Nationella vårdkompetensrådet

Socialstyrelsen

Kompetensförsörjning inom primärvården

Delredovisning

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet
Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575

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 2022-4-7865
Foto Michael Erhardsson, Mostphotos AB

I den senaste versionen har några tryckfel korrigerats. Exempelvis har antalet regionanställda ST-läkare i allmänmedicin 2020 korrigerats på s 54, så att den överensstämmer med den angivna källan. I tabell 5 fanns tidigare ett tryckfel avseende Region Jämtland i räkneexemplet för behovet av antal specialister i allmänmedicin; detta har nu korrigerats. Även några språkliga korrigeringar har gjorts.

Förord

Regeringen beslutade den 23 september 2021 om ett uppdrag till Socialstyrelsen att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet och i dialog med andra berörda aktörer, ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården.

Uppdraget inkluderar såväl frågor om hur primärvården kan utveckla, behålla och attrahera medarbetare som hur primärvården kan medverka i högskoleutbildning av framtida medarbetare samt i forskning. Därtill ska åtgärder föreslås för att främja en geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden. I uppdraget ingår även att ta fram ett planeringsunderlag och rekommendationer för dimensionering av specialister i allmänmedicin på nationell och regional nivå för perioden 2022–2035. Enligt uppdraget ingår även att ytterligare tydliggöra Nationella vårdkompetensrådets strategiska och operativa roll när det gäller den långsiktiga kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.

Inom uppdraget ska en delredovisning lämnas senast den 1 maj 2022. I denna delredovisning ges en nulägesbeskrivning av kompetensförsörjningen inom primärvården. Det är en bred, deskriptiv kartläggning av olika aspekter och perspektiv som också är tänkt att utgöra ett kunskapsunderlag för en god kompetensförsörjning i primärvården, därför kommer inte alla delar att resultera i egna förslag.

Delredovisningen är framtagen av Socialstyrelsen tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet. Ansvarig enhetschef är Lena Hellberg.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 11
Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården 13
Socialstyrelsens och Nationella vårdkompetensrådets uppdrag 13
Uppdragets genomförande 14
Utgångspunkter och avgränsningar 16
Aktörer som Socialstyrelsen tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet haft dialog med 17
Delredovisningens avsnitt 17
Kompetensförsörjning inom primärvården 18
Primärvården är navet i vården 18
Primärvårdens uppdrag 18
Vikten av en hållbar kompetensförsörjning 20
Brist på centrala kompetenser 20
Ersättningssystemen påverkar resurssättningen inom primärvården 21
Bristande tillgänglighet och kontinuitet 22
Ökad digitalisering i primärvården 23
Teamarbete och interprofessionellt arbetssätt 23
Fast läkarkontakt i primärvården 24
Fler patienter vill träffa samma person vid varje vårdbesök 25
Utgångspunkter för antal patienter per specialistläkare i allmänmedicin 26
Forskning och utbildning 28
Regionernas kompetensförsörjningsplaner 29
Intervjuade verksamhetschefers erfarenhet av arbetet med kompetensförsörjningsplaner 30
Faktorer som påverkar kompetensförsörjning i verksamheterna 30
Sammanfattande kommentar om kompetensförsörjning inom primärvården 31
Primärvårdens medverkan i högskoleutbildning och forskning 32
Primärvårdens medverkan i högskoleutbildning 32
Samverkan mellan universitet och högskolor och sjukvårdshuvudmän 32
Utbyggnad av vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar 34
Klinisk praktik i primärvården 35
Verksamhetsförlagd utbildning i primärvården på läkarutbildningen 36

Fördelning av VFU i läkarutbildningen inom primärvården 37
Verksamhetsförlagd utbildning i kommunerna 37
Bristande jämställdhet i hälso- och sjukvårdsutbildningar 37
Forskningsmedverkan i primärvården 39
Primärvårdens uppdrag tydliggörs i fråga om forskningsarbete 39
Förenade anställningar 40
ALF-avtalet om universitetssjukvård och klinisk forskning 41
Kriterier för universitetssjukvårdsenheter (USV-enhet) 41
Nationella forskarskolan i allmänmedicin 41
Akademiska vårdcentraler 42
Bristande förutsättningar för forskning i primärvården 42
Det saknas underlag för statistik och forskning i primärvården 43
Sveriges Kommuner och Regioner betonar vikten av klinisk forskning i primärvården 43
En hållbar kompetensförsörjning är grunden för att utveckla den kliniska forskningen i primärvården 44
Jämställdhet i forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet 45
Sammanfattande kommentar om primärvårdens medverkan i högskoleutbildning och forskning 46
Tillgång till personal inom hälso- och sjukvården och primärvården 48
Prognosticerad brist på 20 av 22 legitimationsyrken i hälso- och sjukvården fram till 2035 48
Nuläge och tillgång på läkare generellt 49
Prognos över differensen på AT-platser 49
Läkarutbildningen har byggts ut med 70 procent sedan 2005 49
Tillgång på specialistläkare i allmänmedicin 49
ST-läkare i allmänmedicin 54
Pensionsavgångar specialistläkare i allmänmedicin 54
Efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin 55
Mått för att uppskatta vårdtyngd 56
Bedömning av vårdtyngd 57
Sammanfattande kommentar över tillgången på läkare i allmänmedicin 58
Tillgång på vissa andra professioner verksamma inom primärvården 60
I primärvården arbetar 13 procent av den totala andelen sjuksköterskor 60
Antalet distriktssköterskor minskade i primärvården 61
Antalet psykologer har nästan fördubblats i primärvården 62
Antalet fysioterapeuter ökade inom primärvården 63
Antalet dietister ökade inom primärvården 64

Antalet arbetsterapeuter har minskat relativt befolkningen men ökat inom primärvården 65
Sammanfattande kommentar om tillgång på viss hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården 66
Viss legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården efter region 67
Användning av hyrpersonal i regionerna 69
Sammanfattande kommentar om tillgång till personal inom hälso- och sjukvården och primärvården 70
Arbetsmiljön i primärvården – en nulägesbild 72
Vad är god arbetsmiljö och hur påverkar arbetsmiljön människor? 72
Två modeller för att förstå arbetsmiljöns påverkan på människors hälsa 73
Krav-kontroll-stöd-modellen 73
Ansträngnings-belöningsmodellen (ERI) 73
Ett urval av kunskapsunderlag om arbetsmiljö i hälso- och sjukvården 74
Arbetsmiljö i kvinnodominerade sektorer 74
Arbetsmiljön i primärvården - Intervjuer med läkare och sjuksköterskor 74
Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder 76
Vårdens styrning har betydelse för arbetsmiljön 77
Sammanfattande kommentar om ovannämnda kunskapsunderlag 77
Bestämmelser om arbetsmiljö 78
Primärvårdens arbetsmiljö idag – Inspel från dialogmöten 80
Svårigheter att räcka till för uppdraget 80
Ersättningssystemet i primärvården upplevs påverka arbetsmiljön 80
Triagering 80
Bristfälligt tillvaratagande av kompetens i primärvården 82
Ökad komplexitet och ansvar med god och nära vård 83
Ensamarbete och avsaknad av kollegialt stöd 84
Brist på handledning 84
Brist på samverkan mellan primärvården och andra delar av vården påverkar arbetsmiljön 85
Brist på fortbildning 85
Administrativa arbetsuppgifter tar tid från kärnuppdraget 88
Ledarskapets betydelse för arbetsmiljön 88
Sammanfattande kommentarer om intryck från dialogmöten 89
Deltidsarbete är vanligt förekommande bland allmänläkare i primärvården 89

Exempel på primärvårdsenheter där man framgångsrikt lyckats förbättra arbetsmiljö och rekryteringsmöjligheter 89
Insatser för att främja kompetensförsörjningen inom primärvården .. 92
Lönevillkor och förmåner 94
Rekrytering 94
Sammanfattande kommentar om arbetsmiljö 95
Kompetensförsörjning i landsbygd respektive i socioekonomiskt utsatta områden 97
En god hälsa och en vård på lika villkor oavsett bostadsort 97
Landsbygdens förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning 99
Definition och demografi 99
Hälsa, vårdkonsumtion och vårdtyngd i landsbygd 100
Tillgång till hälso- och sjukvårdpersonal i landsbygd 101
Rekrytera och behålla hälso- och sjukvårdspersonal i landsbygd 101
Intervjuade verksamhetschefer i landsbygdsområden 103
Dialogmöten inom landsbygdsområdet 103
Exempel på insatser för förbättrad kompetensförsörjning i landsbygd 104
Sammanfattande kommentar om landsbygdens förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning 106
Socioekonomiskt utsatta områdens förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning 108
Definition socioekonomiskt utsatta områden 108
Socioekonomisk tillhörighet och hälsa 109
Tillgång till hälso- och sjukvårdpersonal i socioekonomiskt utsatta områden 109
Rekrytera och behålla personal i socioekonomiskt utsatta områden 110
Intervjuade verksamhetschefer i socioekonomiskt utsatta områden 111
Exempel på insatser för förbättrad kompetensförsörjning i socioekonomiskt utsatta områden 112
Sammanfattning 112
Sammanfattande kommentar om kompetensförsörjning i landsbygd respektive i socioekonomiskt utsatta områden 113
Referenser 115
Bilaga 1 – Nationella vårdkompetensrådets uppdrag 122
Bilaga 2 – Grundläggande bestämmelser för hälso- och sjukvården 123
Reglering av hälso- och sjukvård 123
Huvudmannen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård 123
En god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen 123

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls 123
Bestämmelser om primärvården 124
Vårdgaranti i primärvården 124
Primärvårdens grunduppdrag 125
Kommunens ansvar som huvudman 125
Samverkan mellan huvudmännen för läkarmedverkan 125
Vårdgivarens ansvar för en patientsäker vård 125
Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. 126
Behörighetskrav och krav och mål för vissa högskoleutbildningar 126
Behörighetskrav för personalen i hälso- och sjukvården 126
Bestämmelser om sjuksköterskor 127
Olika vägar till legitimation för personer med utländsk utbildning 127
Villkor för vissa yrkesexamina och för den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) 128
Bilaga 3 – Ersättningssystemets övergripande utformning i korthet 132
Bilaga 4 – Regionernas kompetensförsörjningsplaner 134
Bilaga 5 – Intervjuguide verksamhetschefer vårdcentraler/hälsocentraler 136
Bakgrundsfrågor 136
Övergripande frågor 136
Kompetensutveckling på medarbetarnivå 137
Geografisk rörlighet och rekrytering till socialt utsatta områden och glesbygd 137
Organisation och arbetssätt 137
Avslutning 138

Sammanfattning

Socialstyrelsen har i uppdrag att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet och i dialog med övriga berörda aktörer, ta fram förslag på riktade nationella insatser i syfte att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen av t.ex. specialistsjuksköterskor inkl. distriktsköterskor, specialistläkare i allmänmedicin, dietister, psykologer och fysioterapeuter i primärvården. Uppdraget redovisas dels i delredovisningen som ska lämnas senast den 1 maj 2022, dels i slutredovisningen den 30 november 2022. I delredovisningen redovisas ett brett kunskapsunderlag av villkor och förutsättningar för kompetensförsörjningen i primärvården som också kan användas som en grund för god planering. I slutredovisningen redovisas förslag på riktade nationella och regionala insatser som regioner och andra aktörer kan vidta.. Alla delar i delredovisningen kommer dock inte att resultera i förslag på grund av att kunskapsunderlaget även syftar till att utgöra ett stöd för en god planering av vårdens kompetensförsörjning.

Regeringens pågående primärvårdsreform syftar till att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. En god kompetensförsörjning är central för att primärvården ska kunna vara navet i hälso- och sjukvården. Data visar att tillgången på sjuksköterskor, psykologer, fysioterapeuter och dietister i primärvården har ökat över tid, medan tillgången på distriktsköterskor däremot har minskat. Samtidigt rapporterar 19 av 21 regioner att tillgången på specialistläkare i allmänmedicin, sjuksköterskor, distriktssköterskor, psykologer, fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter inom primärvården inte når upp till behovet.

Av den kartläggning som genomförts inom uppdraget framgår även att det finns stora variationer i fråga om primärvårdens organisering, inte minst i fråga om hur personalens kompetens används. Därtill kompliceras bilden ytterligare genom många olika utförare i primärvården samt en låg kontinuitet för patienterna, där en liten andel av befolkningen har tillgång till en fast läkare.

Bristen på specialistutbildad personal är fortsatt stor i primärvården trots de senaste årens satsningar på t.ex. betald specialistsjuksköterskeutbildning. Att primärvården har bristande arbetsmiljö och att platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU-platser) inte kan erbjudas, kan i längden leda till att universitet och högskolor måste begränsa platserna på hälso- och sjukvårdsutbildningar. Eftersom en allt större del av vården bedrivs inom primärvården och en stor del av folksjukdomarna behandlas där behöver studenterna ha verksamhetsförlagd utbildning i primärvården. I dialogsamtal inom uppdraget, lyfts även vikten av långsiktiga förutsättningar för forskning i primärvården, så som medel och tid.

Kartläggningen om arbetsmiljön i primärvården visar att det råder en uppfattning inom professionerna om att det saknas “luft i systemet” inom primärvårdens verksamheter. Såväl professionsföreträdare som intervjuade verksamhetschefer i primärvården lyfter en god arbetsmiljö som den enskilt viktigaste insatsen för en fungerande kompetensförsörjning.

Behovet av olika typer av insatser för en hållbar kompetensförsörjning blir särskilt tydligt i områden som har större utmaningar med att attrahera och behålla personal, så som i glesbefolkad landsbygd. I dialogmötena lyfts även behov av lokalt anpassade stödstrukturer, exempelvis fast anställda tolkar i socioekonomiskt utsatta områden för att underlätta för personalen.

Enligt uppdraget ska det bl.a. redovisas hur många specialistläkare det finns att tillgå i dagsläget och hur stor efterfrågan är. Ett räkneexempel med fiktiva listtak illustrerar tillgång och efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin i dagsläget. Vid en beräkning om 1500 patienter per specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta i primärvården saknas det nästan 2500 allmänläkare i nuläget. Vid en jämförelse om 1000 patienter per allmänläkare uppgår bristen i primärvården till knappt 6000 allmänläkare i nuläget. Räkneexemplet utgår enbart ifrån befolkningstal och beaktar inte faktorer såsom vårdtyngd, demografi eller geografiska aspekter. För mer lokalt anpassade listtak behöver även dessa faktorer tas med i beräkningen.

Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården

Den 23 september 2021 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet (rådet), och i dialog med övriga berörda aktörer, ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården (S2021/06575).

Socialstyrelsens och Nationella vårdkompetensrådets uppdrag

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet och i dialog med övriga berörda aktörer, ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården.

Socialstyrelsen ska tillsammans med rådet ge förslag på riktade insatser som regioner och andra kan vidta. I förslagen ska följande ingå:

- vilka insatser som kan vidtas för att kunna utveckla, motivera och behålla de medarbetare som redan idag arbetar inom primärvården
- hur primärvården kan attrahera och locka till sig nya medarbetare
- hur primärvården kan medverka i högskoleutbildning av framtida medarbetare samt i forskning
- insatser som kan vidtas för att främja en geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden.

Med stöd av rådets kompetens samt samverkansarenor ska ett planeringsunderlag redovisas och rekommendationer tas fram för dimensioneringen av läkares specialiseringstjänstgöring (ST) inom allmänmedicin på nationell och regional nivå. I underlaget och rekommendationerna ska följande ingå:

- hur många ST-tjänster inom allmänmedicin det finns att tillgå i dagsläget och hur stor efterfrågan är
- hur många specialistläkare inom allmänmedicin det finns att tillgå i dagsläget och hur stor efterfrågan är
- hur stor andel av specialistläkarna i allmänmedicin som förväntas gå i pension under perioden 2022–2035
- hur många handledare för ST som finns att tillgå i dagsläget
- en bedömning av tillgång och efterfrågan på ST-tjänster inom allmänmedicin under perioden 2022–2035, och rekommendationer om hur många ST-tjänster som behövs
- en bedömning av tillgång och efterfrågan på specialistläkare inom allmänmedicin under perioden 2022–2035, och rekommendation om hur många specialistläkare inom allmänmedicin som behövs, hur tiden mellan

läkarlegitimation och bevis om specialistkompetens kan kortas och vilka resurser och åtgärder som krävs för det
- hur många läkarstudenter som förväntas examineras per år 2022–2035.

Mot bakgrund av ovanstående ska Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet ta fram förslag på riktade insatser i syfte att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen av t.ex. specialistsjuksköterskor inklusive distriktssköterskor, specialistläkare i allmänmedicin, dietister, psykologer och fysioterapeuter i primärvården. Av uppdraget framgår att man i arbetet behöver ta hänsyn till framtidens hälso- och sjukvård med bl.a. förändrade arbetssätt, digitalisering och demografisk utveckling.

Uppdraget syftar även till att ytterligare tydliggöra rådets strategiska och operativa roll när det gäller den långsiktiga kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. Nationella vårdkompetensrådets uppdrag finns beskrivet i bilaga 1.

Uppdragets genomförande

Inom ramen för regeringsuppdraget ska en skriftlig delredovisning lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 maj 2022. Syftet med denna delredovisning är att ge en bred nulägesbild av villkor och förutsättningar för kompetensförsörjningen i primärvården avseende ramarna för primärvårdens uppdrag, primärvårdens medverkan i högskoleutbildning och forskning, tillgång till legitimerad personal, arbetsmiljö och förutsättningar i landsbygd respektive socioekonomiskt utsatta områden. Nulägesbilden bygger på tillgängliga kunskapsunderlag med tyngdpunkt på tidigare och pågående arbete som bedrivs i myndigheter, riksdag och regering samt inom regioner, kommuner och intresseorganisationer. Delredovisningen utgör en grund för slutredovisningens analys och förslag, däremot kommer inte alla delar att resultera i egna förslag. Därutöver har delredovisningen även ett bredare syfte iatt utgöra ett kunskapsunderlag för en god planering av kompetensförsörjningen i primärvården. Slutredovisningen ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 november 2022.

I enlighet med ovanstående ska enligt uppdraget lämnas förslag inom fyra övergripande områden; primärvårdens medverkan i högskoleutbildning och forskning, tillgång till legitimerad personal, arbetsmiljö och förutsättningar i landsbygd respektive socioekonomiskt utsatta områden. Dessa områden redovisas i varsina avsnitt som var och ett avslutas av en sammanfattande kommentar.

Uppdraget är som sagt omfattande och inbegriper inte bara primärvården i sig utan också andra stora verksamhetsområden som högre utbildning och forskning. För att öka kunskapen om de villkor och förutsättningar som gäller för hur dessa verksamheter samverkar med varandra ges en bred beskriven bakgrund av dessa. I rådets nuvarande uppdrag ingår bl.a. att göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehovet baserade på tillgängliga kunskapsunderlag, tillgängliggöra sammanställningar av kunskapsunderlag, stödja beslutsfattare och åstadkomma samverkan mellan och föra dialog med berörda aktörer. Mot denna bakgrund bedöms därför delredovisningens beskrivande ansats över området ligga väl i linje med uppdraget och utgöra en

grund för ökad samverkan för berörda aktörer, universitet och högskolor samt regioner och kommuner. Underlaget kan därmed förhoppningsvis bidra till en stärkt kompetensförsörjning inom primärvården och tjäna till att stärka rådets strategiska och operativa roll. Syftet är även att ge berörda aktörer möjlighet att överblicka områdets vidd och utgöra referensmaterial för arbetet med kompetensförsörjningen. Det kunskapsunderlag som delredovisningen utgör är även ett stöd för det gemensamma arbete som bedrivs i det nationella vårdkompetensrådet och de sex regionala vårdkompetensråden som etablerats i varje sjukvårdsregion.

Kartläggning, intervjuundersökning och datainsamling

För att skapa en nulägesbild av kompetensförsörjning inom primärvården har en kartläggning av regioners och kommuners arbete inom detta område gjorts. Kartläggningen består dels av regionernas kompetensförsörjningsplaner, dels av de insatser regionerna uppger att de gör för att främja kompetensförsörjningen. Insamlingen har skett genom de regionala vårdkompetensråden (RVKR) och elva privata utförare. Totalt inkom 22 svar med olika typer av underlag, varav två svar från privata utförare. De underlag som inkommit har varit av varierande omfattning, i några fall mer omfattande dokumentation och i andra fall endast några få meningar om olika initiativ. Ytterligare underlag och exempel på insatser om kompetensförsörjning har därutöver samlats in inom ramen för Socialstyrelsens olika uppdrag med att följa upp omställningen till en god och nära vård.

För att fördjupa förståelsen av primärvårdens arbete med kompetensförsörjningsfrågor har semistrukturerade intervjuer med verksamhetschefer på regionala primärvårdsenheter genomförts. Verksamhetscheferna är centrala aktörer då de har en viktig roll för rekryteringen av medarbetare till primärvården, framför allt av läkare. Ansatsen i intervjuerna har varit att med kvalitativ metod fånga upp möjligheter, utmaningar och hinder för kompetensförsörjning ur deras perspektiv. Urvalet av intervjupersoner har skett utifrån vårdcentralernas demografiska upptagningsområde samt geografiska läge. Såväl mindre som större primärvårdsenheter har inkluderats. Intervjuer har genomförts till dess att så kallad mättnad uppnåtts, då nya aspekter inte längre tillkommer i intervjuerna utan tidigare teman och information istället återkommer. De enheter som ingår i intervjuundersökningen har valts ut för att fånga en bredd av verksamheter utifrån följande perspektiv: geografi, kommuntyp (storstad och landsbygd), områdestyp (socioekonomiska förutsättningar), regiform samt storlek (antal anställda och antal listade patienter).

För intervjuguiden, se bilaga 5.

Data för prognos över tillgång och efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin

I delredovisningen redovisas en nulägesbild över tillgång och efterfrågan för de yrkesgrupper som anvisas i uppdraget. Nulägesbilden är baserad på statistiska data från 2019 eftersom det är det senaste redovisade året som finns att tillgå i befintliga statistikdatabaser. I slutredovisningen av detta regeringsuppdrag kommer vi att presentera ett planeringsunderlag för tillgång och efterfrågan för perioden 2022–2035. I arbetet med planeringsunderlaget bistår Statistiska centralbyrån (SCB) i arbetet med att ta fram en prognos över

tillgång och efterfrågan för läkares specialiseringstjänstgöring (ST) och specialister inom allmänmedicin på nationell och regional nivå för perioden 2022–2035.

Tillgång till aktuella och relevanta data är en förutsättning för att kunna redovisa de uppgifter som efterfrågas i regeringsuppdraget. Det finns dock ingen samlad statistik över kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, varför uppgifter behöver hämtas från olika register. Bristen på tillgängliga och aktuella data är en utmaning. Till exempel finns vissa uppgifter inte senare än 2019 och en del av de efterfrågade uppgifterna saknas helt eller delvis i nationella register. Flertalet uppgifter behöver dessutom beställas av andra myndigheter eller aktörer, så som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), och finns i vissa fall inte tillgängliga i officiella register.

Utgångspunkter och avgränsningar

I uppdraget anges inte uttryckligen om primärvård innefattar både regional och kommunal hälso- och sjukvård. För att tydliggöra denna del av uppdraget tas avstamp i regeringens proposition Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) där det framgår att kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – dvs. bland annat sådan hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller som efter avtal med regionen ges i patienternas egna hem – huvudsakligen är vård som ges på primärvårdsnivå. Primärvård är således ett ansvar för både regioner och kommuner. Den 1 juli 2021 trädde en lagändring i kraft som tydliggör primärvårdens uppdrag enligt följande: Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens (2 kap 6 § hälso- och sjukvårdslag, HSL, 2017:30).

Frågor som rör primärvården inkluderar i detta uppdrag den kommunala hälso- och sjukvården. Delredovisningen omfattar i huvudsak en nulägesbild för kompetensförsörjning i regionalt finansierad hälso- och sjukvård medan den kommunala hälso- och sjukvården kommer att belysas i viss mån i slutredovisningen. I uppdraget ingår inte att belysa frågor om, eller ta fram förslag om, exempelvis yrket undersköterska. Dock kan det noteras att det i kommunal vård och omsorg i egen regi fanns ca 200 000 personer sysselsatta med månadslön i november 2017. Av dem var drygt hälften undersköterskor eller skötare (105 000 personer) och en tredjedel (66 000 personer) vårdbiträden eller vårdare.[1] Uppdragets tidsbegränsning har dock inte medgett en fördjupning i dessa yrkesgrupper.

Uppdragets tyngdpunkt utgörs huvudsakligen av utmaningar i kompetensförsörjningen av allmänläkare. I uppdraget ingår att föreslå åtgärder för en hållbar kompetensförsörjning i primärvården även för yrkesgrupperna specialistsjuksköterskor inklusive distriktssköterskor, dietister, psykologer och fysioterapeuter i primärvården.

[1] Socialstyrelsen. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, Förstudie (2019).

I arbetet med uppdraget behöver, som tidigare nämnts, hänsyn tas till framtidens hälso- och sjukvård med bl.a. förändrade arbetssätt och digitalisering. Villkor och förutsättningar för dessa faktorers påverkan på kompetensförsörjningen redovisas endast översiktligt i delredovisningen. Frågorna kommer istället att belysas ytterligare i regeringsuppdragets slutredovisning som kommer i november 2022.

Slutredovisningen kommer till viss del även att beröra primärvårdens organisation i ett urval av länder för att ge en internationell utblick.

Aktörer som Socialstyrelsen tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet haft dialog med

Ekensbergs vårdcentral, Linnéuniversitetet, Hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen i Malmö stad, Strängnäs vårdcentral, Dietisternas Riksförbund, Bergsjön vårdcentral, Distriktsläkarföreningen (DLF), Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Distriktssköterskeföreningen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Region Sörmland, Statistiska centralbyrån (SCB), Vårdföretagarna, Glesbygdsmedicinskt centrum, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Psykologförbund, Fysioterapeuterna, Vårdförbundet, Borgholms vårdcentral, Naturvetarna, Din hälsocentral Edsbyn, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Sveriges läkarförbund och Svenska läkaresällskapet via rådets AT/BT-grupp, Universitetskanslersämbetet (UKÄ), Akademiskt Primärvårdscentrum i Stockholm, företrädare från olika primärvårdsenheter, med enskilda tidigare eller nuvarande ST-läkare i allmänmedicin samt med Socialstyrelsens Äldreråd och Nämnden för Funktionshindersfrågor.

Delredovisningens avsnitt

De olika avsnitten avspeglar uppdragets olika områden som är tydligare beskrivna under respektive avsnitt. I första avsnittet redovisas övergripande villkor och förutsättningar för kompetensförsörjningen inom primärvården. I andra avsnittet redogörs för primärvårdens medverkan i högskoleutbildning och forskning. I tredje avsnittet redogörs för tillgång till viss legitimerad personal i primärvården. I fjärde avsnittet redogörs för villkor och förutsättningar för arbetsmiljö. I femte och avslutande avsnittet redogörs för förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning i landsbygd respektive socioekonomiskt utsatta områden.

Nationella vårdkompetensrådets uppdrag finns att läsa i bilaga 1. I bilaga 2 finns en beskrivning av regleringen av hälso- och sjukvårdens verksamhet och vissa bestämmelser som rör krav på behörighet för att verka i vården för legitimationsyrkena. Av bilaga 3 framgår ersättningssystemets övergripande utformning. I bilaga 4 finns regionernas kompetensförsörjningsplaner. I bilaga 5 redovisas intervjuguiden till verksamhetscheferna i primärvården.

Kompetensförsörjning inom primärvården

Socialstyrelsen ska tillsammans med rådet och i dialog med andra berörda aktörer enligt uppdraget:

- ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården.

I arbetet ska även hänsyn tas till framtidens hälso- och sjukvård med bl.a. förändrade arbetssätt, digitalisering och demografisk utveckling.

Förslagen som ska lämnas enligt uppdraget kommer presenteras i slutredovisningen. Utgångspunkt för förslagen utgörs av kartläggning och nulägesbeskrivning av kompetensförsörjningen i vården som presenteras i denna delredovisning.

Primärvården är navet i vården

Riksdagen beslutade i november 2020 om en primärvårdsreform som är en strukturreform av hela hälso- och sjukvården som ska mynna ut i en omställning till en mer nära vård där primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Övergripande mål med reformen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivare. Till detta har regering och riksdag uttalat att reformeringen av primärvården har ett särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Det har i reformen bedömts att en god kompetensförsörjning är central för att primärvården ska kunna vara navet i hälso- och sjukvården. För att nå målet om en god och jämlik vård i hela landet behöver den framtida kompetensförsörjningen av bl.a. sjuksköterskor och läkare säkras, särskilt inom de specialiteter där det idag råder brist.

Primärvårdens uppdrag

Primärvården ansvarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. De ska även se till att vården är lätt tillgänglig och tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar, samordna olika insatser för patienten i de fall det

är mest ändamålsenligt att samordningen sker i primärvården samt möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.[2]

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – dvs. bland annat sådan hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller som efter avtal med regionen ges i patienternas egna hem – är huvudsakligen vård som ges på primärvårdsnivå. Primärvård är således ett ansvar för både regioner och kommuner.[3] Den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården utgör en betydande del av primärvårdsnivån och kommunala aktörer är viktiga för utvecklingen till en nära vård med fokus på primärvården.[4]

Primärvården i offentlig och privat regi

Över hälften av alla fysiska öppenvårdsbesök 2019 skedde i primärvården. Av dessa primärvårdsbesök skedde knappt hälften hos privata vårdgivare. År 2019 fanns det 1 140 vårdcentraler i Sverige, varav 56 procent drevs i offentlig regi. Över hälften av mottagningsbesöken hos läkare eller sjuksköterska skedde det året vid offentligt driven primärvård. Besök hos fysioterapeut eller arbetsterapeut skedde däremot i högre utsträckning till privat drivna primärvårdsmottagningar.[5]

Fortsatta svårigheter att omfördela resurser till primärvården

Historiskt har det visat sig svårt att omfördela resurser inom hälso- och sjukvårdssystemet till förmån för primärvården, trots att det sedan länge har varit en ambition. Till exempel har andelen specialistläkare i allmänmedicin nätt och jämnt följt med befolkningsutvecklingen och utgör en tydligt minskande andel av det totala antalet specialistläkare under den senaste tio-årsperioden.[6] Svårigheterna med att omfördela resurser i vården har uppmärksammats även i den pågående omställningen till en nära vård med primärvården som nav. I rapporten Nära vård i sikte beskrivs att det för närvarande finns få tecken på att de ekonomiska resurserna i primärvården har ökat tillräckligt mycket för att möta målsättningarna med den pågående omställningen. De flesta regioner verkar sakna tydliga planer för att öka finansieringen under kommande år. Knappt hälften av regionerna redovisar att primärvårdens andel av den totala hälso- och sjukvården ska öka och att resurser ska överföras. Därtill tycks det saknas en tydlig strategi för hur överföringen av resurser ska ske.[7] Enligt Socialstyrelsen ser både regioner och kommuner ekonomiska utmaningar med omställningen, bland annat nämns att det är svårt att överföra resurser från slutenvården.[8]

---

[2] Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård.
[3] Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård.
[4] Prop. 2021/22:1 UO9.
[5] Socialstyrelsen. Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. (2020)
[6] SOU 2019:42. Digifysiskt vårdval.
[7] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Nära vård i sikte? (2021:8)
[8] Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer. (2020).

Vikten av en hållbar kompetensförsörjning

För att hälso- och sjukvården ska vara patientsäker och tillgodose patientens vårdbehov är det avgörande att det både finns tillgång till personal med kunskap och kompetens i enlighet med den vård som bedrivs och att personalen arbetar tillsammans på ett fungerande sätt.[9] Vårdpersonalens kompetenser behöver användas mer ändamålsenligt än vad som görs i dag och huvudmännen bör förbättra arbetsmiljön och arbetsvillkoren för vårdens medarbetare. Primärvården har på senare år tagit ett allt större ansvar för personer med en eller flera kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa och för äldre och andra med komplexa vårdbehov samtidigt som företagshälsovården sedan 90-talet både minskat i omfattning och ändrat karaktär, vilket i sig bidragit till ett ökat uppdrag för primärvården, inte minst kring sjukskrivning och rehabilitering. Samtidigt har primärvården förstärkts med flera kompetenser utöver allmänläkare och distriktssköterskor, bl.a. sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor med utbildning inom områden som diabetes, hjärtsvikt och demens. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp patienten får träffa. Syftet är att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primärvården för att på bästa sätt möta patienternas behov. Fördelarna med detta är att patienten snabbare får träffa någon med den kompetens man har störst behov av och att läkartid kan frigöras för de patienter som har behov av en läkare. Ytterligare en central aspekt är utvecklingen för respektive yrkesroll och tillvaratagandet av samtliga av vårdens yrkeskategoriers kunskap och kompetenser på ett klokt sätt, där interprofessionella förhållningssätt, arbetssätt och lärandemiljöer bör tas tillvara i utvecklingsarbetet.[10]

Brist på centrala kompetenser

Av Socialstyrelsens nationella planeringsstöd (NPS) för 2022 framgår att det bl.a. råder brist på specialistläkare inom alla 21 regioner och 17 regioner uppger att de har brist på specialister i allmänmedicin. I NPS används både kvalitativa och kvantitativa metoder för att kartlägga tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården[11]. Av NPS 2022 framgår även att alla 21 regioner rapporterar en efterfrågan större än tillgången på specialistsjuksköterskor. Bristen på specialistsjuksköterskor framgår även i SCB:s Arbetskraftsbarometern 2021, där den utbildningsgrupp där störst andel arbetsgivare uppger brist på nyutexaminerade är specialistsjuksköterskor. Framför allt gäller det specialistsjuksköterskor inom anestesi- intensiv- och operationssjukvård, psykiatrisk vård, distriktssjuksköterskor och sjuksköterskor med barnmorskeutbildning[12]. Av NPS 2022 framgår även brist i flera regioner på arbetsterapeuter, dietister, psykologer och fysioterapeuter. Av nämnda yrken är bristen på psykologer särskilt stor, 19 av 21 regioner uppger brist. I 2022 års NPS finns även kommunerna inkluderade. Totalt besvarade 234 kommuner (77 procent) enkäten och de vanligaste legitimationsyrkena

[9] Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård.
[10] Ibid.
[11] Detta omfattar användning av data från bl.a. Socialstyrelsens databas och förteckning över legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA) Försäkringskassan, Universitetskanslersämbetet (UKÄ), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät som beskriver efterfrågan på legitimerad personal och specialister i regioner, kommuner och hos privata vårdgivare."
[12] Arbetskraftsbarometern 2021 – vilka utbildningar ger jobb? SCB (2022)

utgjordes av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Av kommunerna uppgav 68 procent att de hade brist på sjuksköterskor, 59 procent angav att de hade brist på fysioterapeuter och 49 procent rapporterade att de hade brist på arbetsterapeuter. Orsaker till brist på personal uppgavs främst vara konkurrens från andra arbetsgivare samt brist på utbildad personal.

Personalresurserna ökar dock mer i primärvården än i vården i stort totalt sett, om än från låga nivåer för vissa yrkesgrupper. Samtidigt syns t.ex. ingen ökning av andelen specialistläkare i allmänmedicin, trots att bristen på allmänläkare är välkänd och omställningens mål är att fast läkarkontakt ska vara kärnan i kontinuiteten och primärvården.[13] Se vidare under rubrik Tillgång till personal inom hälso- och sjukvården och primärvården.

Sedan 2015 har regeringen tillfört ekonomiska resurser för att öka antalet utbildningsplatser på vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan. Trots satsningarna har dessvärre utbyggnaden inte fått avsedd effekt. Riksrevisionen visar i en uppföljning 2019 att utbyggnaden inte har bidragit till någon avsevärd ökning av högskoleutbildade inom bristyrken: de uppsatta utbyggnadsmålen har inte ens uppnåtts till hälften.[14]

Ersättningssystemen påverkar resurssättningen inom primärvården

Utformningen av primärvårdens ersättningssystem inom ramen för vårdvalet har betydelse för den övergripande resurssättningen av primärvården. Likaså har ersättningssystemen betydelse för styrning mot en nära och jämlik vård efter behov.[15] Beroende på vilka ersättningsmodeller som tillämpas i vården skickas olika styrsignaler, vilket riskerar att leda till att vården blir olika utförd, även om uppdraget i stort sett är detsamma[16]. Ersättningssystemen i vården är minst lika styrande som utförarens primärvårdsuppdrag. Samtidigt kan det konstateras att det råder stora skillnader mellan regionernas ersättningssystem samt att de är så spretiga och komplexa att jämförelser svårligen låter sig göras. Ett flertal av regionerna vittnar om att de inte vet riktigt hur eller i vilken mån de genom ersättningen styr mot vård efter behov. Privata utförare som verkar i flera regioner beskriver hur den varierande styrningen och den bristande transparensen försvårar etableringar. Styrningen tar dessvärre i alltför låg grad hänsyn till behoven i befolkningen. Det innebär att det inom regionerna uppstår ojämlikheter och att principen om behovsbaserad vård inte alltid är vägledande. Ytterligare invändningar mot dagens ersättningssystem är att principerna allt för ofta justeras. Även om grunden ligger fast är det inte sällan som inriktningen delvis ändras vilket skapar ovissa planeringsförutsättningar för utförare.[17]

I betänkandet God och nära vård - en primärvårdsreform (SOU 2018:39) rekommenderades regionerna att samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina respektive vårdval i primärvården.

[13] Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Nära vård i sikte? (2021:8).
[14] Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning. (2021:1).
[15] God och nära vård 2021 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav (2021)
[16] Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01)
[17] SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.

Likaså har regeringen konstaterat att en viktig del av den totala styrningen av offentlig sektor utgörs av vårdvalets ersättnings- och finansieringsmodeller. Det är regionernas ansvar att utforma ersättningssystem där de krav och villkor som ställs ska vara möjliga att kontrollera och följa upp (se även bilaga 3).[18]

Bristande tillgänglighet och kontinuitet

Tillgänglighet i vården handlar om kortare väntetider och köer, för att ge fler patienter vård i rätt tid, men också om geografisk närhet, öppettider, nyttjande av digital vård och digitala lösningar för kontakter med vården. Det kan röra sig om fysiska anpassningar eller om anpassad information och kommunikation utifrån olika patienters behov.[19] Ytterligare en dimension av tillgängligheten är att det ser olika ut över landet i fråga om väntetiderna för kontakt i enlighet med vårdgarantin[20].

Gällande kontinuitet i primärvården beskrivs denna i flera utredningar som central för en säker vård. Behovet av kontinuitet i själva vårdrelationen är även en viktig faktor för patientens upplevelse samt vårdens kvalitet och effektivitet[21]. Bristande kontinuitet i primärvården kopplas ofta samman med bristande resurser, t.ex. i fråga om personal.[22] Konsekvensen av bristande tillgänglighet i primärvården kan t.ex. ses i förekomsten av vissa vårdtillfällen vid landets akutmottagningar som hade kunnat genomföras inom primärvården, och då till en lägre kostnad.

Patientens behov av kontinuitet i vården ska tillgodoses (5 kap. § 1 HSL). För att kunna bygga relationer är en god kontinuitet en viktig förutsättning. Kontinuitet gynnar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet i befolkningen[23]. Kontinuitet i vårdrelationer lyfts ofta fram som en viktig faktor för patientens upplevelse samt för vårdens kvalitet och effektivitet[24]. Kontinuitet i vården kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt eller ett helt vårdteam med flera olika professioner. Med relationskontinuitet avses att en patient och läkare eller annan vårdpersonal har kontakt över en längre tid, med möjlighet att utveckla en ömsesidig vårdrelation.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har undersökt hur kontinuitet i vårdrelationen påverkar sjukdomsförlopp, vårdbehov och relaterade kostnader.[25] Resultaten visade på att en högre grad av relationskontinuitet är positivt för de patientgrupper som undersökts med bland annat en förbättrad patientsäkerhet. Vid hälsoekonomiska beräkningar för patientgruppen med astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom pekade resultatet på att högre relationskontinuitet kan ge kostnadsbesparingar för akutmottagningsbesök och sjukhusinläggningar. Andra positiva aspekter av relationskontinuitet som lyftes fram var patienters delaktighet, trygghet och

[18] Prop.2021/22:72. Ökad kontinuitet och effektivitet i vården.
[19] God och nära vård 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (2022).
[20] 8 kap. § 3. HSL (2017:30).
[21] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU. Kontinuitet i vården. (2021:329).
[22] SOU 2021:59. Vägen till ökad tillgänglighet.
[23] SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform.
[24] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU. Kontinuitet i vården. (2021:329).
[25] Ibid.

säkerhet i den behandling och vård de får, utöver möjliga positiva medicinska effekter eller potentiella kostnadsbesparingar.[26]

Ökad digitalisering i primärvården

Digitaliseringen går i dag mycket snabbt och erbjuder stora möjligheter för hälso- och sjukvården. Digitala lösningar och verktyg används såväl i det patientnära arbetet som i vårdbesök via en app eller dator i primärvården. Det har varit särskilt tydligt under coronapandemin. Digitaliseringen innebär en möjlighet för samhället att mer effektivt såväl förbättra tillgängligheten som möta det ökade vårdbehovet, inte minst genom en ökad integrering mellan digital och fysisk vård.[27] Sedan 2016 har de digitala vårdbesöken ökat kraftigt även om de står för en mindre del av det totala antalet vårdbesök.[2829]. Det finns tydliga skillnader i vilka som använder digital vård och vilka som använder fysiska besök. Eftersom den digitala vården fortfarande utgör en låg andel av den totala primärvården påverkas den socioekonomiska fördelningsprofilen inom primärvården endast marginellt.[30].

