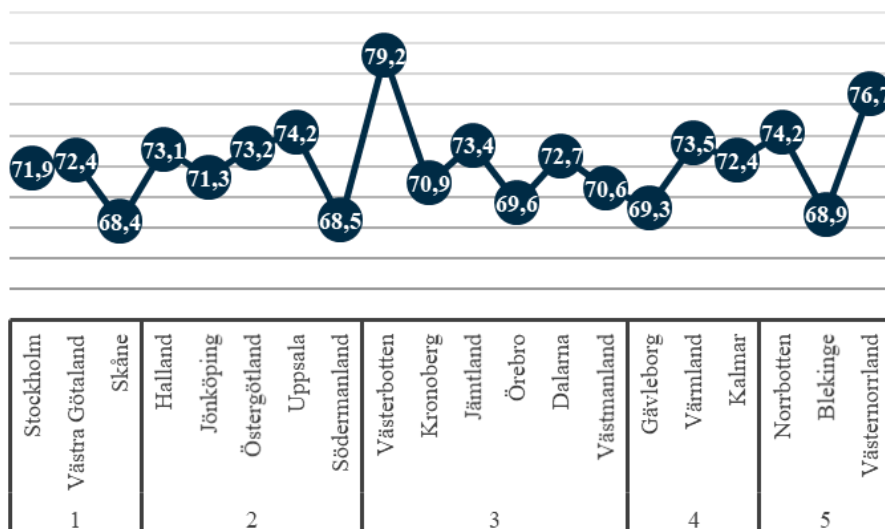
Det finns olika sätt att mäta förtroende för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har i denna rapport byggt resultaten på Hälso- och sjukvårdsrapportens resultat från 2022 i databasen Kolada [16]. Vi har valt ut tre mått. Det inkluderar om invånarna anser att vård ges på lika villkor, förtroendet för vård och hälsocentraler samt att det råder en rimlig väntetid till sjukhusvård. Figur 10 synliggör att invånarna i Norrbotten och Västernorrland har ett lågt förtroende. Högst förtroende har regionerna som har en befolkningsökning inom samtliga kommuntyper i södra Sverige. En lägre grad av tillit återfinns hos befolkningen i norra Sverige, Stockholm och Skåne.

Förväntningar och tillit till hälso- och sjukvården

Medborgarnas förväntningar och uppfattningar om hälso- och sjukvårdens förmåga att effektivt förvalta samt utveckla hälso- och sjukvårdstjänster är en central faktor för det sociala kontraktet. Denna dynamik speglar en ömsesidig överenskommelse mellan samhället och hälso- och sjukvården, och är avgörande för att möta de övergripande målsättningarna som fastställs i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Förväntan på hälso- och sjukvården är också nära sammankopplat med tillit. Tillit till andra är också en grundpelare för samhället och för hälso- och sjukvården i stort. Figur 11 visar att tilliten generellt är god i Sverige mellan medborgarna. De länen med lägst tillit är Skåne, Södermanland och Blekinge. Högst tillit har invånarna i Västerbotten.

11. Sociala relationer och tillit, invånare 16–84 år som har tillit till andra, andel %, 2022



Källa: Kolada- Regionintex sociala relationer och tillit [16]

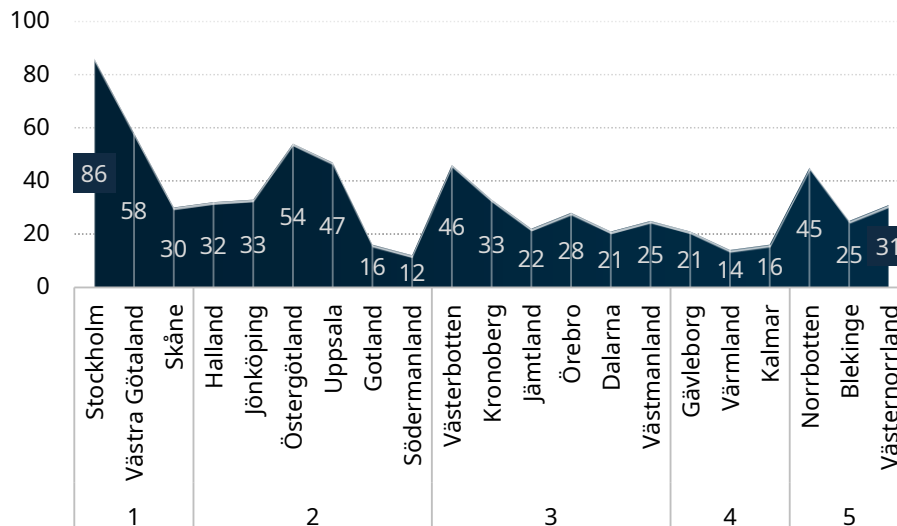
En utmaning för hälso- och sjukvården är att möta upp förväntningar utifrån individer och olika grupper i befolkningen. Faktorer såsom närhet till hälso- och sjukvård och socioekonomiska skillnader kan avspeglas i olika förväntningar på hälso- och sjukvården. Till exempel kan resursstarka grupper ha högre krav [6]. Detta kan resultera att vissa grupper lättare får tillträde till mer avancerad vård, medan andra hamnar i mindre effektiva eller underfinansierade delar av hälso- och sjukvården. Detta är en viktig fråga att beakta utifrån att hälso- och sjukvården står inför medicinska och tekniska genombrott.

För att möjliggöra en effektiv styrning av resursfördelningen utifrån behov krävs tillförlitliga underlag som beslutsfattare kan använda som vägledning. Nuvarande underlag både på statlig och regional nivå har flera brister och saknar i stor utsträckning information som kan vägleda beslutsfattare om var de största behoven finns och i vilken grad de tillgodoses i dag [5].

Ekonomisk hållbarhet och infrastruktur

Regionernas ekonomiska hållbarhet påverkar regionernas ekonomiska förutsättningar för att finansiera hälso- och sjukvården. Tillväxtverkets har utvecklat ett sätt att jämföra ekonomisk hållbarhet. Deras mått inkluderar många olika variabler som tillsammans beskriver regioners ekonomiska förutsättningar [14].⁶ I figur 12 presenteras regionernas bedömda ekonomiska hållbarhet. Stockholm bedöms ha högst ekonomisk hållbarhet i regionens finanser. Sedan återfinns en grupp som har utmaningar men ligger i jämförelse bättre till än andra regioner. Det inkluderar Östergötland, Uppsala, Västerbotten och Norrbotten. Störst utmaningar bedöms Södermanland och Värmland ha.

Figur 12. Ekonomisk hållbarhetsindex för år 2022



Källa: Kolada [13]

⁶ Regionindex för tema Ekonomisk hållbarhet baseras på Genomsnittlig allmän pensionsavgift, kr/invånare 20–64 år. Bruttoregionprodukt 1000 kr/invånare, Företagens utgifter för egen FoU, kr/inv, Offentliga sektorns utgifter för FoU, kr/inv, Finansiella kapitalvinster/förluster, medelvärde i befolkningen, kronor, Kapitalvinster/förluster vid försäljning av fastighet och bostadsrätt, medelvärde i befolkningen, kronor samt Individer med kapitalvinst/förlust, andel (%). Nyckeltalen normaliseras så att alla regioners värden placeras på en skala från 0 till 100 där 0 är sämst och 100 är bäst (för vissa indikatorer används inverterad skala). I nästa steg vägs de standardiserade indikatorvärdena samman till index på aspektnivå (temat bygger i dagsläget på indikatorer inom tre aspekter). Detta görs med medelvärden, samtliga indikatorer vägs samman med samma vikt inom respektive aspekt. Värdena hamnar även på denna nivå i intervallet 0 till 100. Därefter vägs indexet på aspektnivå ihop till temanivå enligt samma princip och även dessa värden hamnar mellan 0 och 100. Viktningen är lika stor för samtliga aspekter inom temat. Källa: Tillväxtverkets beräkningar

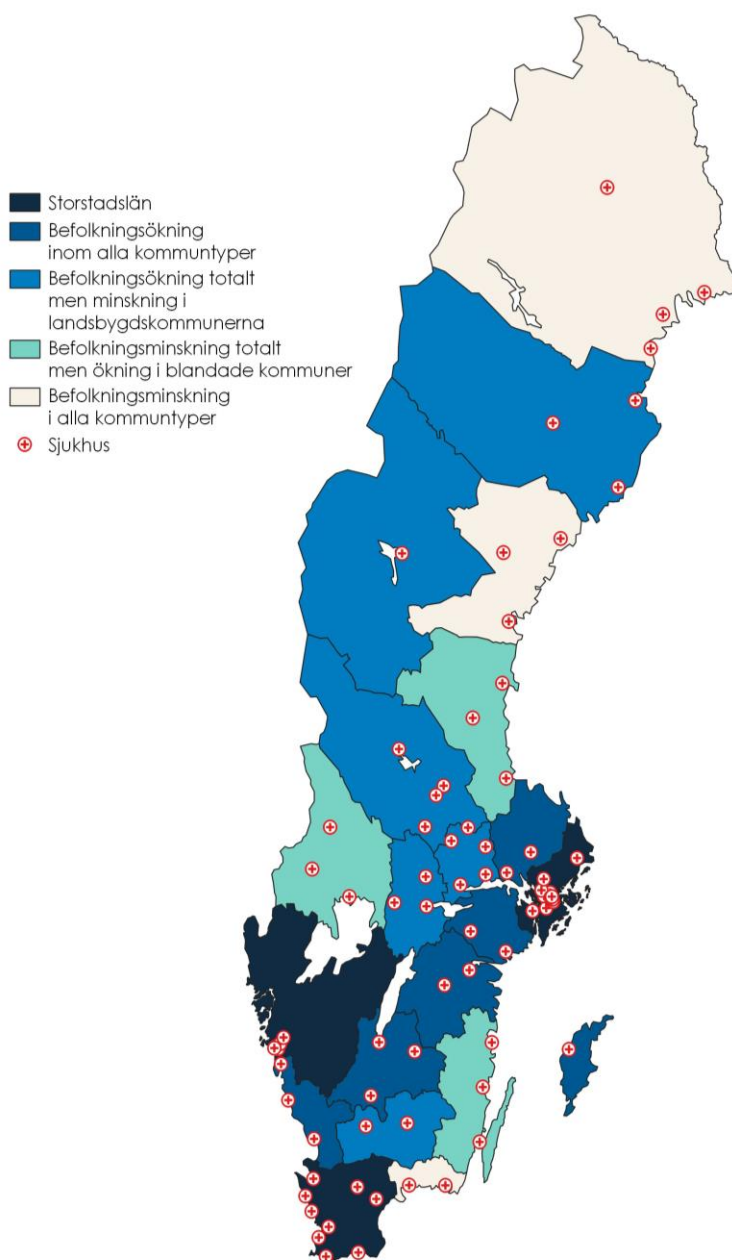
Hälso- och sjukvårdens infrastruktur

Regioners organisation av hälso- och sjukvården sätter i stora delar ramarna för utbudet av arbetsplatser för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom hälso- och sjukvården. 68 procent av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar inom specialistvård och primärvård som bedrivs i regionernas regi. Den fysiska infrastrukturen sätter i stor del ramarna för var häls- och sjukvården bedrivs, även om mobila tjänster och digitala tjänster har ökat. personal i hälso- och sjukvården är sysselsatta inom universitetssjukvården och den specialiserade vården [15].