Effekterna av en ökad digitalisering kan vara särskilt betydelsefulla i landsbygden för en ökad tillgänglighet, kontinuitet och en mer effektiv användning av personalens resurser. Exempel på digitala lösningar är videomöten mellan professioner och patienter, distansmonitorering eller hjälpmedel för stöd och behandling. Även om digitalisering är en möjlighet för vården i landsbygden är det främst i storstäder som digitala vårdtjänster nyttjas. Landsbygdskommuner kan även ha större utmaningar med att införa digitala arbetssätt. I vissa fall saknas fiberuppkoppling och mobiltäckning. Små regioner och kommuner har också sämre förutsättningar att rekrytera personal med rätt kompetens. De har ofta mindre stödfunktioner som kan bidra till den digitala utvecklingen.[31]

Digitaliseringen påverkar även möjligheterna till utbildning inom hälso- och sjukvård på distans. Allt fler studenter väljer att studera på distans – mer än var femte student läser enbart kurser på distans. Av dessa är 69 procent kvinnor.[32] Området med högst andel enbart distansstuderande läsåret 2018/19 var vård och omsorg med 71 procent.[33]

Teamarbete och interprofessionellt arbetssätt

Team, teamarbete och interprofessionellt arbetssätt är vanligt återkommande begrepp inom hälso- och sjukvården. I delbetänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform lyfts att för att möta en persons sammansatta behov krävs en samverkan inte bara mellan olika huvudmän och organisationer, utan också strukturer som uppmuntrar och underlättar samarbetet

[26] Ibid.
[27] Prop. 2021/22:72. Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.
[28] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Besök via nätet (2022:1).
[29] SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.
[30] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Besök via nätet (2022:1).
[31] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Långt bort men nära (2021:11).
[32] Universitetskanslersämbetet. Universitet och högskolor, Årsrapport 2021. (2021:17)
[33] Statistiska centralbyrån, SCB, och Universitetskanslersämbetet. Statistiskt meddelande. Studenter och examinerade på grundnivå och avancerad nivå 2019/20. (UF 20 SM 1801)

mellan vårdens olika professioner i det dagliga arbetet.[34] Definitionen av ett team i egentlig mening är ett antal medlemmar som har olika roller och funktioner, som är tydliga för alla och som kompletterar varandra, samt att man arbetar tillsammans mot ett tydligt definierat gemensamt mål. De olika rollerna är ömsesidigt beroende av varandra och samarbetar mot det gemensamma målet; teamet ansvarar tillsammans för sina prestationer.[35] [36] Till detta tillkommer några olika begrepp som ofta används: multiprofessionellt, multidisciplinärt, tvärprofessionellt och interprofessionellt samarbete. Att arbeta tvärprofessionellt, interprofessionellt eller interdisciplinärt innebär att olika yrkesprofessioner arbetar tillsammans mot gemensamma mål. Man har gemensam planering, tät kommunikation och delat ansvar. Det interprofessionella teamet arbetar personcentrerat; professionerna lär av varandra och förstärker varandras åtgärder. Varje profession bidrar likvärdigt till samarbetet. I verkligheten är det långtifrån alltid ett välfungerande teamarbete faktiskt sker ute i verksamheter. Många som arbetar inom hälso- och sjukvården upplever att de arbetar i team men ofta saknas tydliga och uttalade mål och det ses även brister i samarbetet.[37] Ofta arbetar respektive yrkeskategori snarare parallellt med varandra. Teamarbete i dess rätta bemärkelse är sannolikt vanligare i slutenvården än i primärvården, där det i den förstnämnda exempelvis finns akutteam, intensivvårdsteam, operationsteam osv. Begreppet "falska team" (pseudoteam) är när personalen tror att de arbetar i team men egentligen saknar tydliga, uttalade mål och det förekommer brister i samarbetet. Eftersom målet är otydligt försvåras möjligheterna att slutföra uppgiften på ett effektivt och säkert sätt. I värsta fall kan de "falska" teamen innebära en ökad risk för allvarliga misstag som kan leda till skada för patienten[49]. För att få effektivt teamarbete behövs enligt Vårdhandboken[38] fördjupad kunskap och träning redan under utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal men även mer regelbunden träning i teamarbete för all sjukvårdspersonal.

Fast läkarkontakt i primärvården

Alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård ska få tillgång till och välja en fast läkarkontakt inom primärvården (7 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § PSL). Den fasta läkarkontakten ska tillgodose patientens behov av kontinuitet i primärvården. I december 2021 lämnade regeringen propositionen Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72) till riksdagen. I propositionen anges att val av vårdgivare inom primärvården, till exempel vårdcentraler, ska ske genom listning. Hos den vårdgivare där patienten är listad ska patienten kunna välja och få en egen fast läkarkontakt samt få information om den rätten. Vårdgarantin ska gälla där patienten är listad. En fast läkarkontakt bör enligt nämnda proposition vara specialist i allmänmedicin eller fullgöra specialiseringstjänstgöring i

[34] SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform.
[35] Fysioterapeuterna. Interprofessionellt samarbete i primärvården, Fysioterapi 3 (2018)
[36] Vårdhandboken, publicerad på www.vardhandboken.se, hämtad 2022-03-14
[37] Sveriges Kommuner och Regioner. Utveckla arbetssätten – strategier för att använda kompetenser rätt inom hälso- och sjukvården (2020)
[38] Vårdhandboken, publicerad på www.vardhandboken.se, hämtad 2022-03-14

allmänmedicin. För äldre bör även en specialist i geriatrik kunna vara fast läkare. För barn bör även en specialist i barn- och ungdomsmedicin kunna vara det. Regeringen bedömer även att läkare med annan likvärdig kompetens kan vara fast läkare. Regeringen bedömer att det genom en egen lista skapas möjligheter för läkaren att arbeta utifrån relationell kontinuitet, vilket kan öka både patientsäkerheten, kvaliteten och effektiviteten. En egen lista med patienter kan också öka tillfredsställelsen i arbetet genom att ge god överblick och bättre möjlighet att planera. Vidare föreslår regeringen en lagstadgad möjlighet till listningstak, det vill säga en tillfällig begränsning av antalet listade patienter på en vårdcentral. Syftet är att undvika en situation där många patienter får vänta länge – eller där arbetsmiljön på vårdcentralen blir ohanterlig. [39]

Fler patienter vill träffa samma person vid varje vårdbesök

I dagsläget är det endast en mindre andel av befolkningen som har tillgång till en fast läkarkontakt, motsvarande 26 procent. Av dem som har flera långvariga sjukdomar uppger drygt 40 procent att de har en fast läkarkontakt[40]. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tycker drygt åtta av tio personer att det är viktigt att få träffa samma person vid varje vårdbesök när de besöker en vårdcentral, men bara hälften så många anser att de faktiskt får göra det. Myndigheten konstaterar att 32 procent av befolkningen har någon form av fast kontakt vid sin vårdcentral. Vidare konstaterar regeringen att antalet läkare i primärvården i dag inte räcker till för att alla som vill ska kunna få tillgång till en fast läkarkontakt. Förslaget om ett förtydligande av möjligheten för patienten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt behöver därför kombineras med ett fokus på bemanning och kompetensförsörjning anser regeringen och betonar i detta sammanhang även regionernas ansvar för tillsättning av ett tillräckligt antal ST-tjänster i allmänmedicin för att fylla behoven.[41]

I likhet med vad som anförs från regeringen ovan, har ett flertal utredningar de senaste åren gjort liknande bedömningar, dvs. att det råder brist på specialister i allmänmedicin. Som en följd av detta görs exempelvis bedömningen att det redan i dag krävs ett tillskott om minst 800 heltidsarbetande läkare för att kunna erbjuda hela befolkningen en fast läkarkontakt i primärvården, förutsett att en andel av dem som i dag arbetar som hyrläkare kan rekryteras till en fast tjänst. Fram till 2027 behövs ett tillskott av totalt minst 1 400 heltidsarbetande läkare i primärvården, enligt utredningen Samordnad utveckling för god och nära vårds bedömning.[42]

För att öka antalet i befolkningen som har en fast läkarkontakt anser regeringen att regionerna särskilt bör arbeta med utvecklingen av fast läkarkontakt och fast vårdkontakt genom att t.ex. definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar. Regionerna bör också

[39] Prop. 2021:22:72: Öka effektivitet och kontinuitet i vården
[40] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Fast kontakt i primärvården (2021:1)
[41] Prop. 2021:22:72: Öka effektivitet och kontinuitet i vården
[42] SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform.

säkerställa att patienter får information om och bereds tillgång till en fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. Även för relationerna mellan vårdens medarbetare är personkontinuitet en viktig förutsättning – inte minst för ett interprofessionellt teamarbete i syfte att samverkan kring patienterna ska kunna ske så smidigt och effektivt som möjligt.[43]

Regeringen och SKR har i överenskommelsen om en god och nära vård för 2021 enats om en målnivå som innebär att senast vid utgången av 2022 ska andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård utgöra minst 55 procent. Samtidigt ska en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ha skett i respektive region. Dessutom anges att för dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård där ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent vid utgången av 2022 samtidigt som en betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett. [44]

Regeringens ambition med en reformerad primärvård är bl.a. att möjligheten att få en fast läkarkontakt ska säkras för hela befolkningen. Social-styrelsen har i uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård och att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå.[45] [46]

Utgångspunkter för antal patienter per specialistläkare i allmänmedicin

Hur stort antal patienter som en specialistläkare i allmänmedicin bör ha ansvar för är föremål för en pågående diskussion. I arbetet med uppdraget har utifrån genomförda dialoger en bild framträtt av att vissa vårdgivare har ett tak för antalet listade patienter per specialistläkare, medan andra inte har specificerat detta.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen ett pågående arbete med att utforma ett nationellt stöd så att de patienter som har behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården också kan få det. Ett nationellt stöd ska även tas fram för verksamhetschefer och vårdgivare för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt.[47]

De olika publicerade stöden[48] inom ramen för uppdraget om fast läkarkontakt vänder sig till regionerna, vårdgivarna, verksamhetschefer och läkare, samt övriga professioner (ex. som del av ett team) vid vårdcentraler[49]. Uppdraget har också fokus på att funktionen fast läkarkontakt innehåller aspekter som ska bidra till en positiv utveckling av läkarens arbetsmiljö och där är antalet invånare som läkaren kan ha patientansvar för en central sakfråga.

---

[43] Prop. 2019/20:164. Inriktning för en nära och tillgänglig vård.

[44] Socialdepartementet. Överenskommelse om god och nära vård mellan staten och SKR. Diarienummer: S2021/00820 (2021)

[45] Prop. 2021:22:72: Öka effektivitet och kontinuitet i vården

[46] Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2019/03056/FS).

[47] Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2019/03056/FS).

[48] Socialstyrelsen; Fast läkarkontakt m.m. Meddelandeblad nr 4.(2021)

[49] Inklusive hälsocentraler, allmänläkarmottagningar eller motsvarande.

Socialstyrelsen konstaterar inom ramen för uppdraget att frågan om hur många invånare och patienter som en läkare som arbetar som fast läkarkontakt kan ansvara för dock inte är enkel att besvara, eftersom det är flera variabler som påverkar förutsättningarna för det. Det handlar dels om organisatoriska förutsättningar; såsom i vilket område vårdcentralen verkar utifrån geografi, antal patienter på mottagningen och patienternas vårdtyngd. Det handlar även om professionsrelaterade variabler som hur många läkare som totalt arbetar på vårdcentralen, deras tjänstgöringsgrad respektive erfarenheter, deras sidouppdrag eller om det finns vakanser och vilka övriga professioner som finns tillgängliga på mottagningen. [50]

Frågan om ett adekvat antal listade patienter är även adresserad av Distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmänmedicin (SFAM). Nämnda aktörer anser att antalet påverkas av flera faktorer, så som demografi och geografi. Deras bedömning är att ett riktmärke inom nuvarande primärvårdsuppdrag är att en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin kan ha ansvar för 1000–1500 patienter.[51] (Se även tabell Tabell 4: Behov av specialistläkare i allmänmedicin utifrån olika exempel på listtak).

Även i betänkandet God och nära vård - en primärvårdsreform (SOU 2018:39) resonerades om antal patienter som det är rimligt att vara fast läkarkontakt för. Enligt utredningen används ofta 1 500 patienter på aggregerad nivå som det genomsnittliga antal patienter som en fast läkarkontakt kan ansvara för. Siffran bygger på tidigare utredningar kring primärvårdens dimensionering. I Nationella Handlingsplanen (Socialutskottets bet. 2000/01:SoU05) år 1999 gjordes beräkningarna utifrån 1 500 genomsnittliga invånare per heltidslista. Utredningen God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39) resonerar om huruvida det är lämpligt att i författning ange ett exakt antal patienter som en läkare kan vara fast läkarkontakt och landar i att det inte är lämpligt eftersom det bör kunna variera beroende på flera olika kriterier. En sådan numerär reglering bedöms av utredningen vara svår att anpassa till hälso- och sjukvårdens utveckling och framtida vårdbehov. Utredningen bedömer att antalet patienter även bör påverkas av t.ex. hur erfaren läkaren är, vilka andra uppdrag denna har och vilken typ av patienter som generellt är listade på enheten. Det kan också påverkas av hur ansvars- och arbetsfördelningen är mellan läkare och andra professioner. Utredningen utesluter däremot inte att begränsningar kan utformas även på andra sätt än att anges i siffror. En förutsättning är att bestämmelserna kan följas upp. Faktorer som bör påverka i riktning mot en mindre lista är till exempel deltidstjänstgöring eller ett omfattande uppdrag gällande äldre och/eller multisjuka. Vid ett uppdrag som helt fokuserar på äldre multisjuka kan ansvaret behöva begränsas ytterligare. Andra faktorer att beakta kan vara andel olistade patienter i verksamheten och den del av arbetstiden som läkare behöver ta hand om dessa patienter samt andra uppdrag (forskning, utbildning etc.) som läkaren har. Utredningen beskriver även hur ST-läkare i början av sin specialiserings-tjänstgöring kan ha ansvar för ett mindre antal patienter och sedan

[50] Socialstyrelsen. Fast läkarkontakt m.m. Meddelandeblad nr 4.(2021)

[51] Svensk Förening för Allmänmedicin och Svenska Distriktsläkarföreningen. Fast läkare i praktiken, januari 2020. Hämtad på https://www.sfam.se

successivt öka antalet patienter under specialiseringstjänstgöringen.[52] Det kan också i sammanhanget nämnas att regeringen gett en särskild utredare i uppdrag att överväga och ta ställning till om det finns behov av och är ändamålsenligt att inom den kommunala hälso- och sjukvården införa krav på medicinskt ledningsansvarig läkare (MAL) med övergripande medicinskt ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården[53]. Om en sådan roll skulle bli aktuell skulle den potentiellt kunna påverka behovet av kompetensförsörjning i primärvården.

Forskning och utbildning

Forskningskulturen upplevs av många som svag inom primärvården. Dessvärre förefaller det även gälla på många av de vårdcentraler som har ett särskilt akademiskt uppdrag, kallade Akademiska vårdcentraler eller liknande. Uppdragen för denna typ av vårdcentraler skiljer sig avsevärt åt mellan olika regioner. Ofta är en forskare, som arbetare på vårdcentralen, knuten till allmänmedicinsk enhet vid närmsta universitet och har i sitt uppdrag att stödja forskningsinsatser på vårdcentralen och i närområdet. I praktiken är det dock svårt att få tillräckligt med tid och resurser att bedriva forskning i primärvården, då ersättningssystemen i regionernas vårdval för primärvård inte stödjer detta arbetssätt.[54]

Samverkan mellan vårdgivare och universitet och högskolor inom ramen för hälso- och sjukvårdsutbildningar gällande den verksamhetsförlagda delen av utbildningen (VFU) är avgörande för en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning. Lärosätena behöver komma överens med vårdgivarna t.ex. inom primärvården om omfattning och ersättning för denna del av utbildningen. Som regel är det enligt förfrågningsunderlagen ett krav att utföraren ska kunna ta emot studenter för VFU för de professioner man har som är verksamma på vårdcentralen och att man kan garantera erforderlig handledarkompetens. I praktiken har dock inte alla utförare möjlighet att handleda studenter, antingen p.g.a. brist på handledarkompetens eller brist på lokaler. Det händer även att utförare ibland nekar till att ta emot studenter då man upplever att ersättningen för handledning är för låg för att täcka produktionsbortfall för verksamheten.[55] Att verksamheten är så hårt pressad och arbetsmiljön är så svår att VFU-platser inte kan erbjudas leder i längden till att universitet och högskolor måste begränsa platserna på hälso- och sjukvårdsutbildningar då VFU är en grundläggande del. Detta leder i sin tur till färre examinerade som kan arbeta i vården vilket innebär att den höga pressen på de som arbetar i verksamheten kvarstår.

Även när det gäller utbildning och handledning av AT- och ST-läkare, är det oftast ett krav att utföraren ska kunna ta emot utbildningsläkare. Samtidigt ställs krav på studiemiljön och tillgång till utbildade handledare, varför alla vårdcentraler i praktiken inte har AT- och ST-läkare. AT-läkarna är

[52] SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform.
[53] Dir 2020:142. En äldreomsorgslag.
[54] SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform.
[55] SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform.

oftast anställda på närliggande sjukhus eller centralt i regionen, medan ST-läkarna i allmänmedicin oftast är anställda på vårdcentralen och i vissa fall centralt. Studierektorsuppdraget är ett tilläggsuppdrag för vissa individer, som på deltid är kopplade till en central studierektorsenhet.[56]

Regionernas kompetensförsörjningsplaner

Som en del av kartläggningen redovisas i det följande en sammanställning över regionernas kompetensförsörjningsplaner. Planen eller strategin som dokumentet kan benämnas, är ofta formulerade för att ge strategisk riktning och vägledning i frågor som är prioriterade i regionens nuvarande och framtida kompetensbehov.

Av Sveriges 21 regioner har 19 någon form av övergripande kompetensförsörjningsplan som gäller hela regionen. Två regioner har uppgett att de för närvarande inte har någon kompetensförsörjningsplan, utan att dessa ör ute för revidering eller håller på att utarbetas. Utöver dessa regionövergripande kompetensförsörjningsplaner har vi identifierat att sex regioner har specifika kompetensförsörjningsplaner eller liknande dokument som är inriktade mot hälso- och sjukvård och/eller primärvård.

Tabell 1: Antal regioner med kompetensförsörjningsplaner

Svar	Antal
Antal regioner som har en regionövergripande kompetensförsörjningsplan	19/21
Antal regioner som har en plan för hälso- och sjukvård/primärvård	6/21
Antal regioner som inte har en kompetensförsörjningsplan	2/21

Fyra regioner har specifika kompetensförsörjningsplaner för hälso- och sjukvård, och fyra regioner har specifika planer för kompetensförsörjning inom primärvård. De initiativ och ramar som lyfts kopplat till primärvård handlar ofta om bristyrken samt åtgärder för att rekrytera, behålla och utveckla medarbetare. De satsningar som regionerna lyfter kopplat till kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård har i de alla flesta fall en tydlig koppling till regionernas arbete med omställningen till en god och nära vård. Nio regioner har gjort bedömningar och klassningar av tillgången till olika professioner i sina planer. Ofta nämns den nutida och framtida bristen på läkare inom allmänmedicin där olika former av insatser är prioriterade. Andra bristyrken som återkommande nämns är såväl grundutbildade sjuksköterskor som specialistsjuksköterskor (särskilt distriktssjuksköterskor och barnmorskor), fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

I bilaga 4 redovisas vilka regioner som har planer samt exempel som kan spegla hur regionerna lyfter primärvård i dessa dokument.

[56] SOU 2018:39. God och nära vård - En primärvårdsreform.

Intervjuade verksamhetschefers erfarenhet av arbetet med kompetensförsörjningsplaner

De intervjuade verksamhetscheferna beskriver att det varierar mellan verksamheterna i vilken utsträckning det finns övergripande strategier för kompetensförsörjning. Endast enstaka verksamhetschefer refererar till region- eller bolagsövergripande strategier och planer, men erkänner samtidigt att de inte har full koll på vare sig inriktningen eller aktiviteterna i dessa. I ett par verksamheter finns systematiska arbetssätt för årlig planering av rekrytering utifrån faktorer som exempelvis pensionsavgångar eller i vilket skede i tjänstgöringen ST-läkare befinner sig. Verksamhetscheferna lyfter exempel på övergripande planer på enhetsnivå för kompetensutveckling, där de bedömda behoven av kompetens analyseras mot befintlig kompetens i verksamheten för att utifrån detta besluta om särskilda kompetensutvecklingsinsatser.

Gemensamt för samtliga intervjuade är att de beskriver att den strategiska kompetensförsörjningen i stor utsträckning görs av den enskilda verksamhetschefen. Det beskrivs att det nästan alltid är kontakter och nätverk hos verksamhetschef eller medarbetare som avgör om en rekrytering blir lyckad snarare än stödet från en central HR-funktion.

Flera av de intervjuade verksamhetscheferna beskriver att de haft medarbetare som sökt sig till dem eftersom de hört mycket gott om verksamheten. Det kan dels handla om särskilda patientnära arbetssätt som sprider sig i branschen, dels om arbetsmiljö och ledarskap hos enskilda chefer som sprider sig mellan kollegor och till andra verksamheter.

Faktorer som påverkar kompetensförsörjning i verksamheterna

I samtliga intervjuer lyfts hinder för kompetensförsörjningen i verksamheterna, dessa kan vara regionspecifika eller mer generella utifrån det övergripande hälso- och sjukvårdssystemet.

I regioner med stora besparingsbeting är utmaningarna särskilt stora, det finns ofta litet utrymme för att tänka nytt i såväl rekrytering som kompetensutveckling.

Flera av de intervjuade beskriver att den hårda styrningen mot ökad tillgänglighet påverkar möjligheten till kompetensutveckling i verksamheten. I verksamheter där antalet mottagningsbesök under en dag ska maximeras beskrivs det som svårt att hitta tid för fortbildning och kollegialt lärande.

Samtliga intervjuade som använder sig eller tidigare använt sig av hyrläkare beskriver att det är förknippat med en rad problem. Dels ur ett patientperspektiv utifrån bristen på kontinuitet, dels utifrån ett arbetsmiljöperspektiv där ordinarie personal får ökad arbetsbörda när hyrpersonalen inte känner till verksamheten och patienterna. Flera av de som intervjuats beskriver också att de höga lönerna som bemanningsföretagen erbjuder påverkar kompetensförsörjningen i hela hälso- och sjukvårdssektorn, när verksamheterna inte har möjlighet att erbjuda löner som är i närheten av de löner som erbjuds av bemanningsföretagen.

En generell bild som ges från flera av de intervjuade är att det verkar ha skett en förskjutning i förväntansbilden av de löner som erbjuds inom

primärvården. Lönekraven från både nyutexaminerade och de som väljer att vidareutbilda sig verkar ha ökat i snabb takt under de senaste åren inom samtliga yrkesgrupper.

Sammanfattande kommentar om kompetensförsörjning inom primärvården

Den omfattande och komplexa väv som utgör hälso- och sjukvårdssystemet och primärvården har en mängd olika beslutsfattare och aktörer som i sig är beroende av olika logiker och faktorer i sina respektive verksamheter. Verksamheterna har att förhålla sig till det övergripande lagstadgade målet med hälso- och sjukvården som är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

För att nå målet krävs både en tydlig ansvars- och arbetsfördelning mellan olika personalkategorier och en övergripande styrning och ledning som tar ansvar för verksamheten utifrån rådande lagstiftning. Samtidigt finns det få regler om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården (se bilaga 2, Grundläggande bestämmelser för hälso- och sjukvården). De flesta arbetsuppgifter bestämmer verksamhetschefen vem som får utföra, baserat på den enskildes kompetens. Bilden som framträder är att det finns utrymme för stora variationer i fråga om hälso- och sjukvårdens organisering, inte minst i fråga om hur personalens kompetens används på bästa sätt. I förlängningen väcker detta även frågor om vilka förutsättningar det därmed finns för att styra mot målet. Därtill kompliceras bilden ytterligare genom många olika utförare och svag personkontinuitet för patienterna med en liten andel av befolkningen som har tillgång till en fast läkare.

Regioner och kommuner är i kraft av arbetsgivare, ansvariga för att planera och anställa personal i förhållande till verksamhetens behov. Av 21 regioner har sex regioner specifika kompetensförsörjningsplaner eller liknande dokument som är inriktade mot hälso- och sjukvård och/eller primärvård.

Det pågår en omställning av vården där primärvården ska axla ett större uppdrag inom vilken ryms bl.a. fler patienter med kroniska sjukdomar, en åldrande befolkning med olika vårdbehov och en redovisad brist på centrala kompetenser. Riksdagen har fastslagit att målet för omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. För att detta ska lyckas behöver ett fortsatt gemensamt arbete bedrivas i hela hälso- och sjukvården.

Primärvårdens medverkan i högskoleutbildning och forskning

Socialstyrelsen ska tillsammans med rådet och i dialog med andra berörda aktörer enligt uppdraget:

- ta fram förslag om hur primärvården kan medverka i högskoleutbildning av framtida medarbetare samt i forskning.

I det följande redovisas områden som är av betydelse för primärvårdens medverkan i högskoleutbildning av framtida medarbetare. Avslutningsvis redovisas detsamma för forskningsmedverkan i primärvården.

Forskning i primärvården behövs dels för att främja ett kontinuerligt flöde mellan vetenskap och praktiknära verksamhet, dels för att en större del av vården kommer att bedrivas i den nära vården, samt för en patientsäker vård som utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Forskning har en viktig roll i att utbildningen ska bli vetenskapligt förankrad. Möjlighet till forskning och innovativa arbetssätt är även en förutsättning för att locka personal till primärvården, möjlighet till forskning kan ses som attraktivt av arbetssökande. Primärvårdens del i högskoleutbildning och forskning framstår på så vis som större än en medverkan, och behöver vara en integrerad del genom hela karriären, från utbildning, via fortbildning och forskning. Forskning och utbildning behöver i sin tur även genomsyra hela styrningskedjan, såväl lokalt som regionalt för att skapa en primärvård med hög kvalitet i verksamheten såväl i utbildning som i forskning.

Primärvårdens medverkan i högskoleutbildning

Samverkan mellan universitet och högskolor och sjukvårdshuvudmän

Statliga universitet och högskolor ska enligt högskolelagen (1992:1434) samverka med det omgivande samhället för ömsesidigt utbyte och verka för att den kunskap och kompetens som finns vid högskolan kommer samhället till nytta. Utbildningsutbudet vid statliga universitet och högskolor ska svara mot studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov. Lärosätena ska också rapportera i sina årsredovisningar hur de möter det omgivande samhällets behov av utbildning.[57]

Samverkan mellan lärosäte och vårdgivare är inte lagreglerat utan sker genom avtal. Samverkan kan enbart ske på frivillig grund och om båda parter är villiga att samverka om gemensamma frågor för att ge det som parterna är fullt ut överens om. Det finns även hinder för samverkan mellan olika

[57] Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende universitet och högskolor

myndigheter och organisationer i form av vissa sekretessbestämmelser. Det faktum att högskolorna är konkurrenter i fråga om att attrahera studenter till sina respektive utbildningar kan också utgöra hinder för samverkan.[58]

I propositionen Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar (prop. 2000/01:71) fastläggs närmare inriktning i fråga om vårdutbildningar och samverkan mellan universitet och högskolor och vårdgivare. Efter riksdagens beslut med anledning av nämnda proposition övertog staten genom en principöverenskommelse den 1 januari 2002 huvudmannaskapet för vårdhögskoleutbildningarna det vill säga utbildning till arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, ortopedingenjör, sjukgymnast, sjuksköterska (inklusive specialistsjuksköterskeutbildning) och tandhygienist samt utbildning inom social omsorg. I propositionen gör regeringen bedömningen att universitet och högskolor bör samverka med landstingen (nuv. regioner) och andra vårdgivare för att bland annat utveckla en väl fungerande praktik (VFU) inom nämnda utbildningar. I principöverenskommelsen framhålls att parterna är ense om vikten av samverkan mellan högskola och vårdgivare för att utveckla en väl fungerande klinisk praktik. I nämnda proposition slås fast att den kliniska praktiken bör regleras i avtal mellan respektive högskola och landsting (nuv. regioner) senast vid den tidpunkt då huvudmannaskapet övergår till staten. Det anges även att regionen bör få ersättning från högskolan för den kliniska praktiken som är förlagd till regionens verksamheter, med 1 200 kronor per student och praktikvecka, om inte annat överenskoms mellan parterna.[59]

Exempel på samverkan mellan regioner och universitet och högskolor

I kartläggningen som gjorts inom ramen för uppdraget framkommer att en välfungerande samverkan mellan regioner, kommuner och lärosäten är av yttersta vikt för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Regionerna lyfter att en löpande dialog kring framtida rekryteringsbehov i termer av exempelvis dimensionering av utbildningsplatser, studietakt och utbildningars innehåll behöver ske för att kunna möta kompetensbehoven nu och i framtiden. Kartläggningen visar också att det finns goda möjligheter till såväl effektivisering som högre kvalitet när aktörerna samverkar kring kompetensförsörjningsfrågorna. Samverkan kan till exempel handla om att gemensamt bygga upp nya utbildningsprogram, att ge representanter från primärvården möjligheter att påverka utbildningsinnehåll eller att göra särskilda satsningar eller projekt.

I kartläggningen framkommer att flera regioner och kommuner bedömer att VFU är effektivt för att locka studenter till framtida arbetsplatser genom att studenten får insikt i arbetet samtidigt som det etableras nätverk mellan studenter, chefer och medarbetare som kan möjliggöra framtida rekryteringar. Vissa regioner erbjuder också läkarstuderande en tjänst som vikarierande underläkare så att enheterna dels får en avlastning i verksamheten (även om assistenten behöver handledning), och dels kan både regionen och studenten etablera en relation inför eventuellt kommande anställning och AT-

[58] SOU 2018:77. Framtidens specialistsjuksköterska.
[59] Prop. 2000/01:71. Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.

tjänst. Liknande anställningar finns också för de som studerar till psykolog och sjuksköterska. Den allmänna bedömningen av de verksamhetschefer som intervjuats är att nyutexaminerade sjuksköterskor ofta behöver arbeta ett antal år inom slutenvården innan de kan göra ett bra jobb inom primärvården med det egna ansvaret som följer med arbetet.

Flera regioner och kommuner har utbildningsanställningar för anställda sjuksköterskor så att de kan vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor med bibehållen lön under studietiden, det finns statsbidrag anvisade för detta ändamål.[60] Flera av de verksamhetschefer som intervjuats beskriver att även om intresset för specialistsjuksköterskeutbildningarna ökat i och med möjligheten att göra det med bibehållen lön, är det fortfarande ett ganska ljummet intresse bland deras anställda sjuksköterskor att gå vidareutbildningen till just distriktssköterska. Enligt verksamhetscheferna är det flera faktorer som påverkar detta. Det kan handla om avstånd till studieorten, en motvilja att sätta sig i skolbänken igen eller att lönepåslaget efter genomförd utbildning inte bedöms vara tillräckligt högt. Det är inte heller självklart för alla verksamhetschefer att låta sina medarbetare gå sin vidareutbildning med bibehållen lön. Även om statsbidragen möjliggör detta rent ekonomiskt, innebär det ändå ett – ofta utmanande – merarbete för verksamhetschefen att rekrytera vikarier eller säkerställa att övriga medarbetare kan täcka upp under denna period.

Utbyggnad av vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar

I vårpropositionen 2015 aviserades en utbyggnad av barnmorske- sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningarna. I budgetpropositionen 2018 aviserades en utbyggnad av läkarutbildningen. Utbyggnaderna omfattade alla lärosäten med examenstillstånd för de berörda utbildningarna. Av dessa nåddes de uppsatta utbyggnadsmålen inom den av regeringen angivna tiden endast av läkarutbildningen.[61]

Riksrevisionen har granskat regeringens styrning av bl.a. dessa riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor. Den övergripande slutsatsen är att den inte har bidragit till någon avsevärd ökning av högskoleutbildade inom bristyrken: de uppsatta utbyggnadsmålen har inte ens uppnåtts till hälften. Uppdragen är mestadels tydliga och motiverade ur ett arbetskraftsbristperspektiv men Riksrevisionen bedömer att regeringen i utformningen inte har tagit tillräcklig hänsyn till lärosätenas förutsättningar att genomföra dem. Utbyggnadsuppdragen har i de flesta fall avsett utbildningar där det primära problemet till för få examinerade inte är otillräckligt utbildningsutbud från lärosätenas sida utan för få sökande, ett begränsat utbud av platser för verksamhetsförlagd utbildning eller brist på disputerade lärare. Riksrevisionen gör bedömningen att riktade utbyggnadsuppdrag kan vara en relevant och effektiv åtgärd i de fall det finns många behöriga sökande samtidigt som lärosätena har en kapacitet att bygga ut. Men på de utbildningar där det finns

[60] Socialdepartementet. God och nära vård 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (2022).

[61] Riksrevisionen. Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning, (RiR 2021:1)

strukturella hinder, såsom lågt söktryck, anser Riksrevisionen att regeringen bör överväga andra åtgärder eller en annan utformning av utbyggnadsuppdragen. Ett alternativ är att i större utsträckning satsa på att de redan antagna studenterna fullföljer utbildningen. Det skulle leda till högre genomströmning och i förlängningen även ett ökat antal utexaminerade.[62]

Om regeringen i framtiden skulle överväga att ge nya liknande riktade utbyggnadsuppdrag ger Riksrevisionen följande rekommendationer till regeringen:

Utforma utbyggnadsuppdragen med bättre hänsyn till förhållanden som kan påverka lärosätenas möjligheter att genomföra uppdragen. Det kan exempelvis ske via djupare dialoger med lärosäten, mer systematiska analyser av förutsättningar eller genom att ge bredare utbyggnadsuppdrag där lärosätena själva kan välja bristyrkesutbildningar utifrån lärosätets kapacitet och förutsättningar.

Ge utbyggnadsuppdragen med tidsramar som ger lärosätena utrymme att planera och förbereda för genomförande av uppdrag med hög kvalitet.

Överväg att i utbyggnadsuppdragen ange mål för antal examina för att uppmana lärosätena att i större utsträckning fokusera på genomströmning och examination.[63]

Klinisk praktik i primärvården

Klinisk praktik under utbildning kan genomföras genom bl.a. VFU, verksamhetsförlagd utbildning eller ViL, verksamhetsintegrerat lärande. Den verksamhetsförlagda utbildningen är enligt utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård i hög grad fortfarande knuten till sjukhusen. Då fokus nu förskjuts alltmer från de stora sjukhusens vårdavdelningar till vård på andra vårdinrättningar och i hemmiljö, behöver den verksamhetsförlagda utbildningen göra samma förflyttning. Studenterna behöver, för insikt i och förståelse för kommande arbetsuppgifter, kunna genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen inom alla relevanta delar av hälso- och sjukvården. En relevant VFU skapar förutsättningar för medarbetare med hög kompetens och intresse inom sitt yrkesområde. Då den verksamhetsförlagda utbildningen många gånger kan leda till en kommande rekrytering, skapar sådan utbildning inom alla delar av hälso- och sjukvården också bättre förutsättningar för rekrytering inom alla delar av hälso- och sjukvården. Som tidigare nämnts ser sig vissa vårdgivare förhindrade att ta emot studenter under utbildning bl.a. pga. tidsbrist, brist på handledare liksom brist på lokaler. Många verksamheter, bl.a. inom den kommunala hälso- och sjukvården, har begränsad erfarenhet av att utbilda och saknar vanan av att ta emot studenter. I vissa verksamheter har utbildningsuppdraget låg status och prioriteras inte. Dialogen mellan de personer som avtalar om platserna och de som finns i verksamheterna kan också brista och den kliniska verksamheten känner inte alla gånger till kravställningarna från huvudmännen om att ta emot studenter. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård föreslog i sitt betänkande God och nära vård, en reform för ett hållbart hälso- och

[62] Riksrevisionen. Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning. (RiR 2021:1).
[63] Ibid.

sjukvårdssystem (SOU 2020:19) att det borde lagregleras att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Detta i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan. Utredningen ansåg också att det borde ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården, detta skulle tydliggöras i hälso- och sjukvårdsförordningen. Detta är inte ett lagförslag regeringen ännu tagit till riksdagen.

Verksamhetsförlagd utbildning i primärvården på läkarutbildningen

Från och med hösten 2021 började en ny läkarutbildning ges. Detta innebar att alla universitet och högskolor som ville ge utbildningen behövde ansöka om examenstillstånd hos Universitetskanslersämbetet (UKÄ), även om de haft examenstillstånd för den tidigare läkarutbildningen. Alla sju lärosäten som tidigare haft examenstillstånd fick det även för den nya utbildningen.

Bedömargruppen som tillsattes för att göra prövningen av examenstillstånd lyfte att den svenska hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar och att dessa utmaningar kommer att påverka den framtida läkarutbildningen. De framförde att alla lärosäten idag brottas med problemet att kunna erbjuda VFU av tillräcklig mängd och kvalitet. Det är därför centralt att alla vårdgivare kan säkerställa att det finns tillräckligt med VFU-platser för alla vårdutbildningar, inte bara för blivande läkare. Om inte detta kan ske finns risk att hälso- och sjukvårdens framtida personalförsörjning påverkas negativt. Det måste finnas en tydlig och fungerande dialog mellan lärosäten och regioner och det är bådas ansvar att se till att denna dialog fungerar. Bedömargruppen har noterat att det finns mycket goda exempel på hur universitet och region verkar tillsammans för att säkerställa och utveckla utbildningen. Gruppen hänvisade också till betänkandet God och nära vård, en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). De blivande läkarstudenterna bör vara beredda på förändring där det inte längre är självklart att all utbildning genomförs nära det universitet de är antagna till. Bedömargruppen lyfte också att en central fråga i den nya utbildningen är frågan om handledning under VFU. Det är därför nödvändigt att den nya läkarutbildningen får en ökad finansiering både till lärosätena och till regionerna (via ALF-systemet) då den legitimationsgrundande läkarutbildningen inte är en förlängning av den nu gällande utbildningen utan en helt ny och annorlunda utbildning på en högre och mer komplex nivå. Det är bedömargruppens uppfattning att det kan vara av värde att få in studentrepresentation i regionens beslutande organ så att de kan bidra till utvecklingen av en högkvalitativ VFU.[64]

[64] Universitetskanslersämbetet (2020). T.ex. Bedömargruppens yttrande granskning av Umeå universitets ansökan om tillstånd att utfärda läkarexamen.

Fördelning av VFU i läkarutbildningen inom primärvården

Ett av de sätt som primärvården medverkar i högre utbildning är genom VFU, liksom synliggjorts ovan. Uppgifter om hur stor del av VFU som bedrivs i primärvården är inte sammanställd nationellt idag.

I lärosätenas underlag till UKÄ inom ramen för ansökan om examenstillstånd för den nya läkarexamen som trädde i kraft den 1 juli 2021 framgår för vissa lärosäten hur stor del av utbildningen som genomförs i primärvården. Vid Örebro universitet genomförs 84 veckors VFU där studenterna är placerade inom hälso- och sjukvården, 14 veckor av dessa är inom primärvård.[65] Vid Umeå universitet anges att den kliniska praktiken motsvarar 73 högskolepoäng (hp) verksamhetsintegrerat lärande (ViL) och är uppdelat på 260 dagar ViL inom sjukhusvård och 51 dagar ViL inom primärvård.[66]

Vid Göteborgs universitet utgör VFU totalt 128,5 hp, varav 22,5 inom primärvård. En skillnad från den tidigare läkarutbildningen är att tiden för klinisk placering i primärvården utökats från 2 till 15 veckor.[67]

Verksamhetsförlagd utbildning i kommunerna

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer. Resultat för indikatorn Överenskommelser för samverkan om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) visar att 73 kommuner (26 procent) år 2021 uppgav att de hade en skriftlig överenskommelse om samverkan med universitet eller högskola om VFU för något hälso- och sjukvårdsprogram[68]. Samverkansavtalen omfattar samtliga vårdgivare inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det är dock 81 procent av kommunerna som har platser för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskeprogram på grundnivå. För arbetsterapeuter är andelen 51 procent och för fysioterapeuter 46 procent. Ingen kommun har platser för verksamhetsförlagd utbildning för dietistprogram på grundnivå.[69]

Bristande jämställdhet i hälso- och sjukvårdsutbildningar

Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal är grundläggande för kompetensförsörjningen. Idag är studievalen i högskolan könsbundna vilket innebär att många inte ens väljer att söka sig till utbildningar som kompetensförsörjer primärvården, vilket i sig innebär att tillgången av personal blir begränsat till att omfatta i stort sett enbart kvinnor. Det betyder att ungefär hälften av

[65] Universitetskanslersämbetet (2020). Bedömargruppens yttrande granskning av Örebro universitets ansökan om tillstånd att utfärda läkarexamen.

[66] Universitetskanslersämbetet (2020). Bedömargruppens yttrande granskning av Umeå universitets ansökan om tillstånd att utfärda läkarexamen.

[67] Universitetskanslersämbetet (2020). Bedömargruppens yttrande granskning av Göteborgs universitets ansökan om tillstånd att utfärda läkarexamen.

[68] Innefattandes följande utbildningsprogram: sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut samt dietist.

[69] Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2021 Kommunal hälso- och sjukvård. (2021).

befolkningen av olika anledningar inte söker sig till och medverkar i denna kvinnodominerade sektor. Detta beskrivs närmare nedan.

Höstterminen 2020 var 61 procent av de registrerade studenterna i högskolan kvinnor och 39 procent var män. Teknik var det mest mansdominerade ämnesområdet med 65 procent män, medan vård och omsorg var det mest kvinnodominerade området med 84 procent kvinnor.[70] Vårterminen 2021 är det bland yrkesprogrammen inom hälso- och sjukvårdsområdet bara läkarutbildningen (59 procent kvinnor) och sjukhusfysikerutbildningen (56 procent kvinnor) som har en könsfördelning inom 60/40-intervallet bland de registrerade studenterna, på alla andra vårdutbildningar är över 60 procent av studenterna kvinnor. Flera utbildningar har över 80 procent kvinnor och vissa, som utbildningarna till barnmorska och hälso- och sjukvårdskurator, har i princip bara kvinnor som studenter. Sjuksköterskeutbildningen är störst med nästan 16 000 registrerade studenter varav 86 procent kvinnor.[71] UKÄ ser gällande de största yrkesexamensprogrammen att könsfördelningen blivit mer jämn på de manligt dominerade utbildningarna till civilingenjör och högskoleingenjör, men inte på de kvinnligt dominerade utbildningarna till sjuksköterska och lärare.[72]

Faktorer som förklarar könsbundna studieval

Jämställdhetsmyndigheten menar att det finns förklaringsfaktorer på individuell, organisatorisk och samhällelig nivå till de könsbundna studievalen. Även om förklaringsmodellen inte enbart gäller primärvården så är det av vikt att förstå de strukturella mönster som finns och som i sin tur påverkar kompetensförsörjningen i primärvården till följd av de kvinnligt dominerade utbildningarna och vårdyrkena.

Vad gäller individuella förklaringsfaktorer menar myndigheten att en forskningssammanställning visar att könsskillnader i utbildningsval inte är resultatet av biologiskt förutbestämda och skilda begåvningsprofiler hos flickor och pojkar. Observerade könsskillnader i förmågor och intressen förefaller snarare bero på kontextuella faktorer såsom förväntningar och bemötande än könsskillnader i begåvning. Kompetenstvivel har exempelvis visat sig vara en viktig förklaring till unga kvinnors generellt lägre intresse för tekniska utbildningar. Det kan dock inte på motsvarande sätt förklara mäns underrepresentation inom omsorgsutbildningar. Individers intresse för olika yrkesvägar påverkas av vilka mål de upplevs fylla. Flickor och pojkar värderar hög status och lön lika högt men när det handlar om att hjälpa andra och att göra gott för samhället skattar flickor dessa mål högre.[73]

På organisatorisk nivå visar studier att det finns ett samband mellan könssegregering, styrning och organisering i olika verksamheter, där de kvinnligt kodade har systematiskt lägre status och sämre villkor. En bidragande orsak till mäns lägre motivation att välja utbildningar inom exempelvis hälso- och sjukvård samt utbildningssektorn jämfört med utbildningar inom teknik och ingenjörsvetenskap kan hänga samman med skillnader i status och

[70] Universitetskanslersämbetet. Årsrapport för universitet och högskolor 2021. (2021)
[71] Universitetskanslersämbetets statistikdatabas Högskolan i siffror
[72] Universitetskanslersämbetet. Jämställdhet i statistiken.
[73] Jämställdhetsmyndigheten Val efter eget kön, en kunskapssammanställning om könsskillnader i utbildningsval. (2022)

förutsättningar mellan sektorerna. Att tillhöra en minoritet på en utbildning innebär ofta en stark synlighet och en ökad sannolikhet att bli betraktad som avvikande, på fördomsfulla sätt eller att bli mer kritiskt granskad. Studier har visat att när en minoritetsgrupp blir tillräckligt stor kan stereotyperingen av gruppen minska och inflytandet öka. Det kan innebära att könsstereotyper inom ett område på sikt försvagas om könssammansättningen förändras. [74]

På samhällelig nivå visar forskning att den omfattande förändringen i skolutbud och specialiseringar inte motverkat utan snarare förstärkt utbildningssystemets könssegregerade struktur. Detta eftersom valmöjligheterna förblivit organiserade i enlighet med traditionellt kvinnliga och manliga domäner. Studier visar också att ett ökat fokus på individens valfrihet dessutom har gjort det svårare att se och resonera kring strukturella villkor som begränsar valen, vilket leder till att normer och traditioner kan reproduceras än mer obehindrat. Expansionen av högre utbildning har bland annat drivits av en ökad efterfrågan, inte minst bland kvinnor. Den har skapat flera möjligheter att vidareutbilda sig efter gymnasiet. Den organisatoriska fördelningen av utbildningstyper, med mer professionsinriktade och ofta traditionellt kvinnodominerade utbildningar på de mindre högskolorna, riskerar dock att bidra till upprätthållandet av den könsmässiga differentieringen mellan olika utbildningsområden. Skillnader i arbetsmarknadsutsikter mellan traditionellt manliga respektive kvinnliga yrken har gett anledning att framför allt förvänta sig ett kvinnligt intåg på manliga områden snarare än tvärtom. Geografiska och demografiska förutsättningar liksom lokala arbetsmarknadsvillkor ger olika konsekvenser för flickor och pojkars utbildningsval. Lokala arbetsmarknadsstrukturer har exempelvis historiskt gett pojkar större möjligheter än flickor att få ett välbetalt arbete direkt efter gymnasiet.[75]

Forskningsmedverkan i primärvården

Primärvårdens uppdrag tydliggörs i fråga om forskningsarbete

Primärvårdsreformen med inriktningen för en nära och tillgänglig vård innebär bland annat att primärvårdens huvudmän, regioner och kommuner, får en mer framskjuten roll inom utbildnings- och forskningsområdet. Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. (13 a kap. 1 § HSL).[76] Regeringen anser att detta uppdrag ska korrespondera med bestämmelser i 18 kap. 2 § HSL. Där framgår det att regioner och kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regeringen menar däremot att bestämmelserna ska anpassas efter den vårdnivå som den ska gälla för.[77]

[74] Jämställdhetsmyndigheten. Val efter eget kön, en kunskapssammanställning om könsskillnader i utbildningsval. (2022)
[75] Ibid.
[76] Prop. 2019/20:164. Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.
[77] Ibid.

De övergripande målen för regeringens utbildnings- och forskningspolitik är att ”Sverige ska vara ett av världens främsta forsknings- och innovationsländer och en ledande kunskapsnation, där högkvalitativ forskning, högre utbildning och innovation leder till samhällets utveckling och välfärd, näringslivets konkurrenskraft och svarar mot de samhällsutmaningar vi står inför, både i Sverige och globalt.”[78] Regeringen lyfter vidare i den Nationella Life-science strategin att det är angeläget att kliniska studier som bedrivs inom svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet eftersom de är en grundläggande förutsättning för att resultaten av forskningen ska kunna bidra till innovation, implementeras och komma till nytta för vården och patienterna.[79]

I forskningspropositionen från 2020 framför regeringen att det sker en förskjutning av hälso- och sjukvården mot en mer nära vård. Det innebär att vården i allt större utsträckning kommer att flyttas ut från de större sjukhusen till mottagningar utanför dessa miljöer, t.ex. vårdcentraler. Forskning och utbildning behöver då följa med, dessa verksamheter måste bedrivas där patienterna finns. Att bygga upp och utveckla forskningskompetens i primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, blir därför viktiga investeringar i framtidens hälsa och välfärd. Det är i primärvården som stora folksjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, astma och KOL diagnostiseras och behandlas. Det är därför av stor vikt att primärvården kan delta i utvecklingen av nya läkemedel, medicintekniska produkter eller behandlingar. Den organisatoriska strukturen i primärvården är dock annorlunda än de mer traditionella forskningsmiljöerna, ofta med små och geografiskt spridda enheter, vilket kan vara försvårande. Det finns därför skäl att förbättra förutsättningarna för primärvårdens medarbetare att driva och delta i forskningsprojekt. Regeringen gjorde därför en särskild satsning för att bygga upp och utveckla forskningskompetens i primärvården genom att medel tillfördes till Vetenskapsrådet. Satsningen förväntas finansiera forskarskolor inom allmänmedicin och ge möjlighet för primärvårdens personal att bedriva forskning. En aktiv dialog med primärvårdens huvudmän är ett viktigt led i utvecklingen av forskarskolorna.[80]

Regeringen framhåller i propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) att primärvårdens vårdnivå framförallt omfattar diagnostik och behandlingar av folksjukdomar såsom diabetes, astma och kol samt hjärtkärlsjukdomar. Vidare aviseras i nämnda proposition att avsikten inte är att öka mängden forskningsprojekt som en region finansierar, planerar och genomför som en konsekvens det utvidgade grunduppdraget för primärvården för forskning. I stället förväntas primärvården på ett konstruktivt sätt ges möjlighet att medverka, exempelvis i områden såsom akutsjukvård eller i mer primärvårdsnära forskningsprojekt. Regeringen menar att givet att primärvården som vårdnivå årligen möter en mycket stor del av befolkningen, bör det finnas ett stort intresse av att öka kunskapen och förståelsen för primärvårdens metoder och resultat och därmed ägna forskningsinsatser åt området.

Förenade anställningar

Enligt bestämmelser i högskolelagen (1992:1434) får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om att en anställning som lärare vid en högskola skall vara förenad med en anställning som

[78] Regeringskansliet. Mål för högskola och forskning. Hämtad på www.regeringen.se
[79] Regeringskansliet. En nationell strategi för life science (2019)
[80] Prop. 2020/21:60. Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.

specialistutbildad läkare eller tandläkare eller med en annan anställning än som läkare vid en sådan sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning. En förenad anställning får innehas bara av den som uppfyller behörighetskraven för båda anställningarna. Den ordning som gäller för anställning av lärare ska gälla också för den anställning som skall vara förenad med läraranställningen. Innan någon anställs som lärare, skall sjukvårdshuvudmannen ges tillfälle att yttra sig i ärendet, om anställningen skall vara förenad med en anställning vid en sjukvårdsenhet.

Lågt söktryck till förenade anställningar

Nationella vårdkompetensrådets sammanställning över förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020 visar att söktrycket i många fall är lågt till de utlysta tjänsterna för förenade anställningar och att tillsättningar ofta uteblir. Arbetsgruppens slutsatser är att det behövs en fördjupad analys av orsakerna till detta och en översyn av högskoleförordningen kring förenade anställningar så att lärosätena får större möjligheter att anställa utifrån verksamheternas behov. Dessutom menar gruppen att en kartläggning av behov av och möjligheter för förenade anställningar inom kommunal hälso- och sjukvård bör göras.[81]

ALF-avtalet om universitetssjukvård och klinisk forskning

ALF är en förkortning för Avtal mellan svenska staten och vissa regioner om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Av ALF-avtalet framgår att en central uppgift för universitetssjukvårdens verksamhet, jämte hälso- och sjukvård, är den kliniska forskningen. Vidare kännetecknas universitetssjukvårdens miljöer av sjukvårdshuvudmannens uttalade uppdrag för forskning och utveckling. Vidare framgår att universitet och landsting (nuv. regioner) skapa bästa möjliga förutsättningar för klinisk forskning med utgångspunkt i universitetssjukvårdens uppdrag.

Kriterier för universitetssjukvårdsenheter (USV-enhet)

Universitetssjukvårdsenhet avser i normalfallet en klinik eller motsvarande basenhet, som leds av en verksamhetschef (enligt HSL). Sådana enheter kan även utses hos privata vårdgivare som har avtal med ett berört landsting (nuv. region). Enligt ALF-avtalet ska de regionala avtalen reglera hur och på vilka grunder som enheter i universitetssjukvården utses. Vidare ska styrgruppen som är knuten till ALF-avtalet ”ange riktlinjer för utformning och genomförande av återkommande utvärderingar av universitetssjukvården”. För att tydliggöra för universitet och regioner vilka särskilda krav som kommer att ställas i kommande utvärderingar, har styrgruppen beslutat om ett antal kriterier som bör vara uppfyllda vid varje universitetssjukvårdsenhet. Kriterierna delas upp i fyra huvudsakliga områden: forskning, utbildning, sjukvårdsutveckling och infrastruktur.[82]

Nationella forskarskolan i allmänmedicin

Nationella forskarskolan i allmänmedicin startade i samband med att Vetenskapsrådet (VR) utlyste medel till flera nya forskarskolor 2009. Forskarskolan startade med ett anslag på 15 miljoner kronor från VR som beräknades räcka till att 50 doktorander kunde genomgå forskarskolan. 2019 gjordes en nystart då

[81]Nationella vårdkompetensrådet. Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020 (2021)
[82] Socialstyrelsen. Utvärdering av Universitetssjukvård - Strukturer och processer (2018)

ekonomin var tryggad för att kunna anta till forskarskolan för tionde och elfte gången.
Nationella forskarskolan i allmänmedicin vill skapa möjligheter och erfarenheter för doktorander i allmänmedicin utöver den ordinarie doktorandutbildning. Forskarskolan vill stimulera till kreativa och hållbara miljöer för forskning i primärvård och uppmuntra multidisciplinär forskning.[83]

Akademiska vårdcentraler

I några regioner finns tilläggsuppdrag för forskning för vissa utförare. Dessa har olika namn och uppdrag i olika regioner. I Sörmland definieras till exempel Akademisk vårdcentral som ett ”tilläggsuppdrag att i interprofessionell miljö stärka klinisk patientnära forskning, utbildning, utveckling och fortbildning” samt ta emot forskarstudenter. Ett annat exempel är Region Stockholm där uppdraget för utbildning, forskning och utveckling i primärvården samlas i Akademiskt primärvårdscentrum. Det finns åtta Akademiska vårdcentraler som beskrivs som motorn i arbetet. Forsknings- och utvecklingsarbetet omfattar allt från små utvecklingsprojekt nära primärvårdens vardag till omfattande, långsiktiga projekt om stora folksjukdomar och hälsoproblem – exempelvis diabetes, hjärt-/kärlsjukdom, smärta, psykisk ohälsa, astma och KOL, infektionssjukdomar, stroke, fysisk inaktivitet och mag-/tarmsjukdomar. Likaså ingår att ta fram kunskap om hälsofrämjande och förebyggande insatser.[84]

Bristande förutsättningar för forskning i primärvården

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård framför att det är viktigt att skapa förutsättningar för primärvårdens medarbetare att bedriva och delta i forskningsprojekt såväl inom som utom primärvårdens särskilda kompetensområden. En viktig uppgift för primärvården är att aktivt kunna delta i kliniska prövningar, epidemiologisk forskning samt vid utvärderingar av medicinska eller tekniska insatser. Dessvärre är forskningskulturen överlag svag och alltför koncentrerad till enstaka enheter. Tre av orsakerna till detta som lyfts är att allmänmedicin är ett relativt nytt akademiskt område som ännu inte har hunnit bygga upp en stark forskningskultur, primärvårdens enheter är små och geografiskt spridda samt att forskningsfinansiärer inte har premierat forskning i primärvården. Samtidigt kan resursöverföring från sjukhusvård till primärvård inte enbart beskrivas i ekonomiska termer. Det handlar i minst lika stor utsträckning om successiv överföring av kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning och forskning och ibland om att tillgängliggöra resurser och kompetenser till olika delar av systemet via nya arbetssätt och nya tekniska lösningar.[85] Detta resonemang stärks också av Vetenskapsrådet som lyfter det att primärvården är viktig för forskning inom olika discipliner[86]. I rapporten framgår att forskare upplever att det är

[83] Nationella forskarskolan i allmänmedicin. Målsättning med Nationella forskarskolan i allmänmedicin.
[84] SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform.
[85] Prop. 2019/20:164. Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.
[86] Vetenskapsrådet. Förutsättningar för kliniska studier under covid-19-pandemin (2021)

problematiskt att ett fåtal inom primärvården bedriver forskning. Eftersom forskning inom medicin och hälsa främjar smalare forskningsområden, blir det en utmaning för forskning inom allmänmedicin som innefattar ett stort antal områden. En annan identifierad problematik som anges i rapporten är att forskare inom primärvården ofta lämnar primärvården och går till universiteten för att specialisterna sig. I tillägg har få verksamhetschefer inom primärvården forskarbakgrund, vilket kan bidra till bristande förståelse för att forskning behöver få ta tid från vården. Under pandemin har många sett stora behov av forskning, liksom stor potential att kunna samla in data från patienter, men det har saknats såväl forskningskompetens som finansiering. En lärdom av pandemin är att forskning behöver ingå i primärvårdens rutiner för att kunna utföras smidigt under en krissituation som pandemin.[87]

Professionerna har på olika sätt uttryckt oro om de potentiellt negativa effekterna som en utflyttning av vård från de traditionella sjukhusmiljöerna skulle kunna ha. Regeringen konstaterar att professionerna ser vikten av att ta hänsyn till behovet av tillräckliga patientvolymer för att upprätthålla god kvalitet inom utbildning och forskning.[88]

Det saknas underlag för statistik och forskning i primärvården

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att det i dag saknas en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå utifrån gemensamma standarder.[89] Regeringen bedömer även att insamling av aggregerande data är nödvändiga för att på ett ändamålsenligt sätt följa upp och utvärdera effekterna av omställningen från sjukhusvård till primärvård.[90] Socialstyrelsen bedömer att behovet av bättre tillgängliga data i form av ett nationellt hälsodataregister inom primärvården är stort.[91] Det möjliggör att följa hela befolkningens vårdkonsumtion och medicinsk praxis. Tillsammans med data från övriga hälsodataregister, kvalitetsregister och socialtjänstregister kan uppföljning, jämförelser, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning utföras. Patientregistret i dess nuvarande form anses inte lämpligt för att till exempel följa patientens väg genom vården. Socialstyrelsen bedömer därför att patientregistret bör utvidgas till att omfatta även primärvården.[92]

Sveriges Kommuner och Regioner betonar vikten av klinisk forskning i primärvården

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har beslutat om ett policydokument[93] som betonar vikten av klinisk forskning i vården. I fråga om primärvården bedömer SKR att omställningen till nära vård kräver att forskningskapaciteten i primärvården förstärks. Därtill lyfts en rad punkter för hälso-

[87] Vetenskapsrådet. Förutsättningar för kliniska studier under covid-19-pandemin (2021).
[88] Prop. 2019/20:164. Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.
[89] Socialstyrelsen. Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården (2021).
[90] Prop. 2019/20:164. Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.
[91] Socialstyrelsen. Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården (2021).
[92] Ibid.
[93] Sveriges kommuner och regioner. Samhället, patienterna och hälso- och sjukvården behöver klinisk forskning (2020).

och sjukvårdens verksamheter som helhet i fråga om att dessa ska utformas så att goda förutsättningar för klinisk forskning skapas, forskning ska ingå i verksamhetsplaneringen och uppföljningen i så väl privat som offentlig regi, att forskningsresultat behöver systematiskt implementeras, att forskningen i ökad utsträckning ska bedrivas utifrån hälso- och sjukvårdens och patienternas behov, att patientens ställning behöver stärkas i forskningsprocessen med medverkan och delaktighet, möjligheten att kombinera klinisk verksamhet med forskning och forskarutbildning ska öka, det ska finnas tjänster för forskande medarbetare i olika professioner genom hela karriären, forskningskompetens ska finnas i regionernas och kommunernas ledningsorganisation, samverkan mellan regioner, kommuner, universitet/högskolor, life science industrin med flera behöver utvecklas och statens engagemang i regioners och kommuners forskningsfrågor behöver bli mer långsiktig.

En hållbar kompetensförsörjning är grunden för att utveckla den kliniska forskningen i primärvården

Vetenskapsrådet gjorde 2019 en forskningsöversikt[94] över klinisk behandlingsforskning. Vetenskapsrådet menar att den framtida kompetensförsörjningen utgör själva grundförutsättningen för att vidareutveckla den kliniska forskningen. Stora pensionsavgångar i kombination med svårigheter för yngre kliniska forskare att få tid, incitament och utrymme att utveckla sin forskningskompetens, gör att behoven av nytänkande och konkreta initiativ är angelägna. Vidare menar Vetenskapsrådet att det uppstår nya krav på hur klinisk forskning bör organiseras som en konsekvens av en ökad satsning på primärvård, vård i hemmet och mindre fokus på sjukhusvård. Regioner och kommuner behöver tydliggöra och utveckla primärvårdens del i klinisk forskning och säkerställa att förutsättningar finns för att utförare ska kunna medverka i forskning. De menar att det kommer att kräva bland annat att handledare finns tillgängliga och att tid för uppdraget finns. Enligt vetenskapsrådet medför omställningen också utmaningar för universitet och högskolor/universitetssjukvård. Traditionellt har de huvudsakligen haft anknytningar exempelvis genom förenade tjänster med sjukhusvården. Det finns initiativ för att stärka primärvårdsforskning. Vetenskapsrådet har bland annat finansierat en forskarskola i nätverksform för allmänläkare. Detta har varit ett sätt för att snabbare skapa en god infrastruktur för utveckling av klinisk forskningskompetens inom nya vårdstrukturer. En forskarskola i nätverksform för allmänläkare, stödd av Vetenskapsrådet har varit ett lyckat sådant exempel.

Även SKR pekar på att samverkan kring klinisk forskning mellan regioner, kommuner, universitet och högskolor, Life science industrin och andra aktörer behöver utvecklas. Vidare menar de att statens engagemang i regionernas och i kommunernas kliniska forskningsfrågor behöver bli mer långsiktigt och

[94] Vetenskapsrådet. Klinisk forskning i ALF-regionerna. Hämtad på www.vr.se.

utgå ifrån vårdens och samhällets långsiktiga behov. De anser också att lagstiftning behöver anpassas så att klinisk forskning möjliggörs, framförallt beträffande hanteringen av vårddata och biobanker.[95]

I utredningen Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur (SOU 2021:65) lämnas förslag på hur ett system för nationell prioritering av forskningsinfrastruktur kan utformas. Utredningen bereds för närvarande i Regeringskansliet.[96]

I Socialstyrelsens Utvärdering av universitetssjukvård från 2018 framförs att ALF-medel för forskning som erhållits av enheter inom allmänmedicin/primärvård är omkring 1–2 procent av totala forsknings-ALF i regionerna, vilket kan jämföras med utbildningsuppdraget med ALF-medel för grundutbildning på cirka 10 procent av totala grundutbildnings-ALF. Kliniskt verksamma vid universitetssjukvårdsenheterna uppger att uppbyggnad av stödjande strukturer för fortsatt utveckling av forskning i primärvården är angelägen för hela hälso-och sjukvårdens utveckling. De menar att universitetssjukvårdsenheterna därför behöver öka ansträngningarna för att få tillgång till mer externa forskningsanslag och anslag via forsknings-ALF.[97]

Jämställdhet i forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet

Vetenskapsrådet (VR) har gjort en studie för att undersöka och analysera skillnaderna mellan kvinnors och mäns karriärutveckling och att undersöka hur villkoren i högskolan uppfattas av kvinnor och män. Kvinnor utför proportionellt sett mer undervisning på grundnivå i relation till forskning, än vad männen gör. Den registerbaserade undersökningen visar att det inte finns några större skillnader mellan kvinnor och män som har sökt och beviljats bidrag i högskolan. Skillnaderna finns istället mellan de ämnesområden forskarna är verksamma inom. En högre andel kvinnor än män är verksamma i forskningsfält och i anställningskategorier som har en högre andel undervisning och lägre andel forskning. Undersökningen visar också att det finns en väsentlig skillnad mellan kvinnor och män när det gäller att få tid att forska. En högre andel av männen, oberoende av hur forskningstiden finansieras, kan forska på en högre andel av sin arbetstid. VR ser att vägen som forskarna vandrar från doktorsexamen till professorsnivå, medför fler utmaningar för kvinnor än för män. Skillnaderna mellan kvinnors och mäns karriärutveckling och erfarenheter av att vara verksamma i högskolan är många gånger små, men de är återkommande och ofta till kvinnors nackdel.

Bland vårdutbildade i medicin och hälsa lämnar många kvinnor högskolan, men VR kan inte säga säkert om det är en högre andel kvinnor än män eftersom det finns så få män med denna grundutbildning från början. Däremot framkommer att kvinnor i högre grad än män överväger att lämna högskolan på grund av brister i arbetsmiljön. I enkätsvaren från den grupp som har lämnat högskolan är det en högre andel kvinnor som anger att brister i den sociala miljön och hinder relaterade till föräldraskap är orsaker till varför de

95 Sveriges kommuner och regioner. Samhället, patienterna och hälso- och sjukvården behöver klinisk forskning. (2020)
[96] SOU 2021:65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur.
[97] Socialstyrelsen. Utvärdering av Universitetssjukvård - Strukturer och processer (2018)

sökte sig bort från högskolan. Inom medicin använder kvinnor negativt laddade förklaringar till sina val (som önskan om tryggare anställning) medan männen uppger mer positivt laddade skäl (som högre lön och intressantare arbetsuppgifter). Det är känt från tidigare studier att tillfälliga anställningar påverkar inställningen att vara kvar i högskolan negativt och många yngre forskare verksamma i högskolan har enligt enkäten sådana anställningar.[98]

Könsfördelningen bland nyutnämnda professorer är jämn inom ämnesområdet medicin och hälsa, men i rekryteringsbasen är kvinnorna i majoritet. Andelen nyutnämnda professorer speglar alltså inte andelen kvinnor i den grupp som utgör basen för rekrytering till professor. [99] Med målet att hälften av de nyrekryterade professorerna 2030 ska vara kvinnor, gav regeringen 2017 landets lärosäten rekryteringsmål för könsfördelningen bland professorer under 2017–2019. UKÄ följde upp målen och visade att lärosätena på en övergripande nivå inte har lyckats uppnå sina mål för tidsperioden. När det gäller andelen kvinnor bland nyrekryterade professorer per forskningsområde var medicin och hälsovetenskap det enda forskningsämnesområde där andelen kvinnor bland nyrekryterade professorer var högre 2019 jämfört med 2017. [100]

Sammanfattande kommentar om primärvårdens medverkan i högskoleutbildning och forskning

En fungerande samverkan mellan regioner, kommuner och lärosäten är av yttersta vikt för en hållbar kompetensförsörjningen både på kort och på lång sikt inom hälso- och sjukvården och primärvården. För detta krävs bl.a. en löpande dialog mellan nämnda aktörer kring framtida rekryteringsbehov i termer av exempelvis dimensionering av utbildningsplatser, studietakt och utbildningars innehåll. Tillgången på personal påverkas även indirekt av hur rekryteringen till utbildningarna sker. Det är till exempel få män som söker till vårdutbildningarna vilket i förlängningen riskerar att påverka tillgången på personal.

Bristen på specialistutbildad personal är i primärvården fortsatt stor, trots de senaste årens satsningar på betald utbildning för t.ex. specialistsjuksköterskeutbildning. I dialogmöten har det lyfts att en orsak skulle kunna vara brist på ”luft i primärvårdsuppdraget”. Trots ekonomiska möjligheter innebär det ändå ett – ofta utmanande – merarbete för verksamhetschefen att rekrytera vikarier eller säkerställa att övriga medarbetare kan täcka upp under denna period. Att primärvården har bristande arbetsmiljö och att VFU-platser inte kan erbjudas leder i längden till att universitet och högskolor måste begränsa platserna på hälso- och sjukvårdsutbildningar. Detta påverkar hur många som kan examineras och arbeta i vården vilket innebär att pressen på dem som arbetar i verksamheten kvarstår. Primärvården behöver medverka i

[98] Vetenskapsrådet. Hur jämställt är det i högskolan? Kvinnors och mäns förutsättningar att bedriva forskning (2021).
[99] Ibid.
[100] Universitetskanslersämbetet. Uppföljning av rekryteringsmål för professorer 2017–2019 (2020)

utbildning av vårdens framtida medarbetare i tillräckligt hög grad för att fler ska kunna utbildas inom vårdyrkena.

En bild som framkommit i dialogsamtalen är att det inom många verksamheter är bristande tillgång på disputerad personal inom primärvården. Detta är inte minst viktigt för en hög kvalitet i handledningen av studenterna som genomför VFU inom primärvårdens verksamhet. Det lyfts också i dialogsamtalen att det är viktigt att studenter får genomföra utbildningsmoment inom primärvårdens verksamhet givet att en större del av vården bedrivs i primärvården och en stor del av folksjukdomarna behandlas där. Att vara bekant med primärvården bedöms också öka chanserna att studenterna vill arbeta där efter examen.

Primärvårdens medverkan i forskning är avhängig ett flertal förutsättningar. Först och främst krävs tillgång till kompetent personal för en primärvård av hög kvalitet som även inkluderar möjlighet till forskningsarbete för den enskilde medarbetaren. Trots att det inom regionerna finns övergripande strukturer som ska skapa förutsättningar för klinisk forskning, t.ex. genom finansiering och genom FoU-enheter eller särskilda forskningsenheter som samverkar med universitet och högskolor vittnar nulägesbilden och professionsföreträdare om att det saknas robusta och gemensamma förutsättningar för, medel eller tid för forskning i primärvården trots att en stor del av vården idag bedrivs där. För att söka och beviljas forskningsmedel krävs att verksamheten har möjlighet att ha fokus på forskning.

Tillgång till personal inom hälso- och sjukvården och primärvården

I följande avsnitt redovisas uppgifter om hur många specialistläkare i allmänmedicin, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor (inriktning distriktssköterska), psykologer, fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter det finns att tillgå i dagsläget. De senast tillgängliga uppgifterna som finns att tillgå i befintliga statistikdatabaser är från 2019, vilka här får utgöra det s.k. dagsläget. Slutligen redovisas exempel på hur bedömning av efterfrågan kan beräknas och de olika beräkningsgrunder som kan användas samt andra variabler som är relevanta att inkludera vid beskrivning av efterfrågan. Socialstyrelsen och rådet avser i slutredovisningen redovisa ett planeringsunderlag i enlighet med uppdraget för perioden 2022–2035.

Prognosticerad brist på 20 av 22 legitimationsyrken i hälso- och sjukvården fram till 2035

Idag bedöms en brist för de flesta utbildningarna inom hälso- och sjukvård och bristen förväntas kvarstå 2035 för samtliga utbildningar, förutom apotekarexamen och receptarieexamen. För läkarexamen bedöms ett varierat arbetsmarknadsläge idag och läget förväntas kvarstå fram till 2035. [101]

Sammanlagt behövs med nuvarande utbildningsdimensionering cirka 13 000 fler examinerade inom hälso- och sjukvård samt social omsorg till 2035 för de utbildningar där bristen bedöms kvarstå. För att säkerställa ett balanserat arbetsmarknadsläge för examinerade inom hälso- och sjukvård samt social omsorg behöver antalet nybörjare öka mellan cirka 20 och 80 procent beroende på utbildning. Ökningen av antalet nybörjare behöver ske genast och nivån behöver bestå under hela prognosperioden.

Sammanfattningsvis visar resultaten att utmaningarna framöver är stora, inte bara för lärosätena utan för alla berörda verksamheter. UKÄ bedömer att lärosätena inte på egen hand kan möta behoven. Lärosätena kan arbeta för en ökad rekrytering och vidta åtgärder för en större andel av studenterna ska nå examen, men även om staten tillför extra resurser är det svårt att bygga ut utbildningar med lågt söktryck. För högskolan ställs också det övriga samhällets behov av kompetens mot kompetensbehoven inom hälso- och sjukvården.[102] Se även avsnitt Brist på centrala kompetenser om utbyggnad av högskolan.

[101] Statistiska centralbyrån, SCB. Trender och Prognoser 2020 (2021).
[102] Universitetskanslersämbetet. Hälso- och sjukvård samt social omsorg. Hämtad på www.uka.se

Nuläge och tillgång på läkare generellt

Antalet förvärvsarbetande med en läkarutbildning uppgick till drygt 48 000 år 2018. Närmare 90 procent arbetade inom hälso- och sjukvård. Hälften av läkarna är kvinnor, en andel som beräknas öka något fram till 2035. Hösten 2020 uppskattades bristen på läkare till drygt 2 500 personer[103]. I Arbetskraftsbarometern 2021 framgår en varierad bild av tillgången på nyutexaminerade läkare[104].

Prognos över differensen på AT-platser

Den generella tillgången på läkare styrs av en rad faktorer. De mest framträdande faktorerna är regionernas inrättande av AT-platser respektive ST-platser. Om det råder brist på dessa platser kommer det att öka tiden för genomströmning och skapa fördröjningseffekter, vilket är negativt ur ett kompetensförsörjningsperspektiv.

Tabell 2: Prognos över differensen på AT-platser

År	Prognos inflöde AT	Prognos önskvärt antal AT	Planerat antal AT	Differens inflöde	Differens önskvärt antal
2022	1660	1700	1607	53	93
2023	1680	1800	1635	45	165
2024	1725	1900	1656	69	244

I tabellen ovan redovisas antal AT-platser utifrån prognosticerat inflöde och behov, enligt SKR:s beräkningar[105]. Beräkningarna är baserade på regionernas redovisade planering av AT-platser för 2022–2024 inom överenskommelsen för God och nära vård.

Läkarutbildningen har byggts ut med 70 procent sedan 2005

Läkarutbildningen har sedan läsåret 2005/06 byggts ut med närmare 70 procent. Störst var utbyggnaden av antalet nybörjarplatser åren 2007/08–2011/12. Antalet nybörjare på läkarutbildningen beräknas till cirka 1 800 per år under SCB:s angivna prognosperiod till och med 2035. Examensfrekvensen för kvinnor beräknas vara cirka 90 procent och för män till cirka 85 procent, vilket ger drygt 1 550 examinerade läkare i genomsnitt per år. Till detta ska läggas en beräknad nettomigration på i genomsnitt närmare 400 utbildade läkare per år. En del av detta migrationsöverskott är tidigare boende i Sverige som studerat till läkare utomlands[106].

Tillgång på specialistläkare i allmänmedicin

Enligt uppdraget ska det framgå hur många specialistläkare i allmänmedicin det finns att tillgå i dagsläget. I nedan avsnitt redovisas detta. Utgångspunkt för detta räkneexempel är vad olika patientnivåer per läkare i allmänmedicin skulle innebära för läkarbehovet. Exemplen visas för 1000 respektive 1500 patienter per specialistläkare. I Nationella Handlingsplanen (Socialutskottets

[103] Statistiska centralbyrån, SCB. Trender och Prognoser 2020 (2021)
[104] Statistiska centralbyrån, SCB. Arbetskraftsbarometern 2021 (2022)
[105] Sveriges Kommuner och Regioner. Regionernas AT-planering 2021-2024 (2021)
[106] Statistiska centralbyrån, SCB. Trender och Prognoser 2020 (2021)

bet. 2000/01:SoU05) år 1999 gjordes beräkningarna utifrån 1 500 genomsnittliga invånare per heltidslista. Distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) anser att ett riktmärke inom nuvarande primärvårdsuppdrag bör vara en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin kan ha ansvar för 1000–1500 patienter.[107] (se även avsnitt om Fast läkare i primärvården). I denna delredovisning görs ingen värdering avseende lämpligt antal patienter per läkare.

År 2019 fanns det omkring 7 000 sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin. Det är därmed den enskilt största specialistläkargruppen. Antalet sysselsatta specialistläkare uppgår till knappt 32 000 i riket. Knappt 6 400 av specialisterna i allmänmedicin var sysselsatta inom hälso- och sjukvården (inklusive hyrläkare), varav 51 procent kvinnor och 49 procent män. Av specialister i allmänmedicin inom hälso- och sjukvården arbetade 54 procent i offentlig sektor och 46 procent i privat sektor år 2019, vilket även står i proportion till att knappt hälften av alla fysiska primärvårdsbesök sker i privat regi (se även stycket Primärvården i offentlig och privat regi). Andelen sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin inom primärvård var 2019 69 procent, drygt 4 400 personer (läkare anställda i kommunal hälso- och sjukvård eller hyrläkare ingår inte i föreliggande uppgifter för primärvård)[108].

År 2019 var medelåldern bland de sysselsatta 53 år. Samma år var 13 procent av de sysselsatta specialistläkarna i allmänmedicin i hälso- och sjukvården 67 år eller äldre.

Under åren 2015 till 2019 minskade antalet sysselsatta allmänläkare i hälso- och sjukvården med 3 procent relativt befolkningen. Det relativa antalet sysselsatta allmänläkare minskade med 8 procent i offentlig sektor och med 3 procent i privat sektor. Antalet sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare har minskat från 64 år 2015 till 62 år 2019. Svensk förening för allmänmedicin bedömer att efterfrågan på allmänläkare överstiger tillgången i hela landet, särskilt i glesbygd och i socioekonomiskt utsatta områden[109].

[107] Svensk Förening för Allmänmedicin och Svenska Distriktsläkarföreningen. Fast läkare i praktiken (2020). Hämtad på https://www.sfam.se 2022-03-14

[108] Socialstyrelsens registerstatistik

[109] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet (2021)

Figur 1. Antal sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin i riket 2010-2019.

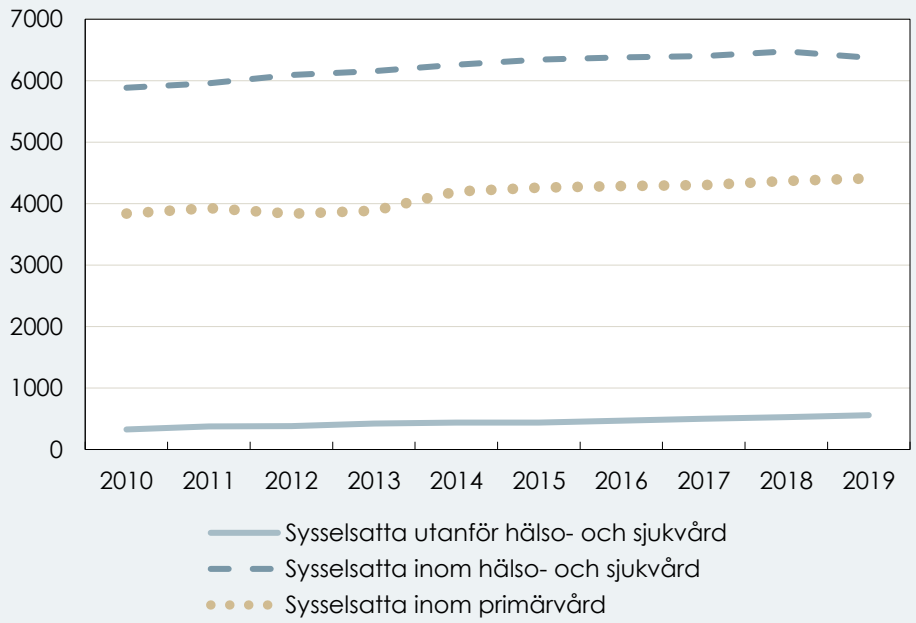


Diagram 1 ovan visar att över en längre tidsperiod ökade antalet sysselsatta allmänläkare inom hälso- och sjukvård mellan åren 2010 till 2018 för att sedan minska något 2019. Sysselsatta inom primärvård ökade även samma år. Antalet sysselsatta inom primärvården uppgick år 2010 till drygt 3 800 och ökade, med undantag av för åren 2012–2013, fram till 2019 då antalet sysselsatta var strax över 4 400. Antalet sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin utanför hälso- och sjukvård utgjorde en mindre andel av de sysselsatta och ökade från över 300 stycken för år 2010 till över 550 stycken år 2019.

Tabell 3

Specialistläkargrupp	Antal specialister sysselsatta inom hälso- och sjukvård 2019	Antal specialister sysselsatta inom primärvård 2019	Befolkning 2019	Antal invånare per specialist inom hälso- och sjukvård	Antal invånare per specialist inom primärvård
Allmänmedicin	6380	4410	10 319 473	1618	2340
Allmänmedicin + barn och ungdomsmedicin	7464	4489		1383	2299
Allmänmedicin + barn och ungdomsmedicin + geriatrik	7966	4579		1296	2254

Tabellen ovan visar det totala antalet specialistläkare i allmänmedicin sysselsatt inom hälso- och sjukvård och inom primärvård i förhållande till

befolkningen 2019[110]. Tabellen visar också det totala antalet specialistläkare om även specialister i barn- och ungdomsmedicin och geriatrik inkluderas som en potentiell tillgång. Genomsnittet i riket sett till det totala antalet invånare (med eller utan fast läkarkontakt) per specialistläkare i allmänmedicin sysselsatt inom hälso- och sjukvården är 1618 invånare per allmänläkare. Om endast specialister i allmänmedicin inom primärvård inkluderas i beräkningen blir siffran 2 340 invånare per allmänläkare. Hyrpersonal är inkluderade i gruppen sysselsatta inom hälso- och sjukvård, dock inte i gruppen sysselsatta inom primärvård, vilket kan förklara en del av skillnaden på knappt 2000 specialistläkare i allmänmedicin. En del av specialisterna i allmänmedicin som inte räknas in i primärvårdsgruppen kan de facto arbeta inom primärvården, men som hyrläkare.

Tabell 4: Behov av specialistläkare i allmänmedicin utifrån olika exempel på listtak

Antal allmänläkare som behövs vid 1500 patienter per specialist i allmänmedicin inom primärvård	Antal allmänläkare som behövs vid 1000 patienter per specialist i allmänmedicin inom primärvård	Differens, faktiskt antal och behov, vid 1500 patienter per specialist i allmänmedicin inom primärvård	Differens, faktiskt antal och behov vid 1000 patienter per specialist i allmänmedicin inom primärvård
6880	10 320	-2470	-5910

Tabellen ovan visar att det finns för få specialister i allmänmedicin inom primärvården utifrån tillgången 2019 om beräkningen görs utifrån ett tak på 1500 patienter per specialistläkare, och ännu färre om beräkningen görs utifrån ett tak på 1000 patienter per specialist i allmänmedicin. (se även avsnittet *Fast läkare i primärvården*, där bakgrunden till ett specifikt antal patienter per läkare redogörs för). Enligt beräkningen om 1500 patienter per specialistläkare i allmänmedicin fattas det 500 specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta inom hälso- och sjukvård totalt, men nästan 2 500 om endast sysselsatta inom primärvård inkluderas i den totala tillgången. Det är något färre som saknas om även specialister i barn- och ungdomsmedicin samt geriatrik inkluderas i beräkningen.