Sverige har sju universitetssjukhus. De inkluderar akademiska sjukhuset i Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge, Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, Skånes universitetssjukhus i Malmö och Lund. Kartan visar att det finns en koncentration av sjukhus i de län som flest invånare bor. I glest befolkade områden i norra delarna av Sverige är det långa avstånd till sjukhus. Cirka 58 procent av legitimerad personal i hälso- och sjukvården är sysselsatta inom universitetssjukvården och den specialiserade vården.

Figur 13 ger en bild över var Sveriges universitetssjukhus, länssjukhus och länsdelssjukhus är fördelade över landet.

Figur 13. Nationell överblick av placeringar av sjukhus



Källa: Socialstyrelsen

Omställningen till att primärvården ska fungera som ett nav i hälso- och sjukvården kräver att det finns tillräckligt med resurser och personal. I Socialstyrelsens uppföljning av god och nära vård redovisar ett fåtal regioner att de har stärkt primärvården ekonomiskt eller ska göra det. Ett undantag är Västra Götalandsregionen. De ökade nettokostnadsandelen från 21,8 procent till 26,0 procent 2015–2021. Skåne visar på en motsatt trend. De minskade i stället andelen från 19,9 procent till 16,7 procent under samma period. Rapporten visade också att antalet legitimerad personal i förhållande till befolkningens mängden under perioden 2015–2020 ökade med

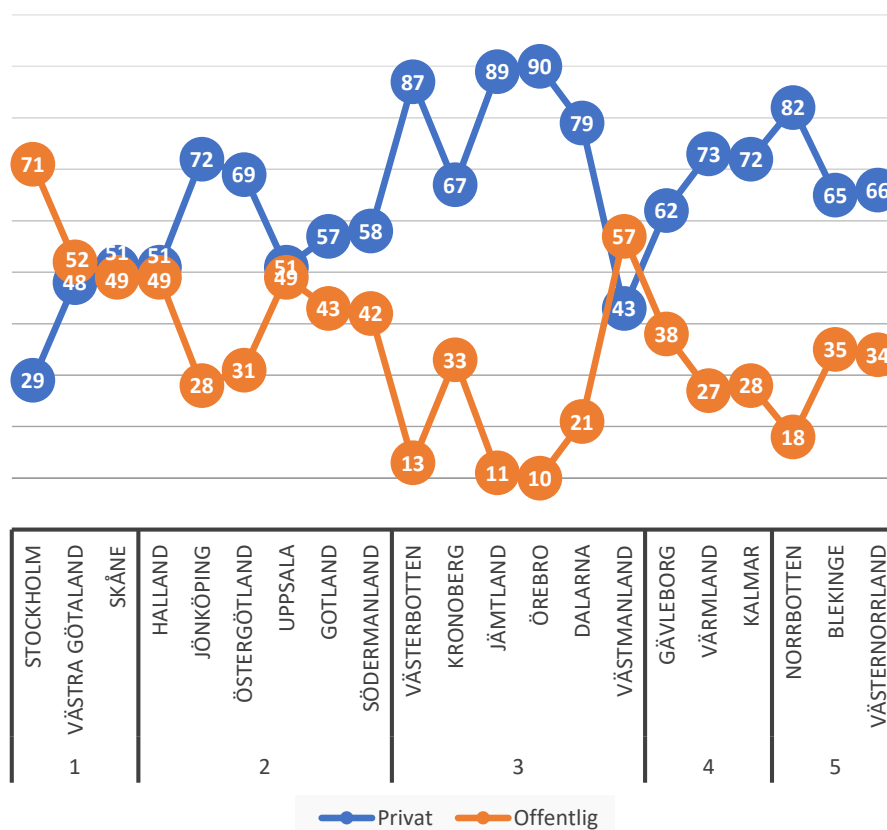
cirka 9 procent i den regionala primärvården men minskade med 7 procent i kommunerna [18].

En förflyttning från den specialiserade vården har hittills inte skett på nationell nivå. I omställningsarbetet uppger majoriteten av regionerna att de arbetar med insatser för att effektivisera primärvården eller stödja primärvården på andra sätt, exempelvis genom att primärvården i ökad utsträckning kan konsultera specialistvården.

Mot bakgrund av att ett fåtal regioner har gjort stora investeringar inom primärvården 2015–2020, är det rimligt att tillgängligheten till vårdcentraler inte har genomgått stora förändringar sedan Socialstyrelsens kartläggning från 2018. Den visade att tillgång till vårdcentraler och tillgång till sjukhus är nära sammankopplade. Det betyder att stora områden i Sverige har långa avstånd till hälso- och sjukvård [19].

Av regionernas och kommunernas kostnader för vård och omsorg står köp från privata utförare för 17,6 procent. Det är en stor variation mellan regioner av hur vårdcentraler bedrivs. Stockholm och Halland var först med att introducera vårdval. I Stockholm bedrivs mer än 70 procent av vårdcentralerna i privat regi genom vårdvalet [20].

Figur 14. Vårdcentraler som drivs i privat respektive offentlig regi



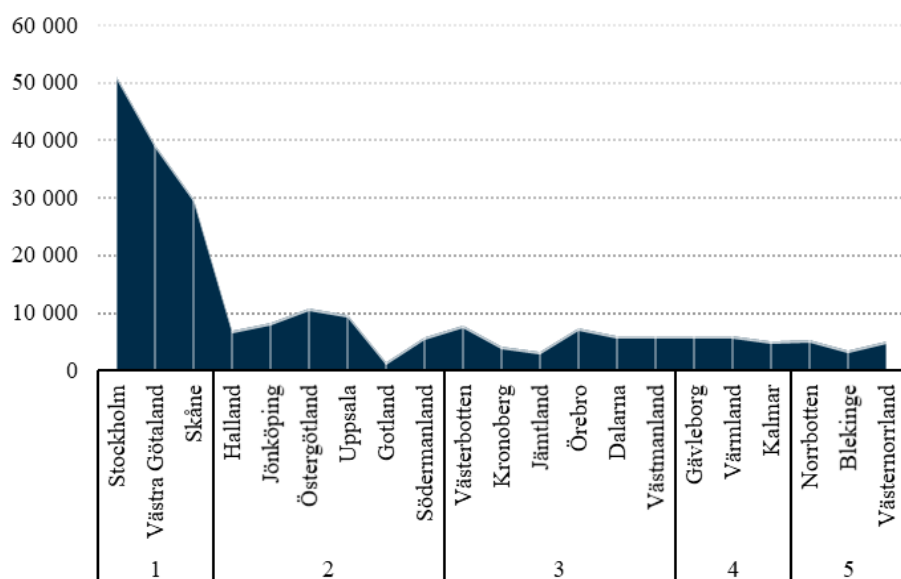
Källa: Socialstyrelsen

Hälso- och sjukvårdspersonal

Det är flera faktorer som påverkar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals benägenhet att välja bostadsort och arbetsplats. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är en högutbildad grupp. Liksom befolkningen i övrigt bor en överväldigande majoritet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i storstadslänen. Se figur 15 och 16.