[110] Socialstyrelsens registerstatistik

Tabell 5: Exempel på behov av specialistläkare i allmänmedicin utifrån totalt antal invånare per region och ett fiktivt listtak om 1500 patienter.*

Region	Antal specialister sysselsatta inom primärvård 2019**	Befolkning 2019	Antal invånare per specialist inom primärvård	Behovet vid 1500 patienter per specialist	Differens vid 1500 patienter per specialist	Procentuell ökning av specialister som behövs vid 1500 patienter per specialist
Stockholms län	997	2 374 550	2382	1583	-586	59%
Uppsala län	159	383 044	2410	256	-97	61%
Södermanlands län	132	297 169	2252	199	-67	51%
Östergötlands län	198	465 214	2350	311	-113	57%
Jönköpings län	179	363 351	2030	243	-64	36%
Kronobergs län	90	201 290	2237	135	-45	50%
Kalmar län	103	245 415	2383	164	-61	59%
Gotlands län	.	59 636	.	40	.	.
Blekinge län	48	159 748	3329	107	-59	123%
Skåne län	555	1 376 659	2481	918	-363	65%
Hallands län	158	333 202	2109	223	-65	41%
Västra Götalands län	756	1 724 529	2282	1150	-394	52%
Värmlands län	116	282 342	2434	189	-73	63%
Örebro län	138	304 634	2208	204	-66	48%
Västmanlands län	110	275 634	2506	184	-74	67%
Dalarnas län	112	287 795	2570	192	-80	71%
Gävleborgs län	141	287 333	2038	192	-51	36%
Västernorrlands län	79	245 380	3107	164	-85	108%
Jämtlands län	87	130 697	1503	88	-1	1%
Västerbottens län	134	271 621	2027	182	-48	36%
Norrbottens län	101	250 230	2478	167	-66	65%

* Tabellen utgår enbart ifrån befolkningsunderlag och beaktar inte faktorer så som exempelvis vårdtyngd eller geografi. Syftet är att illustrera differensen mellan antalet specialistläkare i allmänmedicin idag jämfört med behovet vid ett fiktivt listtak på 1500 patienter per läkare. För att räkna ut enskilda regioners faktiska behov krävs fler variabler.

** Antal <20 ej redovisat

I tabellen ovan redovisas antalet specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården per invånare per region. Siffran 1 500 har använts även här som exempel på maxantal patienter per specialistläkare i allmänmedicin för att

tydliggöra differensen mellan antalet sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården och beräknat behov i respektive region. I Stockholms län är differensen störst till antalet, knappt 600 specialistläkare i allmänmedicin saknas inom primärvården om maxantalet patienter per allmänläkare begränsas till 1 500. Om behovet, det vill säga differensen, sätts i relation till regionens befintliga specialistläkare i allmänmedicin så visar tabellen att Blekinge län skulle behöva öka antalet specialister i allmänmedicin mest, med 123 procent, för att uppnå det antal som behövs om varje specialistläkare inom primärvården skulle ha ett maxantal om 1 500 patienter.

Som tidigare nämnts bör det dock tas i beaktande att även ST-läkare i allmänmedicin arbetar inom primärvården, men vanligtvis är de inte ansvariga för lika många patienter som färdiga specialister. De är dock en resurs som inte inkluderats i beräkningarna ovan. Vidare är en förutsättning för beräkningarna att de sysselsatta specialistläkarna i allmänmedicin arbetar heltid. Av de månadsavlönade specialistläkarna i allmänmedicin i regionernas primärvård var sysselsättningsgraden i genomsnitt drygt 85 procent år 2020[111].

ST-läkare i allmänmedicin

Det saknas idag en nationell samordning av antalet ST-läkare eller ST-tjänster i Sverige. Enligt uppdraget ska redovisas hur många ST-tjänster i allmänmedicin det finns att tillgå i dagsläget. Detta är uppgifter som inte samlas in nationellt inom ramen för någon statistikförande myndighet.[112] SKR har emellertid för 2021 gjort en sammanställning av uppgifterna och enligt sammanställningen uppgick antalet ST-läkare till 3 286 totalt år 2021. Siffrorna avser regionanställda samt anställda hos privata vårdgivare. Antalet regionanställda ST-läkare i allmänmedicin ökade under perioden 2010 till 2020, från 1 380 till 2 150 stycken för 2021[113].

Pensionsavgångar specialistläkare i allmänmedicin

Pensionsavgångar påverkar den totala tillgången på specialistläkare i allmänmedicin, och en prognos över pensionsavgångar mellan 2022 till 2035 kommer att redovisas i slutredovisningen. Av tabellen nedan framgår att andelen specialistläkare i allmänmedicin avtar med stigande ålder, men av alla sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin inom hälso- och sjukvård för året 2019 var andelen som var 70 år eller äldre 7 procent och andelen läkare i åldern 65–69 år var 11 procent.

[111] Sveriges Kommuner och Regioner. PM Läkartillgång i primärvården (2022)
[112] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet (2022)

113 Sveriges Kommuner och Regioner. PM Läkartillgång i primärvården (2022)

Tabell 6: Antal sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin i de högre ålderskategorierna

Åldersgrupp	Antal sysselsatta inom hälso- och sjukvård 2019	Andel av totalt antal sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin inom hälso- och sjukvård 2019
60–64 år	958	15%
65–69 år	706	11%
70 år+	469	7%

Av de två tabellerna nedan framgår att av de läkare inom primärvården som pensionerade sig under åren 2014–2018 var den vanligaste åldern att gå i pension 65 år för både män och kvinnor. En relativt stor andel, både bland män och bland kvinnor, gick i pension i olika åldrar över 70 år. Under tidsperioden pensionerade sig i genomsnitt 134 läkare inom primärvården varje år, och andelen nyligen pensionerade, även nypensionerade, av de sysselsatta i samma åldrar var 3 procent. Eftersom uppgifterna får anses vara aktuella kan antalet pensionerade förväntas ligga ungefär i linje med detta genomsnitt även under 2022.

Tabell 7: Antal och andel nypensionerade läkare inom primärvården per åldersklass 2014–2018

Ålder	Nypensionerade män	Andel av sysselsatta i samma åder	Nypensionerade kvinnor	Andel av sysselsatta i samma ålder
62 år	-	-	-	-
63 år	-	-	-	-
64 år	34	9%	40	13%
65 år	57	15%	52	20%
66 år	44	13%	34	18%
67 år	23	8%	-	-
68 år	34	13%	-	-
69 år	27	12%	-	-
70 år	25	14%	-	-
Äldre än 70 år	91	23%	60	28%

*Antal <20 ej redovisat

Tabell 8: Totalt antal nypensionerade läkare inom primärvården 2014–2018

Antal nypensionerade män, alla åldrar 2014–2018	Antal nypensionerade kvinnor, alla åldrar 2014–2018	Genomsnittligt antal nypensionerade per år, totalt	Genomsnittlig andel nypensionerade
374	295	134	3%

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden som de seniora specialistläkarna har framgår inte av nuvarande tillgängliga uppgifter, men de kan antas ha en lägre sysselsättningsgrad än genomsnittet.

Efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin

Efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin är beroende av flertalet faktorer. Endast beräkningar av antalet patienter eller invånare per läkare ger inte en komplett bild av hur resurserna bör allokeras. Sysselsättningsgrad är

en av flera avgörande aspekter för att kunna redogöra för faktisk tillgång, efterfrågan och beräkningar av behov av specialistläkare i allmänmedicin (se även avsnittet Deltidsarbete är vanligt förekommande bland allmänläkare i primärvården). En redovisning av exempelvis genomsnittlig sysselsättningsgrad kommer att inkluderas i slutredovisningen. Dimensioneringen av specialistläkare är en komplex fråga och det behövs ta hänsyn till vårdbehovet, eller så kallad vårdtyngd. Denna vårdtyngd varierar efter geografiskt läge, socioekonomisk status, befolkningens ålder och utbildning etcetera. Nedan följer en översiktlig presentation av indikatorerna som kan användas för att identifiera vårdtyngd.

Delredovisningen består av en övergripande nulägesbeskrivning av efterfrågan på regional nivå utifrån ett antal parametrar som redovisas i det följande. Till slutrapporten kommer nulägesbilden utökas till att försöka bedöma efterfrågan mellan 2022 till 2035 inklusive en rekommendation över hur många specialistläkare inom allmänmedicin.

Som nämnts tidigare bedöms efterfrågan på specialistläkare inom allmänmedicin vara större än tillgången. Även i regeringens proposition Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72) redovisas uppgifter om att efterfrågan är större än tillgången. Där presenteras en grov uppskattning av antalet läkare i primärvården och en uppskattning av ett rimligt antal listade patienter en läkare ska ha (se vidare SOU 2018:39). Genom denna uppskattning går det att uppskatta en ”överlistning” till drygt 1 miljon patienter, vilket motsvarar cirka 700–800 heltidsläkartjänster.[114]

Mått för att uppskatta vårdtyngd

För att mäta vårdtyngd inkluderas flera olika datakällor och variabler. En av datakällorna är Care Need Index (CNI) vilket är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. Genom att titta på CNI per region kan vi få en indikation på vårdtyngd per region.
CNI grundas på följande sju socioekonomiska variabler:

- Ålder över 65 år och ensamstående.
- Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika).
- Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år.
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre.
- Person ett år eller äldre som flyttat in i området.
- Lågutbildad 25–64 år.
- Ålder yngre än fem år.

Ett stort antal distriktsläkare har uppskattat i vilken utsträckning olika variabler påverkar arbetsbelastningen och ovan uppgifter åskådliggör betydelsen av de olika variablerna, vilket fungerat som relativa vikter av de olika variablerna. Indexet indikerar sedan risken för ohälsa där ett värde över 1 innebär högre risk för ohälsa än i riket i stort och ett värde under 1 innebär en lägre risk för ohälsa än riket i stort.[115]

[114] Prop. 2021/22:72. Ökad kontinuitet och effektivitet i vården.
[115] Statistiska centralbyrån, SCB. Care Need Index. Hämtad 2022-02-03 från https://www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/regionala-statistikprodukter/care-need-index-cni/

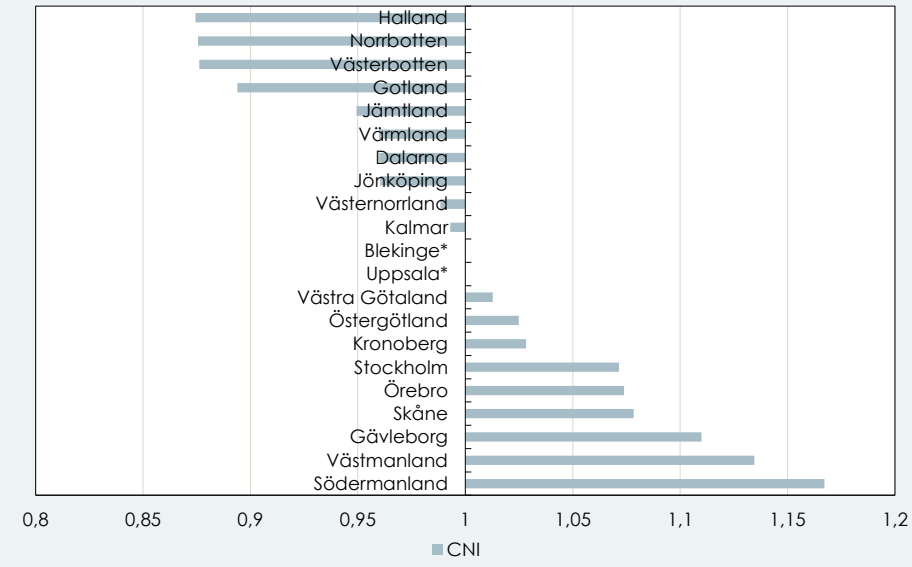
Annan data som används är tagna från SCB:s befolkningsstatistik och Kolada (databasen för kommuner och regioner).

Regionerna använder systemet The Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups System (ACG), ett beskrivningssystem för analys av en populations samlade sjuklighet. ACG ger en samlad bild av en vårdcentrals resursbehov och kan användas som grund för justering av ersättning.[116] Alla regioner använder sig dock inte av systemet och inrapporteringens kvalitet varierar. Det har även visat sig möjligt att manipulera den data som rapporteras in i systemet och även överrapportera diagnoser för att tillskansa sig mer pengar.[117] I och med detta används inte ACG som datakälla.

Bedömning av vårdtyngd

Som exempel på hur CNI skulle kunna ge en bild av vårdtyngden i en region, illustreras nedan i figur 2 att nio regioner har ett CNI över 1, vilket innebär en högre risk för ohälsa enligt detta mått. Efterfrågan på specialistläkare inom allmänmedicin kan utifrån detta mått därmed bedömas vara större i dessa nio regioner än i de tolv regioner med ett CNI lägre än 1. Södermanland har det högsta CNI medan Halland har det lägsta.

Figur 2. CNI per region år 2019.



*Uppsala och Blekinge har värde 1,00.

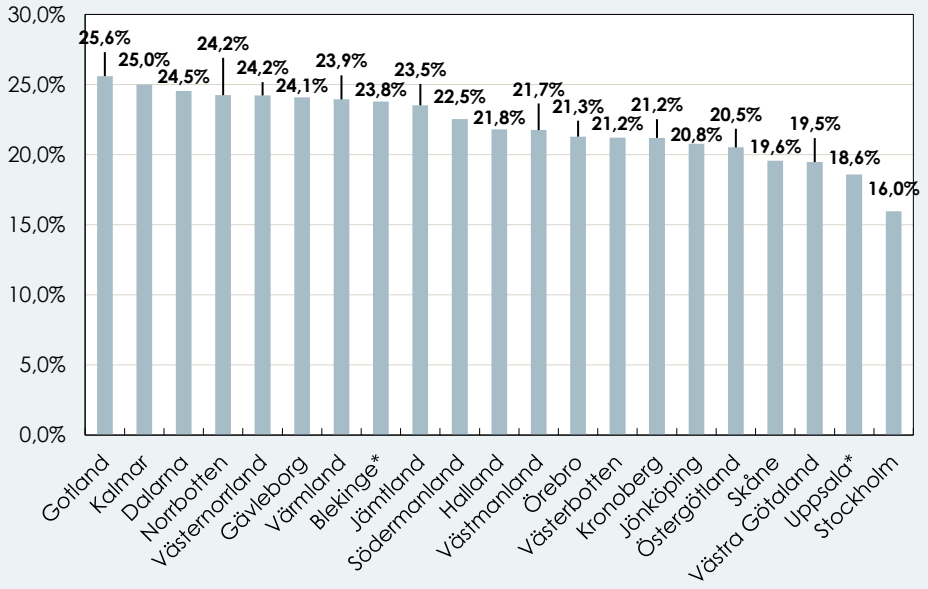
Källa: Kolada, SKR, 2022.

Det är även relevant att titta på åldersstrukturen per region då vårdbehovet ökar med åldern. Variabeln *över 65 år och ensamstående* inkluderas i CNI men det är även relevant att titta på hela gruppen över 65 år. Upp till en viss ålder tenderar socioekonomiskt svaga grupper söka mer vård men med åldern kan man se att de omvända sker, det vill säga att de socioekonomiskt starka grupperna söker mer vård.[118] Därför är det relevant att även titta på ålder

[116] Sveriges Kommuner och Regioner. Riskjustering sjukdomsbörda, ACG. Hämtad 2022-02-03 från https://skr.se/
[117] Olsson O, Rönn A. ACG – förutsättningar för en nationell insats. Sveriges Kommuner och Regioner (2014).
[118] SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.

separat. I figuren nedan presenteras andel av befolkningen över 65 år per region för 2019:

Figur 3. Andel av befolkningen över 65 år per region 2019.



Antal regioner med en andel av befolkningen över 65 år som uppgår över medelvärdet på 22,1 procent är tio stycken. De utgörs av bland annat mindre regioner och regioner med landsbygd. De regionerna med lägst andel äldre består av bland annat storstadsregionerna. En hög andel äldre i befolkningen kan indikera att efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin är stor.

Sammanfattande kommentar över tillgången på läkare i allmänmedicin

Det fanns omkring 7 000 sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin 2019, det är därmed den enskilt största specialistläkargruppen. Knappt 6 400 av specialisterna i allmänmedicin var sysselsatta inom hälso- och sjukvården (inklusive hyrläkare), varav 51 procent kvinnor och 49 procent män. Andelen sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin inom primärvård var 2019 69 procent, dvs drygt 4 400 personer. Av dessa arbetade 54 procent i offentlig sektor och 46 procent i privat sektor. Det kan noteras att antalet sysselsatta allmänläkare ökade inom primärvården mellan åren 2010 från drygt 3 800 till år 2019 då antalet sysselsatta var strax över 4400. Sedan 2005 har en utbyggnad av läkarutbildningen skett motsvarande 70 procent. Antalet examinerade läkare till och med 2035 beräknas till i genomsnitt 1550 per år.

Gällande tillgången på ST-läkare i allmänmedicin saknas idag officiell nationell statistik. Av SKR:s uppgifter framgår att antalet regionanställda ST-läkare i allmänmedicin ökade under perioden 2010 till 2020, från 1 380 ST-

läkare 2010 till 2 150 ST-läkare 2020119. Antalet ST-läkare uppgår till 3 286 stycken år 2021.

Efterfrågan på specialistläkare bedöms inom allmänmedicin vara större än tillgången i hela landet, särskilt i glesbygd och i socioekonomiskt utsatta områden. Efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin är emellertid inte enkelt att beräkna eftersom efterfrågan är beroende av flertalet faktorer. Endast beräkningar av t.ex. antalet patienter eller invånare per läkare ger inte en komplett bild av hur resurserna bör allokeras. I denna delrapport illustreras efterfrågan med hjälp av Care Need Index (CNI) och andel över 65 år per region som ger indikation på vårdtyngd.

Nio regioner har enligt CNI en högre risk för ohälsa och tio regioner har en andel över 65 år i befolkningen högre än genomsnittet för samtliga regioner. Allokering av resurser och därmed lämpligt antal patienter per specialistläkare i allmänmedicin är beroende av flertalet faktorer, både regionala och socioekonomiska. En bedömning av vårdtyngd bör göras innan rekommendationer om listningstak kan fastställas.

[119] Sveriges Kommuner och Regioner. PM Läkartillgång i primärvården, (2022)

Tillgång på vissa andra professioner verksamma inom primärvården

Enligt uppdragsbeskrivningen ska förslag tas fram på riktade insatser i syfte att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen för t ex specialistsjuksköterskor, inkl. distriktssköterskor, dietister, psykologer och fysioterapeuter i primärvården. För att kunna ge förslag enligt ovan redovisas tillgången för nämnda yrkesgrupper inklusive sjuksköterskor och arbetsterapeuter för åren 2010–2019. Avsnittet avslutas med en kort sammanfattning av den redovisade tillgången i primärvården.

I primärvården arbetar 13 procent av den totala andelen sjuksköterskor

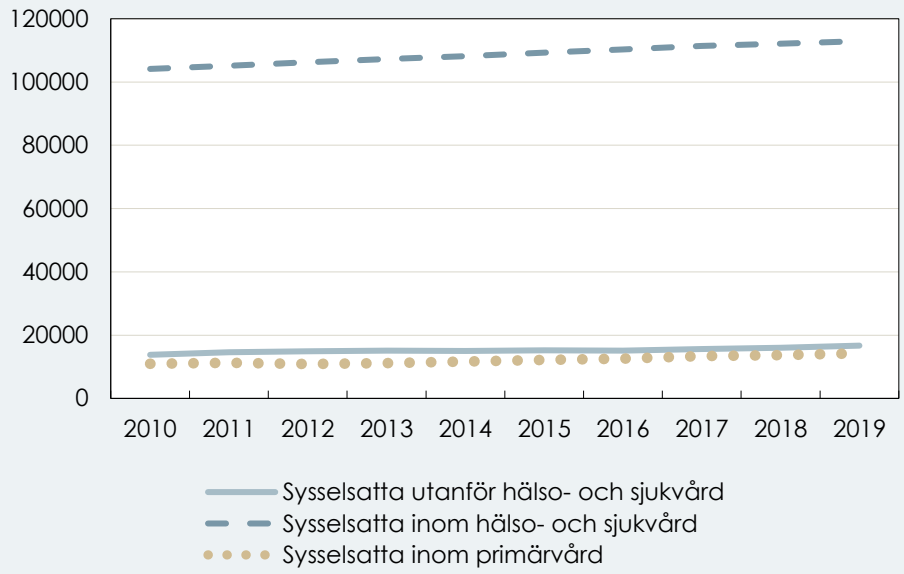
Det fanns knappt 130 000 sysselsatta sjuksköterskor 2019. Knappt 113 000 arbetade inom hälso- och sjukvården (inklusive kommunal hälso- och sjukvård samt hyrpersonal), varav 88 procent kvinnor och 12 procent män. Av sjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården arbetade 82 procent i offentlig sektor och 18 procent i privat sektor år 2019. Andelen sysselsatta sjuksköterskor inom primärvård (anställda i kommunal hälso- och sjukvård eller hyrpersonal ingår inte i föreliggande uppgifter för primärvård) var 13 procent 2019[120]. År 2019 var medelåldern bland de sysselsatta i hälso- och sjukvården 46 år. År 2018 var 4,2 procent av de sysselsatta sjuksköterskorna 67 år eller äldre. Högst antal sysselsatta relativt befolkningen finns i Västerbottens län. Enligt SKR var knappt 74 000 grund- och specialistutbildade sjuksköterskor anställda i regionerna 2019. Enligt Nationella planeringsstödet (NPS) för 2022 rapporterade 18 av 21 regioner brist på grundutbildade sjuksköterskor.

Under åren 2015 till 2019 minskade antalet sjuksköterskor i hälso- och sjukvården med 2 procent relativt befolkningen. Det relativa antalet sysselsatta sjuksköterskor minskade med 3 procent i offentlig sektor och ökade med 6 procent i privat sektor. Sett till antalet sysselsatta sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2015 till 2019, har siffran minskat från 1 111 sjuksköterskor per 100 000 invånare 2015 till 1 094 sjuksköterskor 2019. Figur 4 visar däremot att över en längre tidsperiod ökade antalet sysselsatta sjuksköterskor 2010 till 2019 både inom hälso- och sjukvården som helhet och inom primärvård. Antalet sjuksköterskor inom primärvård ökade från drygt 10 900 år 2010 till över 14 200 år 2019. Antalet sysselsatta utanför hälso- och sjukvård[121] uppgick till knappt 13 800 år 2010 och hade ökat till knappt 16 700 år 2019.

[120] Socialstyrelsens registerstatistik

[121] Begreppet hälso- och sjukvård inkluderar kommunal hälso- och sjukvård samt hyrpersonal

Figur 4. Antal sysselsatta sjuksköterskor i riket 2010-2019.



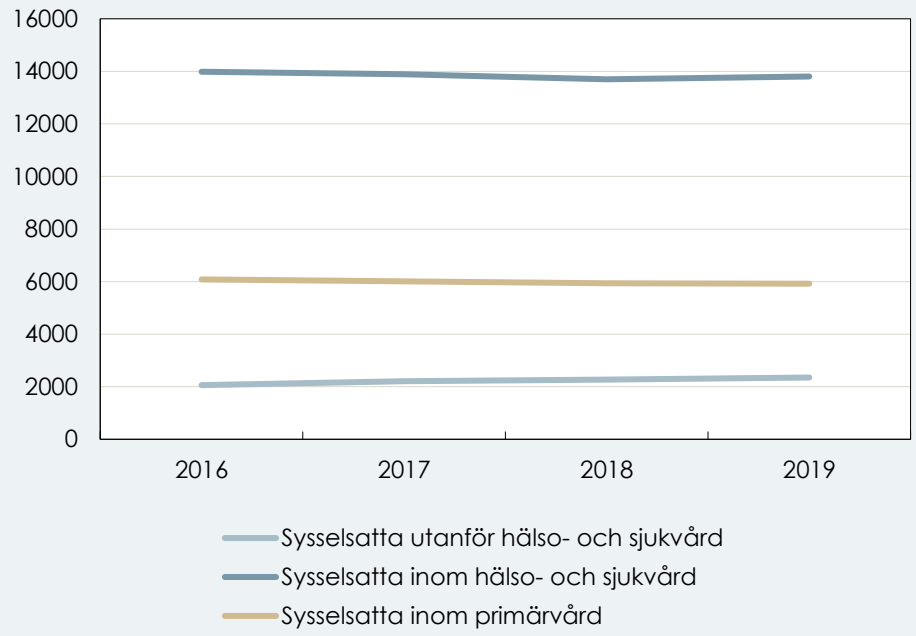
Antalet distriktssköterskor minskade i primärvården

Det fanns över 16 000 sysselsatta distriktssköterskor 2019. Knappt 14 000 arbetade inom hälso- och sjukvården (inklusive kommunal hälso- och sjukvård samt hyrpersonal), varav 97 procent kvinnor och 3 procent män. Detta kan jämföras med att det fanns över 57 000 sysselsatta specialistsjuksköterskor 2019. Över 49 000 arbetade inom hälso- och sjukvården, varav 88 procent kvinnor och 12 procent män. Distriktssköterskor var 2019 den största gruppen bland specialistsjuksköterskor. Av distriktssköterskorna inom hälso- och sjukvården arbetade 76 procent i offentlig sektor och 24 procent i privat sektor år 2019. Andelen sysselsatta distriktssköterskor inom primärvård (anställda i kommunal hälso- och sjukvård eller hyrpersonal ingår inte i föreliggande uppgifter för primärvård) var 43 procent 2019[122]. Högst antal sysselsatta distriktssköterskor relativt befolkningen fanns i Jämtlands län. I NPS för 2022 rapporterade 14 av 21 regioner brist på distriktssköterskor.

Sett till antalet sysselsatta distriktssköterskor inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare för åren 2016 till 2019, har antalet minskat från 140 distriktssköterskor per 100 000 invånare 2016 till 134 distriktssköterskor 2019. Figur 5 visar att under nämnda tidsperiod minskade antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvård något. Sysselsatta inom primärvård minskade från knappt 6 100 distriktssköterskor 2016 till drygt 5 900 år 2019. Sysselsatta utanför hälso- och sjukvård ökade under samma tidsperiod, från under 2 100 år 2010 till under 2 400 år 2019.

[122] Socialstyrelsens registerstatistik

Figur 5. Antal sysselsatta distriktssköterskor i riket 2016-2019.



Not: På grund av tidsseriebrott redovisas endast åren 2016–2019

Antalet psykologer har nästan fördubblats i primärvården

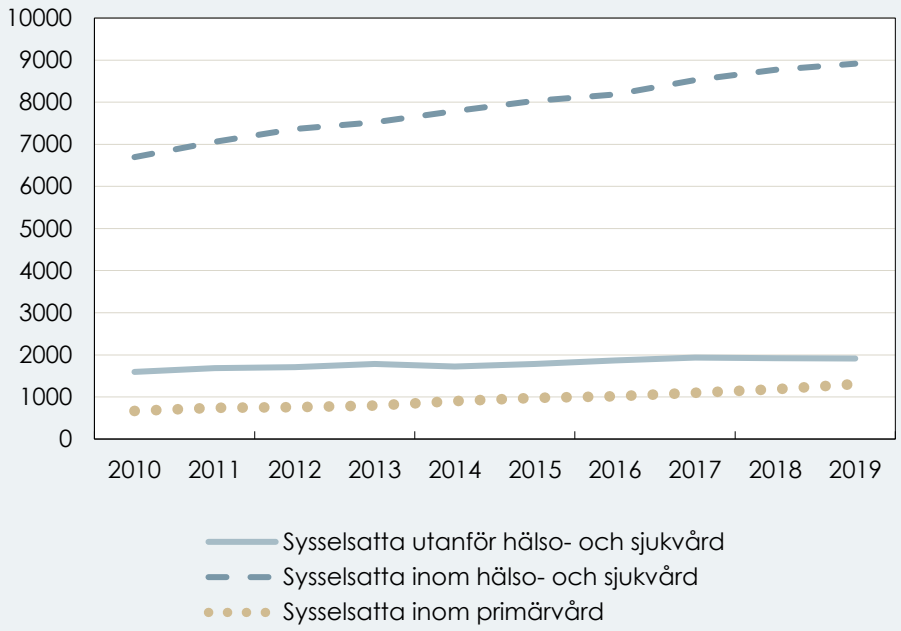
Det fanns knappt 11 000 sysselsatta psykologer 2019. Knappt 9 000 arbetade inom hälso- och sjukvården (inklusive kommunal hälso- och sjukvård samt hyrpersonal), varav 71 procent kvinnor och 29 procent män. Av psykologerna inom hälso- och sjukvården arbetade 62 procent i offentlig sektor och 38 procent i privat sektor år 2019. Andelen sysselsatta psykologer inom primärvård (anställda i kommunal hälso- och sjukvård eller hyrpersonal ingår inte i föreliggande uppgifter för primärvård) var 15 procent 2019[123]. Samma år var medelåldern bland de sysselsatta inom hälso- och sjukvården 46 år. Nästan 40 procent av psykologerna var under 40 år. År 2019 var 8,1 procent av de sysselsatta psykologerna i hälso- och sjukvården 67 år eller äldre. Högst antal sysselsatta psykologer relativt befolkningen fanns i Uppsala län. Enligt SKR var knappt 5000 psykologer anställda i regionerna 2019. I NPS för 2022 rapporterade 19 av 21 regioner brist på psykologer.

Under åren 2015 till 2019 ökade antalet psykologer i hälso- och sjukvården med 5 procent relativt befolkningen. Det relativa antalet sysselsatta psykologer var oförändrat i offentlig sektor och ökade med 22 procent i privat sektor. Sett till antalet sysselsatta psykologer inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2015 till 2019, har siffran ökat från 82 psykologer per 100 000 invånare 2015 till 86 psykologer 2019. Figur 6 visar att över en längre tidsperiod ökade även antalet sysselsatta psykologer inom hälso- och sjukvård 2010 till 2019. Diagrammet visar också att det är en mindre andel som var sysselsatta inom primärvård, men att den andelen har ökat under

[123] Socialstyrelsens registerstatistik

perioden, från under 700 till drygt 1 300 år 2019. En något större andel var sysselsatta utanför hälso- och sjukvård, och antalet ökade också under tidsperioden, från strax under 1 600 år 2010 till drygt 1 900 år 2019.

Figur 6. Antal sysselsatta psykologer i riket 2010-2019.



Antalet fysioterapeuter ökade inom primärvården

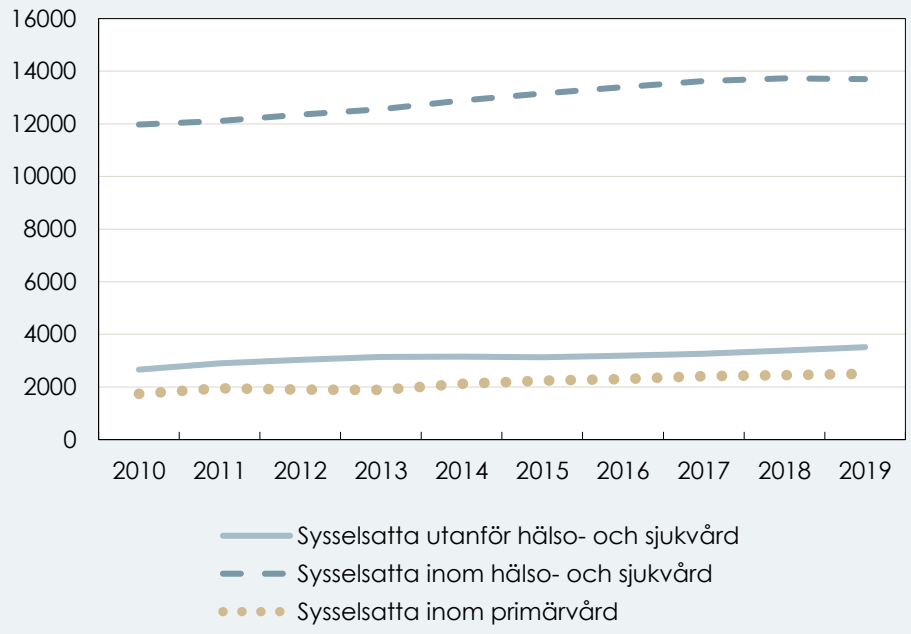
Det fanns över 17 000 sysselsatta fysioterapeuter 2019. Knappt 14 000 arbetade inom hälso- och sjukvården (inklusive kommunal hälso- och sjukvård samt hyrpersonal), varav 76 procent kvinnor och 24 procent män. Av fysioterapeuterna inom hälso- och sjukvården arbetade 64 procent i offentlig sektor och 36 procent i privat sektor år 2019. Andelen sysselsatta fysioterapeuter inom primärvård (anställda i kommunal hälso- och sjukvård eller hyrpersonal ingår inte i föreliggande uppgifter för primärvård) var 18 procent 2019[124]. År 2019 var medelåldern bland de sysselsatta inom hälso- och sjukvården 44 år. Knappt 29 procent var under 35 år. År 2019 var 3,2 procent av de sysselsatta fysioterapeuterna i hälso- och sjukvården 67 år eller äldre. Högst antal sysselsatta fysioterapeuter relativt befolkningen hade Västerbottens, Jämtlands och Norrbottens län. Enligt SKR var drygt 6 100 fysioterapeuter anställda i regionerna 2019. I NPS för 2022 rapporterade 11 av 21 regioner brist på fysioterapeuter.

Under åren 2015 till 2019 ökade antalet fysioterapeuter i hälso- och sjukvården med mindre än 1 procent relativt befolkningen. Det relativa antalet sysselsatta fysioterapeuter ökade med 1 procent i offentlig sektor. Sett till antalet sysselsatta fysioterapeuter inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2015 till 2019, har siffran minskat från 134 fysioterapeuter per 100 000 invånare 2015 till 133 fysioterapeuter 2019. Figur 7 visar att över en

[124] Socialstyrelsens registerstatistik

längre tidsperiod ökade även antalet sysselsatta fysioterapeuter inom både hälso- och sjukvård som helhet och inom primärvård 2010 till 2019. Diagrammet visar också att det är en mindre andel som var sysselsatta inom primärvård men att den andelen har ökat under perioden, från drygt 1 700 till 2 500 år 2019. Sysselsatta utanför hälso- och sjukvård stod för en något större andel och ökade också, från knappt 2 700 år 2010 till drygt 3 500 år 2019.

Figur 7. Antal sysselsatta fysioterapeuter i riket 2010-2019.



Antalet dietister ökade inom primärvården

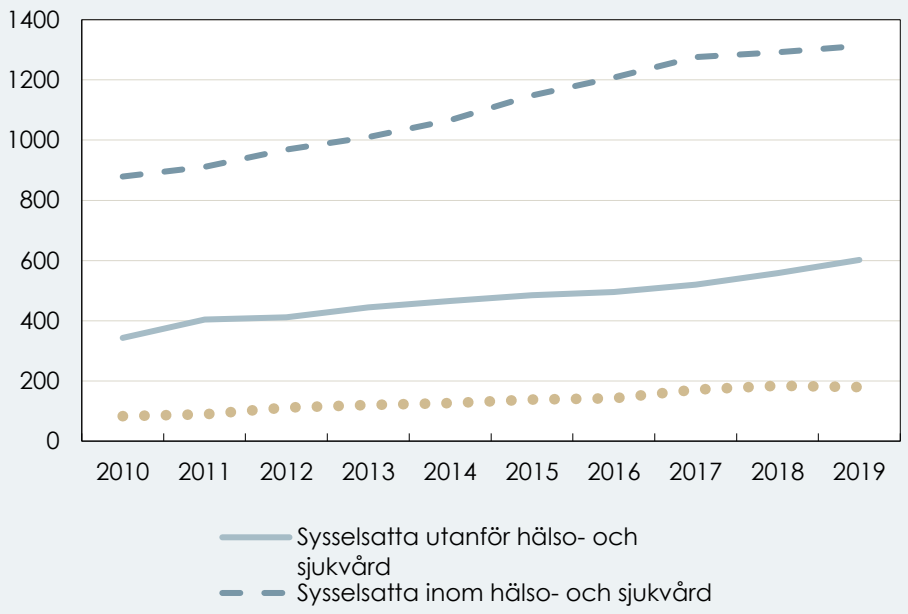
Det fanns omkring 2 000 sysselsatta dietister 2019. Drygt 1 300 arbetade inom hälso- och sjukvården (inklusive kommunal hälso- och sjukvård samt hyrpersonal), varav 95 procent kvinnor och 5 procent män. Av dietisterna inom hälso- och sjukvården arbetade 82 procent i offentlig sektor och 18 procent i privat sektor år 2019. Andelen sysselsatta dietister inom primärvård (anställda i kommunal hälso- och sjukvård eller hyrpersonal ingår inte i föreliggande uppgifter för primärvård) var 14 procent 2019[125]. År 2019 var medelåldern bland de sysselsatta 41 år. År 2019 var 0,9 procent av de sysselsatta dietisterna i hälso- och sjukvården 67 år eller äldre. Högst antal sysselsatta relativt befolkningen hade Västerbottens och Uppsala län. Enligt SKR var cirka 1 000 dietister anställda i regionerna 2019. I NPS för 2022 rapporterade 12 av 21 regioner brist på dietister.

Under åren 2015 till 2019 ökade antalet dietister i hälso- och sjukvården med 9 procent relativt befolkningen. Det relativa antalet sysselsatta dietister ökade med 7 procent i offentlig sektor och med 21 procent i privat sektor. Sett till antalet sysselsatta dietister inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2015 till 2019, har siffran ökat från 12 dietister per 100 000

[125] Socialstyrelsens registerstatistik

invånare 2015 till 13 dietister 2019. Figur 8 visar att över en längre tidsperiod ökade även antalet sysselsatta dietister inom hälso- och sjukvård 2010 till 2019. Diagrammet visar också att det är en mindre andel som är sysselsatta inom primärvård, men att den andelen har ökat under perioden, från under 100 till under 200 dietister år 2019. En något större andel är sysselsatta utanför hälso- och sjukvård, och antalet har ökat från över 300 år 2010 till strax över 600 år 2019.

Figur 8. Antal sysselsatta dietister i riket 20190-2019.



Antalet arbetsterapeuter har minskat relativt befolkningen men ökat inom primärvården

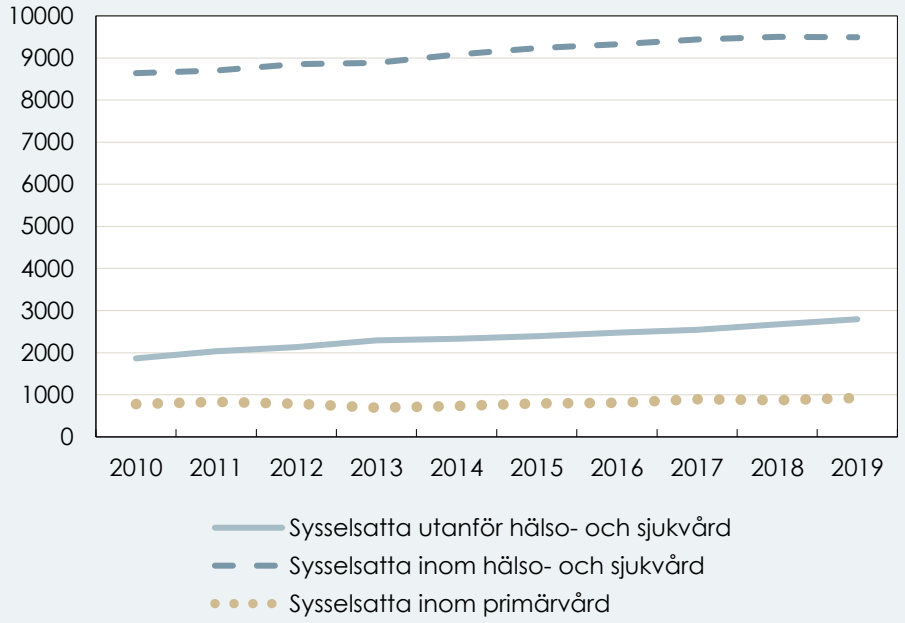
Det fanns över 12 000 sysselsatta arbetsterapeuter 2019. Över 9 000 arbetade inom hälso- och sjukvården (inklusive kommunal hälso- och sjukvård samt hyrpersonal), varav 93 procent kvinnor och 7 procent män. Av arbetsterapeuterna inom hälso- och sjukvården arbetade 85 procent i offentlig sektor och 15 procent i privat sektor år 2019. Andelen sysselsatta arbetsterapeuter inom primärvård (anställda i kommunal hälso- och sjukvård eller hyrpersonal ingår inte i föreliggande uppgifter för primärvård) var 10 procent 2019[126]. År 2019 var medelåldern bland de sysselsatta 45 år. År 2019 var 1,9 procent av de sysselsatta arbetsterapeuterna i hälso- och sjukvården 67 år eller äldre. Högst antal sysselsatta arbetsterapeuter relativt befolkningen hade Östergötlands län och Örebro län. Enligt SKR var knappt 3 800 arbetsterapeuter anställda i regionerna 2019. I NPS för 2022 rapporterade 10 av 21 regioner brist på arbetsterapeuter.

Under åren 2015 till 2019 minskade antalet arbetsterapeuter i hälso- och sjukvården med 2 procent relativt befolkningen. Det relativa antalet

[126] Socialstyrelsens registerstatistik

sysselsatta arbetsterapeuter minskade med 4 procent i offentlig sektor och ökade med 8 procent i privat sektor. Sett till antalet sysselsatta arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2015 till 2019, har siffran minskat från 94 arbetsterapeuter per 100 000 invånare 2015 till 92 arbetsterapeuter 2019. Figur 9 visar däremot att över en längre tidsperiod ökade antalet sysselsatta arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvård 2010 till 2019. Arbetsterapeuter verksamma inom primärvård ökade från under 800 år 2010 till över 900 år 2019. En något större andel var sysselsatta utanför hälso- och sjukvård och antalet ökade från under 1900 år 2010 till knappt 2 800 år 2019.

Figur 9. Antal sysselsatta arbetsterapeuter i riket 2010-2019.



Sammanfattande kommentar om tillgång på viss hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården

Enligt NPS för 2022 råder brist på sjuksköterskor, distriktssköterskor, psykologer, fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter i hälso- och sjukvården i varierande grad. Det kan även noteras att för samtliga ovan redovisade yrken utgörs tillgången till en övervägande del kvinnor. Bristen är störst på psykologer och sjuksköterskor, där 19 respektive 18 av de 21 regionerna rapporterade brist. Hur stor andel av yrkesgrupperna som arbetar inom primärvården varierar, för sjuksköterskor var det 13 procent medan 43 procent av distriktssjuksköterskorna år 2019 arbetade i primärvården (anställda i kommunal hälso- och sjukvård eller hyrpersonal ingår inte i föreliggande uppgifter för primärvård). Antalet sjuksköterskor inom primärvård ökade från drygt 10 900 år 2010 till över 14 200 år 2019 medan antalet distriktssköterskor minskade under samma tidsperiod från 6 100 till 5 900. Av fysioterapeuterna och

psykologerna var andelen som år 2019 arbetade inom primärvården 18 respektive 15 procent och för arbetsterapeuterna 10 procent. Andelen psykologer inom primärvården har nästan fördubblats sedan 2010.

Viss legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården efter region

I tabellen nedan redovisas viss legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är sysselsatt i primärvården för år 2019 per region. Det gäller följande yrken: specialistläkare i allmänmedicin, sjuksköterskor, distriktssköterskor, psykologer och fysioterapeuter. Endast en mindre andel av dietisterna och arbetsterapeuterna arbetar inom primärvården vilket gör det svårt att dra slutsatser utifrån ett fåtal individer. Därför redovisas inte dessa yrkesgrupper på regional nivå i nedan tabell.

Tabell 9: Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal sysselsatta inom primärvård efter andel per region, år 2019.

Region	Andel av totala befolkningen i Sverige 2019	Andel av totalt antal specialistläkare i allmänmedicin 2019**	Andel av totalt antal distriktssköterskor 2019	Andel av totalt antal psykologer 2019**	Andel av totalt antal fysioterapeuter 2019**	Andel av totalt antal sjuksköterskor 2019
Stockholms län	23%	23%	15%	29%	14%	18%
Uppsala län	4%	4%	3%	5%	5%	3%
Södermanlands län	3%	3%	3%	2%	4%	3%
Östergötlands län	5%	4%	4%	4%	1%	4%
Jönköpings län	4%	4%	4%	4%	6%	7%
Kronobergs län	2%	2%	3%	.	2%	2%
Kalmar län	2%	2%	3%	2%	1%	2%
Gotlands län	1%	.	0%	.	.	0%
Blekinge län	2%	1%	2%	.	.	1%
Skåne län	13%	13%	9%	8%	14%	10%
Hallands län	3%	4%	4%	3%	4%	4%
Västra Götalands län	17%	17%	18%	26%	19%	17%
Värmlands län	3%	3%	4%	.	1%	3%
Örebro län	3%	3%	5%	2%	6%	4%
Västmanlands län	3%	2%	3%	3%	2%	3%
Dalarnas län	3%	3%	3%	3%	3%	3%
Gävleborgs län	3%	3%	5%	.	4%	3%
Västernorrlands län	2%	2%	3%	.	3%	2%
Jämtlands län	1%	2%	2%	.	2%	2%
Västerbottens län	3%	3%	5%	3%	4%	3%
Norrbottens län	2%	2%	3%	.	4%	3%
* Befolkningsuppgifter: Överenskommelsen God och nära vård 2020						
** Antal <20 ej redovisat						

Av tabellen ovan framgår att andelen specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården 2019 var i paritet med regionernas befolkningsandel av den totala befolkningen i Sverige[127]. Psykologer i primärvården i Stockholms län och Västra Götalands län var däremot överrepresenterade i relation till

[127] Socialstyrelsens registerstatistik

befolkningen, medan de var underrepresenterade i Skåne. Distriktssköterskor var i paritet med befolkningen i majoriteten av regionerna, men var relativt underrepresenterade i Region Stockholm. Över- eller underrepresentation av en viss yrkesgrupp i relation till regionens andel av den totala befolkningen behöver inte betyda att det finns ett över- eller underskott av yrkesgruppen generellt. Beroende av bl.a. vårdbehoven i olika regioner och befolkningsstrukturen varierar även efterfrågan av olika yrkesgrupper.

Antalet arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, psykologer, sjuksköterskor, distriktssköterskor och specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta inom primärvården varierar stort i olika regioner. Stockholms län och Västra Götalands län har till exempel, på grund av sin befolkningsmässiga storlek, avsevärt mycket fler sjuksköterskor än de andra regionerna.

Användning av hyrpersonal i regionerna

Under 2021 påverkade coronapandemin behovet av inhyrd personal och kostnaderna ökade. Detta faktum avspeglas generellt i bemanningstrenden genom att kostnaden för inhyrd vårdpersonal 2021 ökade med 700 miljoner kronor, eller 12 procent[128]. Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor och läkare i primärvården ökade med 15 respektive 6 procent helåret 2021 jämfört med samma period året innan. Kostnaden för inhyrd personal i förhållande till egen personal ökade marginellt och var 3,9 procent första halvåret 2021, en ökning med 0,3 procentenheter jämfört med motsvarande period 2020. Kostnaden för inhyrda läkare totalt ökade med 8,4 procent, medan den ökade för sjuksköterskor med 24 procent. Två regioner, Skåne och Blekinge, minskade sina hyrkostnader för inhyrd personal helåret 2021[129].

Förekomsten av hyrläkare och vikarierande läkare är ojämnt fördelad i landet. I glesbygd är nästan varannan legitimerad läkare vikarie eller hyrläkare, medan denna andel är 20 procent i storstäderna. Den viktigaste förklaringsfaktorn till en hög andel hyrläkare och vikarier är strukturen på närområdet vilket åskådliggörs i det faktum att en primärvårdsenhet i en stad, förort eller glesbygd i genomsnitt har 0,5 fler hyrläkare eller vikarier än motsvarande enhet i en storstad[130].

Ett hyrberoende innebär höga utgifter på grund av att skillnaden i lönenivåerna mellan regionanställda och inhyrd personal är stor. Det kan konstateras att detta även påverkar kontinuiteten i vården som riskerar att bli lidande, liksom vårdens kvalitet och personalens arbetsmiljö. Regionernas inköps- och upphandlingsavdelningar blir även högt belastade vid stort behov av inhyrd personal.[131]

För att uppnå oberoende av hyrpersonal och främja vårdkontakter med god kontinuitet, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet har samtliga regioner och SKR tillsammans arbetat för ett gemensamt upphandlingsavtal av hyrpersonal. Syftet är att stärka regionerna som beställare och minska regionernas kostnader och hyrberoende, beslut i ärendet väntas under våren 2022.[132]

---

[128] Sveriges Kommuner och Regioner. Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2021. (2022)
[129] Ibid.
[130] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Allmän tillgång? (2018:5)
[131] Sveriges Kommuner och Regioner. Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2021. (2022)
[132] Ibid.

Sammanfattande kommentar om tillgång till personal inom hälso- och sjukvården och primärvården

Kartläggningen visar att tillgången på sjuksköterskor, psykologer, fysioterapeuter och dietister i primärvården ökat över tid, tillgången på distriktsköterskor har däremot minskat. Den sammantagna bilden är dock att tillgången på specialistläkare i allmänmedicin, sjuksköterskor, distriktssköterskor, psykologer, fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter inom primärvården inte når upp till behovet. Denna bild verkar även vara generellt etablerad. Genomgången visar även att över- eller underrepresentation av en viss yrkesgrupp i relation till regionens andel av den totala befolkningen inte behöver betyda att det finns ett över- eller underskott av yrkesgruppen generellt. Beroende av bl.a. vårdbehoven i olika regioner och befolkningsstrukturen varierar även efterfrågan av olika yrkesgrupper.

I primärvården är den genomsnittliga sysselsättningsgraden för specialister i allmänmedicin drygt 85 procent. En inte obetydande andel av specialisterna i allmänmedicin arbetar dock högt upp i åldrarna. Av naturliga skäl avtar andelen specialistläkare i allmänmedicin med stigande ålder, men av alla sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin inom hälso- och sjukvård för året 2019 var andelen som var 70 år eller äldre 7 procent och andelen läkare i åldern 65–69 var 11 procent.

Förekomsten av hyrläkare och vikarierande läkare är ojämnt fördelad i landet. I glesbygd är nästan varannan legitimerad läkare vikarie eller hyrläkare, medan denna andel är 20 procent i storstäderna. Ett hyrberoende innebär höga utgifter på grund av att skillnaden i lönenivåerna mellan regionanställda och inhyrd personal är stor. Kontinuiteten i vården riskerar att bli lidande, liksom vårdens kvalitet och personalens arbetsmiljö.

Mot denna bakgrund framstår vikten av en god tillgång på läkares AT-, BT- och ST-platser som en väsentlig förutsättning för en god kompetensförsörjning av specialistläkare i allmänmedicin i primärvården. Regionerna ansvarar för att det finns möjligheter till anställning som AT-, BT- och ST för läkare, samt för dimensionering av dessa. I dag saknas dock en nationell samordning kring hur många ST-läkare som finns, men enligt SKR så fanns det 2116 ST-läkare i allmänmedicin anställda i regionerna 2021 och 1170 privatanställda.

Frågan om tillgång på specialister i allmänmedicin är föremål för diskussion både i myndigheter och i olika utredningar och anknyter till frågan om den lagstadgade möjligheten för patienten att få tillgång till en fast läkare i primärvården. Lika aktuell är frågan om vilket antal patienter som en allmänläkare bör ansvara för. Sedan år 2000 har vissa verksamheter utgått från ett mått om 1500 patienter per heltidsläkare. Vid en beräkning om 1500 patienter per specialistläkare i allmänmedicin saknas det 500 specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta inom hälso- och sjukvård i nuläget.

Om endast antal sysselsatta allmänläkare i primärvården inkluderas i den totala tillgången vid ett mått om 1500 patienter per läkare så saknas det nästan 2500 allmänläkare i nuläget. Mot bakgrund av flertalet utredningar och

myndighetsuppdrag pågår en diskussion om antal patienter per allmänläkare kan även noteras att de diskussioner som förs utgår från ett maxantal som är lägre än 1500 patienter per läkare. Vid en jämförelse om 1000 patienter per allmänläkare uppgår bristen i primärvården till knappt 6000 allmänläkare i nuläget.

Den bristande tillgången på allmänläkare gör att man i vissa områden är beroende av inhyrda läkare. Totalt ökade kostnaden för dessa med 8,4 procent mellan åren 2020–2021, vilket kan ha en viss del att göra med coronapandemin. Likaså ökade kostnaden för hyrsjuksköterskor med 24 procent under samma period. Förekomsten av hyrläkare och läkarvikarier är ojämnt fördelad i landet. I landsbygd är nästan varannan legitimerad läkare vikarie eller hyrläkare, medan denna andel är 20 procent i storstäderna.

Arbetsmiljön i primärvården – en nulägesbild

Socialstyrelsen ska tillsammans med rådet och i dialog med andra berörda aktörer enligt uppdraget:

- ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården.
- ge förslag på insatser som kan vidtas för att kunna utveckla, motivera och behålla de medarbetare som redan idag arbetar inom primärvården

Förslagen som ska lämnas enligt uppdraget kommer att presenteras i slutredovisningen. Utgångspunkt för förslagen utgörs av den kartläggning och nulägesbeskrivning av kompetensförsörjningen i vården som presenteras i denna delredovisning. I följande avsnitt redovisas faktorer som spelar roll för en god och hållbar arbetsmiljö. WHO har en definition av arbetsmiljö, som lyder: "Arbetsmiljö en sammanfattande benämning på biologiska, medicinska, fysiologiska, psykologiska, sociala och tekniska faktorer som i arbetssituationen eller i arbetsplatsens omgivning påverkar individen."[133] I detta avsnitt redovisas främst faktorer relaterade till organisatorisk och social arbetsmiljö eftersom det har lyfts i dialoger med aktörer inom uppdraget övriga faktorer som kan vara relevant för primärvård.

Förslagen som ska lämnas enligt uppdraget kommer att presenteras i slutredovisningen. Utgångspunkt för förslagen utgörs av den kartläggning och nulägesbeskrivning av kompetensförsörjningen i vården som presenteras i denna delredovisning. I följande avsnitt redovisas faktorer som spelar roll för en god och hållbar arbetsmiljö. WHO har en definition av arbetsmiljö, som lyder: "Arbetsmiljö en sammanfattande benämning på biologiska, medicinska, fysiologiska, psykologiska, sociala och tekniska faktorer som i arbetssituationen eller i arbetsplatsens omgivning påverkar individen."[134]

I avsnittet ges inledningsvis en överblick av arbetsmiljöfaktorer generellt och därefter sammanfattas ett urval av underlag som specifikt redovisar arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården.

Vad är god arbetsmiljö och hur påverkar arbetsmiljön människor?

För att förstå vad som utgör faktorer för en god och hållbar arbetsmiljö tas avstamp i ett bredare perspektiv genom en översiktlig genomgång av ett par modeller för att förstå hur arbetsmiljön påverkar människors hälsa.

[133] Arbetsgivarverket. Arbetsgivarguiden om arbetsmiljö, hämtad via https://www.arbetsgivarverket.se/ledare-i-staten/arbetsgivarguiden/arbetsmiljo/
[134] Ibid.

Två modeller för att förstå arbetsmiljöns påverkan på människors hälsa

Inom psykologi har olika modeller utvecklats för att förstå hur arbetsmiljö och villkor påverkar psykisk hälsa. Krav-kontroll-stödmodellen (eng. Demand-Control-Support – DCS) och Ansträngnings-Belöningsmodellen (Effort-Reward Imbalance theory – ERI) har varit de mest använda teoretiska modellerna vid epidemiologisk psykosocial arbetsmiljöforskning under de senaste tio åren.[135] Andra modeller kan förekomma varför redogörelsen för dessa två i denna rapport inte gör anspråk på att vara en total genomgång av tillgänglig kunskap på området. De två utvalda modellerna berör dock faktorer som nämns i de dialoger vi haft med professioner inom primärvård, varför de bedöms som relevanta att lyfta. Exempelvis skulle den stress som beskrivs i dialogerna i kombination med bristande möjligheter att påverka sitt arbete och höga krav på att utföra ett gott arbete kunna utgöra en risk för ohälsa om man utgår från Krav-kontroll-stöd-modellen som beskrivs nedan. Likaså skulle ERI-modellen kunna appliceras för att beskriva en brist på belöning i förhållande till ansträngning genom exempelvis möjligheter till kompetensutveckling och tillvaratagande av specialistkunskaper.

Krav-kontroll-stöd-modellen

Denna modell är idag en av de mest erkända inom forskning rörande arbetsrelaterad stress. Modellen utvecklades av Robert Karasek 1979 och beskrev två dimensioner; *arbetskrav* och *kontroll*. År 1988 kompletterades modellen med en tredje dimension, *stöd*, av Johnson och Hall[136], som menade att socialt stöd hade minst lika stor inverkan på upplevelsen av kraven, som möjligheten till kontroll över dem har. Karasek och Theorell utkom 1990 med en bok[137] beskrivande den kompletta modellen, som idag på svenska kallas krav-kontroll-stöd-modellen. Modellen beskriver fyra situationer som utgör kombinationer av mycket/litet beslutsutrymme (kontroll) och höga respektive låga krav. Störst risk för ohälsa föreligger då det råder höga krav, låg kontroll och brist på stöd. Det råder idag samstämmighet bland forskare om att det under sådana förhållanden finns risk att utveckla hjärt-kärlsjukdom. Höga krav kan dock fungera under förutsättning att stödet också är högt.[138]

Ansträngnings-belöningsmodellen (ERI)

Ansträngnings-belöningsmodellen, eller Effort-Reward Imbalance theory (ERI), beskriver hur arbetsrelaterad stress kan bero på en upplevd avsaknad av ömsesidighet i relationen arbetsgivare-arbetstagare mellan *ansträngning* och *belöning*.[139][140] Vid hög ansträngning och liten belöning föreligger ökad

[135] Stressforskningsinstitutet. Temablad. Arbetsorganisation & hälsa. Stockholms universitet

[136] Karasek,.R.A, Theorell, T. An ancient theory for a current problem [Review of the book Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life,]. Journal of Health and Social Sciences, 2016

[137] Theorell,.T. Karasek, R.A. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. N.Y. Basic Books (1990)

[138] Stressforskningsinstitutet. Temablad - Arbetsorganisation & hälsa. Stockholms universitet

[139] Siegrist J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. J Occup Health Psychol. 1996; 1:27–43

[140] Siegrist J, Starke S, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med (2004; 58:1483–99)

risk för ohälsa; bl.a. ökar risken för hjärtinfarkt för män. Man har sett att s.k. ”overcommitment”, som föreligger vid höga interna krav, innebär ökad risk för ohälsa hos kvinnor.[89] I dialog med professionsföreträdare lyfts ofta svårigheterna att skapa balans mellan att å ena sidan räcka till för patienterna, och å andra sidan känna att ansträngningen är värd mödan i och med att man ofta saknar belöningsfaktorer i form av exempelvis bekräftelse på ett väl utfört arbete, tid för återhämtning och fortbildning.

Ett urval av kunskapsunderlag om arbetsmiljö i hälso- och sjukvården

De rapporter som redovisas nedan har valts utifrån att de bedöms vara aktuella och relevanta och bl.a. belyser frågor som knyter an till organisatorisk och social arbetsmiljö, vilket är den arbetsmiljöfaktor som oftast lyfts i dialogsamtalen. Avsnittet nedan gör inte anspråk på att utgöra en heltäckande bild om arbetsmiljö i primärvården.

Arbetsmiljö i kvinnodominerade sektorer

Arbetsmiljöverket har lyft i senaste rapporten om Arbetsmiljö[141] att arbete inom kvinnodominerande sektorer såsom vård, omsorg och utbildning ofta innebär höga krav med liten grad av kontroll. Det är även ett arbete som innebär mycket kontakt med andra människor, där arbetsuppgifter ofta är engagerande men även kan bli påfrestande, särskilt om det finns dåliga förutsättningar såsom otydliga förväntningar eller bristande resurser. Från rapporten framkommer att det var en betydligt högre andel kvinnor än män som hade ett arbete som innebar kontakt med andra minst halva arbetstiden. Drygt hälften av männen hade det jämfört med 65 procent av kvinnorna. Unga kvinnor hade sådana yrken i högst utsträckning. Var tredje anställd inom hälsa, vård och utbildning beskrivs i Arbetsmiljörapporten uppleva att de har för mycket att göra. En högre andel kvinnor än män angav att de inte kunde bestämma när arbetsuppgifter skulle göras. 45 procent av kvinnorna kunde aldrig eller för det mesta inte bestämma det jämfört med 33 procent av männen. Höga krav och litet inflytande lyfts av myndigheten som kända stressfaktorer som kan leda till psykosociala påfrestningar och besvär. [142]

Arbetsmiljön i primärvården - Intervjuer med läkare och sjuksköterskor[143]

Centrum för allmänmedicin (CAMM), Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) och Akademiskt primärvårdscentrum (APC) i Region Stockholm har tillsammans utfört en enkätundersökning i syfte att belysa vilka faktorer som gör att personal i primärvården väljer att stanna på eller lämna sin arbetsplats. Även om resultaten bygger på ett litet urval av svaranden (19 enkätdeltagare), drar man slutsatsen att känslan av att arbetet är

[141] Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån, SCB. Arbetsmiljön 2019 (2020:2)
[142] Ibid.
[143] Johansson G et al. Arbetsmiljön i primärvården – intervjuer med läkare och sjuksköterskor. Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm (2019)

meningsfullt sannolikt är central för att personal ska vilja och uppleva sig kunna arbeta kvar i primärvården men att tidsbrist ofta minskar upplevelsen av meningsfullhet. Rapporten utmynnade i fem kategorier som bedömdes påverka viljan att stanna kvar eller lämna sitt arbete på vårdcentralen:'

- *Meningsfullt arbete*

  Här lyftes som drivkraft bl.a. att kunna använda sin medicinska kompetens för att tillhandahålla en säker vård med god kvalitet, och därigenom skapa tillit hos patienterna. Även att ha ett stimulerande, utvecklande arbete och att se resultat av detta i form av exempelvis uppskattning från patienter eller chefer och respekt från sitt team var förhållanden som lyftes fram som positiva.

- *Tillräckligt med tid*

  Här beskrev studiedeltagarna bl.a. återkommande exempel på när patienter med komplicerade problem sökt vård och utrymme för att utföra ett adekvat jobb inte fanns på grund av att den avsatta besökstiden var för kort. Underlättande var om patienten var känd av personalen sedan tidigare.

- *Arbetsbörda*

  Här nämnde enkätdeltagarna sex faktorer som påverkar arbetsbördan: dokumentation och analysarbete, variation i arbetsuppgifter (behovet av att "späda ut" mottagningsarbete med sidouppdrag för att orka), antal patienter och dessas komplexitet och kontinuitet (bl.a. att ibland få ansvar för patienter som är för svåra för ens kunskapsgrad), patientens attityd, samverkan med specialistenheter och myndigheter (bl.a. remiss och intyg som gick i retur och skapade merarbete) samt primärvårdens tillgänglighet (att vara tillgänglig i flera olika vårdkontakt-system).

- *Förutsättningar i arbetets organisering*

  Här nämnde enkätdeltagarna sex organisatoriska förhållanden som påverkade arbetsbördan: anpassning till ersättningsystemet (bl.a. att man lägger ned tid och möda på att anpassa sig till ett system), arbetsplatsens driftsform och placering, arbetssätt och arbetsklimat (att man önskar mer samarbete mellan professioner och kollegor att konsultera), bemanning på arbetsplatsen, tidbokens styrning och flexibilitet (bl.a. kompetens hos den som bokar in patienter och möjlighet att själva påverka tidboken, som ibland bara går att boka 3 veckor framåt) samt chefens stöd (bl.a. att ofta få höra att man måste producera mera).

- *Hälsa och handlingsstrategier*

  Här nämns att deltagarna använde olika handlingsstrategier för att hinna i kapp med arbetet. En sådan strategi var att arbeta övertid, att gå upp eller ned i tid eller att avskärma sig för att göra klart arbetet inom en viss tidsram. Studiedeltagarna valde även bort utbildningar för att hinna i kapp med arbetet. Gällande försök att påverka sin arbetssituation lyfts att de enkätdeltagare som bestämt sig för att stanna kvar på enheten hade gemensamt att de blev tagna på allvar när de kom med förslag till förbättringar av arbetssituationen och att förändringar sedan införts.

Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder[144]

Denna rapport bygger på International Health Policy Survey (IHP) som genomförs varje år. Den aktuella undersökningen berör hur specialister och ST-läkare i allmänmedicin i Sverige anser att primärvården fungerar, jämfört med kollegor i 10 andra länder.

I rapportens sammanfattande del dras fem slutsatser:

Svensk primärvård är till sitt uppdrag lik andra länders, men styrning och organisering avviker på flera områden. Det mest utmärkande draget är det multiprofessionella arbetet som karaktäriserar svenska vårdcentraler. Det finns också olikheter om vilka delar av vården som räknas till uppdraget. Svensk primärvård finansieras till större del genom kapitering snarare än ersättning per besök eller insats. Primärvården utgör även en mindre andel av vården i relation till specialistvården i Sverige sett till antalet läkare per invånare, jämfört med andra länder.

Läkare i Sverige är mest stressade, samtidigt som de träffar lägst antal patienter per arbetad timme. En möjlig orsak till det lägre antalet patienter skulle kunna vara att patienterna i högre utsträckning träffar andra yrkeskategorier. En annan skulle kunna vara att besöksfrekvensen är lägre, vilket ger lägre kontinuitet. Detta skulle enligt rapporten kunna medföra att när patienterna väl träffar en läkare i Sverige så är de i genomsnitt sjukare och har mer komplexa vårdbehov jämfört med i andra länder – i så fall skulle det innebära att vårdtyngden är högre hos läkare i svensk primärvård och att det finns ett större behov av en längre besökstid. Man nämner i rapporten även att kapiteringsersättning inte premierar hög tillgänglighet mätt som antal besök, liksom att kraven på läkarbedömningar för sjukintyg kan se annorlunda ut i andra länder. Rapporten drar slutsatsen att kombinationen av att läkarna ofta inte känner patienten sedan tidigare och att de träffar patienter med mer komplexa vårdbehov skulle kunna vara en bidragande faktor till de svenska läkarnas upplevda stress. De svenska läkarna lägger även 25 procent av den totala arbetstiden på administration, som till viss del skulle kunna utföras av andra arbetsgrupper. En majoritet av de svenska läkarna i den aktuella undersökningen uppgav att tiden som läggs på rapportering till Försäkringskassan är ett stort problem.

Sverige har kommit längst av IHP-länderna med att införa IT-stöd för patienter och läkare i primärvården. Dock får färre läkare i Sverige påminnelser om att ge patienter besked om testresultat och om riktlinjebaserade interventioner eller screening. I enkäten framgår goda möjligheter för svenska patienter att ställa en medicinsk fråga, göra en bokningsförfrågan, göra receptförnyelse och ta del av sin journal digitalt via en webbplats eller liknande.

Primärvården har fortsatta utmaningar med att samordna vården och omsorgen för patienter med kronisk sjukdom eller andra särskilda behov. I enkäten framkommer att de svenska läkarna anser sig mindre förberedda på patienter med kroniska sjukdomar jämfört med i andra länder. Man anser sig inte heller väl förberedd för patienter med missbruksproblematik, psykisk ohälsa, demens eller behov av palliativ vård, även om dessa ligger mer i nivå med

[144] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 (2020:5)

andra länder. Med tanke på de tänkbara bristerna i kontinuitet som nämnts ovan kan sannolikt även denna känsla av att inte vara förberedd bidra till stress. Rapporten lyfter även bristen på samordning mellan primärvård och slutenvård. Bl.a. får de svenska primärvårdsläkarna information om en patients utskrivning i snitt efter 5–10 dagar. Ungefär 25 procent av läkarna i rapporten svarar att de får information när en patient har besökt en närakut eller en akutmottagning.

Vårdcentraler belägna i glesbebyggda kommuner har oftare öppet på kvällar och helger samt har oftare flera olika yrkesgrupper på vårdcentralen. Jämfört med övriga länder är det generellt sett mindre vanligt att en svensk mottagning har öppet efter klockan 18 på vardagar eller öppet under helger. Däremot erbjuder svenska mottagningar i stor utsträckning hembesök, videokonsultationer, eller tillgång till andra mottagningar som har öppet på kvällstid eller helger.

Vårdens styrning har betydelse för arbetsmiljön

I rapporten Vården är värd en bättre styrning[145] rekommenderas bl.a. att vården omprövas på den regionala nivån så att styrningen kan bidra till behovet av innovationer och utveckling av nya arbetsformer *underifrån* samtidigt som arbetsmiljön förbättras. Rapporten drar slutsatsen att styrningen i ökad grad bör utgå ifrån den motivation som redan finns i verksamheten i form av professionella drivkrafter, för tillräcklig legitimitet och för att skapa de förändringar som behövs. Gällande ledarskapet nämner rapporten att ett väl fungerande, verksamhetsnära chefskap har stor betydelse för arbetsmiljön medan ett dåligt chefskap ofta leder till bemanningsproblem och negativa spiraler. Det är därför angeläget att det verksamhetsnära chefskapet är attraktivt och att det är möjligt att rekrytera chefer som förstår vårdens förutsättningar och har stort förtroende bland medarbetare. Chefer behöver tillräckliga frihetsgrader för att kunna utveckla lösningar utifrån lokala behov och förutsättningar.

Sammanfattande kommentar om ovannämnda kunskapsunderlag

Inom psykologisk forskning beskrivs hur en kombination av höga krav, bristande kontroll och lågt stöd kan leda till stressrelaterad sjukdom. Även obalans i prestation och belöning påverkar hälsan negativt. De rapporter som redovisas ovan beskriver hur faktorer som påverkar attraktiviteten hos en arbetsplats bl.a. handlar om vikten av en känsla av meningsfullhet, att få tid och förutsättningar att genomföra ett arbete av god kvalitet. I ett internationellt perspektiv förefaller de svenska primärvårdsläkarna mer stressade, vilket skulle kunna förklaras av att de, jämfört med sina kollegor i andra länder, träffar mer komplexa patienter som de inte känner sedan tidigare. Gällande ledarskapet behöver den motivation och professionella drivkraft som finns i verksamheten tas tillvara. De verksamhetsnära cheferna behöver också förstå vårdens förutsättningar.

[145] Anell, A. Vården är värd en bättre styrning. Studieförbundet näringsliv och samhälle (SNS) (2020)

Bestämmelser om arbetsmiljö

Inom uppdraget ska föreslås insatser som kan vidtas för att kunna utveckla, motivera och behålla de medarbetare som redan idag arbetar inom primärvården, varför det är på sin plats att redovisa reglering i relation till arbetsmiljö. Nedanstående bestämmelser är inte en fullständig redogörelse för all reglering av arbetsvillkor och arbetsmiljö, men belyses i deluppdraget i relation till vad som framkommit i dialogsamtal med professionen om hur avsaknaden av påverkansmöjlighet att styra sitt arbete utgör en stressfaktor, liksom att det ofta saknas kollegor att diskutera med.

Arbetsmiljölagen (även förkortad AML, 1977:1160) antogs av riksdagen 1977 har därefter ändrats flera gånger. Den är ursprungligen utformad efter ett arbetsliv där industrin stod för en större del av den svenska sysselsättningen, där fler hade manuellt arbete och tillsvidareanställningar och en större del av arbetskraften var män[146]. Därför utformades lagen så att den var mer riktad mot arbetsmiljön i t.ex. industrin än i t.ex. tjänste- och välfärdssektorn. Sedan början av 2010-talet har den arbetsrelaterade ohälsan ökat, mest för kvinnor och framför allt i kvinnodominerade sektorer. Organisatoriska och sociala faktorer är i dag, tillsammans med fysisk och mental belastning, de främsta orsakerna till kvinnors arbetsrelaterade ohälsa. Det är också främst ohälsa till följd av sociala och organisatoriska faktorer i arbetsmiljön som ökar. Regeringen har därför i juni 2021 gett en särskild utredare i uppdrag[155] att se över om Arbetsmiljöverket (AV) bör kunna ta ut sanktionsavgifter för överträdelser av föreskrifter som till exempel riktar sig mot organisatorisk och social arbetsmiljö. Detta är sannolikt särskilt intressant för medarbetare i primärvård, även om exempelvis belastningsproblem förstås förekommer också där.

Det finns anledning att särskilt lyfta vissa delar av arbetsmiljöregleringen i detta avsnitt. Det handlar framförallt om bestämmelser i kapitel 2, 3 och 6 AML. Där framgår att arbetsförhållandena ska anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende (Kapitel 2, 1§ 2s). I AV:s bok Arbetsmiljölagen (H8)[147] har AV:s jurister kommenterat AML och där framgår att bedömningen måste ta hänsyn till att människor är olika och kan reagera olika på de arbetsmiljöer de arbetar i. Arbetstagaren ska ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör hans eget arbete. (Kapitel 2, 1§ 3 st). Ur kapitel 2, 1§ 4st framgår att starkt styrt eller bundet arbete ska undvikas eller begränsas och ur AV:s kommentarer till AML framgår att sådant arbete medför särskilda risker för olämplig psykisk eller fysisk belastning och därför ska undvikas. Ur AV:s kommentarer till AML framgår också att arbetsgivaren ska eftersträva att lägga upp arbetet så att det underlättar kontakt med arbetskamraterna och ger sammanhang mellan arbetsuppgifterna.

Ur AV:s kommentarer till AML framgår att det i lagens förarbeten framhålls att kraven på arbetsmiljön inte ska kunna sänkas för att en enskild arbetsgivare har svag ekonomi. Grundtanken är att kostnaderna för arbetsmiljön är en del av produktionskostnaderna och dessa kostnader måste alltid

[146] Dir. 2021:44. Utökade möjligheter att upprätthålla en god arbetsmiljö

[147] Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljölagen och dess förordning med kommentarer (2018)

beaktas, även om insatserna för att förbättra arbetsmiljön inte får vara orimliga i förhållande till de resultat som kan uppnås.

Vidare framgår av AML att ”det ska eftersträvas att arbetet ger möjligheter till variation, social kontakt och samarbete samt sammanhang mellan enskilda arbetsuppgifter.” (kapitel 2, 1§ 5st). Det ska vidare eftersträvas att arbetsförhållandena ger möjligheter till personlig och yrkesmässig utveckling liksom till självbestämmande och yrkesmässigt ansvar (kapitel 2, 1§ 6st). Dessa bestämmelser har bäring på de signaler som framkommit i uppdragets dialoger, där professionerna lyft att ett starkt fokus på mottagningsarbete medför såväl tung arbetsbelastning som brister i variation och möjligheter att interagera med kollegor. Det medför också svårigheter att delta i fortbildning, (se även avsnitt Brist på fortbildning).

Angående bestämmelsen i kapitel 6, 6a § AML: anmälan till Arbetsmiljöverket (AV)

Om ett skyddsombud anser att åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillfredsställande arbetsmiljö, ska skyddsombudet vända sig till arbetsgivaren och begära sådana åtgärder. Skyddsombudet kan också begära att en viss undersökning ska göras för kontroll av förhållandena inom skyddsområdet. När så skett, ska arbetsgivaren genast lämna skyddsombudet en skriftlig bekräftelse på att begäran är mottagen och utan dröjsmål lämna besked i frågan. Gör arbetsgivaren inte det eller om begäran inte beaktas inom skälig tid, ska AV efter framställan av skyddsombudet pröva om föreläggande eller förbud enligt 7 kap. 7 § AML ska meddelas. Detta gäller även arbetsgivarens skyldigheter gentemot utomstående arbetskraft (exempelvis hyrpersonal) (3 kap. 12 § AML). Anmälan till Arbetsmiljöverket (AV) enligt kapitel 6, §6a i AML kallas ofta i dagligt tal för en s.k. “66: a”.

Inom ramen för uppdraget har dialog förts med AV för att få mer information kring sådana anmälningar. Ur dialogen framkommer att anmälningarna förekommer inom vården för såväl ergonomiska problem, stressrelaterad belastningsproblematik samt hot och våld. Enskilda 66a-ärenden har inte belysts i denna rapport eftersom dessa inte säkert är representativa för hela primärvårdssektorn. Huruvida ett ärende når AV genom en 66a beror till stor del på hur väl samverkan vid en enhet fungerar. Om en verksamhetschef bedömer att hen inte kan säkerställa en god arbetsmiljö av exempelvis resursskäl, kan hen avsäga sig delar eller hela delegationen av arbetsmiljöansvaret för att detta ska återgå till den som har mandat att påverka resursfördelningen. Att så sker tycks dock enligt AV inte vara så vanligt förekommande.

Ur föreskriften om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) framgår att även om arbetsgivaren fördelar olika uppgifter i arbetsmiljöarbetet, kvarstår alltid dess huvudansvar för arbetsmiljön. Ur kommentarerna till föreskriften framgår att om uppgifter fördelas är det viktigt att det tydligt framgår vem som är skyldig att göra vad i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Primärvårdens arbetsmiljö idag – Inspel från dialogmöten

Baserat på dialog med en rad intressenter såsom professionsföreningar och arbetsgivarföreträdare, har en bild över arbetsmiljöns utmaningar framkommit. För en förteckning över intressenterna, se rubriken Aktörer som Socialstyrelsen tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet haft dialog med ovan.

Svårigheter att räcka till för uppdraget

Professionsföreningarna beskriver i dialogerna att det finns för få personer med den egna kompetensen inom vårdcentralsbaserad primärvård och kommunal sjukvård. Man åsyftar då för få antal personer, vilket medför en känsla av otillräcklighet, exempelvis genom en begränsning i möjligheterna att ”bolla” tankar och idéer med någon. Inte sällan har man en tjänst som delad mellan olika verksamheter, vilket i sig bidrar till stress.

Något konkret som nämns i dialogerna är upplevelsen av att inte kunna påverka inflödet i sin tidbok. Inflödet påverkas såväl av styrsystemen som av triagering på enheten, se nedan.

Generellt framträder genom dialogerna en bild av hur olika yrkeskategorier upplever svårigheter att påverka sin situation samtidigt som de upplever en stark stress och höga krav på att utföra ett gott arbete. Detta skulle kunna utgöra en risk för ohälsa om man utgår från Krav-kontroll-stöd-modellen som beskrivs inledningsvis i detta avsnitt.

Ersättningssystemet i primärvården upplevs påverka arbetsmiljön

I kartläggningen har framkommit att ersättningen generellt sett gått mer och mer ifrån att vara prestationsbaserad (se även avsnitt Ersättningssystemen påverkar resurssättningen inom primärvården). Trots detta uppger professionsföreträdare i dialogsamtalen hur man hela tiden känner en stark stress och ett krav på sig att “räkna pinnar”. I Digifysiskt vårdval[148] nämns dock också att de ökade kraven på kostnadskontroll samt produktivitet och kvalitet har inneburit ett ökat inslag av prestationsmätningar i vården på olika sätt. I dialogsamtalen nämns att även dessa bidrar till en upplevd prestationsbaserad stress, även om den inte alltid är knuten till själva ersättningssystemet.

Triagering

Triagering är ett sätt att sortera och prioritera olika patienter för att de som har störst behov ska få vård först, istället för att patienterna tas om hand i den ordning som de kommer till en vårdinrättning. Detta är nödvändigt eftersom vården ofta har begränsade resurser. Triagering används vid akutmottagningar, men även inom primärvård.

[148] SOU 2019:42. Digifysiskt vårdval.

Triageringen nämns specifikt i bl.a. den enkätstudie[149] som Region Stockholm har gjort genom intervjuer av läkare och sjuksköterskor i primärvården. Följande citat, som är tagna ur denna rapport, belyser konkret hur detta påverkar arbetsmiljön:

”Om det är helt fullbokat överallt på grund av alla omläggningar hos både undersköterskor och sjuksköterskor, då kan det ju vara så att någon ringer som har gjort illa sig och behöver en omläggning akut. Då måste man försöka hitta ett utrymme, ’var kan jag få in den här’, och det är ju det som blir kaoset, att försöka trycka in dom akuta patienterna, när det kanske redan är fullt av bokade patienter.”
”Det spelar ingen roll hur mycket vi informerar om tid per besöksorsak, om att den här frågeställningen behöver så här många minuter... utan de bokar fortfarande bara 20 minuter för en akut psykiskkris, en suicidal patient. Det går inte på tjugo minuter. Vi sitter med människor.”
”... en patient med ’krisreaktion’, då hon (bokare) tyckte att doktorn skulle hinna skriva en remiss till en psykolog på tio minuter. Då gick jag och ifrågasatte det och sade ’hur tänkte du nu... tio minuter, då kommer bara patienten precis hinna in till doktorn, bryta ihop över hur dåligt den mår och sedan ska den slängas ut. Det här är inte humant mot varken doktor... framför allt inte mot doktorn... och det är ju doktorns arbetsmiljö som vi skapar genom våra bokningar’.”

I en skrivelse[150] som Psykologförbundet har delgett Socialdepartementet 2018 belyses utmaningen att avsätta rätt tid och kompetens för patienter med psykiska problem. I skrivelsen hävdas att många av dessa patienter inte upptäcks vid triagering, eftersom de kanske söker för andra besvär. I skrivelsen nämner förbundet också att ”Med en differentiering i hänvisning till yrkeskategorier utöver läkare, så innebär det att sköterskan måste ha mycket goda kunskaper, och uppgiften kommer ändå vara svår genom den information som ges sannolikt är begränsad.”

I dialogerna med såväl professions- som arbetsgivarrepresentanter har lyfts att kraven på hög tillgänglighet ibland kan stå i konflikt med vården för de mest sköra patienterna. Som exempel nämns att man i vissa innerstadsområden, av rädsla för att få en lägre ersättning i konkurrens med andra enheter, prioriterar hög tillgänglighet men att det inte sällan sker på bekostnad av de sköra patienterna som kanske inte alltid har möjlighet att ”hänga på låset”. För att underlätta för de mer sköra patienterna nämns behovet av andra kontaktvägar till primärvården så att inte den som ringer först får hjälp först. Samtidigt nämns, som en stressfaktor i sig för personalen, de olika system som finns för patienten att ta kontakt med primärvården. Exempelvis behöver läkarna bevaka flera olika vårdkontaktssystem samtidigt, vilket bl.a. medför en känsla av splittring.