Figur 15. Antal och fördelning av sysselsatt legitimerad personal för november 2021

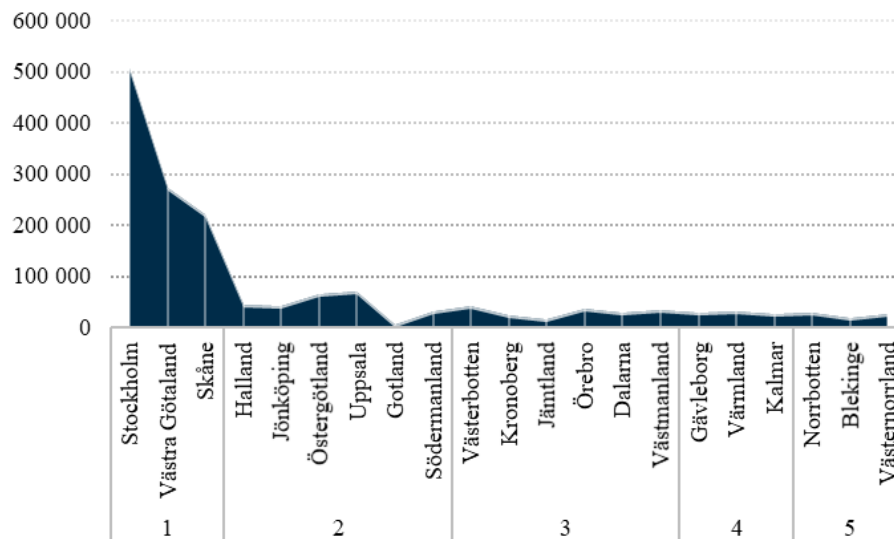
Sorterat efter länskategori 1-5



Källa: Socialstyrelsen

Figur 16. Befolkning 25–64 år med 3 års eftergymnasial utbildning för år 2022 fördelat per län

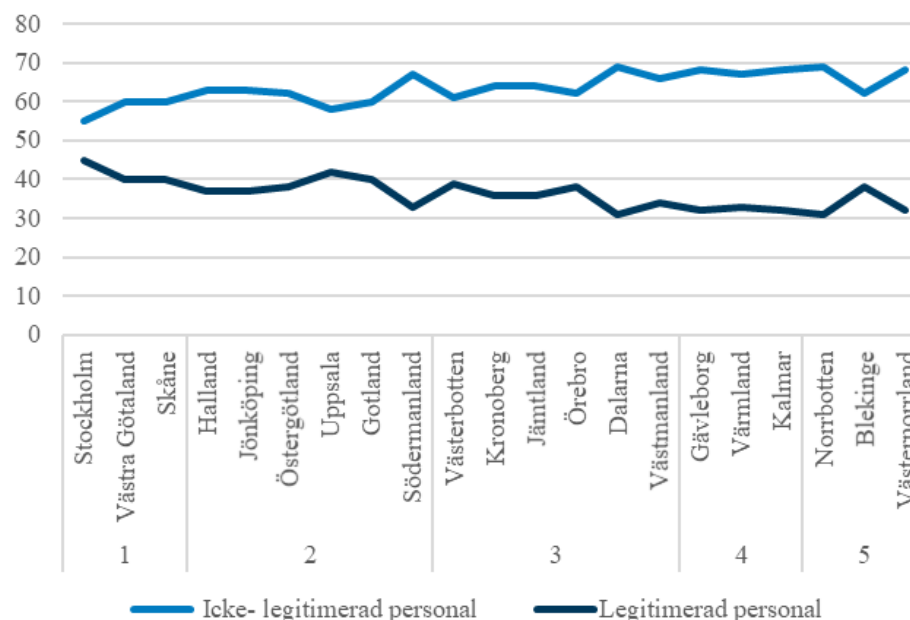
Sorterat efter länskategori 1-5



Källa: SCB

Figur 17 visar att andelen sysselsatt vårdpersonal är högre i storstadslänen samt i Uppsala i relation till övrig personal inom hälso- och sjukvården. Län som har en negativ befolkningsutveckling har en lägre andel legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Figur 17. Fördelning av legitimerad och icke legitimerad personal per län

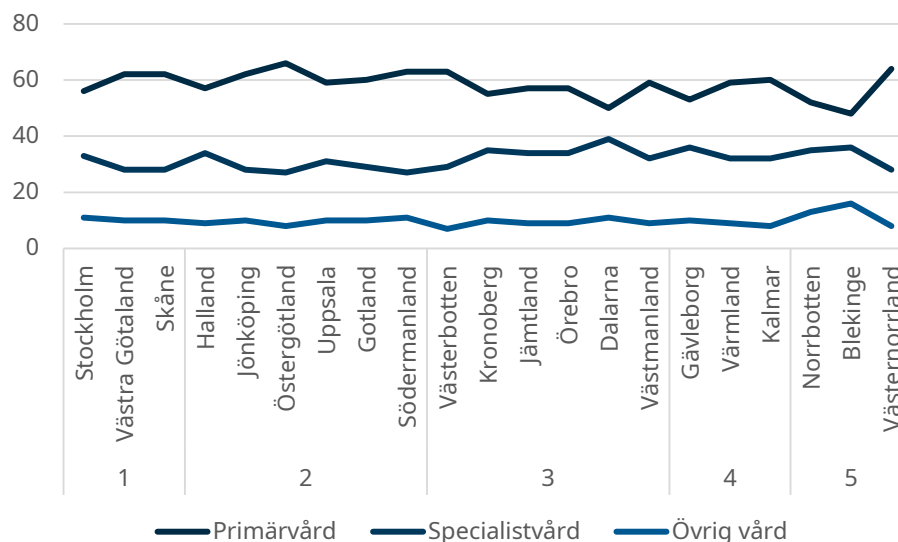


Källa: Socialstyrelsen

Figur 18 visar andel sysselsatt vårdpersonal inom olika vårdformer och verksamheter. Den största personalkategorin hade den kommunala

verksamheten och primärvården. Inom dessa verksamheter är drygt 373 000 sysselsatta, varav drygt 174 000 undersköterskor och knappt 67 000 vårdbiträden. Andra yrkesgrupper som ingår i denna grupp är ambulanssjukvårdare, kuratorer, medicinska sekreterare/vårdadministratörer, skötare, socialsekreterare och personliga assistenter.

Figur 18. Andel sysselsatt vårdpersonal inom olika vårdformer och verksamheter



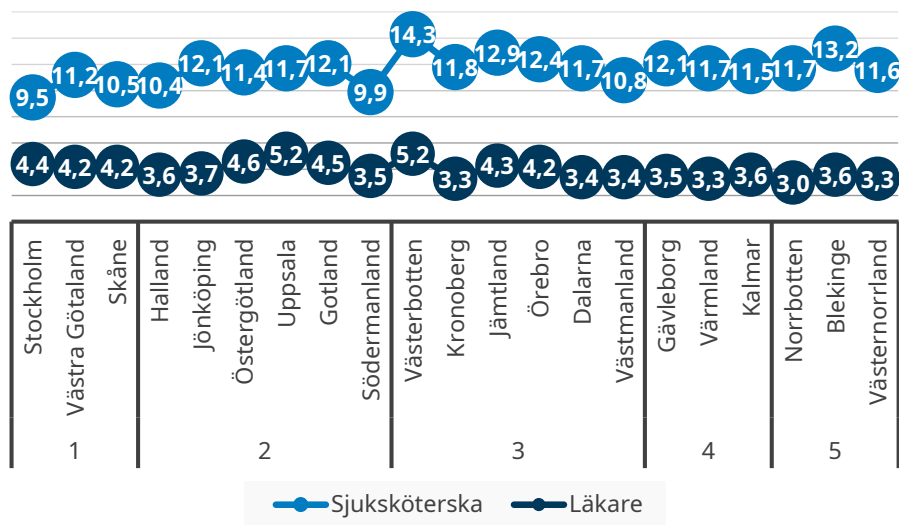
Källa: Socialstyrelsen

Täthet av vårdpersonal

En välavvägd geografisk fördelning av legitimerad personal efter antalet invånare kan variera beroende på flera faktorer. Det kan både handla om geografiska avstånd och befolkningstäthet. I områden med hög befolkningstäthet, som storstäder och tätorter, kan det vara nödvändigt med en högre koncentration av legitimerad personal för att möta den ökade efterfrågan på vårdtjänster. Detta kan inkludera fler läkare, sjuksköterskor och specialister. I glest befolkade områden kan avstånden till hälso- och sjukvårdstjänster utgöra specifika utmaningar. Det kan innebära att hälso- och sjukvården behöver arbeta på andra sätt än i mer tätbefolkade områden. Vissa geografiska områden kan också ha särskilda medicinska behov. Det kan till exempel bero på en förekomst av en äldrebefolkning eller en högre förekomst av vissa hälsoproblem.

Figur 18 visar att antalet läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare. Den visar att Västerbotten har högst täthet av läkare och sjuksköterskor. Läkartätn är lägre i län med en negativ befolkningsutveckling som har en äldre befolkningssammansättning.

Figur 18. Antal sjuksköterskor och läkare per 1000 invånare och län för november 2021



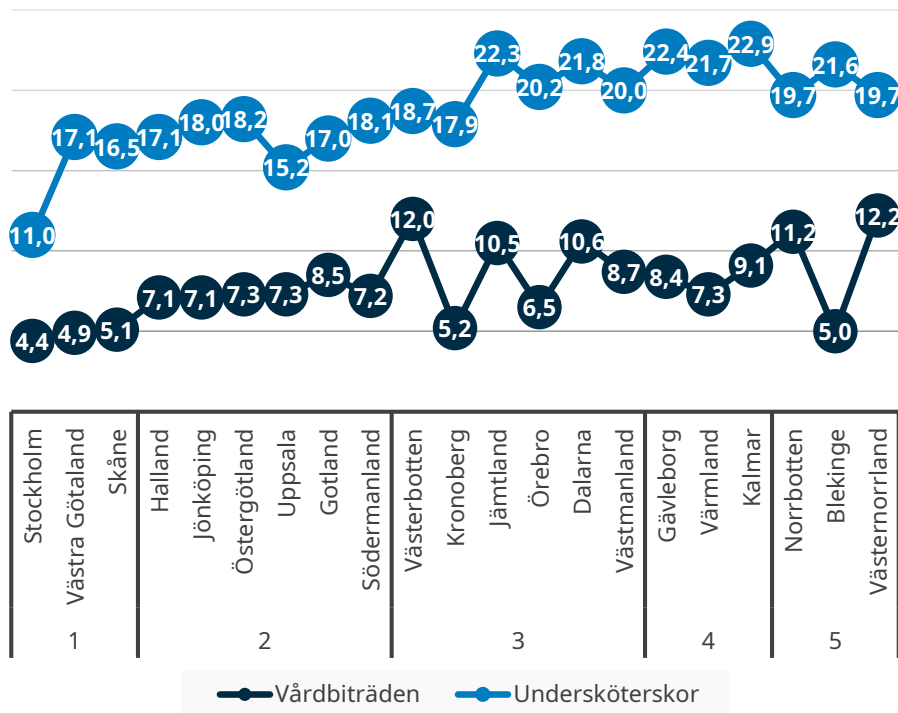
Källa: Socialstyrelsen

Undersköterskor och vårdbiträden

Undersköterskor blev under 2023 ett yrke med skyddad yrkestitel. Detta är ett led i att fastställa standardiserade kompetensnivåer för att främja patientsäkerheten, samt öppna upp för bättre karriärmöjligheter inom yrket. Vårdbiträden är en annan viktig professionsgrupp inom hälso- och sjukvården som ofta arbetar med den praktiska omsorgen av patienter.