[149] Johansson G et al. Arbetsmiljön i primärvården – intervjuer med läkare och sjuksköterskor. Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm (2019)
[150] Sveriges Psykologförbund. Idé om en god och nära vård, 2018. Inkommen skrivelse till Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådets kansli.

Bristfälligt tillvaratagande av kompetens i primärvården

I dialogerna beskrivs av vissa yrkeskategorier hur specialistkompetens inte premieras, trots ett uttalat behov av specialistutbildad personal. Om möjlighet ges att genomgå en specialistutbildning, får personalen oftast ändå arbeta med helt andra uppgifter och upplever att deras kompetens inte tas tillvara, trots att de skulle kunna arbeta självständigt och bidra till såväl kontinuitet som avlastning. Professionsföreningarna beskriver hur patienter får söka onödig läkarvård vid såväl vårdcentraler, närakuter och akutmottagningar på grund av bristen på specialistutbildad personal som skulle kunna förebygga dessa besök. Ett konkret exempel är vid intygsskrivning, där andra yrkeskategorier än läkare menar att de skulle kunna bidra men där denna resurs sällan används, trots att läkare ofta upplever att just detta moment tar mycket tid.

Att inte få möjlighet att specialistutbilda sig, liksom att därefter inte få använda sin specialistkompetens, beskrivs i dialogsamtalen som potentiellt avskräckande ur rekryteringssynpunkt. Professionsföreningarna beskriver även hur detaljstyrningen av hälso- och sjukvården har ökat, vilket även det verkar potentiellt avskräckande, eftersom rollen inte alltid motsvarar det man lärt sig under sin utbildning. Flera yrkeskategorier lyfter hur en kompetens bedöms och värderas likvärdig med en helt annan personalkategori, eller med personal utan specialistkompetens, trots att det finns stora skillnader i befogenheter. De beskriver en upplevelse av att hela tiden få kämpa för sitt berättigande. Ur intervjuerna med primärvårdschefer framgår att det inte är självklart för alla verksamhetschefer att låta sina medarbetare gå sin vidareutbildning med bibehållen lön, se stycket Exempel på samverkan mellan regioner och universitet och högskolor.

Samtidigt som professionen lyfter önskan om att deras kompetens ska motsvara de uppgifter de utför, lyfter några föreningar faran i att tolka s.k. task shifting som en möjlighet att sänka kostnader. De betonar genomgående önskan att få arbeta med och värderas för det de är utbildade till.

I arbetet med den pågående omställningen till god och nära vård, lyfts ofta teamets betydelse som en nödvändig faktor (se under rubrik Teamarbete och interprofessionellt arbetssätt ovan). Professionsföreningarna lyfter dock i dialogsamtalen att begreppet teamarbete ofta används förenklat genom att olika professioner finns tillgängliga på en arbetsplats, snarare än att de faktiskt arbetar som ett team runt en patient.

Flera yrkesföreträdare beskriver att ett välfungerande samarbete mellan professioner gör att dessa avlastar varandra. Man kan på så vis undvika flaskhalsar. I vissa regioner beskrivs dock begränsningar i möjligheten till teamarbete kring en patient mellan hälsocentraler och rehabiliteringsenheter då detta anses bryta mot konkurrensneutraliteten. Detta beskrivs även i SOU 2016:2, Effektiv vård[151], där man lyfter att vård, omsorg och stödorganisationer runt patienterna har fragmenterats i och med vårdvalssystem och industritänk så att ingen har en helhetsbild av patienterna. För relativt friska personer kanske inte detta utgör ett problem eftersom de klarar att "sätta ihop sitt eget vård- och omsorgsteam" men för patienter med mer omfattande behov kan det

[151] SOU 2016:2. Effektiv vård.

innebära ett merarbete. Från verksamheternas sida kan det exempelvis betyda att personalen i den kommunala hälso- och sjukvården ska samarbete med flera olika läkare från olika primärvårdsenheter. Utredningen menar att kontinuiteten blir lidande vilket i sig försvårar möjligheterna att arbeta i team. Inte sällan finns kostnadsaspekter som också försvårar relationsbyggande, tillit och samverkan. Utredningen menar också att det genom fragmenteringen uppstår "stuprörstänk" där varje organisation exempelvis har sina egna rutiner och avvikelsesystem och där man ofta inte kan dela information eftersom det finns juridiska hinder för detta. Svårigheterna med att utveckla personliga relationer runt den enskilda patienten och bristande kontinuitet gör att samverkan blir mer beroende av administrativa åtgärder för informationsöverföring och dylikt.

Vissa yrkesgrupper beskriver i dialogsamtalen hur personalen i vissa fall får ägna tid åt att "lära upp" enhetschefen. På grund av den höga omsättningen av chefer får personalen ofta börja om med en ny chef.

Kartläggningen visar att flera regioner lyfter utveckling av teambaserade arbetssätt som viktiga delar i kompetensförsörjningsarbetet. Bland annat nämns projekt inom ramen för RAK, rätt använd kompetens, som är en metod som använts för att systematiskt växla arbetsuppgifter till rätt kompetensnivåer och uppgiftsflöden[152]. Projekten beskrivs som sätt att skapa hållbara och stimulerande arbetsplatser som på så sätt stärker kompetensförsörjningen. Tanken med RAK är att resurser ska användas på ett optimalt sätt för att såväl stimulera medarbetare, effektivisera arbetet och nyttja kompetenser och på så sätt skapa mer tid för patienterna. SKR erbjuder stödmaterial rörande RAK och lyfter att RAK är ett sätt att möta framtidens rekryteringsutmaningar i en tid då bristen på arbetskraft inom hälso- och sjukvård inte räcker till för att möta befolkningens behov.[153] Region Örebro, Region Kronoberg, Region Jämtland-Härjedalen, Västra Götalandsregionen, Region Jönköping är några exempel på regioner som använder sig av denna metod och lyfter detta som viktiga insatser för en god kompetensförsörjning.

Ökad komplexitet och ansvar med god och nära vård

Flera professionsföreningar lyfter en oro för hur uppdraget inom god och nära vård ska kunna axlas, när det råder stor brist på personal med rätt kompetens. De framhåller vikten av att inom primärvård kunna känna sig trygg i att arbeta självständigt. Samtidigt som alltmer komplex vård flyttas ut i primärvården upplever flera professioner att specialistutbildning inte värderas högre än grundutbildning. Därtill nämns att förebyggande arbete sällan premieras i nuvarande ersättningssystem. För exempelvis distriktssköterskor nämns att man tidigare haft en självständig roll och kunnat arbeta förebyggande genom ett socialmedicinskt ansvar, men att rollen nu reducerats till ett lägre ansvar.

[152] Region Västerbotten. Rätt använd kompetens – Om vårdnära service i framtidens sjukvårdsorganisation. Hämtad från https://www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Sammanfattning%20V%C3%A5rdn%C3%A4ra%20service.pdf 2022-03-02

[153] Sveriges Kommuner och Regioner. Använd kompetens rätt – ett sätt att möta rekryteringsutmaningen i hälso- och sjukvården (2018)

Ensamarbete och avsaknad av kollegialt stöd

Flera professionsföreningar nämner att personal inom vårdcentralsbaserad primärvård ofta är ensam inom sin yrkeskategori på enheten. Även läkare beskriver att de saknar kollegor för konsultation och rådgivning även om det finns hyrläkare på arbetsplatsen, eftersom dessa inte alltid är tillgängliga för dessa uppgifter. Ensamarbetet beskrivs som såväl en sårbarhet för verksamheten som en otillräcklighetskänsla som ger etisk stress. Som redan nämnts är en tjänst ofta fördelad på flera olika uppdrag och enheter, vilket i sig upplevs splittrande och även bidrar till svårigheter att hinna med att hålla sig uppdaterad inom sitt kompetensområde.

Av olika skäl har vissa regioner har valt att samla en viss yrkeskategori på en separat enhet, för att möjliggöra samarbeten och lärande inom sin egen profession. En potentiell nackdel skulle kunna vara att samarbetet med andra yrkeskategorier på exempelvis en primärvårdsenhet uteblir. I dialogsamtalen nämns vikten av etablerade och sanktionerade lokala professionsnätverk, för att kunna utvecklas tillsammans ur en primärvårdskontext. På vissa vårdcentraler har man två anställda per yrkeskategori, vilket beskrivs som en framgångsfaktor.[154]

I dialogsamtalen framkommer en uppfattning att nyrekryterade läkare ofta tilldelas de mest komplexa, kroniskt sjuka patienterna medan hyrläkarna förväntas hantera en större mängd enklare fall. Att ha en lista med i huvudsak kroniskt multisjuka, komplexa patienter beskrivs som slitsamt, i synnerhet när det saknas någon att be om råd eller bolla idéer med och det heller inte finns utrymme för variation i form av fortbildning eller andra arbetsuppgifter. I dialogsamtalen lyfts vikten av att skapa ”gröna oaser”, enheter dit man kan få en stabil personal och att man därifrån kan bygga vidare för att skapa fler sådana enheter, istället för att sprida ut de nyutexaminerade specialisterna att arbeta ensamma med en komplex patientsammansättning.

Brist på handledning

En effekt av att det finns för få personer med den egna kompetensen inom vårdcentralsbaserad primärvård och kommunal sjukvård är att bristen på klinisk handledning blir en begränsande faktor för att utbilda fler. I dialogsamtalen har lyfts att det förekommer att exempelvis ST-läkare och PTP-psykologer, dvs. personal som är under utbildning, anställs vid enheter som helt saknar fast anställda seniora kollegor att få stöd och handledning av i sin kliniska vardag. Även om denna uppfattning är av anekdotisk karaktär, säger det något om de mest uttalade bristerna.

Under dialogmöten med arbetsgivarföreträdare har diskuterats huruvida en ST-läkare skulle kunna vara anställd vid flera vårdcentraler samtidigt, bl.a. för att tillgängliggöra fler potentiella handledare. De ST-läkare som deltagit i dialog inom ramen för detta uppdrag har dock avfärdat detta förslag och menar att man som ST-läkare är tillräckligt splittrad genom sidotjänstgöringarna, som ju i praktiken innebär att vara ny på arbetsplatsen vid flera tillfällen under en femårsperiod. Att utöver detta tillföra att ST-läkaren inte har

[154] Dialogmöte med Bergsjön vårdcentral

någon fast "hemvist" skulle troligtvis verka avskräckande vid rekrytering, enligt dessa ST-läkares bedömning.

En annan aspekt är även hur arbetsmiljön påverkar kvaliteten för att delta i undervisning för VFU-studenter. I dialogmötena lyfts ofta att VFU är en stor potentiell rekryteringsbas. Ett smalt utrymme för att undervisa skulle potentiellt kunna försvåra attraktiviteten för enheten att rekrytera ny arbetskraft.

Brist på samverkan mellan primärvården och andra delar av vården påverkar arbetsmiljön

Generellt lyfts gränssnittet mellan sjukhusbunden vård och primärvård som en friktionsfaktor. Ett tydligt exempel är att remisser till specialistvården avfärdas, trots att personal inom primärvården upplever att de gjort en kvalificerad bedömning och kommit fram till att patientens hälsotillstånd inte kan hanteras där. Även informationsöverföring mellan slutenvård och primärvård eller kommunal hälso- och sjukvård brister vid exempelvis utskrivningar. Inom rehabiliteringsmedicinska yrken beskrivs hur patienter riskerar att hamna i kläm när deras behov bedöms enbart utifrån fysisk rörlighet, så att problematiken förminskas trots att patienternas övriga behov ibland kan vara mycket komplexa. Detta innebär en frustration för den personal som ska ta emot patienterna i primärvården. Även gentemot andra delar av öppenvården förekommer friktion, exempelvis svårigheter att avgränsa uppdraget gentemot barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Generellt i dialogsamtalen med professionen lyfts hur patienter med komplexa vårdbehov kan ”valsa runt” bland olika vårdinstanser på grund av bristen på kontinuitet och erfaren personal.

Som framgångsfaktor lyfts å andra sidan förekomst av fungerande samarbeten och strukturer även på högre ledningsnivå och politisk nivå, vilket bidrar till bättre samverkan genom hela systemet.

Studier har visat att många avbrott i arbetet, exempelvis genom brist på informationsöverföring från andra sjukvårdsinstanser, är stressande och medför extraarbete i form av telefonsamtal och behov av att ta hjälp av andra kollegor för att finna den saknade informationen.[155]

Brist på fortbildning

Fortbildning är inte reglerat i rådande lagstiftning. I Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att *god vård* skall kunna ges ska finnas där det bedrivs hälso- och sjukvård. (5 kap 2§) I Patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Där står också att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka moment som ska ingå i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (11§). I 6 kap 1 § framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att en

[155] Sinnott, Carol et al., What GPs do and what gets in their way: a mixed-methods study. British Journal of General Practice 2022; 72 (715): e148-e160

patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. (2§)

I Regeringens proposition (2015/16:44) Genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet framgår att regeringen bedömer att det på hälso- och sjukvårdsområdet finns ett omfattande regelverk som innebär att vårdgivare och arbetsgivare ska utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Man nämner att det i förarbetena till patientsäkerhetslagen framgår att vid planering, ledning och kontroll av en verksamhet ska tillses att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att de i övrigt fullgör sina åligganden på ett korrekt sätt. I detta ligger också ett ansvar för att se till att eventuella brister i kunskap eller kompetens hos personalen åtgärdas genom lämplig fortbildning (prop. 2009/10:210 s. 90). I propositionen skriver regeringen: ”Att möjliggöra för personalen att fortbilda sig är en självklar del i detta arbete. Även yrkesutövaren har ett ansvar för att upprätthålla sin kompetens och följa med utvecklingen inom yrket. Kompetensutveckling kan ske både genom utbildning och kurser och genom lärande i det dagliga arbetet. […] Det väsentliga är att den yrkesverksamme faktiskt kan uppdatera sina kunskaper, färdigheter och kompetenser, inte hur detta sker. Regeringen gör därmed bedömningen att både berörd hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer redan i dag har möjlighet till fortbildning i den omfattning som krävs för att de ska kunna hålla sig à jour med utvecklingen inom sitt yrke. Några ytterligare åtgärder i syfte att uppmuntra fortbildning är därför inte nödvändiga för att kraven i artikel 22 b ska anses uppfyllda.”

Vid de dialoger som förts med professionsföreningar i samband med detta regeringsuppdrag, nämner flera av föreningarna brist på fortbildning. Särskilt påtalas att ersättningssystem som premierar, eller där verksamheten till större delen är baserad på, ett högt antal vårdbesök, motverkar möjligheterna till fortbildningsaktiviteter, eftersom all tid som ägnas åt annat än vårdbesök innebär en förlust. Som ensam ansvarig för en viss mängd vård som ska utföras och i avsaknad av ersättare, så utgör all form av frånvaro en stress eftersom jobbet finns kvar när man återkommer och då behöver utföras på kortare tid. ”Deltidsarbetet” vid en delad tjänst medför även rent schemamässigt svårigheter att delta vid fortbildningsaktiviteter. Inom vissa yrkeskategorier förekommer därför i praktiken ingen fortbildning alls.

Ett annat problem som nämns är att den fortbildning som ges kan vara så pass brett utformad, att den inte bidrar så mycket för en enskild yrkeskategori. För psykologer nämns specifikt problemet att man på lärosätesnivå tillhör andra fakulteter än de medicinska, vilket medför begränsad tillgång till uppdragsutbildningar eftersom avtalen inom primärvård oftast bara omfattar utbildningar vid medicinska fakulteter.

Intervjuade verksamhetschefer i primärvården om fortbildning

Flera av de intervjuade verksamhetscheferna beskriver att den hårda styrningen mot ökad tillgänglighet påverkar möjligheten till kompetensutveckling i verksamheten. Möjligheten till formell vidareutbildning verkar inte helt okomplicerad för de intervjuade verksamhetscheferna, men däremot finns en

mer lättsam inställning till möjligheten till mindre fortbildningsinsatser som kortare kurser och liknande. Samtidigt uttrycker flera verksamhetschefer att den tid som läggs på fortbildning alltid måste vägas mot den tid som kan läggas på patientarbetet – att låta medarbetarna gå en kurs innebär en minskad tillgänglighet för patienterna. Pandemin har dock bidragit till att allt fler utbildningar genomförts digitalt, vilket underlättat för möjligheten att delta i dessa när medarbetarna inte behöver resa. Pandemin i sig har också tvingat fram ett digitalt kompetenslyft kring exempelvis videomöten som samtliga verksamheter beskriver som positivt. Även samverkanskompetensen bedöms ha utvecklats i hanteringen av vaccinationer eller i frågor rörande bemanning i tider av hög sjukfrånvaro.

Samtidigt som pandemin skapat nya möjligheter beskriver flera verksamheter att den också inneburit att verksamheterna nu inte bara har en vårdskuld att hantera, utan också en kompetens- och utbildningsskuld. Under pandemin har exempelvis många ST-kurser skjutits upp eller ställts in, vilket inneburit att ST-läkare inte kunnat få ut sina specialistkompetensbevis, men även fortbildningsinsatser och kurser för flera professioner har påverkats.

Flera av de intervjuade verksamhetscheferna beskriver att de försöker hitta nya arbetssätt för att integrera fortbildning i den ordinarie verksamheten. Det kan till exempel vara genom så kallad ”rondtid” eller konferenser för genomgång av komplicerade patientfall, föreläsningar i samband med arbetsplatsträffar eller gemensamma luncher för lärande och reflektion. Många lyfter också det interprofessionella lärande som kommer med att arbeta i team som en särskilt viktig fortbildning.

Det krävs strukturer och särskilt avsatt tid för teamarbete och gemensamt lärande, men det är också en kulturfråga där det behöver finnas ett klimat som möjliggör för att ställa frågor och lära av varandra löpande i patientarbetet.

Flera av de intervjuade verksamhetscheferna beskriver att en viktig strategi för kompetensförsörjning är att använda sig av de tillfällen som ges, genom att till exempel rekrytera läkare som gör AT-tjänstgöring, sjuksköterskor som gör VFU eller genom att vidareutbilda befintlig personal.

Samtidigt beskriver många att det inte alltid är optimalt att rekrytera direkt från utbildningarna och särskilt inte när det gäller sjuksköterskor som ska arbeta i primärvården. Den allmänna bedömningen av de verksamhetschefer som intervjuats är att nyutexaminerade sjuksköterskor ofta behöver arbeta ett antal år inom slutenvården innan de kan göra ett bra jobb inom primärvården med det egna ansvaret som följer med arbetet.

Att låta befintlig personal vidareutbilda sig för att säkra kompetensförsörjningen inom vissa yrkesgrupper blir allt vanligare, inte minst utifrån de riktade statsbidragen som möjliggör för sjuksköterskor att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor med bibehållen lön. Flera av de verksamhetschefer som har intervjuats beskriver dock att även om intresset för specialistsjuksköterskeutbildning ökat i och med möjligheten att genomgå den med bibehållen lön, är det fortfarande ett ganska ljummet intresse bland deras anställda sjuksköterskor att gå vidareutbildningen till just distriktssköterska. Enligt verksamhetscheferna är det flera faktorer som påverkar detta. Det kan handla om avstånd till studieorten, en motvilja att sätta sig i skolbänken igen

eller att lönepåslaget efter genomförd utbildning inte bedöms vara tillräckligt högt.

Det är inte heller självklart för alla verksamhetschefer att låta sina medarbetare gå sin vidareutbildning med bibehållen lön, se stycket Exempel på samverkan mellan regioner och universitet och högskolorovan.

Administrativa arbetsuppgifter tar tid från kärnuppdraget

Det förekommer att vårdpersonalen behöver ägna sig åt sysslor som inte överensstämmer med den huvudsakliga inriktningen i den egna utbildningen. Ett tydligt exempel är en rad administrativa uppgifter. Frånvaro av medicinska sekreterare gör exempelvis att journalanteckningar och brev till patienter behöver skrivas direkt in i systemet av den ansvariga läkaren istället för att dikteras, vilket tar längre tid vid det aktuella vårdtillfället. Intyg till Försäkringskassan behöver ofta kompletteras, ibland flera gånger, vilket upplevs som ineffektivt och frustrerande.

Studier har visat att primärvårdsläkare bedömer att en stor del av deras administrativa uppgifter skulle kunna delegeras, men att det inte alltid är så enkelt att avgöra vem som skulle kunna ta över dem eller hur man skiljer dem från kliniska arbetsuppgifter.[156]

Ledarskapets betydelse för arbetsmiljön

I intervjuundersökningen med nio verksamhetschefer inom primärvården beskriver dessa arbetsmiljön som den enskilt viktigaste faktorn för kompetensförsörjningen. I en verksamhet där medarbetarna trivs med arbetssätten, kulturen, cheferna och arbetsgrupperna skapas en stabilitet som i sin tur bidrar till att verksamheten får ett gott rykte och att det blir enklare att rekrytera nya medarbetare.

Ett par verksamhetschefer beskriver att det blir allt vanligare att potentiella medarbetare ställer frågor om ledarskapet vid anställningsintervjuer. Frågorna kan till exempel handla om huruvida chefen kommer att stanna kvar vid sin tjänst under en längre tid eller om hur mycket chefen detaljstyr i verksamheten. Just hur hög grad av ”frihet under ansvar” som den anställda kommer att ha verkar vara en särskilt viktig faktor. En av de verksamheter som ingår i intervjuundersökningen har till exempel infört att läkarna har möjlighet att sköta sina administrativa arbetsuppgifter hemifrån en gång i veckan. Detta bidrar dels till möjlighet för återhämtning för läkarna, dels till att de kan ha fullt fokus på patientarbetet och finnas tillgängliga för frågor från kollegor övriga dagar när de är på plats i verksamheten.

Flera verksamhetschefer lyfter också vikten av inflytande och delaktighet bland medarbetarna när det gäller verksamhetens utveckling. En annan viktig aspekt handlar om trygghet i arbetsgruppen och möjligheten att ge stöd till varandra. Vidare beskrivs kontinuitetsaspekten i det patientnära arbetet, exempelvis att som läkare ha en egen lista med ett rimligt antal patienter, som avgörande för att medarbetarna ska känna meningsfullhet.

---

[156] Sinnott, Carol et al., What GPs do and what gets in their way: a mixed-methods study. British Journal of General Practice 2022; 72 (715): e148-e160

Flera av verksamhetscheferna lyfter också den allmänna trivseln genom att som chef visa uppskattning till medarbetarna och skapa utrymme för sociala aktiviteter för att kunna bygga kultur och sammanhållning inom arbetsgruppen.

Sammanfattande kommentarer om intryck från dialogmöten

Såväl professionsföreträdare, medarbetare som verksamhetschefer lyfter arbetsmiljön som den enskilt viktigaste faktorn för att utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården. Det sammantagna intrycket är att det inom primärvården råder en generell ”brist på luft i systemet” som medför stress, minskad motivation, minskade sociala kontakter och brist på fortbildning och utveckling.

Deltidsarbete är vanligt förekommande bland allmänläkare i primärvården

Det är förhållandevis vanligt förekommande att arbeta deltid inom vård och omsorg, särskilt inom vissa yrkesgrupper. Den överenskomna medelarbetstiden inom sektorn vård och omsorg under 2021 var 36,4 timmar per vecka enligt SCB:s Arbetskraftsundersökningarna. För kvinnor var siffran något lägre, 36,1 timmar i genomsnitt, och för män var motsvarande siffra 37,4. Jämförelsevis var den överenskomna medelarbetstiden högre än inom sektorn hotell och restaurang samma år (32,5 timmar i genomsnitt per vecka), men lägre än exempelvis inom offentlig förvaltning (39,7 timmar i genomsnitt) och utbildningssektorn (39,1 timmar per vecka i genomsnitt).[157]

Den samlade bilden från professionsföreträdare och regionerna att det är relativt vanligt förekommande att specialistläkare inom allmänmedicin i primärvården arbetar deltid, i olika utsträckning. Som tidigare nämnts så är den genomsnittliga sysselsättningsgraden bland specialister i allmänmedicin i regionernas primärvård drygt 85 procent[158]. En mer omfattande kartläggning av sysselsättningsgrad för primärvårdsläkare redovisas i slutredovisningen. Även sjukfrånvaro är något som behöver beaktas i relation till arbetsmiljö och frågan kommer att adresseras i slutredovisningen.

Exempel på primärvårdsenheter där man framgångsrikt lyckats förbättra arbetsmiljö och rekryteringsmöjligheter

De nedan beskrivna exemplen har lyfts till Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen under olika dialogsamtal. De utgör inte en heltäckande bild av primärvården utan utgör illustrativa exempel på när enheter tycks skapa en miljö som attraherar medarbetare.

[157] Statistiska centralbyrån, SCB. Medelarbetstid (överenskommen) per vecka för sysselsatta 15–74 år (AKU) efter näringsgren SNI2007 och kön. År 2021.
[158] Sveriges Kommuner och Regioner. PM Läkartillgång i primärvården (2022)

Din hälsocentral i Edsbyn

Projektet Må bättre initierades för psykisk hälsa vid Din hälsocentral i Edsbyn via Socialstyrelsen. Myndigheten bidrog vid uppstart med kompetensstöd samt projektbidrag. [159] På hälsocentralen har en arbetsgrupp utformats som utfört och utvärderat metoden. Denna gick ut på att patienter med psykisk ohälsa träffades i grupp med fokus på levnadsvanor, motivation och mål. Gruppträffarna upplevdes ge energi åt gruppen och visade sig dessutom vara kostnadseffektiva. För att delta hade patienten dessförinnan fått en bedömning av läkare och psykolog eller beteendevetare, och därefter blivit tillfrågad att ingå i gruppen. Patienterna har efteråt rapporterat att de mår bättre och har en ökad grad av självförsörjning. På hälsocentralen har man sett ett minskat vårdbehov även vid sex månaders uppföljning, hos en patientgrupp som annars söker vård ofta. Samverkan med samhället beskrevs som viktig för en långsiktigt hållbar förändring, så hälsocentralen har arbetat aktivt med kontakter till lokala föreningar för att upprätthålla fysisk aktivitet, samt med socialtjänst, socialpsykiatri och kommun.

För personalen har projektet upplevts som ett kompetenslyft, där man lärt sig mycket om psykisk ohälsa och av varandra genom att arbeta tvärprofessionellt. Man beskriver även hur det är lättare att härbärgera patienters mående, eftersom man känner sig mer trygg i sin roll. Dessutom ser man konkreta resultat och upplever egen delaktighet genom att själva få utforma en metod och se resultat.

Projektet upplevs som attraktivt för personal då vardagen blir roligare när man har något som bryter av som stimulerar verksamheten. Även om det på kort sikt kräver en viss investering för verksamheten, så bedömer man att det lönar sig på lång sikt, eftersom det bidrar till en förbättrad rekryteringsbas. För att fortsätta projektet drog man ned på hyrläkarkostnaderna tillfälligt till förmån för att tillsätta välutbildade sjuksköterskor och kunde därmed nyttja allmänspecialisterna på bättre sätt. Hälsocentralen har även fått fler AT- och ST-läkare genom sitt goda rykte.

Fortsättningsvis har man för patienter med psykisk ohälsa utformat det första nybesöket som ett teambesök tillsammans med kurator, psykolog och läkare. Patienter har vid uppföljning beskrivit hur de hellre väntade på en tid och kunde berätta om sitt problem vid ett tillfälle för alla samtidigt, istället för att behöva upprepa sig två gånger till olika professioner.

Utöver projektet har man för patienter med kroniska sjukdomar arbetat mycket med sjuksköterskeledda mottagningar. En välutbildad och erfaren sjuksköterska utgör därmed en kontinuitet för dessa patienter. Detta upplevs som attraktivt ur arbetssynpunkt för exempelvis diabetessköterskor, som får ta stort eget ansvar men samtidigt arbetar i nära samarbete med läkare, genom att man veckovis har avsatta rondtider där man går igenom årsbesöken. Ronderna blir även en avlastning för läkarna, som kan ronda 6 patienter i taget, istället för att ha flera hundra uppföljande besök.

Man har även sett ringar på vattnet i lokalsamhället där bl.a. skolan har startat en egen grupp tillsammans med Socialtjänsten.

[159] Socialstyrelsen. Stöd till implementering av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (2020)

”Borgholmsmodellen”, hälsocentralen och hemsjukhuset

I modellen ingår Borgholms hälsocentral och det s.k. Hemsjukhuset, som är ett virtuellt samarbete mellan hälsocentralen, ambulanspersonalen och kommunen kring personer med hemsjukvård, med 250 platser.

Patienterna i upptagningsområdet har alla en namngiven läkare och, om man önskar, en namngiven specialistutbildad distriktssköterska. Läkarna har som mest 1000 patienter på sin lista, för att minska belastningen på dessa och för att de ska hinna med allt som rör dessa patienter. De multisjuka patienterna i behov av hemsjukvård har prioriterats och alla fasta distriktsläkare har ansvar för cirka tjugo hemsjukvårdspatienter. Förutom ordinarie besök på hälsocentralen har läkarna tid för hembesök varje dag mellan kl. 11-12, i samverkan med kommunens hemsjukvård och hemtjänsten, liksom ibland efter initiering via ambulanssjukvården. Ibland sker detta digitalt och på sikt ska även distriktssköterskorna kunna delta i dessa samtal, på trepart. Patienterna har möjlighet till drop-in-besök såväl vid hemsjukhuset (där det ofta sker i patientens hem) som vid hälsocentralen. Ambulanspersonalen erbjuder alla ”grön-triagerade” patienter ett besök av sin distriktsläkare senast klockan 11 nästa dag, vilket man bedömer förebygger besök vid akutmottagningen, eftersom de flesta väljer att stanna hemma.

Läkarna har telefontid dagligen då patienterna själva kan ringa direkt till sin egen läkare. Genom dessa samtal kan läkaren oftast avgöra vad patienten behöver för sjukvård; 30 procent av patientens problem uppges lösas direkt per telefon, medan det för resterande patienter behövs ytterligare undersökningar.

Man har även på försök testat s.k. ”digital specialistkonsult”, då patienten träffar en specialist inom exempelvis ortopedi digitalt på hälsocentralen tillsammans med sin ordinarie läkare. Efter en utvärdering av de första 400 försöken med denna metod, visade det sig att 80 procent av patientens problem löstes direkt vid mötet. När en patient behöver sluten specialistvård, håller den ordinarie läkaren sig dagligen uppdaterad på sjukdomsförloppet digitalt, vilket man bedömer minskar inneliggande vårdtid samt förbättrar utskrivningsprocessen.

Vid hemsjukhuset finns även en grupp seniora, pensionerade läkare, till stöd för de yngre. Dessa läkare deltar även vid veckovisa konferenser då man går igenom eventuella remisser till specialistmottagningar. Detta uppges ha minskat remissinflödet från 5000 till 3500 remisser per år.

Vid en utvärdering har man konstaterat att arbetssättet under åren 2014–2018 minskade antalet besök för patienter i åldern 75+ på akutmottagningar med 18,9 procent medan det vid övriga hälsocentraler i Region Kalmar under samma period ökade med 9,3 procent. Andelen slutenvårdstillfällen minskade i Borgholm med 7,2 procent medan det från övriga hälsocentraler ökade med 12,7 procent Antalet hembesök ökade i Borgholm med 57,1 procent medan det vid andra hälsocentraler minskade med 1,3 procent

För att åstadkomma maxtaket på 1000 patienter per läkare behövde specialistläkarna i Borgholm initialt ta betydligt fler patienter, för att kunna rekrytera nya specialister med löfte om just detta listtak. I de fall då detta inte är möjligt, förespråkas en övergångsperiod där de nya specialisterna får samma listtak, medan övriga patienter tillfälligt sköts av hyrläkare tills det har

kunnat rekryteras en fast bas och behovet av hyrläkare har avvecklats. Ur en artikel i Läkartidningen[160] framgår att hälsocentralens ekonomi då var i balans, men för att den ska vara det på sikt behövds ett tillskott på cirka 10 procent. Eftersom demografin skiljer sig, görs bedömningen att listtaket skulle kunna se olika ut och att ACG-systemet är ett bra mått på vårdtyngd för att bedöma detta. Även avstånd till patienten behöver vägas in om många hembesök ska göras, varför bedömningen är att glesbygdsenheter kan behöva ett färre antal.
Med denna modell beskrivs även att distriktssköterskorna får större utrymme för sin specialkompetens. Istället för att som tidigare ofta bemanna en mottagningstelefon, arbetar dessa nu istället i team med bl.a. arbetsterapeut, fysioterapeut och läkare.

Ekensbergs vårdcentral, Nyköping

I arbetet med regeringsuppdraget har kansliet träffat företrädare för Ekensbergs vårdcentral i Nyköping. Vid vårdcentralen har man aktivt arbetat med de listor över patienter som läkarna har ansvar för och fördelat patienterna utifrån födelsedatum i varje månad. En läkare skulle exempelvis kunna ha ansvar för alla patienter födda dag 1,6,18 osv i månaden. Detta ger en slumpvis blandning av patienter och hindrar att en läkare enbart har väldigt komplexa patienter; på så vis har man byggt in mer luft i systemet. Man har också sett till att 10 procent av tjänsten för alla läkare är avsatt för fortbildning genom egen studietid.

Insatser för att främja kompetensförsörjningen inom primärvården

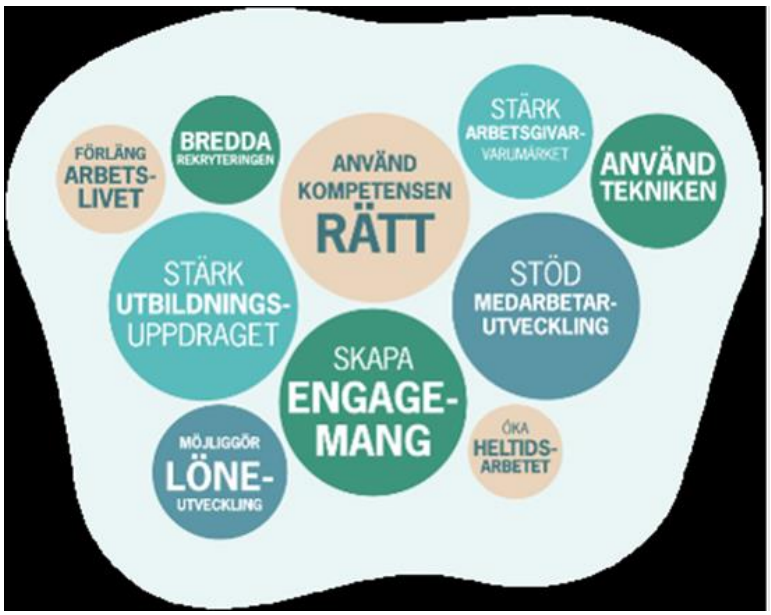
Inför uppdraget att ge förslag på hur primärvården kan attrahera och locka till sig nya medarbetare har en kartläggning genomförts av vilka kompetensförsörjningsinsatser som regioner och kommuner gör för att utveckla, behålla och motivera medarbetare som redan idag arbetar inom primärvården samt insatser som genomförs för att attrahera och locka till sig nya medarbetare.

Kartläggningen har identifierat följande återkommande insatsområden:

- Strategisk planering av kompetensförsörjning
- Utveckla och behålla medarbetare
- Utveckling av teambaserade arbetssätt
- Lönevillkor och andra förmåner
- Rekrytering

[160] Läkartidningen. Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård? S 115: EX47 (2018)

Figur 10



Källa: Region Skånes kompetensförsörjningsplan för primärvård 2020–2023

Bilden ovan är hämtad från Region Skånes kompetensförsörjningsplan för primärvård och ger en bild av den bredd insatser som flera regioner lyfter fram kopplat till deras strategiska kompetensförsörjningsarbete.

Detta arbete handlar dels om att ta fram karriärutvecklingsmodeller och utbildningspaket för att stärka och utveckla medarbetare, dels om insatser för att stärka och utveckla ledarskapet och chefers förutsättningar att agera som goda chefer och ledare. Regionerna lyfter att chefens arbete och agerande ofta får konsekvenser på såväl arbetsmiljö som medarbetares individuella utveckling och därför är ledarskapsutbildningar många gånger prioriterade. Flera regioner lyfter också det hälsofrämjande arbetet som syftar till att skapa hälsosamma arbetsplatser, ökad trivsel bland medarbetare samt ett stärkt arbetsgivarvarumärke som kan attrahera vid rekrytering.

Flertalet regioner och kommuner lyfter i sina kompetensförsörjningsplaner betydelsen av att stärka medarbetare och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvård genom att satsa på insatser som syftar till att utveckla och behålla medarbetare. Kartläggningen visar att det ofta handlar om att utarbeta yrkesspecifika kompetensstegar och/eller karriärsutvecklingsmodeller för att stödja medarbetarna i deras utveckling. Dessa är inte sällan sammankopplade med befordran och löneutveckling. Även initiativ som delaktighet i schemaläggning och flexibla scheman lyfts som viktiga åtgärder för förbättrad arbetsmiljö. Tanken är att denna typ av insatser ska ge medarbetare och chefer möjlighet att tillsammans vara utvecklingsorienterade och löpande reflektera kring kompetensutveckling och behov med stöd i dessa dokument.

Exempel: Kompetensstegar, Region Stockholm

I Region Stockholm arbetar man med att ta fram kompetensstegar för olika yrkesgrupper. Med kompetensstegarna blir det tydligt vilka utvecklings- och karriärvägar det finns för olika yrkesroller. Syftet med kompetensstegarna är att attrahera, inspirera och behålla medarbetare genom att skapa tydliga karriärvägar. Kompetensstegen för sjuksköterskor består av sju steg som beskriver möjlig utveckling från sjuksköterska till specialistsjuksköterska. Kompetensstegarna används på medarbetarnivå i samband med individuella utvecklingsplaner och lönesättande samtal. De används också på strategisk nivå vid rekrytering, kompetens och bemanningsplanering samt övergripande strategisk kompetensplanering.

Huruvida primärvårdsenheterna använder övergripande strategier för kompetensförsörjning, i synnerhet region- eller bolagsövergripande sådana, varierar (se rubrik Intervjuundersökning med verksamhetschefer - Övergripande strategier för kompetensförsörjning ovan). Även om man inte kan dra långtgående slutsatser av ett fåtal intervjuer, kan man ändå ana en tendens till ett ”glapp” mellan de regionala strategiska satsningarna och de patientnära verksamheterna.

Lönevillkor och förmåner

Av kartläggningen framgår att ett viktigt instrument för att behålla och rekrytera medarbetare är att erbjuda olika typer av förmåner och lönetillägg. Det handlar bland annat om erbjudanden om olika typer av lönetillägg och stanna-kvar-premier för tjänster inom primärvård. Utöver det som nämns i tabellen ovan framgår även av kartläggningen ett antal sådana exempel i avsnitt 3.1.3 där lönepåslag gavs för att locka/behålla medarbetare inom primärvård i glesbygd. Även bibehållen lön under vidareutbildning ses som en viktig förmån för att behålla och samtidigt kompetensutveckla medarbetare (se vidare avsnitt 3.4). Lön uppges generellt vara en av de mest centrala faktorerna för att locka medarbetare både vid rekrytering och att stanna kvar på arbetsplatsen utifrån de insatser som presenteras. En intressant frågeställning är att se över om det generellt ges ett högre lönepåslag inom primärvård jämfört med andra verksamheter. Denna fråga har dock inte varit möjlig att fördjupa inom ramen för denna kartläggning.

Rekrytering

Rekrytering i olika former är en viktig del för kompetensförsörjningen. Av kartläggningen framgår att det finns olika initiativ för att underlätta och stärka rekryteringsarbetet. Exempel finns på särskilda rekryteringssatsningar och utvecklade samarbeten/stöd mellan primärvårdsenheter och HR-funktioner. Ett annat insatsområde som återkommer i flera regioner är utlandsrekrytering. Utlandsrekrytering avser rekrytering av personer som är utbildade i andra länder och används i de regioner där man upplever att det råder brist på kompetens och finns svårigheter i rekrytering på den svenska

marknaden. Samtidigt beskriver ett par av de verksamhetschefer som intervjuats att det inte alltid är enkelt att få utlandsrekryteringarna att stanna i primärvården. Det finns en risk att rekryteringssatsningarna och introduktionsprogrammen i primärvården betraktas som värdefulla språngbrädor för läkare från andra länder som vill vidare till slutenvården.

Sammanfattande kommentar om arbetsmiljö

Den samlade bilden baserat på rapporter, dialogsamtal och kartläggning inom uppdraget visar sammantaget att det råder en uppfattning inom professionen om att det saknas "luft i systemet" inom primärvårdens verksamheter. Med det menas en kombination av känslan av att inte räcka till för uppdraget och avsaknad av tid för såväl pauser, social interaktion, fortbildning och sidouppdrag. Professionen beskriver begränsade möjligheter att påverka sin situation, samtidigt som det råder höga krav på att utföra arbetet väl. Den bild som ges är att bristerna i förlängningen leder till friktion mellan olika verksamheter, trötthet hos personalen, minskad arbetsglädje, samvetsstress, en känsla av att inte räcka till och en oro över kapaciteten att axla den pågående omställningen till en god och nära vård. Såväl profession som verksamhetschefer i primärvården lyfter en god arbetsmiljö som den enskilt viktigaste insatsen för en fungerande kompetensförsörjning.