Utifrån Socialstyrelsens kartläggning framgår det att det finns en högre täthet per 1 000 invånare för yrkesgrupperna undersköterska och vårdbiträden i de regioner med en negativ befolkningsutveckling och som har en äldre befolkning relativt andra regioner. Se figur 19.

Figur 19. Antal undersköterskor och vårdbiträden per 1 000 invånare och län för november 2021



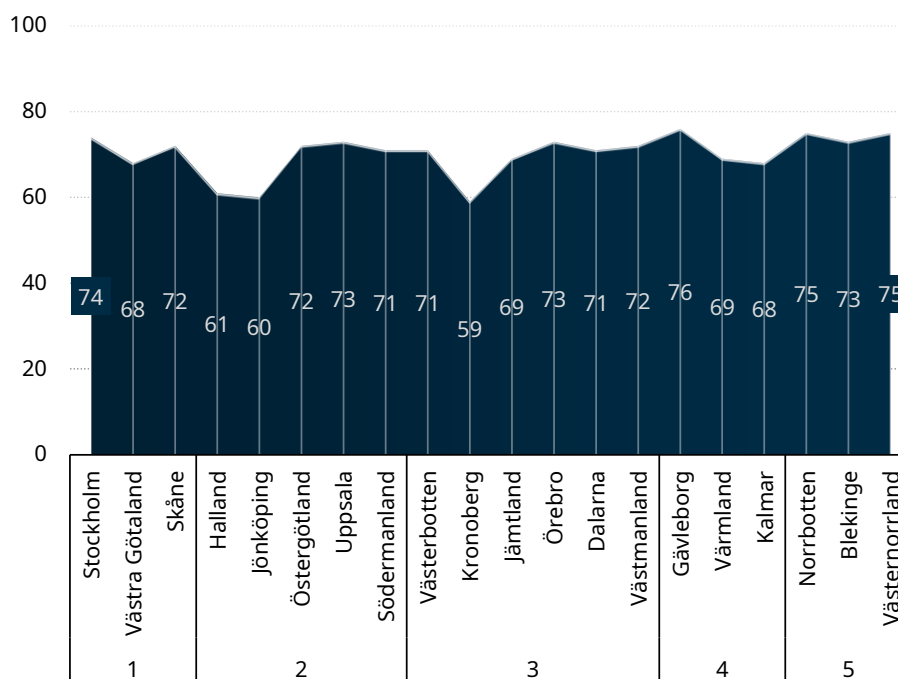
Källa: Socialstyrelsen

Del av heltidsarbetande sjukvårdspersonal

Flera faktorer påverkar benägenheten att arbeta heltid inom hälso- och sjukvården. Arbetsmiljön, stressnivån, liksom arbetsbelastningen, kan minska intresset för heltidsarbete. Vidare har ålderssammansättningen på arbetsplatsen betydelse. Personal som är närmare pension kan välja att arbeta deltid eller gå i pension tidigare. Yngre yrkesutövare kan var mer benägna att arbeta heltid för att bygga upp sin karriär. Under tiden som man är småbarnsförälder kan vårdpersonal, liksom andra i arbetslivet, välja att gå ned i arbetstid. Lönens konkurrenskraft gentemot de krav som ställs på arbetsprestation kan också vara avgörande. Flexibla arbetstider och möjligheten till deltidsarbete kan vara attraktiva för dem med personliga eller familjerelaterade åtaganden. Vidare är det möjligt att andra faktorer såsom familjens samlade ekonomi och tillgång till andra ekonomiska resurser har betydelse för benägenheten att arbeta heltid [20]. Familjeåtagande och individuella karriärmål är också väsentliga faktorer som påverkar beslutet att arbeta heltid liksom andelen som specialiserar eller vidareutbildar sig.

Figur 20 visar att andelen heltidsarbetande⁷ inom den specialiserade somatiska vården varierar mellan regioner. De regioner med lägst andel heltidsarbetande inkluderar Kronoberg, Halland och Jönköping. Högst andel heltidsarbetande i den specialiserade somatiska vården hade Gävleborg, Västernorrland och Norrbotten [21].

Figur 20. Procentuell andel av heltidsarbetande månadsavlönade inom specialiserad somatisk vård år 2022



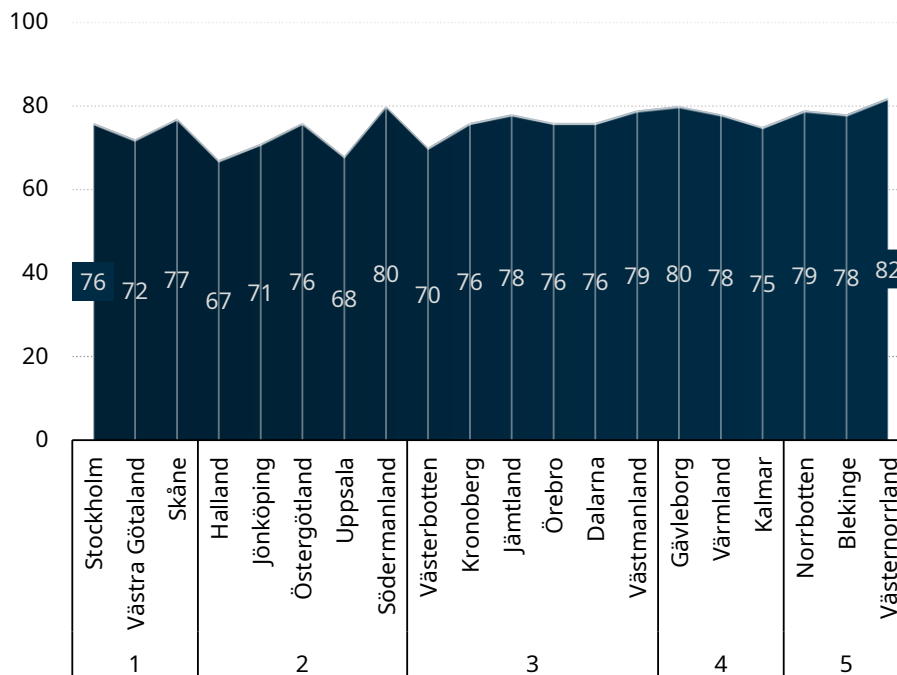
Källa: SKR

Inom den specialiserade psykiatriska⁸ vården hade Västernorrland, Södermanland och Gävleborg högst andel månadsavlönade heltidsarbetande [21].

⁷ Heltidsarbetande (100 % faktisk sysselsättningsgrad) månadsavlönade inom specialiserad somatisk vård (Från och med 2022 ingår här medicinsk service. Medicinsk service avser exempelvis verksamhet vid laboratorier, operationsavdelningar, röntgenavdelningar, avdelningar för medicinsk teknik och fysik) dividerat med samtliga sysselsatta månadsavlönade inom samma verksamhetsområde, multiplicerat med 100 för redovisning i procent. Avser regionanställda i november månad enligt HÖK. Källa: SKR.

⁸ Heltidsarbetande (100 % faktisk sysselsättningsgrad) månadsavlönade inom specialiserad psykiatrisk vård dividerat med samtliga sysselsatta månadsavlönade inom samma verksamhetsområde, multiplicerat med 100 för redovisning i procent. Avser regionanställda i november månad enligt HÖK. Källa: SKR.

Figur 21. Procentuell andel av heltidsarbetande månadsavlönade inom specialiserad psykiatrisk vård år 2022



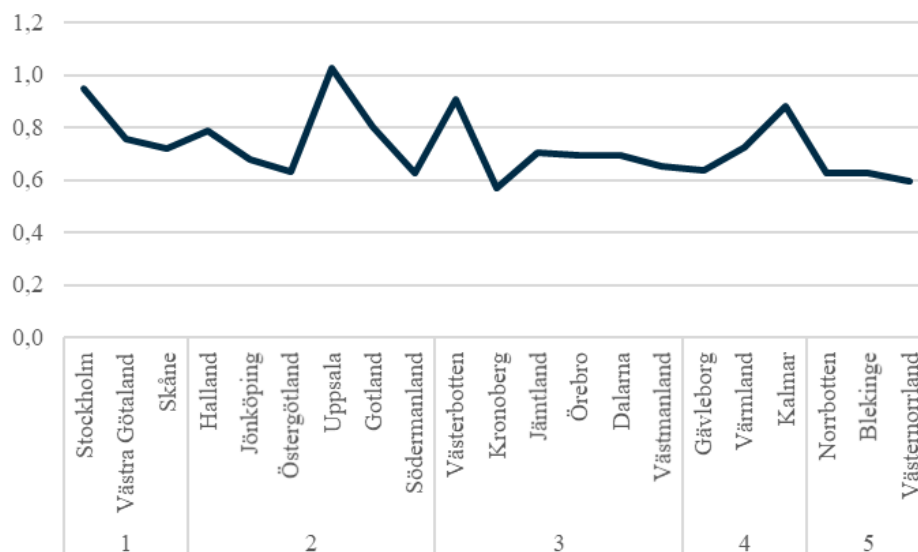
Källa: SKR

Andra legitimationsyrken

I detta avsnitt görs en kartläggning över andra legitimerade yrkesgrupper än läkare och sjuksköterskor. Det inkluderar yrkesgrupper som hanterar läkemedel, arbetar med psykisk ohälsa, rörelseapparaten och övriga grupper.

Figur 22 visar sysselsättning i förhållande till befolkningen och län för farmaceuter, vilket inkluderar både apotekare och receptarier. Figur 22 visar att det delvis finns en koppling mellan lärosätenas lokalisering och var farmaceuter är sysselsatta. För båda yrkesgrupperna har Uppsala, Västerbotten och Umeå flest antal sysselsatta i förhållande till befolkningen. Examenstillstånd för apotekare och receptarie har Uppsala universitet, Göteborgs universitet och Umeå. Karlstad universitet, Malmö universitet och Linnéuniversitetet har examenstillstånd till yrkesgruppen receptarier.