I fråga om att attrahera personalen att stanna kvar i primärvården bedriver regioner och kommuner en rad olika insatser. I kartläggningen framträder ett glapp mellan ambition och insats från huvudmännen där detta framstår som störst mellan den centrala förvaltningsnivån och utförarna i primärvården. Verksamhetschefer i primärvården beskriver långtgående svårigheter att skapa hållbara förutsättningar för en ändamålsenlig kompetensförsörjning. Eftersom arbetsmiljön inbegriper en rad olika faktorer, skulle möjligheten att genomföra träffsäkra åtgärder kunna försvåras. Denna komplexitet förefaller i slutändan hamna på enskilda chefer och medarbetare som vittnar om brist på adekvat stöd i den dagliga verksamheten. Mot denna bakgrund tillkommer dessutom ett utökat uppdrag samtidigt med krav om nedskärningar och för små ekonomiska resurser för den primärvård som framgent ska vara navet i vården.

Några framgångsfaktorer har dock framkommit, som tycks påverka arbetsmiljön i primärvården och sannolikt även möjligheterna att rekrytera och behålla personal:

- Ett avgränsbart uppdrag. Med detta menas såväl ett rimligt antal patienter att ansvara för som att inte enbart ha ansvar för patienter med komplexa vårdbehov.
- Teamarbete och samverkan med kollegor. För att skapa variation, utveckling och social stimulans behövs utrymme för teamarbete och utvecklingsprojekt med såväl egen som andra professioner.
- Möjligheter till sidouppdrag såsom forskning, utbildning och fortbildning.
- Goda kunskaper hos personen som bokar patienten/utgör triage är nödvändigt för att avsätta rätt kompetens och tid för besöket.

- Tillvaratagande av senior kompetens för handledning har stor betydelse för mer juniora kollegor, exempelvis har pensionerad personal ibland använts som resurs enbart för handledning.
- Att involvera personalen i planering av kärnverksamheten.
- God samverkan på flera nivåer mellan exempelvis regional primärvård, kommun och slutenvård.
- Anpassning efter lokala förhållanden, som exempelvis att satsa på fast anställda tolkar i socioekonomiskt utsatta områden (se nedan), samtidigt som såväl professions- som arbetsgivarföreträdare nämner ett behov av grundläggande ramar som kan vara gemensamma för hela landet.
- Utöver detta har även framkommit:
- Att ökade resurser behövs för att kunna omhänderta det utökade uppdraget i och med omställningen till en nära vård. Professionen lyfter upplevelsen av att det i deras vardag saknas personer med rätt kompetens.
- Att ett ledarskap som inte enbart bygger på s.k. ”eldsjälar” är nödvändigt.

Kompetensförsörjning i landsbygd respektive i socioekonomiskt utsatta områden

Enligt uppdraget ska förslag lämnas på insatser som kan vidtas för att främja en geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden. I avsnittet nedan redogörs först för bestämmelser på området. Därefter följer avsnitt om förutsättningar relaterat till kompetensförsörjningen i landsbygd. Därefter avsnitt om förutsättningar för kompetensförsörjning socioekonomiskt utsatta områden. Gällande kompetensförsörjning inom socioekonomiskt utsatta områden finns det mindre underlag och studier i jämförelse med till exempel frågor som berör kompetensförsörjning i landsbygd.

En god hälsa och en vård på lika villkor oavsett bostadsort

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen samt organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.[161]

I 1 kap. 2 § Regeringsformen slås det fast att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen[162].

Målet att vården ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen innebär enligt lagens intentioner att det i princip ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Förutsättningarna för att utföra vård samt även själva utförandet av vården skiljer sig samtidigt mellan olika delar av landet, exempelvis mellan landsbygder, tätorter och storstäder[163]. Även om det är lättare för dem som bor nära ett sjukhus eller en vårdcentral att få tillgång till vården än andra, så ska sådana skillnader som inte motiveras av ekonomiska begränsningar eller hänsyn till den medicinska säkerheten i möjligaste mån undanröjas[164].

[161] Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 3 kap. 1§, 1 §, 8 kap 1 § samt 7 kap 2 a §
[162] Prop. 2017/18:249. God och jämlik hälsa.
[163] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Långt bort men nära (2021:11)
[164] SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv

Målet om vård på lika villkor brukar uttryckas som ett mål om jämlik vård[165]. Det är samtidigt viktigt att betona att jämlik vård inte innebär att alla nödvändigtvis ska behandlas exakt lika. Det relevanta är att varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskilde patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen[166]. Regeringen har även slagit fast att målet om vård på lika villkor innebär att vårdresurserna måste vara rättvist fördelade över landet, vilket förutsätter solidaritet mellan regionerna, till exempel vid fördelning av knappa personalresurser[167].

Utifrån mål om bland annat jämlik vård omfattas regioner och kommuner av det så kallade kommunala utjämningssystemet. Syftet med utjämningssystemet är ge kommuner och regioner likvärdiga ekonomiska förutsättningar trots strukturella skillnader i demografi och geografiska förutsättningar.[168] Riksrevisionen har konstaterat att systemet för kommunalekonomisk utjämning inte tar tillräcklig hänsyn till kostnadsskillnader mellan kommunerna som följer av yta, antal invånare, befolkningsförändringar och storstädernas samt de storstadsnära kommunernas socioekonomi[169]. Statistik över den geografiska fördelningen av läkare i primärvården visar exempelvis på stora skillnader mellan regionerna gällande läkartillgång.[170] [171]

Bristande tillgänglighet riskerar dock att drabba personer som lever i landsbygd eller i socioekonomiskt utsatta områden särskilt hårt. Skälet är att dessa grupper ofta är äldre och har mer ohälsa än genomsnittet, och därför har ett större vårdbehov[172]. Det finns vidare en särskild utmaning i att åstadkomma en tillgänglig vård även i de mest glesbefolkade delarna av landet. Regeringen har konstaterat att utmaningarna bland annat består av långa avstånd till vården och svårigheter med en ändamålsenlig kompetensförsörjning[173]. En åldrande befolkning med en större andel äldre i landsbygden medför också utmaningar. Studier beskriver även att brist på ekonomiska resurser och avsaknad av kollektivtrafik kan bidra till svårare förutsättningar för hälso- och sjukvården i landsbygden.[174] Vårdcentraler på landsbygden har ett mindre potentiellt patientunderlag och hembesök kan ta längre tid på grund av långa avstånd, vilket innebär att verksamheterna ofta dras med underskott. [175]

I takt med bättre uppföljning har det blivit allt tydligare att vården inte är jämlik[176]. Regionala skillnader i hälsa och dödlighet är ett tecken på att det finns faktorer i människors omgivning som påverkar hälsan och att det därför går att påverka ojämlikheter i hälsa och dödlighet genom politiska

[165] se exempelvis https://www.regeringen.se/regeringens-politik/folkhalsa-och-sjukvard/mal-for-sjukvard/
[166] Prop. 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
167 Prop 1981/82:97. Hälso- och sjukvårdslagen m.m.
[168] Riksrevisionen. Riktade statsbidrag för socioekonomiskt utsatta områden. (RiR 2020:14).
[169] Riksrevisionen. Det kommunala utjämningssystemet – behov av mer utjämning och bättre förvaltning. (RiR 2019:29).
[170] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Allmän tillgång? (2018:5)
[171] Socialstyrelsen. Att följa utvecklingen av en fast läkarkontakt (2020)
[172] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Allmän tillgång? (2018:5)
[173] Prop 2019/20:164. Inriktning för nära och tillgänglig vård.
[174] SOU 2019:42. Digifysiskt vårdval.
175 Prop. 2021/22:72. Ökad kontinuitet och effektivitet i vården.
[176] SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.

åtgärder[177]. Det finns skillnader i vårdkonsumtion och val av behandling. Skillnader föreligger också avseende geografi, dels mellan regioner men också inom regioner, och inte minst mellan tät- och glesbebyggda områden. Det finns dessutom skillnader mellan kön och mellan olika socioekonomiska grupper[178] [179]. Exempelvis har man sett för digitala vårdbesök att det främst används för barn och av yngre vuxna, storstadsbor, personer som inte har någon kronisk sjukdom samt personer som är högutbildade och höginkomstintagare. För fysiska besök gäller i princip det omvända förhållandet, där det i högre utsträckning används av äldre, personer med kronisk sjukdom och personer med sämre socioekonomiska förhållanden.[180]

Landsbygdens förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning

Nedan följer avsnitt om definition av begreppet landsbygd och demografi, om boendes hälsa, vårdtyngd och vårdkonsumtion, tillgång till hälso- och sjukvårdpersonal i landsbygd, rekrytera och behålla hälso- och sjukvårdpersonal samt avsnitt med intervjuer och dialogmöten.

Definition och demografi

Gällande kompetensförsörjning i glesbygd kan det först konstateras att det saknas en exakt definition av begreppet landsbygd eller glesbygd. Beroende på vilken definition som används ingår olika stora delar av Sverige. I den här delredovisningen avvänds begreppet landsbygd vilket utgår från Tillväxtverkets klassificering av sex kommuntyper: tre typer av landsbygdskommuner och tre typer av stadskommuner (redogörs för i tabell 10 nedan). Tillväxtverkets indelning har gjorts utifrån kommunernas befolkningstäthet, befolkningens storlek och avståndet till större städer. Landsbygdskommuner har utifrån det delats in i tre olika kategorier:

- Tätortsnära landsbygdskommuner: Mer än 50 procent av befolkningen bor i rurala områden. Majoriteten av kommunens befolkning har mindre än 45 minuters resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare.
- Glesa landsbygdskommuner: Mer än 50 procent av befolkningen bor i rurala områden. Majoriteten av kommunens befolkning har mer än 45 minuters resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare.
- Mycket glesa landsbygdskommuner: Hela befolkningen bor i rurala områden. Hela befolkningen har mer än 90 minuters resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare.

[177] SOU 2017:47. Nästa steg mot en mer jämlik hälsa.
[178] SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.
[179] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. En jämlik vård är möjlig? (2014:7)
[180] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Besök via nätet. (2022:1)

Tabell 10: Befolkningsfördelning i olika kommuntyper för åren 2010 respektive 2020 samt den procentuella förändringen

Kommuntyp	Befolkning 2010	Befolkning 2020	Förändring %
Storstadskommuner	2 898 367	3 357 620	15,8
Täta blandade kommuner	3 738 429	4 129 804	10,5
Glesa blandade kommuner	736 078	764 029	3,8
Tätortsnära landsbygdskommuner	1 166 486	1 248 311	7,0
Glesa landsbygdskommuner	792 753	801 275	1,1
Mycket glesa landsbygdskommuner	83 457	78 256	-6,2
Riket	9 415 570	10 379 295	10,2

Källa: SCB, bearbetning Tillväxtverket 2022.

2020 hade Sverige en befolkning på ca 10 miljoner. Drygt 2 miljoner personer var bosatta i landsbygdskommuner, där majoriteten var bosatta i landsbygdskommun nära större stad (se tabell ovan). 15 kommuner räknas som mycket glesa landsbygdskommuner, 53 kommuner som glesa landsbygdskommuner samt 80 kommuner som tätortsnära landsbygdskommuner.[181]

Befolkningen ökar i Sverige, framför allt i storstadskommunerna. De demografiska förutsättningarna, med befolkningsstruktur och befolkningstillväxt, är något som påverkar både vårdbehovet, förutsättningarna för kompetensförsörjning och den ekonomiska situationen för kommunerna[182]. Befolkningstillväxten i landsbygden går långsammare, vissa kommuner växer inte alls och mycket glesa landsbygdskommuner har generellt en negativ befolkningsutveckling. Situationen ser olika ut för olika typer av landsbygdskommuner, men generellt är befolkningen äldre och kommunerna är mer glest befolkade. Medelåldern i landsbygdskommuner är något högre jämfört med storstadskommuner och har en större andel av befolkningen som är över 65 år, framför allt i framför allt i de kommuner som är avlägset och mycket avlägset belägna. Den generella utvecklingen av befolkningens sammansättning i Sverige är att antalet äldre ökar och att deras andel av befolkningen blir större.[183]

Hälsa, vårdkonsumtion och vårdtyngd i landsbygd

Vårdkonsumtionen påverkas av många faktorer och det kan därför vara svårt att med säkerhet uttala sig om vad skillnaderna beror på. Exempelvis är ålder en faktor som påverkar där ökad ålder är förknippat med högre vårdkonsumtion, vilket påverkar vårdbehovet i landsbygd[184]. Representanter för patienter och brukare har bland annat lyft behovet av geriatrisk kompetens inom primärvården.[185]Personer som är bosatta i landsbygdskommuner gör fler besök

[181] Tillväxtverket. Kommunindelning 2021 städer och landsbygder, hämtad 2022-03-29 på https://tillvaxtverket.se/statistik/regional-utveckling/regionala-indelningar/stader-och-landsbygder.html

[182] Sveriges Kommuner och Regioner. Ekonomirapporten, oktober 2020 - Om kommunernas och regionernas ekonomi (2020)

[183] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Långt bort men nära (2021:11)

[184] Ibid.

[185] Socialstyrelsen. Arbetssätt för jämlik vård (2020)

inom primärvården och vanligtvis till läkare. Myndigheten för vård och omsorgsanalys konstaterar att primärvården verkar fungera som navet i hälso- och sjukvården i landsbygden, och att man där omhändertar fler personer med komplexa behov. Invånare i landsbygdskommuner hade något färre besök i den öppna specialistvården och vårdtillfällen i den slutna specialistvården än personer som inte bor i landsbygdskommuner. Personer från landsbygdskommuner hade en högre vårdtyngd vid besök i den slutna specialistvården[186]. Man har även sett att det är en lägre andel av de som bor i landsbygdskommuner som har använt digitala vårdtjänster i jämförelse med personer i storstadsområden[187].

Tillgång till hälso- och sjukvårdpersonal i landsbygd

Från Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd för år 2021 framkommer bland annat att det är svårt att rekrytera erfarna medarbetare och hälso- och sjukvårdspersonal till landsbygd.[188] Regionerna uppger att tillgången ofta skiljer sig mellan geografiska områden inom regionen och att det är svårare att rekrytera medarbetare till glesbygdsområden och till orter som ligger långt från lärosäten. [189] 2017 uppmärksammade exempelvis fackförbundet Fysioterapeuterna svårigheterna att rekrytera sjukgymnaster till glesbygden i Jämtland, och att dessa svårigheter har fortsatt.[190] Samtidigt finns tecken på att det är vanligare att göra besök hos andra yrkesgrupper än läkare och sjuksköterskor i den mycket avlägsna landsbygden och att vårdcentraler i landsbygden har fler yrkesgrupper anställda än vårdcentraler i tätorter.[191] Bristen på tillgång till läkare och geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemanning är en realitet aktuell för landsbygdsområden. Vårdcentraler i glesbefolkad landsbygd har lägre andel fast anställda läkare och uppvisar ett större behov av hyrläkare och vikarier.[192] Flest ST-läkare per 1 000 invånare finns i storstäderna och minst antal i glesbefolkad landsbygd. I glesbefolkad landsbygd har man även färre ST-läkare per anställd specialist.[193] Vårdcentraler i landsbygd upplever också en större svårighet att behålla läkarna när de är färdigutbildade specialister. Var läkare gör sin specialistutbildning har en betydelse för var de arbetar i framtiden, vilket gör att en ojämn fördelning av ST-tjänster riskerar förstärka en ojämn kompetensfördelning för framtiden.[194]

Rekrytera och behålla hälso- och sjukvårdspersonal i landsbygd

Att attrahera och behålla hälso- och sjukvårdpersonal i landsbygdsområden är en fråga som flera länder har på sin agenda.[195] Landsbygdens rurala

[186] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Långt bort men nära (2021:11)
[187] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Besök via nätet (2022:1)
[188] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet, 2021
[189] Ibid.
[190] Sveriges Radio. Fortsatt stor brist på sjukgymnaster i Jämtlands län., nyhet 2021-01-11.
[191] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Långt bort men nära (2021:11)
[192] Prop. 2021/22:72.Ökad kontinuitet och effektivitet i vården.
[193] SOU 2019:42. Digifysiskt vårdval.
[194] SOU 2019:42. Digifysiskt vårdval.
195 Couch A, Menz HB, Coker F, White J, Haines T, Williams C. "Factors that influence workplace location choices in the different allied health professions: A systematic review". Rural Health. (2021; 00:1–12)

områden ses ofta som mindre attraktiva arbetsplatser för hälso- och sjukvårdpersonal. Studier från Kanada visar exempelvis att psykologer som arbetar i landsbygd tenderar att vara i början av sina karriärer[196] [197]. Samtidigt ställer arbete i landsbygd ofta högre krav på erfarenhet, utifrån att det vanligtvis är mindre möjligheter till kollegialt stöd och att vårdtyngden hos patienterna är hög.[198]

För att en person ska söka sig till en arbetsplats i landsbygden verkar det finnas samband med om personen har fått erfarenhet under sin utbildning. Det kan då handla om att man har fått positiva erfarenheter av landsbygd genom kliniskt arbete eller utbildningsinslag under sin utbildningstid. Det kan även handla om vidareutbildning eller riktad träning för arbete i glesbygd. Goda erfarenheter av utlokalisering av undervisning till primärvård i glesbygd finns bl.a. i Kanada och Australien. I dessa länder finns specifika glesbygdsmedicinska läkarprogram där antagningsprocess och undervisningsplan skiljer sig från övriga läkarprogram. I litteraturen beskrivs olika framgångsfaktorer som behövs för att glesbygdsutbildning ska resultera i goda studentupplevelser och inspirera studenterna att välja framtida karriär inom glesbygdsmedicin. Placeringar på ett och samma ställe över en längre tid upplevs som positivt eftersom det ger större inblick i olika patientfall och förbättrar kontinuitet när det går att följa patienterna över tid samt ökad möjlighet att lära känna mottagningen och övrig personal. Engagemang från lokalsamhället har även betydelse. Det kan t.ex. handla om att studenterna under sina placeringar lär sig hur glesbygdsamhället fungerar och kan interagera med samhället.[199]

Det är också större sannolikhet att någon som är uppvuxen i landsbygden söker jobb där samt att individuella preferenser spelar in. Ekonomiska incitament nämns även som exempel på insatser för att rekrytera och behålla personal, exempelvis lönetillägg. Villkoren för att leva i landsbygd är även en viktig faktor, för såväl rekrytering som för att behålla personal. Det handlar om hur lokalsamhället ser ut, möjlighet för ens partner att få jobb, utbud av skolor, servicenivå, transportmöjligheter m.m.[200] [201]

Faktorer som är relaterade till arbetsmiljön påverkar framför allt förutsättningarna att behålla personal. Det handlar om att säkerställa en god arbetsmiljö med en rimlig arbetsbelastning, kollegialt stöd och ett gott ledarskap. Andra viktiga faktorer är förutsättningarna för karriärvägar och möjligheten till forskning och professionell utveckling.[202]

Sammantaget är det flera faktorer som spelar in för att rekrytera och behålla personal. Ingen enstaka insats kan sägas vara tydligast mest effektiv,

---

[196] Barbopoulos A, Clark JM. "Practising Psychology in Rural Settings: Issues and Guidelines." Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 2003;44(4):410

[197] McIlwraith RD, Dyck KG, Holms VL, Carlson TE, Prober NG. "Manitoba's Rural and Northern Community-Based Training Program for Psychology Interns and Residents". Professional Psychology: Research and Practice. 2005;36(2):164.

[198] Dialogmöte med Glesbygdsmedicinskt centrum.

[199] SOU 2019:29. God och nära vård – vård i samverkan.

[200] Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D. et al. "Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce". Hum Resour Health 18, 63 (2020).

[201] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Långt bort men nära. (2021:11)

[202] Ibid.

utan snarare verkar det handla om en variation av faktorer som påverkar möjligheten att rekrytera och behålla personal.[203]

Intervjuade verksamhetschefer i landsbygdsområden

Tre intervjuade verksamhetschefer på vårdcentral verkar inom områden som enligt Tillväxtverkets kriterier för kommuntyper[204] räknas till landsbygd. Intervjuundersökningarna får ses som ett urval och ger inte en heltäckande bild. Dessa verksamhetschefer beskriver att hyrpersonal är en viktig lösning för att kunna bemanna verksamheterna.

Rekryteringsmöjligheterna skiljer sig åt beroende på om verksamheten i landsbygd ligger nära en större ort eller inte. Närhet till en större ort innebär att rekryteringsbasen är större men också att det finns en större konkurrens om kompetensen. Här påverkar flera faktorer hur villiga potentiella medarbetare är att pendla. Det kan exempelvis handla om hur livssituationen ser ut. Nyutexaminerade bosatta i de större orterna som trivts bra i verksamheten under sin praktik och som valt att stanna i en anställning pendlar gärna inledningsvis, men hamnar i ett annat läge när de bildar familj. De intervjuade verksamhetscheferna beskriver också att faktorer som ökade drivmedelspriser och andra kostnader för pendling med bil påverkar när verksamheten är placerad så att kollektivtrafik inte är ett alternativ.

En av de intervjuade verksamhetscheferna berättar att regionen erbjuder ett landsortstillägg på lönen för de som anställs vid den verksamheten, men menar samtidigt att det inte alltid är tillräckligt. Även här verkar den viktigaste nyckeln vara att lyckas rekrytera via de egna kontakterna och skapa ett gott rykte som gör verksamheten attraktiv.

Flera regioner arbetar med utlandsrekrytering som en del i kompetensförsörjningsarbetet och verksamhetscheferna i landsbygd beskriver att det ofta varit avgörande för kompetensförsörjningen i deras region. För att säkerställa att utlandsrekryteringarna blir så bra som möjligt har flertalet regioner byggt upp särskilda enheter med ansvar för detta. Det handlar dels om stöd i praktiska frågor som pappersarbete, bostad och stöd till medföljande familj att komma in i arbete och skola, dels om språkutbildning och utbildning i det svenska hälso- och sjukvårdsystemet. Samtidigt beskriver ett par av de intervjuade att det inte alltid är enkelt att få den utlandsrekryterade personalen att stanna i primärvården. Det finns en risk att rekryteringssatsningarna och introduktionsprogrammen i primärvården betraktas som värdefulla språngbrädor för läkare från andra länder som vill vidare till slutenvården.

Dialogmöten inom landsbygdsområdet[205]

Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC) är en enhet som bedriver forskning, utveckling och utbildning för och i glesbygd och är placerat i Storuman. I

[203] Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D. et al. ”Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce.” Hum Resour Health 18, 63 (2020)

[204] Tillväxtverket. Tre aggregerade kommuntyper: Statistik städer och landsbygder . Hämtad på www.tillvaxtverket.se 2022-03-29

[205] Dialogmöten har skett med Glesbygdsmedicinskt centrum, verksamhetschefer vid sjukstugor Västerbotten, områdeschef och HR-representanter för södra Lappland/Västerbotten närsjukvårdsområde samt projektledare för God och nära vård Södra Lappland

dialog med GMC lyfts att för glesbygdsområden är det viktigare att behålla hälso- och sjukvårdspersonal än att rekrytera ny personal. För att behålla och attrahera personal beskriver GMC att respektive glesbygdsort behöver se till sina egna möjligheter samt befolkningens vård- och omsorgsbehov eftersom flera faktorer spelar in och det inte finns en given modell eller ett svar. GMC lyfter betydelsen av kurser och utbildningar med glesbygdsprofil, exempelvis Umeå universitets ”glesbygdsspår” på läkarprogrammet, som är en viktig rekryteringsbas för exempelvis Storumans sjukstuga. GMC betonar även vikten av möjlighet till forskning och fortbildning för hälso- och sjukvårdpersonals möjlighet att utvecklas i sitt yrke som viktigt incitament för att stanna kvar. Ytterligare insatser som GMC beskriver som centrala för att rekrytera och behålla personal är att personalfrämjande aktiviteter behöver ske kontinuerligt. Ekonomiska incitament anses spela en viktig roll, exempelvis genom ”glesbygdstillägg/kompetenstillägg” utifrån läkarnas breda uppdrag i glesbefolkad landsbygd. Även lokalsamhällets organisering spelar in för kompetensförsörjningen, exempelvis hur man tar hand om hälso- och sjukvårdspersonals medföljande, tillgång till skolor, inflyttarservice för hjälp med boende med mera. GMC lyfter även ett behov av lokala utvecklingsenheter för medborgarna samt nationella och internationella nätverk av lokala glesbygdscentra.

I samtal med bland annat verksamhetschefer i region Västerbotten och närsjukvårdsområde Södra Lappland framkommer svårigheter att få fasta allmänspecialister. Det gör att man inte kan bedriva utbildning/handledning, vilket förstärker rekryteringssvårigheterna. Samma problem beskrivs finnas även för andra yrkesgrupper. Behov av specifik kompetensutveckling för arbete i glesbefolkad landsbygd lyfts, exempelvis kursen ”klinisk bedömning på distans” och önskemål om och kurser angående förskrivningsrätt, men att platser kan vara svåra att få tillgång till. Digitala verktyg lyfts som ett viktigt komplement på exempelvis särskilda boenden, men att digitalisering i sig inte kan lösa hela kompetensförsörjningen. Det breda uppdraget betonas för yrkesgrupperna: att glesbefolkade områden med långa avstånd till sjukhus och/eller andra kollegor medför ett bredare ansvar för hälso- och sjukvårdpersonal. Sjukstugornas fördelar beskrivs utifrån att de arbetar brett och korta beslutsvägar. Patienterna blir mer välkända på mindre orter, men vårdtyngden tenderar även att vara högre. För att verka attraktiv lyfts olika exempel inom arbetsvillkor, exempelvis möjligheten att påverka sin arbetssituation, med exempelvis forskningsuppdrag, möjlighet till kompetensutveckling, lönesättning. För studenter lyfts svårigheter om de behöver betala för dubbelt boende. Det är även en utmaning för små enheter att ta emot studenter, utifrån begränsade möjligheter att få med alla utbildningsmoment. Önskemål uttrycks om att fördela VFU/klinisk-praktik-perioder så studenterna blir uppdelade över terminerna.

Exempel på insatser för förbättrad kompetensförsörjning i landsbygd

Nedanstående exempel har framkommit vid kartläggning av regioners egna exempel på insatser gällande kompetensförsörjning i landsbygd. Exempel på insatser för en förbättra kompetensförsörjning finns inom olika områden, så

som förbättrade arbetsvillkor, utvecklade arbetssätt, inflyttarservice med mera.

Rekrytering av utlandsutbildad personal, bland annat Region Sörmland

Flera regioner arbetar med utlandsrekrytering som en del i kompetensförsörjningsarbetet. Olika former av språkutbildningar, introduktionsutbildningar och stöd i att börja arbeta i Sverige ges ofta av regionerna. Få regioner pekar i kartläggningen ut landsbygd specifikt som föremål för utlandsrekrytering men uppger att det troligen är en viktig rekryteringkanal. Exempelvis uppger Region Sörmland att de genomför utlandsrekrytering av sjuksköterskor och läkare för att säkra tillgången till kompetens inom primärvården.

Stanna-kvar premie, Region Norrbotten

Stanna-kvar premien innebär en extra ersättning om medarbetare väljer att stanna kvar i primärvården i ett visst antal år. Syftet är att göra arbetet mer attraktivt och minska beroendet av hyrpersonal. För sjuksköterskor som arbetar heltid i dygnet runt-vård kan det handla om ett lönetillägg på 2 500 kronor i månaden. Motsvarande finns också för specialistläkare inom allmänmedicin och innebär att de specialister som förbinder sig att arbeta inom primärvården under överenskommen tidsperiod, får ett belopp avsatt månatligen i en kapitalförsäkring. Värdet på kapitalförsäkringen tillfaller den enskilde i form av tjänstepension, när läkaren fullgjort villkoren.

Inflyttarservice, Region Kronoberg

Regionen erbjuder inflyttarservice, vilket är en service som är tänkt att göra det lättare att etablera sig som nyinflyttad i regionen. Den som flyttar till regionen från annan ort för att arbeta får tidigt en kontaktperson dit den kan vända sig med frågor angående den nya hemorten. Inflyttarservice innefattar även information om aktiviteter, sevärdheter, hjälp att hitta bostad genom ett nätverk av privata fastighetsägare, annonsering på blocket samt genom externa resurser, stöd i kontakter med skola/barnomsorg, hjälp att hitta arbete till andra familjemedlemmar och stöd vid ansökan om svenskt personnummer och ID-handling med mera.

Distriktssköterskemottagning i Storsjö, Region Jämtland Härjedalen

Distriktssköterskemottagningen i Storsjö är en filial till Myrvikens hälsocentral cirka 10 mil bort. Mottagningen bemannas på deltid av en distriktssköterska som även kan göra hemsjukvårdsuppdrag åt kommunen. Det finns möjlighet att koppla upp sig genom videosamtal med läkare. Utöver det kommer en distriktsläkare regelbundet till mottagningen för de patienter som har behov av ett fysiskt besök.

Virtuellt hälsorum i Slussfors, Region Västerbotten

Ett virtuellt hälsorum är ett skräddarsytt obemannat hälsorum öppet för vårdtagare i glesbygd. Ingen tidsbokning krävs utan man kan besöka rummet när man vill. Läkare finns närvarande via videolänk och rummet är utrustad med en mängd apparater där patienten kan kontrollera blodtryck, ta blodprover och en självserviceanläggning där medborgarna enkelt kan screena sig själv.

Här finns ofta hemtjänstpersonal till hjälp om patienten behöver. Region Västerbotten framhåller att de digitala vårdformerna är en lösning för att öka tillgänglighet och närhet till befolkningen, såväl i glesbygd som i mer tätbebyggda områden.

Hälsocentraler med filialer, Region Norrbotten

För att förbättra vården och öka tillgängligheten till vård i glesbygd har region Norrbotten efter ansökan beviljat hälsocentraler att öppna filialer eller servicepunkter i närområdet till hälsocentralen. Kraven på vad dessa filialer ska erbjuda i form av vårdutbud kan ofta vara mindre, liksom kraven på öppettider, i syfte att förenkla möjligheten att etablera och driva verksamheten på mindre glesbebyggda orter.

Avancerade kliniska sjuksköterskor på hälsocentral, Region Norrbotten

På hälsocentralen i Kiruna finns avancerade kliniska sjuksköterskor (AKS). En AKS har det expertkunnande som krävs för en utvidgad arbetsbeskrivning. De ska självständigt kunna bedöma och behandla ett osorterat inflöde av patienter vilket innebär att andelen läkarbesök ska minska. Den nya rollen på Kiruna hälsocentral upplevs medföra ett mer effektivt resursutnyttjande, utvecklat teamarbete och ett snabbare omhändertagande av patienterna. AKS har en högre andel patienter som slutbehandlas jämfört med de grundutbildade sjuksköterskorna och distriktssjuksköterskorna. AKS kan även handleda och konsultera sina kollegor vilket skapar ett mer effektivt flöde.

Samlokalisering av psykologer, Västra Götalandsregionen

För att minska sårbarheten avseende psykologer på mindre primärvårdsenheter, framförallt utanför Göteborgsregionen, prövar VGR att samlokalisera psykologer till en enhet.

Vårdsamverkan Valdemarsvik, Region Östergötland och Valdemarsviks kommun

Ett utvecklingsprojekt med fokus på samverkan och utveckling av den nära vården mellan vårdcentralen, kommunen och ambulanssjukvården. Syftet är att ge medborgarna möjlighet till ökad trygghet och delaktighet lokalt i Valdemarsvik och i hemmet genom tillgången till en nära vård, stärkt samverkan mellan vårdgivare och nya arbetssätt med stöd av digital teknik. Projektet inkluderar även vidareutbildning för bland annat sjuksköterskor.

Sammanfattande kommentar om landsbygdens förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Samtidigt skiljer sig förutsättningarna och tillgången till vård åt för befolkning i landsbygd i jämförelse med övrig befolkning i Sverige. Det är dessvärre svårt att rekrytera erfarna medarbetare och hälso- och sjukvårdspersonal till landsbygd. Vårdcentraler i landsbygd upplever

också en större svårighet att behålla läkare när de är färdigutbildade specialister. Var läkare gör sin specialistutbildning har en betydelse för var de arbetar i framtiden, vilket gör att en ojämn fördelning av ST-tjänster riskerar förstärka en ojämn kompetensfördelning för framtiden. Statistik över den geografiska fördelningen av läkare i primärvården visar på stora skillnader mellan regionerna gällande läkartillgång. Förutsatt att skillnaderna i antal läkare inte beror på en skillnad i vårdbehov hos befolkningen, kan de leda till att patienter får vänta olika länge på vård beroende på var i landet de bor.

I landsbygd finns en äldre befolkning med större och komplexa vårdbehov, och där digitala vårdbesök sällan föredras av patienterna. Primärvården fyller samtidigt en viktig funktion som samordnande nav, medan patientunderlaget är mindre och verksamheterna ofta går med underskott. Verksamheterna är ofta beroende av hyrläkare. Att arbeta i glesbefolkad landsbygd innebär även olika typer av utmaningar för hälso- och sjukvårdpersonal. Avstånden till sjukhus är längre och uppdragen på exempelvis sjukstugor är mer omfattande än vid vårdcentraler generellt.

Från denna rapports kartläggning framkommer följande framgångsfaktorer för rekrytering av hälso- och sjukvårdpersonal till landsbygd:

- studenters positiva erfarenheter av landsbygd under utbildningstid eller under vidareutbildning,
- betydelsen av uppväxtort i landsbygd,
- behov av utlandsrekrytering,
- nya arbetssätt exempelvis team eller digitala arbetssätt så som digitala hälsorum,
- lönetillägg/zontillägg,
- verksamhetschefers egna kontakter för att lyckas med rekrytering och gott rykte av verksamheten, och
- inflyttarservice.

Viktiga faktorer för att behålla personal som har lyfts i kartläggningen är följande:

- god arbetsmiljö med rimlig arbetsbelastning,
- möjlighet till vidareutbildning eller riktad träning för arbete i glesbygd,
- riktad träning av personal exempelvis i glesbygdsmedicin,
- möjlighet till kollegialt stöd,
- möjlighet till karriärvägar,
- gott ledarskap, och lokalsamhällets engagemang.

För att rekrytera och behålla personal i landsbygd tillkommer även förutsättningar för att leva i landsbygden. Exempel på detta är: samhällets servicenivå möjlighet för partner att få jobb, möjlighet till skolgång för barn, m.m. Sammantaget är det flera faktorer som spelar in för att rekrytera och behålla personal. Ingen enstaka insats kan sägas vara tydligast mest effektiv utifrån studier, utan att det handlar om flera olika faktorer som spelar in och har en påverkan.

Socioekonomiskt utsatta områdens förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning

Följande avsnitt redovisar definition på socioekonomiskt utsatta områden, koppling socioekonomisk tillhörighet och hälsa, tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal i socioekonomiskt utsatta områden, samt insatser för att rekrytera och behålla personal.

Definition socioekonomiskt utsatta områden

Det finns olika sätt att definiera socioekonomiskt utsatta områden. Vanligtvis ingår variabler som inkomst, utbildningsnivå och arbetsmarknadsanknytning, ibland även demografiska variabler. Myndigheten Delegationen mot segregation (Delmos) har tagit fram Segregationsbarometern, ett statistiskt verktyg som utgår från indikatorer från sex statistikområden: socioekonomi, boende och samhällsservice, arbetsmarknad, utbildning, demokrati och civilsamhälle samt hälsa. Verktyget består av två centrala mått. Det ena måttet är ojämlikhetsindex som beskriver graden av segregation i en kommun eller i ett län. Det andra måttet är områdestyper som beskriver olika socioekonomiska förutsättningar, och som är graderade från områden med stora ekonomiska utmaningar till områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Från Segregationsbarometern kan konstateras att områden med socioekonomiska utmaningar finns i stora delar av Sverige och i flera olika typer av kommuner. Områden med socioekonomiska utmaningar finns alltså inte uteslutande i storstäder. Även områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar finns i omkring en tredjedel av Sveriges kommuner och i flera olika kommuntyper. 59 procent vilket motsvarar 170 av Sveriges 290 kommuner, har ett eller flera områden som definieras som områden med socioekonomiska utmaningar. [206]

Utformningen av vårdvalssystemen i primärvården medför att patienterna kan lista sig var som helst i teorin, det vill säga, oavsett bostadsort kan listning ske på en vårdcentral i annat område, som inte behöver vara närliggande. I regeringens proposition gällande vårdvalsystemet fastslås att regionen bland annat ska, på begäran av en utförare, få besluta att begränsa det antal patienter som får vara listade hos utföraren och att omlistning kan ske max två gånger om året[207]. I praktiken spelar dock geografisk närhet till hemmet in vid val av vårdcentral. I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport[208] framgår att geografisk närhet är ett av de vanligaste skälen till val av en viss vårdcentral. Närheten kan avse både hemmet och jobbet.

[206] Delmos hemsida, Segregationsbarometern, hämtad på https://segregationsbarometern.delmos.se/
[207] Prop. 2021/22:72 Ökad kontinuitet och effektivitet i vården.
[208] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vad vill patienten veta för att välja? (2013:4)

Socioekonomisk tillhörighet och hälsa

Socioekonomisk tillhörighet har ett samband med hälsa och därmed också ett samband med vårdbehov. Olika studier tyder på att personer med högre inkomst och högre utbildning också har en bättre hälsa, och tvärtom.[209] Livsvillkor och levnadsvanor av betydelse för hälsan uppvisar samma mönster. Skillnaderna i hälsa för personer med olika utbildningsnivå har i flera avseenden ökat över tid. Exempelvis har de relativa utbildningsmässiga skillnaderna i förtida dödlighet ökat sedan början av 1990-talet.[210]

Generellt sett har grupper med lägre socioekonomi ett högre vårdbehov vilket i sin tur innebär att de som tillhör dessa grupper också rimligen kommer att konsumera mer vård än befolkningen i övrigt.[211] Från Folkhälsomyndigheten har man bland annat sett att det finns sociala skillnader i förekomsten av psykisk hälsa i alla åldersgrupper utifrån både socioekonomisk ställning och diskrimineringsgrunder. De viktigaste faktorerna som ansågs bidra till ojämlikheter i psykisk hälsa bland vuxna var kopplade till sysselsättning och ekonomi. Psykisk ohälsa hade tydligt samband med ogynnsamma livsvillkor och negativa arbetsmarknadsutfall såsom arbetslöshet eller låg inkomst, samt ökad dödlighet.[212] Under coronapandemin har det blivit tydligt att utrikesfödda i Sverige drabbats hårdare än svenskfödda av covid-19, med högre förekomst av konstaterade fall och IVA-vård och högre dödlighet.[213] När det gäller den relativa risken för att hamna på IVA med covid-19, så var den högre för personer födda i Afrika och Mellanöstern jämfört med den svenskfödda befolkningen. Liknande överrisker kunde ses för dödlighet för vissa grupper av utrikesfödda. En stor del av den ökade risken kunde förklaras av bakomliggande socioekonomiska faktorer som har med utbildning, inkomst, yrke och boende att göra.[214] Studier har vidare visat att personer med lägre socioekonomi tenderar att söka vård i ett senare skede än övriga grupper, vilket gör att behovet har hunnit bli större, och ibland kan behandlingsmöjligheterna vara sämre[215].

Tillgång till hälso- och sjukvårdpersonal i socioekonomiskt utsatta områden

Gällande tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdpersonal ges i regel en sammantagen bild för regioner respektive kommuner. Det är därmed svårt att uttala sig om eventuella skillnader i att rekrytera eller behålla hälso- och sjukvårdspersonal för socioekonomiskt utsatta områden i Sverige i förhållande till andra områden.