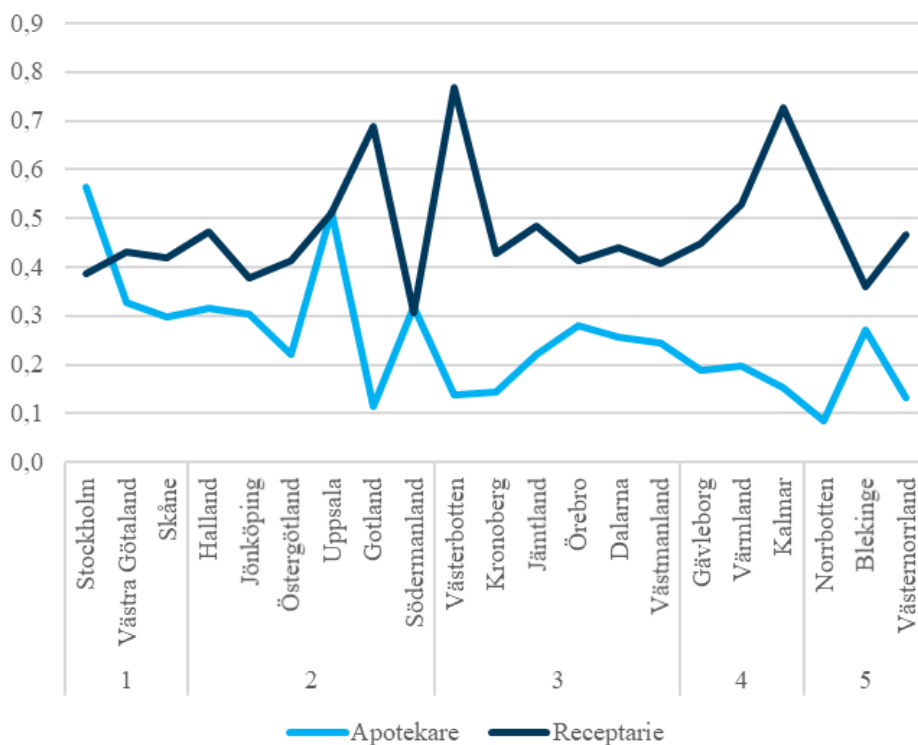
Figur 22. Antal farmaceuter per 1000 invånare och län för november 2021



Källa: Socialstyrelsen

Fördelningen mellan de två yrkesgrupperna varierar mellan länen. Figur 23 (på nästa sida) visar att Stockholm, Uppsala och Södermanland hade flest apotekare i förhållande till antalet receptarier. Gotland, Västerbotten och Norrbotten hade flest receptarier i förhållande till apotekare. I de länen med få sysselsatta apotekare har de relativt sett fler receptarier och vice versa.

Figur 23. Apotekare och receptarier per 1000 invånare och län, nov 2021



Källa: Socialstyrelsen

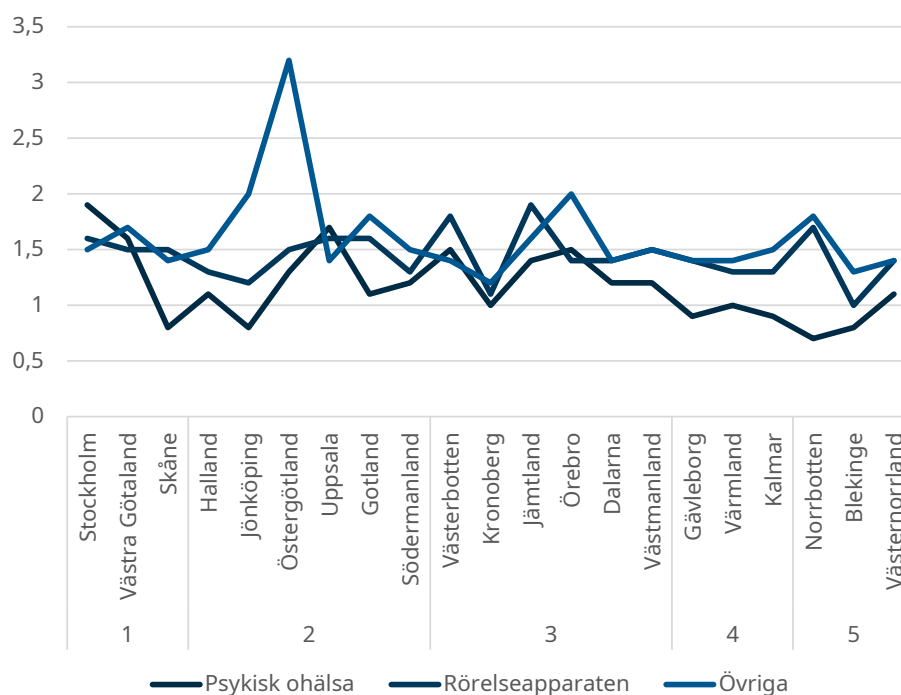
Figur 24 visar tillgång till sysselsatt legitimerad personal som arbetar med psykisk ohälsa, rörelseapparaten samt andra typer av vårdtjänster. I gruppen som arbetar med psykisk ohälsa ingår psykolog, psykoterapeut och hälso- och sjukvårdskurator. I gruppen som arbetar med rörelseapparaten ingår legitimationsyrkena fysioterapeuter, kiropraktorer och naprapater. I gruppen övriga hälso- och sjukvårdstjänster ingår arbetsterapeut, dietister, logopedier och optiker.

Andelen sysselsatta som arbetade inom området psykisk ohälsa i förhållande till 1000 invånare var högst i Stockholm, följt av Uppsala, Västra Götaland och Skåne. Lägst tillgång hade Norrbotten, Jönköping och Gävleborg.

Andelen sysselsatta som arbetade med rörelseapparaten i förhållande till 1000 invånare var högst i Jämtland, Västerbotten och Norrbotten. Lägst tillgång hade Jönköping, Halland och Södermanland.

Andel sysselsatta som arbetade inom övriga hälso- och sjukvårdstjänster i förhållande till 1000 invånare visar att Östergötland har en större andel sysselsatta inom dessa yrken i förhållande till befolkningen än övriga län. Lägst andel sysselsatta hade Kronoberg inom dessa yrken.

Figur 24. Övriga legitimationsyrken per 1000 invånare för november 2021



Källa: Socialstyrelsen

Biomedicinska analytiker arbetar med diagnostik. Inom den gruppen hade Västerbotten flest sysselsatta i förhållande till befolkningen. Lägst tillgång hade Södermanland och Norrbotten.

Hyrläkare personal och regioner

Hyrrpersonal, som hyrläkare och hyrsjuksköterskor, utgör en värdefull resurs inom hälso- och sjukvården med deras flexibilitet och specialistkompetens. De kan bidra till att hantera akuta behov, ge geografisk täckning i underbemannade områden och kostnadseffektivt avhjälpa personalbrist. Samtidigt är en balanserad användning av permanent och hyrrpersonal avgörande för att säkerställa kontinuitet och hög kvalitet i patientmötet.

Tabell 1. Antal hyrrpersonal enligt olika yrkesgrupper per län för november 2021

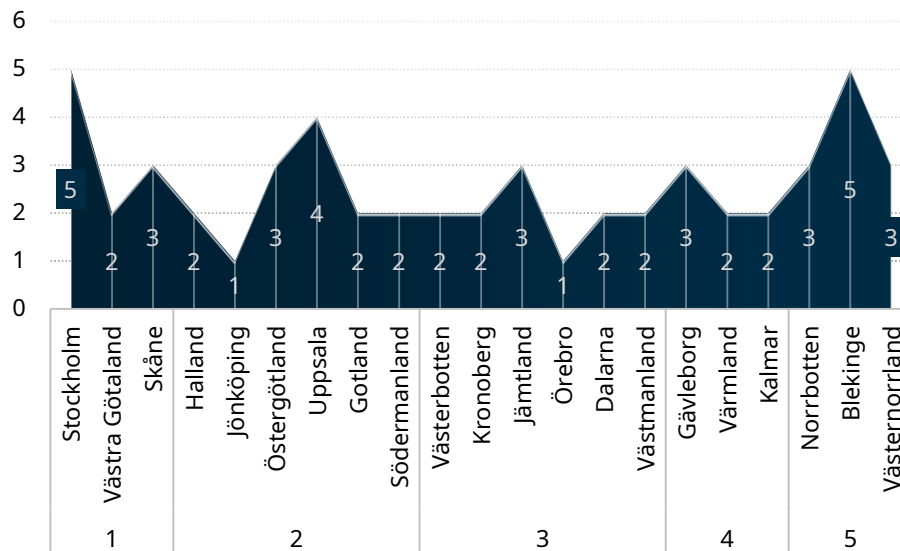
Län	Läkare	Psykolog	Sjuksköterska
Stockholm	214	284	1371
Västra Götaland	91	129	444
Skåne	84	103	470
Halland	12	9	67
Jönköping	6	12	59
Östergötland	15	42	172
Uppsala	24	26	206
Gotland	4	5	9
Södermanland	7	10	71
Västerbotten	11	22	76
Kronoberg	10	9	57
Jämtland	X	6	57
Örebro	12	15	41
Dalarna	14	13	61
Västmanland	7	12	56
Gävleborg	14	10	101
Värmland	7	12	56
Kalmar	4	7	53
Norrbottn	15	7	86
Blekinge	11	6	116
Västernorrland	X	12	91

Källa: SKR

Hyrrpersonal är en personalkategori som bl.a. diskuteras utifrån att de är kostnadsdrivande [22]. Hyrrpersonal kan påverka enskilda verksamheter

inom hälso- och sjukvården genom att vissa verksamheter har svårt att rekrytera och behålla personal och därför är beroende av hyrpersonal. Samtidigt utgör hyrpersonal en begränsad andel av de totalt sysselsatta legitimerade personalen inom hela hälso- och sjukvården. Figur 25 (på nästa sida) visar att Stockholm och Blekinge hade högst andel hyrpersonal i relation till det totala antalet sysselsatta.

Figur 25. Procentuell andel hyrpersonal och län för november 2021

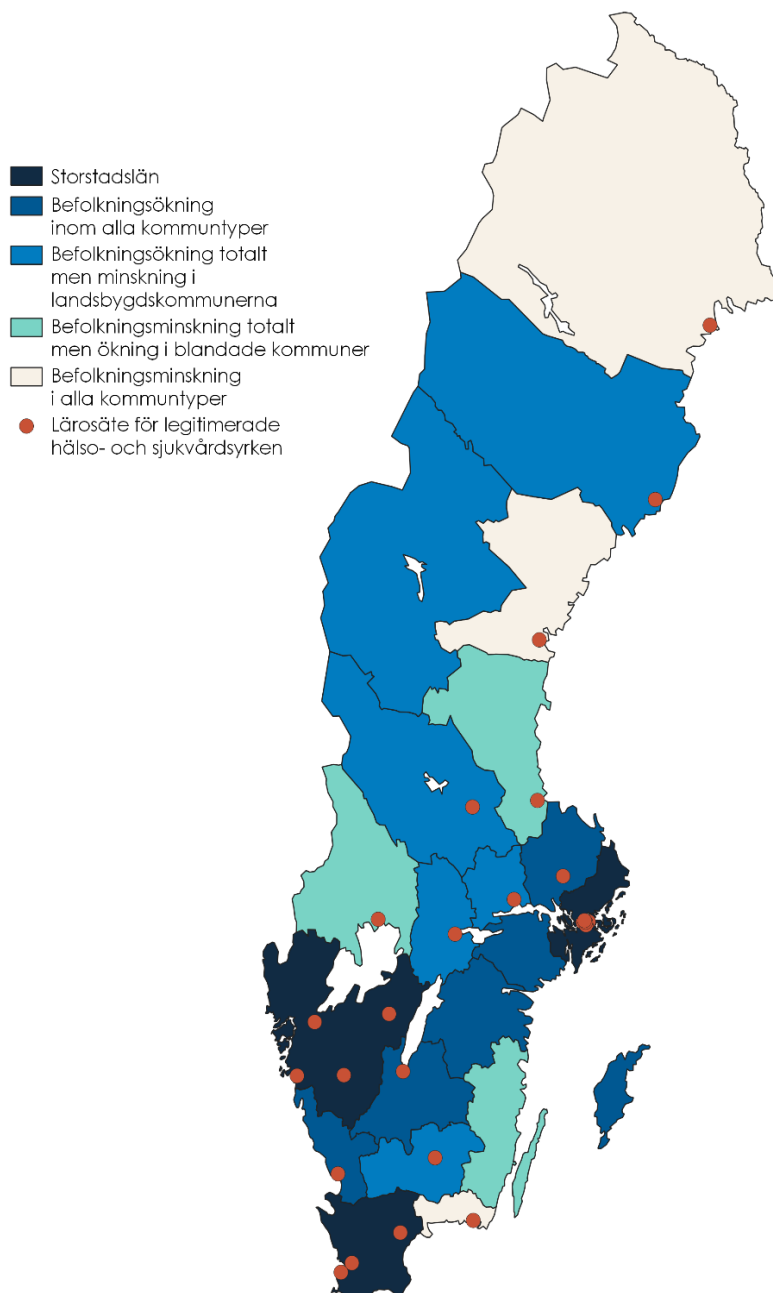


Källa: SKR

Utbildning och forskningskapacitet

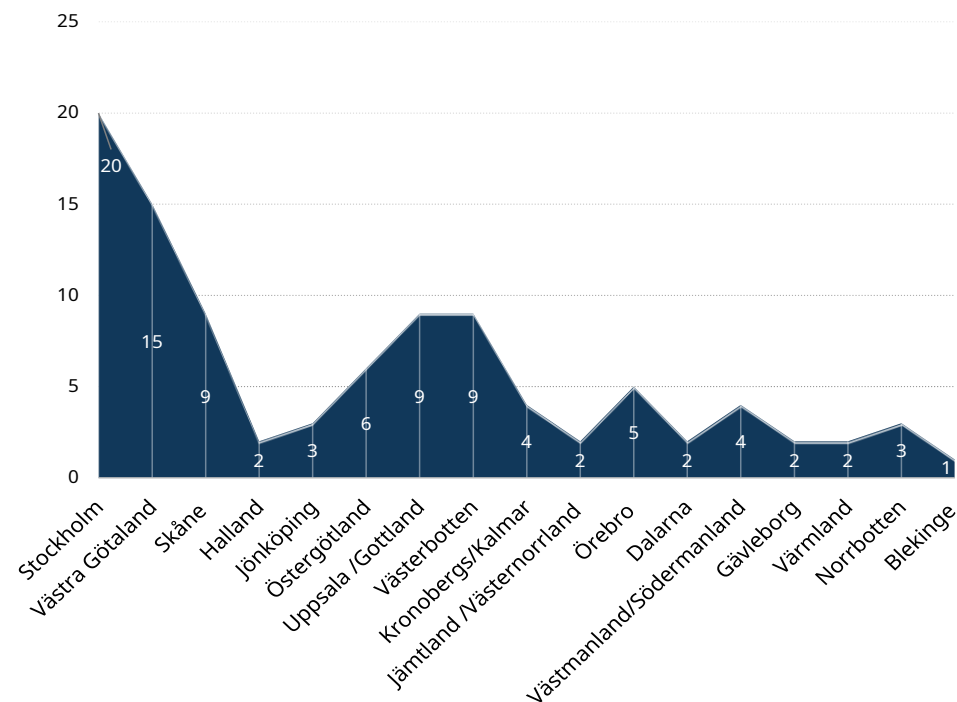
En strategi som Sverige har haft för att kunna försörja hela landet med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och också främja en blandad ålderssammansättning av befolkningen är att ha många lärosäten utspridda över landet. Sverige har 29 lärosäten som examinerar legitimerad personal. Kartan på nästa sida visar vilka lärosätena som har examenstillstånd för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Av bilaga 7 framgår det vilka lärosäten som har examenstillstånd inom vilka legitimationsyrken.

Figur 26. Nationell överblick över de lärosäten som examinerar legitimationsyrken



Figur 27 visar att även om fördelningen av studenter som utbildas inom legitimations-utbildningarna sträcker sig över många lärosäten och delar i landet, examineras den största delen av studenterna i lärosäten i storstadslänen följt av Uppsala, Västerbotten och Kronoberg/Kalmar.

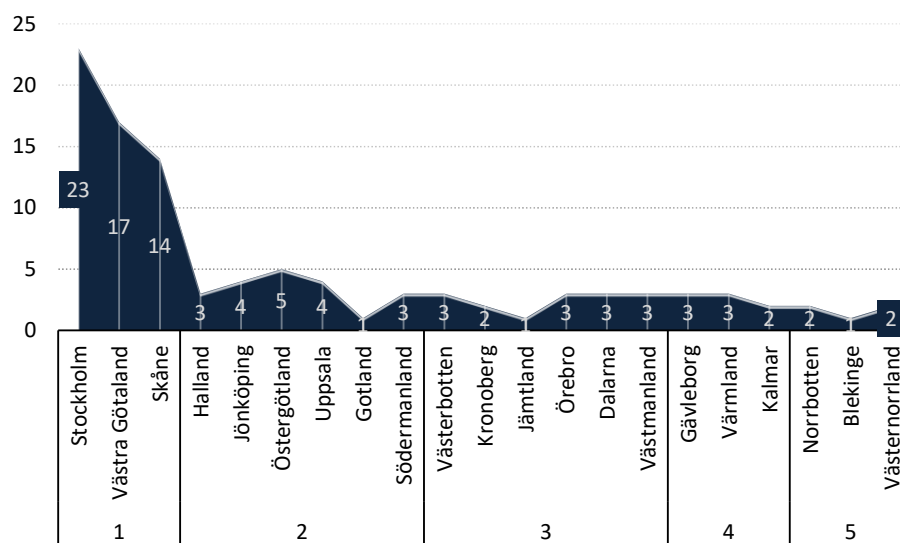
Figur 27. Andel examinerad legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal per län år 2022



Källa: UKÄ

Det är rimligt att anta att storstadslänen även fortsättningsvis kommer att examinera flest legitimerade inom hälso- och sjukvårdspersonal, eftersom den yngre befolkningen är koncentrerad till dessa områden och att yngre i hög utsträckning flyttar till kommuner som erbjuder möjligheter till universitetsstudier. Figur 28 visar hur stor andel av befolkningen i åldern 0–24 som bor i respektive region.

Figur 28. Procentuell andel av befolkningen, 0–24 år 2022



Källa: SCB

En yngre befolkning kan också innebära en större arbetskraftsreserv och kan främja både produktiviteten och innovationsförmågan i ekonomin. Att ha en yngre befolkning kan därför främja regioners ekonomiska hållbarhet [8].

Sverige har under lång tid prioriterat medicinsk forskning. Samtidigt har kvaliteten i svensk medicinsk forskning sjunkit jämfört med andra länder [23]. Sverige har också förhållandevis låg basfinansiering till lärosäten och universitet. Det gör att våra lärosäten till stor del är beroende av externa anslag. För att universiteten ska kunna ta sitt långsiktiga ansvar och ansvara för beslut som handlar om att försörja landet med kompetens behövs en stabil grund [24].

Inom forskning och utveckling behövs samarbete och utbyten, både materiellt och kompetensmässigt, över olika aktörsområden och geografiskt. Utredaren för utredningen *Ny myndighetsstruktur för finansiering av forskning och innovation* (SOU 2023:59) framhåller i att det är viktigt att de privata och offentliga finansiärerna är komplementära och främjar forskning av hög kvalitet i forskning utifrån ett systemperspektiv [25]. Detta för att de ömsesidigt ska kunna stärka varandra. Om forskningsfinansiering inte främjar synergier riskerar den att driva på ytterligare fragmentisering och stärka systemsvagheter i stället för att styra mot långsiktiga mål.

Legitimationsutbildningar är resurskrävande och det gäller även forskning inom medicin och hälsovetenskap. Inom klinisk medicin återfinns sju svenska universitet som återfinns i internationell ranking avseende forskningsproduktivitet och genomslag genom citeringar i medicinska artiklar, se tabell 2.

Tabell 2. Global ranking samt nationell ranking av svenska universitet avseende området klinisk medicin år 2023

Lärosäte	Svensk placering	Världsranking 1–500
Karolinska Institutet	1	32
Lund universitet	2	101–150
Göteborgs universitet	3	101–150
Uppsala universitet	4	101–150
Umeå universitet	5	201–300
Linköping universitet	6	301–400
Örebro universitet	7	401–500

Källa: GRAS Global Ranking

Vårdvetenskap är ett forskningsfält med patientfokus såsom arbetsterapi, audiologi, fysioterapi, gerontologi, hälsopsykologi, logopedi, reproduktiv

hälsa, omvårdnad och angränsande områden, samt forskningsområden med bredare fokus på vårdens personal och organisation såsom evidensbaserad praktik, hälsoekonomi, hälso- och sjukvårdsorganisation och angränsande forskningsområden.

Utifrån ett internationellt perspektiv är detta ett fält som Sverige ligger i framkant inom. Det kan exemplifieras genom Shanghai Ranking utifrån olika vetenskapsområden. Sverige har fem lärosäten bland de topp 100 universiteten utifrån vetenskapsproduktion, citeringar i internationella tidskrifter i vårdvetenskap, se tabell 3. Att Sverige ligger i framkant inom detta område kan bland annat bero på att yrkesutbildningarna är organiserade på olika sätt i olika länder, vilket ställer olika krav på yrkesutbildningarnas akademiska koppling. I Sverige är tillgången till lärarkompetens och lärarkapacitet viktiga krav för att få examensrätt av yrkesexamina. Samtidigt har Sverige en starkt decentraliserad organisation av yrkesutbildningar. I Sverige har till exempel 25 lärosäten examensrätt för sjuksköterskeprogrammen. Det ställer krav på tillgång till lärarkapacitet.

Tabell 3. Global ranking samt nationell ranking av svenska lärosäten avseende området vårdvetenskap år 2023

Lärosäte	Svensk placering	Världsranking 1–300
Karolinska Institutet	1	7
Linköpings universitet	2	51–75
Göteborgs universitet	3	51–75
Uppsala universitet	4	51–75
Lund universitet	5	76–100
Linnéuniversitetet	6	101–150
Örebro universitet	7	101–150
Malmö universitet	8	151–200
Sophiahemmet högskola	9	151–200
Högskolan i Dalarna	10	201–300
Jönköpings högskola	11	201–300
Mälardalens universitet	12	201–300
Umeå universitet	13	201–300
Borås högskola	14	201–300

Källa: GRAS Global Ranking

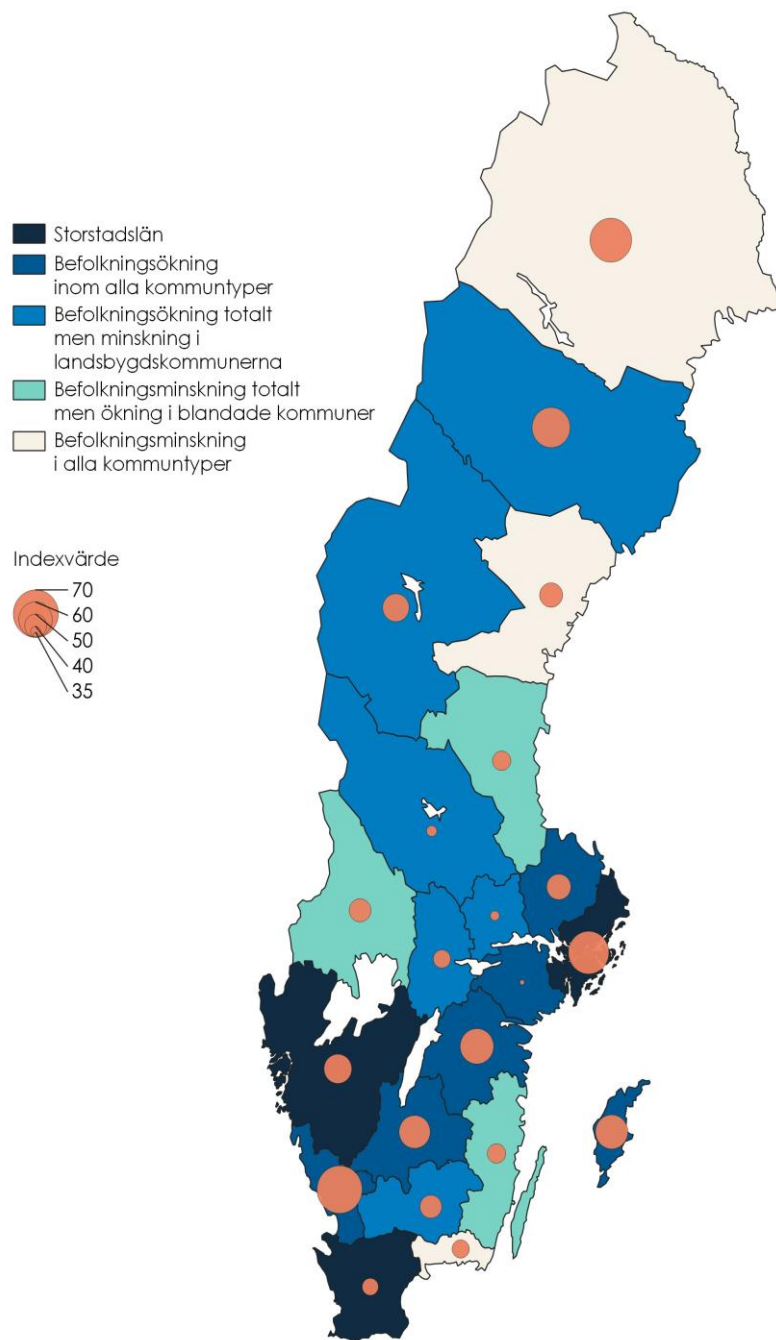
Policy, strategier och levnadsförhållanden

Statens styrning av kommuner och regioner har ökat sedan början av 1990-talet, med inslag som regelstyrning, riktade statsbidrag och mjukare styrningsformer såsom överenskommelser och strategier med varierande detaljerade mål. Denna ökade styrning inkluderar även den kommunala utjämningen av skattemedel för att ge likvärdiga ekonomiska förutsättningar, trots skattekrafts- och strukturella skillnader. Statsbidragen fördelas huvudsakligen genom det kommunalekonomiska utjämningssystemet, där staten främst finansierar bidragen. Trots den ökade styrningen måste staten navigera mellan kraven på likvärdighet och kvalitet samt respektera den kommunala självstyrelsen som är reglerad i grundlagen. Denna självstyrelse ger kommuner och regioner betydande handlingsutrymme där de folkvalda kan prioritera och bestämma över olika verksamheter, vilket skapar en potentiell målkonflikt mellan central styrning och lokal självbestämmanderätt.

Denna rapport har presenterat data som visar att det finns stora skillnader i förutsättningar mellan regioner. Det påverkar levnadsförhållanden och har betydelse för enskilda medborgare. Vidare betyder det att regionerna har olika förmåga att attrahera hälso- och sjukvårdspersonal.

Kartan nedan (figur 29) visar indexvärde för län utifrån levnadsförhållanden. Detta index utgår från Tillväxtverkes breddade mått på regional utveckling, så kallad bruttoregionalprodukt plus (BRP+) [26]. Socialstyrelsen har inkluderat fyra mått för att beskriva levnadsförhållanden. I de ingår tillgång till bostad, arbete och löner, inkomst och förmögenhet, tillgänglighet till tjänster och livskvalitet för år 2022 [13]. Vid en sammanslagning av dessa mått har länen i Norrbotten, Västerbotten, Halland, Jönköpings och Östergötland samt Stockholm ett högt indexvärde.

Figur 29. Mått för levnadsförhållanden



Källa: Tillväxtverket

Att arbeta med en breddad syn på regional utveckling, skulle kunna vara ett sätt att påverka Sveriges utveckling. Tillväxtverket lyfter till exempel fram att även om Sverige har en stark urbaniseringstrend så väljer också människor att flytta åt motsatt håll, så kallad kontraurbanisering. Det betyder att migrationen går från mer tätbefolkade områden till mindre tätbefolkade områden. Orsaken till detta är flera. Till exempel har den starka urbaniseringen resulterat i att många människor upplever att

levnadsförhållandena i staden har förändrats. Det kan till exempel handla om trångboddhet och höga huspriser. Andra faktorer som påverkar kan vara utvecklingen av förbättrad infrastruktur och kommunikation. Det i kombination med att arbetsmarknaden har blivit mer flexibel kan bidra till att förbättra levnadsvillkoren för människor. Det finns allt mer arbetstillfällen utanför hälso- och sjukvården som inte är helt geografiskt och tidsmässigt bundet till en specifik arbetsplats. Det kan öppna upp för större flexibilitet och förändra dynamiken på arbetsmarknaden. Det finns ett samband mellan utbildningsnivå och kontraurbanisering. Människor med universitetsutbildning verkar i högre utsträckning flytta från stad till landsbygd jämfört med lågutbildade människor. Det kan bero på att det finns fler arbetstillfällen för högutbildad arbetskraft som är utspridda över landet. Familjebildning och föräldraledighet kan vidare vara bidragande faktorer till kontraurbanisering. Andra inverkanse faktorer kan vara pendlingsavstånd och ett flexibelt arbete som gör det möjligt att bättra hinna med det privata livet. Det verkar också vara så att familjer som väljer att flytta till landsbygd på olika sätt har en viss personlig anknytning till platsen de flyttat till. Vanligt förekommande är att någon i familjen hade föräldrar i närheten [8].

Sammanfattande lägesbeskrivning och utvecklingsområden

Inom ramen för 2024 års nationella planeringsstöd (NPS) har Socialstyrelsen valt att göra en resurs- och planeringskarta för hälso- och sjukvården, vilket är en fördjupning som sätter personalförsörjningen i en geografisk kontext. Genom att kombinera olika datakällor och underlag kan vi visa på en mer nyanserad bild av hälso- och sjukvårdens förutsättningar för en ändamålsenlig personalförsörjning.

Ett viktigt resultat i den här delrapporten är att personalförsörjningen är starkt kopplad till utvecklingen av hälso- och sjukvårdstjänster. I denna rapport har Socialstyrelsens sammanställt olika faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster utifrån olika perspektiv. Det har inkluderat följande områden:

- Geografi, befolkningsutveckling
- Vårdkonsumtion
- Befolkningssammansättning
- Hälsa och tillgänglighet
- Förtroende för hälso- och sjukvården
- Förväntningar och tillit till hälso- och sjukvården
- Ekonomisk hållbarhet
- Hälso- och sjukvårdens infrastruktur
- Hälso- och sjukvårdspersonal
- Utbildning, forskning och utveckling

Detta underlag ska ses som ett steg i en större utveckling mot att främja ett stöd för planering av personalförsörjning som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens utveckling. Detta arbete ingår också som en del av Socialstyrelsens strategiska utveckling mot att ge mer samlat stöd på systemnivå.

Socialstyrelsen ser flera möjliga framtida utvecklingsområden. Ett utvecklingsområde är att lyfta in bedömningar av tillgång och efterfrågan av personalresurser i anslutning till kunskapsstyrningen. Detta för att säkerställa att kunskapsstyrningen bidrar till att knyta ihop vårdkedjor, även för patienter som har komplicerade eller komplexa vårdbehov. Ett annat utvecklingsområde handlar om att kombinera olika datakällor som gör det möjligt att följa hela personalförsörjningskedjor, från utbildning till, introduktion till arbetslivet, karriärutveckling, specialisering, handledning, utveckling av multidisciplinära team och forskning på

aggregerad nivå. Detta för att bättre förstå flyttmönster och arbetsmarknadsrörelser. Detta kan gälla professioner som det råder stor brist på, såsom sjuksköterskor, men det kan också göras utifrån grupper av professioner som arbetar tillsammans i team inom liknande områden. Ett vidare utvecklingsarbete är att analysera hur personalresurser används och hur arbetsuppgifter utvecklas över tid kopplat till befolkningens vårdbehov och vårdkonsumtion.

Utifrån de uppgifter och datakällor som presenteras i denna resurs- och kapacitetskarta ser Socialstyrelsen ett behov av att hälso- och sjukvårdens olika aktörer kan utifrån sina respektive roller, uppdrag och mål undersöka vad de uppgifter som presenterats i denna delrapport innebär för olika verksamheter. Det gäller till exempel huvudmän för hälso- och sjukvården, myndigheter, yrkes- och professionsförbund, SKR, lärosäten samt kunskapsstyrningens organisationer och det Nationella vårdkompetensrådet.

Vidare är det av yttersta vikt att dessa aktörer gemensamt bidrar till utvecklingen av nya underlag. Dessa nya underlag bör möjliggöra konstruktiva och samordnade insatser för att säkerställa att hälso- och sjukvårdens personalförsörjning effektivt bidrar till bästa möjliga patientnytta inom samtliga regioner i Sverige. Genom att arbeta utifrån gemensamma ramar kan man skapa en grund för samarbete och strategisk planering som gynnar både vårdpersonal och patienter. Socialstyrelsen ser till exempel behov av att fördjupa arbetet med följande områden:

1. Vårdbehov och innehåll i utbildningar
 - Utveckla prognoser om vårdbehov på regional nivå
 - Stärka kopplingen mellan hälso- och sjukvårdens målsättningar och innehåll i utbildningar och fortbildning för att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha aktuell kunskap som gör att de kan möta upp dagens- och framtidens vårdbehov.
2. Utveckling av personalstatistik
 - Fortsatt utveckling av personalstatistiken i samarbete med SCB och UKÄ, inklusive en översyn av förutsättningarna för en ordnad process för registrering av ST-läkare för att få en nationell bild över tillväxten av läkarspecialiteter och dess regionala fördelning.
 - Fortsatt utveckling av statistiska underlag som visar hur arbetsuppgifterna för läkare inom olika vårdformer och diagnosområden utvecklats över tid.
 - Utvecklande av statistiska underlag som visar hur andra legitimationsyrkens arbetsuppgifter utvecklas över tid.
3. Organisation av hälso-och sjukvård arbetssätt
 - Utveckling av underlag som gör det möjligt att följa utvecklingen av hälso- och sjukvårdens organisationer. Det kan till exempel handla om att lyfta från framgångsrika organisationer, processer och arbetssätt som främjar multidisciplinära team med olika kunskaper,

färdigheter och erfarenheter som arbetar personcentrerat med patienter som har komplexa vårdbehov.

- Utveckling av ett strategiskt ramverk som gör det möjligt att sammankoppla kunskapsstyrningens målsättningar med ansvariga organisationers samlade kapaciteter att leverera ett resultat.⁹
- Utveckling av underlag som gör det möjligt att följa patientens väg genom hälso- och sjukvården för att kunna bedöma i vilken utsträckning personalresurser allokeras på ett sätt som ger störst patientnytta.

4. Introduktion till arbetsliv och bemanning i olika regioner

- Följa enskilda professioner och grupper av professioners från ursprunglig bostadsort, utbildning, etablering på arbetsmarknaden, flyttmönster samt karriärprogressioner på aggregerad nivå.
- Kartläggning av insatser som har syftat till att rekrytera personal till glesbygd och områden som är svåra att rekrytera till och utvärdera deras effekt på kort (1–4 år) och medellång sikt (5–10 år).

⁹ Samlade kapaciteter utgörs av en kombination av nödvändiga teamaktiviteter, samlade färdigheter, kunskaper, erfarenheter och processer som tillsammans levererar ett resultat.

Referenser

1. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2023. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Rapport 23052.
2. Folkhälsomyndigheten. Hur hänger livsvillkor och hälsa ihop? Hämtad 2023-11-05 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/>.
3. WHO. Health Promotion Glossary of Terms 2021
4. Vård och omsorgsanalys. Förnuft och känsla för hälso- och sjukvården. Rapport 2018.
5. Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 – indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022. PM 2022:3.
6. Regeringskansliet. Pressmeddelande från Socialdepartementet. Hämtad 2023-09-06 från <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2023/09/regeringen-satsar-pa-en-nationell-digital-infrastruktur-for-halso--och-sjukvarden/>.
7. Statistiska Centralbyrån (SCB). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 2023-09-30 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/>.
8. Tillstånd och trender för region tillväxt 2022. Stockholm: Tillväxtverket; 2023. Rapport 0439.
9. Så blir Sverige attraktivare genom forskning och innovation. Stockholm: VINNOVA; 2012. VINNOVA Information VI 2012:02.
10. God och nära vård – en primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39).
11. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
12. SCB. Inkomster och skatter: Inkomströrlighet 2000 – 2020. Hämtad 2023-10-15 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/hushallens-ekonomi/inkomster-och-inkomstfordelning/inkomster-och-skatter/pong/statistiknyhet/inkomstrorlighet-20002020/>.
13. Kolada. BRP+ (breddat mått på regional utveckling). Hämtad 2023-12-11 från <https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?focus=82304&report=150159&type=region>.

14. I väntan på vård. Ineffektiv statlig styrning kortare köer. Stockholm: Riksrevisionen; 2023. RiR 2023:12.
15. Tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
16. Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022. Utveckling i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Rapport 2023-8-8683.
17. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Februari 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Rapport 2018-2-16.
18. Privat vårdfakta 2022. Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen. Stockholm: Vårdföretagarna; 2022.
19. Kolada. Hälso- och sjukvårdsrapporten (SKR) – Patienters och befolkningens syn på vården. Hämtad 2023-12-11 från <https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?focus=82304&report=138906&type=region>.
20. Om fler jobbar mer. Heltidsfrågan i välfärden. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting (SKL); 2015.
21. Sveriges kommuner och regioner (SKR). Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården. Jämförelser av första halvåret 2023 med första halvåret 2022. Hämtad 2023-11-15 från <https://skr.se/download/18.7620025f18acbaeda1d8e35/1695710591103/Kostnader-for-inhyrd-personal-i-halso-och-sjukvard-halvar-1-2023.pdf>.
22. Nilsson Vindefjärd A. (red.). Lägesrapport år 2023 – utveckling inom life science. Stockholm: Forska!Sverige. Rapport september 2023.
23. Sveriges universitetslärare och forskare (SULF). Låga basanslag har skapat akademiska forskarhotell. Hämtad 2023-10-30 från <https://sulf.se/ledare-i-universitetslararen/laga-basanslag-har-skapat-akademiska-forskarhotell/>.
24. Ny myndighetsstruktur för finansiering av forskning och innovation. Slutbetänkande av Forskningsfinansieringsutredningen (SOU 2023:59).
25. Tillväxtverket. Breddat mått på regional utveckling (BRP+). Hämtad 2023-11-15 från <https://tillvaxtverket.se/tillvaxtverket/statistikochanalys/statistikomregionalutveckling/breddatmattparegionalutvecklingbrp.1624.html>



Resurs- och kapacitetskarta för hälso- och sjukvårdens
personalförsörjning (artikelnr 2024-3-8944)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.