Riksrevisionen har i en rapport[216] om bland annat kompetensförsörjning av poliser och socialsekreterare till socioekonomiskt utsatta områden lyft hur olika lokala verksamheters beskrivningar inte alltid återspeglas i

[209] SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.
[210] Folkhälsomyndigheten. Faktablad Utbildning och hälsa – hur hänger de ihop? (2019)
[211] SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.
[212] Folkhälsomyndigheten. Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige (2019)
[213] Socialstyrelsen. Faktablad. Statistik om covid-19 patienters socioekonomi (2020)
[214] Folkhälsomyndighete. Utrikesfödda och covid-19 (2021)
[215] SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.
[216] Riksrevisionen. Riktade statsbidrag för socioekonomiskt utsatta områden (RiR 2020:14)

återrapporteringen från kommuner till uppföljande myndigheter. Därmed kommuniceras det inte heller vidare till regeringen, vilket gör att man riskerar att missa det som är specifikt för just de socioekonomiskt utsatta områdena.[217] Från bland annat dialogmöten har en liknande bild framkommit gällande t.ex. svårigheter att rekrytera erfarna medarbetare och skapa kontinuitet i personalgruppen.[218]

Rekrytera och behålla personal i socioekonomiskt utsatta områden

Riksrevisionen lyfter i en rapport att arbetsbördan beskrivs vara större i socioekonomiskt svaga områden eftersom vårdbehovet hos befolkningen är större och att detta i sin tur kan ge upphov till att primärvården i dessa områden anlitar hyrläkare i större utsträckning[219]. Den större vårdtyngden, behov av samverkan med andra aktörer i samhället, språksvårigheter som försvårar kommunikationen mellan patienter och personal och större vårdtyngd hos patientgruppen i primärvård i socioekonomiskt utsatta områden har ytterligare lyfts i en debattartikel och nyhetsrapportering från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) som bidragande faktorer som försvårar en stabil kompetensförsörjning[220]. Det är även faktorer som lyfts i dialogmöten inom detta uppdrag och det finns behov av att utveckla arbetssätt och stödfunktioner i socioekonomiskt utsatta områden eftersom förhållandena oftare kräver en hög grad av samverkan med andra samhällsfunktioner för att avlasta hälso- och sjukvårdpersonalen. I dialog med Malmö stad betonas bland annat VFU:s roll för rekrytering, vikten av en stabilitet bland legitimerade personal i verksamheter samt goda arbetsvillkor för att främja attraktionen till svårrekryterade tjänster. [221]

Riksrevisionen har vidare konstaterat att riktade statsbidrag i syfte att stärka kompetensförsörjningen i socioekonomiskt utsatta områden har visat sig vara svårt. En förklaring som gavs var att det, trots ökade medel, är svårt att rekrytera personal till områdena. På grund av en stor personalomsättning märks de statliga insatserna inte av, trots att intentionen att stärka bemanningen egentligen var efterfrågade. [222]

I internationella studier gällande rekrytering av hälso- och sjukvårdpersonal till primärvård i socioekonomiskt utsatta områden lyfts följande framgångsfaktorer: att bredda rekryteringen till medicinska utbildningar för att få ökad spridning i grupper med socioekonomiskt varierad bakgrund, då det troligen förbättrar kompetensförsörjningen till resurssvaga områden.[223] Att under studenters utbildningstid låta dem förberedas och uppmuntras till att arbeta i resurssvagare områden kan visa sig förbättra tillgängligheten för

[217] Riksrevisionen. Riktade statsbidrag för socioekonomiskt utsatta områden (RiR 2020:14)
[218] Dialogmöten med Malmö stad, Malmö universitet, Bergsjön vårdcentral
[219] Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov och efterfrågan? (RiR 2014:22)
[220] Läkartidningen, SFAM:s ordförande i protest, nyhet 4-5/2021.
[221] Dialogmöten med Malmö stad, Malmö universitet, Bergsjön vårdcentral
[222] Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov och efterfrågan? (RiR 2014:22)
[223] Puddey, I. B., et al. "Impact of medical student origins on the likelihood of ultimately practicing in areas of low vs high socio-economic status." BMC Med Educ 17(1): 1. (2017).

patienterna[224]. Vad som även lyfts i studier från Australien[225] är betydelsen av balans mellan arbetsliv och privatliv för betydelsen av rekrytering av personal, och att begränsade karriärvägar var en vanlig orsak till att personalen söker sig bort från primärvård i socioekonomiskt svaga områden samt i landsbygd. I en studie från USA framkom att ekonomiska incitament och speciella träningsprogram för personer med exempelvis bakgrund från resurssvaga områden eller landsbygd kunde gynna kompetensförsörjningen i dessa områden.[226] En annan studie lyfte personliga egenskaper i form av motivationskällor: personer som valde att arbeta i resurssvaga områden drevs i högre grad av motivation i form av personligt uppdrag eller identifikation än exempelvis läkare som inte jobbade i socioekonomiskt svaga områden. En slutsats från studien var att ta hänsyn till och identifiera motivationsfaktorer samt att balans mellan arbetsliv och privatliv bidrar till att behålla personal.[227]

Intervjuade verksamhetschefer i socioekonomiskt utsatta områden

Tre av de verksamheter som ingått i intervjuundersökningen ligger i områden med socioekonomiska utmaningar i enlighet med Delegationen mot segregations och SCB:s områdesindelning utifrån socioekonomiska förutsättningar.[228] Enligt de intervjuade verksamhetscheferna påverkar verksamheternas läge delvis möjligheterna till rekrytering, främst för att det finns en oro att söka sig till dessa områden utifrån den bild av området som presenteras i medierna. När en medarbetare väl kommer till verksamheten brukar oftast bilden ändras. Samtidigt kan placeringen i ett socioekonomiskt utsatt område innebära en ökad arbetsbörda, särskilt för vissa yrkesgrupper, eftersom vårdbehovet hos patienterna tenderar att vara större.[229] För hälso- och sjukvårdspersonal i dessa områden innebär det ofta en särskilt pressad arbetssituation där det bland annat ställs höga krav på samverkan med exempelvis förskolor och socialtjänst.

De intervjuade verksamhetscheferna beskriver också att det kan ställa krav på annan kompetens, t.ex. psykologisk traumakompetens. Det handlar också om andra krav på både arbetssätt och förhållningssätt, vilket ställer krav på en flexibilitet hos medarbetarna. Det kan bl.a. handla om mer omfattande information till patienterna och att arbeta med drop-in-tider.

Ett viktigt perspektiv som lyfts i intervjuerna är också att de allra flesta som söker sig till arbete inom vården gör det för att de har en drivkraft att vilja hjälpa människor, vilket i sin tur kan innebära att det snarare lockar än avskräcker att söka sig till verksamheter som ligger i socioekonomiskt utsatta

[224] Roy, V., et al. (2015). "Urban underserved program: an analysis of factors affecting practice outcomes." Fam Med 47(5): 373-377.
[225] Whitford, D., et al. (2012). "The South Australian Allied Health Workforce survey: helping to fill the evidence gap in primary health workforce planning." Aust J Prim Health 18(3): 234-241.
[226] Goodfellow A, Ulloa JG, Dowling PT, Talamantes E, Chheda S, Bone C, Moreno G. "Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban or Rural Areas in the United States: A Systematic Literature Review." Acad Med. 2016 Sep;91(9):1313-21.
[227] Walker, K. O., et al. (2010). "Recruiting and Retaining Primary Care Physicians in Urban Underserved Communities: The Importance of Having a Mission to Serve." American Journal of Public Health 100(11): 2168-2175.
[228] Delegationen mot segregation. Segregation i Sverige – årsrapport 2021 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling (2021)
[229] Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov och efterfrågan? (RiR 2014:22).

områden. En verksamhetschef uttrycker dock att det kan vara svårt att hitta dessa personer.

För att behålla engagemanget hos personal beskriver de intervjuade verksamhetscheferna att det både handlar om större faktorer som att säkerställa tillräckliga resurser och tillräcklig bemanning, men också om konkreta åtgärder som exempelvis att ha en god tillgång till tolkar för möten med patienter som inte pratar svenska. På en vårdcentral har man t.ex. tillsvidareanställt ett antal tolkar som alltid finns tillgängliga i verksamheten.

Exempel på insatser för förbättrad kompetensförsörjning i socioekonomiskt utsatta områden

Nedanstående exempel har framkommit från kartläggning av regioners egna exempel på insatser gällande kompetensförsörjning i socioekonomiskt utsatta områden.

Verksamhetsförlagd utbildning (VFU), flera regioner

Flera regioner lyfter fram att VFU ses som en viktig kanal för regioner och kommuners rekrytering till primärvården, det lyfts bland annat som initiativ i kompetensförsörjningsplaner. Exempelvis har Uppsala kommun nyttjat VFU för att locka studenter till arbete i utsatta områden, det ger dem både erfarenhet av arbetet och skapar kontakter inför anställning.

Områdestillägg i socioekonomiskt utsatta områden, Region Uppsala

Primärvården inom Uppsala län har sedan 2000 haft ett så kallat områdestillägg till tillsvidareanställda specialister i allmänmedicin och ST-läkare i allmänmedicin som arbetar i svårrekryterade områden utanför Uppsala tätort samt Gottsunda vårdcentral (socioekonomiskt tillägg). Tillägget är 3 000 kr eller 5 000 kr/mån för ST-läkare och 6 000 kr eller 10 000 kr/mån för specialistläkare.

Sammanfattning

Vad denna rapports kartläggning har sett som särskilda utmaningar för kompetensförsörjning i socioekonomiskt utsatta områden är följande:

- Ökad arbetsbörda för personal, utifrån exempelvis språksvårigheter mellan personal och patienter, högre vårdtyngd hos patienter och ökade krav på samverkan med andra samhällsfunktioner.
- Svårigheter att attrahera till områden som upplevs negativa från nyhetsrapportering.
- Ökade krav på kompetens hos hälso- och sjukvårdpersonal, exempelvis behov av psykologisk traumakompetens.

Åtgärder som lyfts upp som framgångsfaktorer är följande:

- Tid till samverkan med exempelvis socialtjänst.
- Olika former av stödstrukturer på arbetsplatsen, exempelvis fast anställda tolkar.
- Anpassade arbetssätt och förhållningssätt utifrån patienterna, exempelvis drop-in tider.
- Balans mellan arbetsliv och privatliv.
- Möjlighet till karriärvägar.
- Breddad rekrytering till medicinska utbildningar, för att få in personer som själva har bakgrund från socioekonomiskt utsatta områden.
- Under studenters utbildningstid arbeta i dessa områden, exempelvis under VFU/klinisk praktik.
- Lönetillägg/områdestillägg.

Sammanfattande kommentar om kompetensförsörjning i landsbygd respektive i socioekonomiskt utsatta områden

Utmaningarna för kompetensförsörjningen inom landsbygd respektive socioekonomiskt utsatta områden har flera gemensamma nämnare men förutsättningarna skiljer sig åt. Behovet av insatser för en hållbar kompetensförsörjning blir tydligt i områden som har större utmaningar med att attrahera och behålla personal och som ofta innebär exempelvis ökad arbetsbörda eller större krav på kompetens för hälso- och sjukvårdpersonal, vilket ofta blir fallet i både socioekonomiskt utsatta områden liksom i glesbefolkad landsbygd.

Exempel på insatser som lyfts fram för att gynna kompetensförsörjningen i landsbygd såväl som i socioekonomiskt utsatta områden är om personalen själv är uppväxt i liknande områden, fått positiva erfarenheter under grundutbildning eller vid fortbildning i exempelvis glesbygdsmedicin eller traumakompetens, betydelsen av en god arbetsmiljö och goda arbetsvillkor i exempelvis i form av möjlighet till kollegialt stöd, möjlighet till karriärvägar, balans mellan arbetsliv/privatliv, anpassade arbetssätt på arbetsplatser med exempelvis fast anställda tolkar och tid till möjlighet för samverkan. Andra

viktiga insatser som lyfts är att skapa goda förutsättningar för ledarskap och att säkerställa möjligheter för personalen att utvecklas i sin arbetsroll.

För att rekrytera och behålla personal i landsbygd tillkommer även förutsättningar för att leva i landsbygden. Exempelvis samhällets servicenivå, möjlighet för partner att få jobb, möjlighet till skolgång för barn, delaktighet i lokalsamhället m.m.

Överlag krävs förbättrade förutsättningar för att attrahera, rekrytera och behålla personal. Många av de insatser som krävs stämmer väl överens med det som redovisas i avsnittet arbetsmiljö, och som även går igen i exemplen ovan.

Sammantaget är det flera faktorer som spelar in vid rekrytering och behålla personal. Ingen enstaka insats kan sägas vara tydligast mest effektiv, utan snarare verkar det handla om flera olika faktorer som spelar in. Kontentan blir att det är olika typer av åtgärder som krävs både för individen och den enskildes arbetsplatser samt på strukturell nivå lokalt, regionalt och nationellt, för att skapa goda förutsättningar för kompetensförsörjning i landsbygd eller i socioekonomiskt utsatta områden.

Referenser

Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D. et al. (2020) Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. Hum Resour Health 18, 63. https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x

Anell. A (2020) Vården är värd en bättre styrning. Studieförbundet näringsliv och samhälle (SNS).

Arbetsmiljöverket/SCB (2020:2) Arbetsmiljön 2019.

Barbopoulos A, Clark JM (2003) Practising Psychology in Rural Settings: Issues and Guidelines. Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 44(4):410.

Centrum för arbets- och miljömedicin (2019). Arbetsmiljön i primärvården – intervjuer med läkare och sjuksköterskor. Johansson G et al, Region Stockholm.

Couch A, Menz HB, Coker F, White J, Haines T, Williams C. (2021). Factors that influence workplace location choices in the different allied health professions: A systematic review. Rural Health. 00:1–12.

Delegationen mot segregation (Delmos). Segregationsbarometern. Hämtad på https://segregationsbarometern.delmos.se/

Delegationen mot segregation (Delmos). Segregation i Sverige – årsrapport 2021 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling, 2021

Dir. 2020:142. En äldreomsorgslag. Kommittédirektiv från Socialdepartementet

Dir. 2021:44. Utökade möjligheter att upprätthålla en god arbetsmiljö

Folkhälsomyndigheten (2019). Faktablad Utbildning och hälsa – hur hänger de ihop? 2019.

Folkhälsomyndigheten (2019). Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige, 2019-01-24.

Folkhälsomyndigheten (2021). Utrikesfödda och covid-19, 2021.

Fysioterapeuterna (2018). Interprofessionellt samarbete i primärvården, Fysioterapi 3

Goodfellow A, Ulloa JG, Dowling PT, Talamantes E, Chheda S, Bone C, Moreno G. (2016). Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban or Rural Areas in the United States: A Systematic Literature Review. Acad Med. Sep;91(9):1313-21.

Jämställdhetsmyndigheten (2022). Val efter eget kön, en kunskapssammanställning om könsskillnader i utbildningsval, rapport 2022:4

Johansson G, Sanches Bengtsson S, Jacobaeus A, Burström B, Taloyan M, Andersson E (2019) Arbetsmiljön i primärvården – intervjuer med läkare och sjuksköterskor. Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm.

Karasek, R.A, T. Theorell (2016) An ancient theory for a current problem [Review of the book Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life, Journal of Health and Social Sciences

Läkartidningen (2018). Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård? S 115: EX47

Läkartidningen 4-5/2021 SFAM:s ordförande i protest: För svårt att bedriva bra vård i utsatt område. Hämtad 2022-03-02 via https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2021/01/sfams-ordforande-i-protest-for-svart-att-bedriva-bra-vard-i-utsatt-omrade/

McIlwraith RD, Dyck KG, Holms VL, Carlson TE, Prober NG (2005) Manitoba's Rural and Northern Community-Based Training Program for Psychology Interns and Residents. Professional Psychology: Research and Practice. 2005;36(2):164.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014:7) En jämlik vård är möjlig?

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018:5) Allmän tillgång?

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020:5) Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021:1) Fast kontakt i primärvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021:11). Långt bort men nära.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021:8). Nära vård i sikte?

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022:1). Besök via nätet.

Nationella forskarskolan i allmänmedicin, Målsättning med Nationella forskarskolan i allmänmedicin, http://www.forskarskolanallmanmedicin.se/presentation/ citerad 21/4-2022

Nationella vårdkompetensrådet (2021). Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020, PM 2021:11

Olsson O, Rönn A (2014). ACG – förutsättningar för en nationell insats. Sveriges Kommuner och Regioner.

Proposition 1981/82:97. Hälso- och sjukvårdslagen m.m.

Proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Proposition 2000/01:71 Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar

Proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.

Proposition 2019/20:164 Inriktning för nära och tillgänglig vård
- en primärvårdsreform

Proposition 2020/21:60 Forskning, fri-het, framtid – kunskap och innovation för Sverige

Proposition 2021/22:1. Budgetpropositionen för 2022 - Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Proposition 2021/22:72. Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.

Puddey, I. B., et al. (2017). Impact of medical student origins on the likelihood of ultimately practicing in areas of low vs high socio-economic status. BMC Med Educ 17(1): 1.

Regeringskansliet (2019). En nationell strategi för life science N2019.06

Regeringskansliet, Mål för högskola och forskning, hämtad 2022-04-21 https://www.regeringen.se/regeringens-politik/hogskola-och-forskning/mal-for-hogskola-och-forskning/

Region Västerbotten. Rätt använd kompetens – Om vårdnära service i framtidens sjukvårdsorganisation. Erfarenheter från pilotprojekt vid Norrlands universitetssjukhus byggnad 26 Mars 2015-Mars 2016, hämtad via https://www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Slutrapport%20VNS.pdf

Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende universitet och högskolor

Riksrevisionen (2014). Primärvårdens styrning – efter behov och efterfrågan? (RiR 2014:22)

Riksrevisionen (2019). Det kommunala utjämningssystemet – behov av mer utjämning och bättre förvaltning. (RiR 2019:29).

Riksrevisionen (2020). Riktade statsbidrag för socioekonomiskt utsatta områden. (RiR 2020:14).

Riksrevisionen (2021). Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning, RiR 2021:1

Roy, V., et al. (2015). Urban underserved program: an analysis of factors affecting practice outcomes. Fam Med 47(5): 373-377.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2021). Kontinuitet i vården. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter. Rapport 329.

Statistiska centralbyrån (2021) Trender och Prognoser 2020

Statistiska centralbyrån (2022) Vilka utbildningar ger jobb? Arbetskraftsbarometern 2021

Statistiska centralbyrån. Care Need Index. Hämtad 2022-02-03 från https://www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/regionala-statistikprodukter/care-need-index-cni/

Statistiska centralbyrån. Medelarbetstid (överenskommen) per vecka för sysselsatta 15–74 år (AKU) efter näringsgren SNI2007 och kön. År 2021, Statistiska centralbyrån.

Statistiska centralbyrån och Universitetskanslersämbetet. Statistiskt meddelande. Studenter och examinerade på grundnivå och avancerad nivå 2019/20. (UF 20 SM 1801)

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och Svenska distriktsläkarföreningen (DLF). Fast läkare i praktiken, januari 2020. Hämtad 2022-03-14 på https://www.sfam.se/wp-content/uploads/2020/02/SFAM-DLF-fast-lakare-i-praktiken.pdf

Siegrist J, Starke S, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med. 2004; 58:1483–99

Siegrist J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. J Occup Health Psychol. 1996; 1:27–43

Sinnott C. Moxey, J. Marjanovic, S. Leach, B. Hocking, L. Ball, S. Georgiadis, A. Lamé, G. Willars, J. Dixon-Woods, M. (2021). What GPs do and what gets in their way: a mixed-methods study. British Journal of General Pratice. https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0357

Socialdepartementet (2021). God och nära vård 2021 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Diarienummer: S2021/00820

Socialdepartementet (2022). God och nära vård 2022 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Diarienummer: Diarienummer: S2022/00607

Socialstyrelsen (2018). Utvärdering av Universitetssjukvård - Strukturer och processer, Artikelnummer 2018-3-23

Socialstyrelsen (2019). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, Förstudie, 2019-2-17.

Socialstyrelsen (2020). Arbetssätt för jämlik vård. Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen. Artikelnummer 2020-2-6636.

Socialstyrelsen (2020). Att följa utvecklingen av en fast läkarkontakt. Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om uppföljning av omställning till en mer nära vård. Artikelnummer 2020-12-7054.

Socialstyrelsen (2020). Faktablad, Statistik om covid-19 patienters socioekonomi, 2020-12-01

Socialstyrelsen (2020). Stöd till implementering av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-3-7328.pdf

Socialstyrelsen (2020). Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Artikelnummer 2021-2-7223

Socialstyrelsen (2020). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.

Socialstyrelsen (2021). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2021. Artikelnummer 2021-2-7200

Socialstyrelsen (2021). Öppna jämförelser 2021. Kommunal hälso- och sjukvård. Artikelnummer 2021-6-7404

Socialstyrelsen (2021). Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, Artikelnummer 2021-2-7223

Socialstyrelsen (2022). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2022. Artikelnummer 2022-2-7759

SOU 2016:2. Effektiv vård - Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso-och sjukvården

SOU 2017:47. Nästa steg mot en mer jämlik hälsa.

SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform.

SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.

SOU 2018:77 Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter

SOU 2019:29. God och nära vård – vård i samverkan.

SOU 2019:42. Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet. Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård

SOU 2021:59. Vägen till ökad tillgänglighet.

SOU 2021:65 Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur

Stressforskningsinstitutets temablad. Arbetsorganisation & hälsa - Två modeller för psykosocial arbetsmiljöforskning, Stockholms universitet. Hämtad via https://www.stressforskning.su.se/polopoly_fs/1.230056.1604569838!/menu/standard/file/Arbetsorganisation%20och%20h%C3%A4lsa%20webb.pdf

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Utveckla arbetssätten – strategier för att använda kompetenser rätt inom hälso- och sjukvården.

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Samhället, patienterna och hälso- och sjukvården behöver klinisk forskning.

Sveriges Kommuner och Regioner (2021). Regionernas AT-planering 2021-2024

Sveriges Kommuner och Regioner (2022) PM Läkartillgång i primärvården

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Ekonomirapporten, oktober 2020 - Om kommunernas och regionernas ekonomi.

Sveriges Psykologförbund. Idé om en god och nära vård, 2018. Inkommen skrivelse till Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådets kansli.

Sveriges Radio. Fortsatt stor brist på sjukgymnaster i Jämtlands län, nyhet 2021-01-11.

Theorell T, Karasek, R (1990) Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life., N.Y. Basic Books.

Tillväxtverket. Kommunindelning 2021 städer och landsbygder. Hämtad på Tillväxtverket 2022-03-29, https://tillvaxtverket.se/statistik/regional-utveckling/regionala-indelningar/stader-och-landsbygder.html

Universitetskanslersämbetet (2020). Bedömargruppens yttrande granskning av Göteborgs universitets ansökan om tillstånd att utfärda läkarexamen, Reg. nr. 42-00593-19

Universitetskanslersämbetet (2020). Bedömargruppens yttrande granskning av Umeå universitets ansökan om tillstånd att utfärda läkarexamen, Reg. nr. 42-00593-19

Universitetskanslersämbetet (2020). Bedömargruppens yttrande granskning av Örebro universitets ansökan om tillstånd att utfärda läkarexamen, Reg. nr. 42-00593-19

Universitetskanslersämbetet. Hälso- och sjukvård samt social omsorg. Hämtad 2022-04-21via https://www.uka.se/statistik--analys/analys-och-uppfoljning/prognoser-for-behovet-av-hogskoleutbildade/halso--och-sjukvard-samt-social-omsorg.html

Universitetskanslersämbetet. Högskolan i siffror. Hämtad 2022-04-21 via https://www.uka.se/statistik--analys/hogskolan-i-siffror.html

Universitetskanslersämbetet. Jämställdhet i statistiken. Hämtad 2022-04-21 via https://www.uka.se/fakta-om-hogskolan/om-jamstalldhet/jamstalldhet-i-statistiken.html

Universitetskanslersämbetet. Prognoser för behovet av högskoleutbildade inom hälso- och sjukvård samt social omsorg. Hämtad via www.uka.se https://www.uka.se/statistik--analys/analys-och-uppfoljning/prognoser-for-behovet-av-hogskoleutbildade/halso--och-sjukvard-samt-social-omsorg.html

Universitetskanslersämbetet (2020). Uppföljning av rekryteringsmål för professorer 2017–2019

Universitetskanslersämbetet (2021). Årsrapport för universitet och högskolor 2021, 2021:17

Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2019/03056/FS).

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01)

Vårdhandboken, hämtad via www.vardhandboken.se; Teamarbete och kommunikation – översikt https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/samverkan-och-

kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/oversikt/#section-10523

Vetenskapsrådet (2021). Förutsättningar för kliniska studier under covid-19-pandemin, VR2104

Vetenskapsrådet (2021). Hur jämställt är det i högskolan? Kvinnors och mäns förutsättningar att bedriva forskning, VR2106

Vetenskapsrådet. Klinisk forskning i ALF-regionerna, hämtad 2022-04-21 via https://www.vr.se/uppdrag/klinisk-forskning/klinisk-forskning-i-alf-regionerna.html

Walker, K. O. Ryan G, Ramey R, Nunez FL, Beltran R, Splawn RG, Brown AF (2010). Recruiting and retaining primary care physicians in urban underserved communities: the importance of having a mission to serve. American Journal of Public Health 100(11): 2168-2175. doi: 10.2105/AJPH.2009.181669.

Whitford, D, Smith T, Newbury J.et al. (2012). The South Australian Allied Health Workforce survey: helping to fill the evidence gap in primary health workforce planning. Aust J Prim Health 18(3): 234-241. doi: 10.1071/PY11027. PMID: 23069367.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (2022). God och nära vård 2022 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Bilaga till regeringsbeslut 2022-01-27 nr. I:2

Bilaga 1 – Nationella vårdkompetensrådets uppdrag

Med syftet att stärka och formalisera samverkan om kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården inrättade regeringen den 1 januari 2020 ett nationellt vårdkompetensråd vid Socialstyrelsen. Nationella vårdkompetensrådets övergripande uppdrag är att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården och tandvården.

Nationella vårdkompetensrådet är ett rådgivande organ inom Socialstyrelsen, vars uppdrag framgår av Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. Rådet ska bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning genom att

1. göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven baserade på tillgängliga kunskapsunderlag och tillgängliggöra sammanställningar av kunskapsunderlag,
2. stödja beslutsfattare och andra berörda aktörer på nationell och regional nivå i frågor av betydelse för kompetensförsörjningen när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal,
3. åstadkomma samverkan mellan och föra dialog med berörda aktörer, och
4. stödja de sjukvårdsregionala råden.

Rådet med ett tillhörande kansli är placerat på Socialstyrelsen. Myndigheten ansvarar för administration, beredning och föredragning av ärenden och därmed sammanhängande uppgifter.

Rådet består av en ordförande och 13 andra ledamöter. Ordföranden ska ha kunskaper om såväl högskolesektorn som hälso- och sjukvårdssektorn. Av ledamöterna ska fem representera lärosätena, tre representera regionerna, två representera kommunerna, en representera Socialstyrelsen, en representera Universitetskanslersämbetet och en representera de sjukvårdsregionala råden. Ledamöterna i Nationella vårdkompetensrådet utses av regeringen för en bestämd tid. Med undantag för ordföranden utses ledamöterna i rådet på gemensamt förslag av Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet.

Bilaga 2 – Grundläggande bestämmelser för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens verksamhet är reglerad i en rad lagar, förordningar och föreskrifter. I detta avsnitt ges en kort redovisning av de bestämmelser för hälso- och sjukvården och primärvården som styr de områden som uppdraget handlar om.

Därefter ges även en beskrivning av vissa bestämmelser som rör krav på behörighet för att verka i vården för legitimationsyrkena. Syftet är att åskådliggöra att tillgången på personal är avhängig av både behörighets- och utbildningskrav, t.ex. är reglerna olika för personer som utbildat sig i Sverige och för dem som har utbildat sig utomlands.

Reglering av hälso- och sjukvård

Huvudmannen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård

Bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 §). Huvudmannen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. En vårdgivare är en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. (2 kap. 2–3 §§). Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. (4 kap. 1§)

En god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. (3 kap 1 § HSL)

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. (5 kap. 1–2 §§ HSL)

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. (7 kap 2 § HSL)

Regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt. (7 kap 2 a § HSL)

Bestämmelser om primärvården

Primärvård utgörs av hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. (2 kap. 6 § HSL)

Regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen.

Regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas. (7 kap 3 § HSL)

Vårdgaranti i primärvården

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar vilket bl.a. omfattar den som är bosatt inom och till den som stadigvarande vistas inom regionen enligt vad som framgår av bestämmelser i HSL 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården,
samt en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården (framgår av 9 kap. 1 § HSL).

Om regionen inte uppfyller garantin enligt 1 § 3 eller 4, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten (9 kap. 2 § HSL).

Primärvårdens grunduppdrag

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. (13 a kap. 1 § HSL)

Kommunens ansvar som huvudman

Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Kommunen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska. (11 kap. 2–4 §§)

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som krävs enligt bestämmelser i socialtjänstlagen, bl. a för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd, bostäder med särskild service anpassat efter personers behov av särskilt stöd (5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket) eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Detta framgår av 12 kap 1 § HSL.

Samverkan mellan huvudmännen för läkarmedverkan

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet, om en kommun ansvarar för vården. Regionen ska sluta avtal med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen. (16 kap 1§)

Vårdgivarens ansvar för en patientsäker vård

I patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL anges att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god

vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls (3 kap. 1 §).

Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. (3 kap. 9–10 §§ PSL)

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka moment som ska ingå i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (3 kap. 11 § PSL).

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. (6 kap. 1–2 §§ PSL)

Behörighetskrav och krav och mål för vissa högskoleutbildningar

I följande avsnitt redovisas inledningsvis bestämmelser om behörighetskrav för vissa av hälso- och sjukvårdens legitimationsyrken samt vissa krav i verksamheterna för anställning av t.ex. läkare och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Behörighetskraven utgör som sagt grunden för att verka i vården inom vissa yrken där viss reglering krävs. Behörighetskraven ser olika ut för olika legitimationsyrken samt beroende av om utbildningen är genomförd i Sverige eller utomlands. Behörighetsregleringen är därmed central att belysa eftersom den utgör villkor och förutsättningar för tillgång till personal i vården. För att belysa dessa frågor redovisas exempel från olika utbildningar och regleringar.

Behörighetskrav för personalen i hälso- och sjukvården

Vem får göra vad i hälso- och sjukvården

Personalen i hälso- och sjukvården ansvarar för att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § PSL). I övrigt finns det få

regler i svensk hälso- och sjukvård om vem som får göra vad. D v s få arbetsuppgifter är förbehållna endast vissa yrkesutövare. Vissa arbetsuppgifter är som sagt särskilt reglerade och får bara utföras av en viss yrkeskategori. Men de flesta arbetsuppgifter bestämmer verksamhetschefen (4 kap. 1–5 §§ HSL) vem som får utföra, baserat på den enskildes kompetens.

Det finns 22 legitimationsyrken i Sverige

För att få legitimation för ett av de 22 legitimationsyrken som finns i Sverige krävs högskoleutbildning i form av en yrkesexamen samt i vissa fall genomförd praktisk tjänstgöring eller andra krav (4 kap. 1 § PSL).

Ensamrätt till yrke

Även om få arbetsuppgifter i vården är reglerade, har apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare, ensamrätt till att utöva yrket. Det innebär att det krävs legitimation för yrket eller ett särskilt förordnande för att utöva det (4 kap. 4 § PSL).

Bestämmelser om läkare

Läkarlegitimation erhålls efter ansökan och efter avlagd läkarexamen. Omfattningen av läkarutbildningen uppgår till sex års heltidsstudier[230]. Läkarutbildningen har gjorts om och läkare kommer att kunna ansöka om legitimation direkt efter examen med den nya 6-åriga utbildningen som trädde i kraft den 1 juli 2021. Kravet på genomförd allmäntjänstgöring (AT) som tidigare var ett krav för att erhålla legitimation som läkare tas nu bort (4 kap 1 § PSL). Eftersom läkarutbildningen enligt bestämmelser före den 1 juli 2020 fortsatt kommer att pågå vid lärosätena kommer även AT att fortsätta att erbjudas under en övergångsperiod. Bestämmelser om praktisk tjänstgöring, även kallad allmäntjänstgöring (AT), framgår av patientsäkerhetslag och patientsäkerhetsförordningen.

Bestämmelser om sjuksköterskor

Specialistkompetens för sjuksköterskor

Om inte annat särskilt föreskrivs, får en sjuksköterska använda en titel som motsvaras av en specialistsjuksköterskeexamen endast om han eller hon har avlagt en sådan examen. (4 kap. 9 § PSL).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (11 kap. 4 § HSL). Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Olika vägar till legitimation för personer med utländsk utbildning

För personer med utbildning utanför EU/EES och Schweiz som vill arbeta i ett yrke i Sverige som Socialstyrelsen utfärdar legitimation för finns olika vägar till legitimation. För vissa yrken sammanblandas de delvis då det t.ex.

[230] Högskoleförordningen(1993:100).

för kompletterande läkarutbildning krävs att de sökande gjort Socialstyrelsens kunskapsprov. Dessa personer behöver också ofta göra VFU eller praktisk tjänstgöring (t.ex. AT).

Vägen via Socialstyrelsen

Socialstyrelsen erbjuder en väg till legitimation som ofta innefattar en utbildningsbedömning, ett kunskapsprov, kurs i svenska författningar och en praktisk tjänstgöring. Vägen varierar dock beroende på vilken legitimation det gäller.

Vägen via kompletterande utbildning

Universitet och högskolor har möjlighet att anordna kompletterande utbildning för personer med en avslutad utländsk utbildning motsvarande en svensk högskoleutbildning. Enligt förordningen (2008:1101) om högskoleutbildning som kompletterar avslutad utländsk utbildning är detta för att avlägga en examen som kan ges efter en högskoleutbildning som motsvarar den utländska utbildningen, få behörighet att i Sverige utöva ett yrke som den utländska utbildningen är relevant för eller få kunskaper för att i Sverige utöva ett yrke som den utländska utbildningen är relevant för. Inom hälso- och sjukvårdsområdet avsätter regeringen ca 125 miljoner kronor under 2022 för sådana utbildningar för läkare, sjuksköterska, tandläkare, barnmorska, fysioterapeut, apotekare, psykolog och biomedicinsk analytiker.

Villkor för vissa yrkesexamina och för den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU)

I det följande beskrivs villkor för vissa yrkesexamina i högskolan avseende VFU. VFU består av kurser och kursmoment som utgör krav för examen. En fungerande VFU utan flaskhalsar är en central del i framtidens tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal.

Examensbeskrivningar

För varje examen i högskolan anges i en examensbeskrivning vilka krav som ska uppfyllas för att erhålla examen. Examensbeskrivningarna finns i examensordningen i bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100) och delas in i generella examina och yrkesexamina. Yrkesexamina ligger till grund för legitimation. I examensbeskrivningarna formuleras utbildningens omfattning, mål och övriga krav. För varje examen anges ett övergripande mål. För legitimationsyrkena inom hälso- och sjukvården är det övergripande målet generellt att studenten ska visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet till respektive yrke.[231] Olika studieorganisatoriska och innehållsliga uppläggningar av utbildningen kan leda till samma mål, universitet och högskolor ska ha både frihet till och ansvar för valet av olika vägar till dessa mål.[232] Examensbeskrivningarna bör dessutom vara kortfattade och koncentrerade till det väsentliga. De bör vara långsiktigt hållbara i den meningen att

[231] Detta gäller dock inte för psykologexamen, då är det övergripande målet att studenten ska visa sådan kunskap och förmåga som krävs för att självständigt arbeta som psykolog och för att fullgöra föreskriven praktisk tjänstgöring (PTP) som fordras för att få behörighet som psykolog

[232] Prop. 1992/93:.Universitet och högskolor – Frihet för kvalitet.

de inte ska behöva ändras ofta. Förändringar av utbildningens innehåll bör i första hand ske på lärosätenas eget initiativ i dialog med studenter och relevanta avnämare.[233]

Reglering av verksamhetsförlagd utbildning

Den verksamhetsförlagda utbildningen regleras inte i någon större utsträckning i examensbeskrivningarna även om lärosätena själva ställer krav på genomförd VFU för att kunna få examen. För de flesta högskoleutbildningar inom hälso- och sjukvård saknas bestämmelser i examensbeskrivningen för hur stor del av utbildningen som ska utgöras av VFU. Trots detta finns det färdigheter och kompetenser som är krav för examen som studenterna utvecklar genom VFU.

Inom lärarutbildningarna, som i likhet med hälso- och sjukvårdsutbildningarna innehåller VFU, regleras omfattningen i förordning[234]. Där regleras bl.a. att högskolorna i den utsträckning det är möjligt ska förlägga den verksamhetsförlagda utbildningen inom verksamheter med olika förutsättningar samt att alla studenter ska fullgöra en så stor del som möjligt av sin verksamhetsförlagda utbildning vid en övningsskola eller övningsförskola.[235]

Yrkeskvalifikationsdirektivet är Europaparlamentets och europeiska rådets direktiv om erkännande av yrkeskvalifikationer. Syftet med yrkeskvalifikationsdirektivet är att underlätta för dem som vill utöva ett s.k. reglerat yrke i ett annat land än sitt hemland inom EU. När medlemsländerna ställer krav på viss kompetens för att få utföra viss verksamhet i landet innebär det i praktiken ett hinder för den fria rörligheten inom EU. Inskränkningar i den fria rörligheten kan rättfärdigas t.ex. av folkhälsoskäl eller konsumentskydd, förutsatt att inskränkningen inte diskriminerar och att den är proportionerlig i förhållande till sitt syfte. I förlängningen syftar direktivet till att öka rörligheten för personer och tjänster inom unionen och därigenom bidra till ökad sysselsättning och tillväxt inom EU.[236]

För vissa utbildningar finns det i yrkeskvalifikationsdirektivet reglerat hur omfattande den verksamhetsförlagda utbildningen ska vara. Kommissionen har lämnat ett motiverat yttrande till Sverige i november 2019. Kommissionen ansåg då inte att Sverige fullgjort sina skyldigheter enligt artiklarna 24.2 (läkare), 31.3 (sjuksköterskor), 34.2 (tandläkare) och 41.1 (barnmorskor) i yrkeskvalifikationsdirektivet eftersom antalet studietimmar för läkare, sjuksköterskor, tandläkare och barnmorskor inte anges tydligt i den nationella lagstiftningen. Efter det har regeringen beslutat om ändringar i examensbeskrivningarna för läkarexamen och tandläkarexamen.[237] För läkarexamen ska studenten ha fullgjort minst 5 500 timmars teoretisk och praktisk utbildning och för tandläkarutbildning minst 5 000 timmar. Regeringen har också

[233] Prop. 2004/05:162 Ny värld – ny högskola.

[234] Förordningen (2021:1335) om utbildning till lärare och förskollärare.

[235] En övningsskola eller övningsförskola är en eller flera skol- eller förskoleenheter inom grundskolan, gymnasieskolan, den kommunala vuxenutbildningen eller förskolan där ledning, organisation och undervisning såväl som kvalitets- och utvecklingsarbete håller god kvalitet, det finns så många lärare eller förskollärare som är handledare att var och en av dem handleder endast ett fåtal lärar- eller förskollärarstudenter, och handledarna har nödvändig lärar- eller förskollärarutbildning, minst 7,5 högskolepoäng inom området handledarskap eller motsvarande, och bedömts vara särskilt yrkesskickliga lärare eller förskollärare.

[236] Prop. 2015/16:44. Genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet

[237] Dir. 2021:26. Översyn av kraven för sjuksköterskeexamen och barnmorskeexamen

tillsatt en utredning som ska se över kraven för sjuksköterskeexamen och barnmorskeexamen i syfte att dels säkerställa att de minimikrav på utbildningarnas omfattning i antal timmar som finns i EU-rätten ska anges i författning, dels säkerställa att målen för de båda yrkesexamina svarar upp mot kompetensbehoven inom framtidens hälso- och sjukvård.[238]
Det finns också reglerat i examensbeskrivningen för apotekarexamen att studenten ska ha fullgjort sex månaders apotekspraktik, för psykoterapeutexamen att studenten under utbildningen ska ha haft deltidstjänstgöring med psykoterapeutiska uppgifter samt för specialistsjuksköterskeexamen att studenten ska ha fullgjort en verksamhetsförlagd del av utbildningen av en omfattning som är anpassad efter behovet för respektive inriktning.

Interprofessionellt samarbete mål för läkarexamen

En central del av arbetet i vården är ett välfungerande samarbete. Detta samarbete utgör även en del av lärandemomenten i hälso- och sjukvårdsutbildningarna.

I examensbeskrivningen för den reformerade sexåriga läkarexamen ingår examensmålet *att visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället*. Av förarbetena till reformen betonas att medarbetarskap, ledarskap och lärande är några av de mest centrala kärnkompetenserna för den yrkesverksamma läkaren.[239]

Specialiseringstjänstgöring (ST)

För att en legitimerad läkare ska uppnå specialistkompetens ska han eller hon förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivs för specialistkompetensen genom att genomgå specialiseringstjänstgöring under minst fem år och sex månader.[240] Specialiseringstjänstgöringen ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning. En legitimerad läkare, sjukhusfysiker eller tandläkare som har gått igenom viss vidareutbildning ska efter ansökan få bevis om specialistkompetens (4 kap. § 8 PSL).

Läkares specialisttjänstgöring styrs i första hand via mål. Eftersom ST är en målstyrd utbildning finns målbeskrivningar för de respektive specialiteterna. Enligt bestämmelserna ska ST-läkaren ha ett individuellt utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen för specialiteten respektive bastjänstgöringen. Utbildningsprogrammet är ett viktigt verktyg när läkares ST ska planeras och följas upp. [241]

Efter införandet av den nya läkarutbildningen följer att specialiseringstjänstgöringen ska inledas med bastjänstgöring (BT) under minst sex månader. BT ska endast genomföras en gång och behöver inte upprepas vid ytterligare specialisering. I specialiseringstjänstgöringen får meriter från utbildning som ligger till grund för en tidigare specialistkompetens eller från utbildning på forskarnivå tillgodoräknas. I BT får även meriter från annan relevant

[238] Dir. 2021:26. Översyn av kraven för sjuksköterskeexamen och barnmorskeexamen.
[239] U2018/02704/UH. En sexårig utbildning för läkarexamen.
[240] Av 4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
[241] Socialstyrelse. Stöd till handledarutbildning – Läkarnas ST (2021)

utbildning och andra relevanta kunskaper och färdigheter tillgodoräknas. Socialstyrelsen utfärdar intyg om godkänd bastjänstgöring.[242]

De läkare som har gjort svensk AT eller som hade påbörjat men inte slutfört en ST före den 1 juli 2021 kommer att kunna göra ST både enligt det gamla och nya systemet, medan övriga läkare som ska göra ST kommer att omfattas av de nya reglerna om ST inklusive BT.

I regionerna ska det finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring inklusive bastjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. [243] Under specialiseringstjänstgöringen arbetar läkaren under handledning, klinisk instruktion och deltar i kompletterande utbildning[244]. I regel krävs tjänstgöring inom flera olika vårdområden, vilket i praktiken innebär att ST genomförs hos flera olika vårdgivare[245].

[242] Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
[243] 10 kap. 5 § HSL.
[244] Socialstyrelsen riktlinjer och föreskrifter. Hämtad via https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20158-om-lakarnas-specialiseringstjanstgoring/
245 Region Stockholm, Utbildningsdirektiv

Bilaga 3 – Ersättningssystemets övergripande utformning i korthet

I det följande redovisas en kort sammanfattning av regionernas ersättningssystem på en övergripande nivå som är hämtad ur betänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42). En uttömmande och aktuell beskrivning av ersättningssystemet inom primärvården låter sig dock inte göras inom ramen för denna delredovisning. De senaste årens utveckling av digitala vårdbesök har inneburit förändringar i ersättningssystemet och regionerna tillämpar olika regelverk.

1. Uppdraget

I praktiken utgår regionernas styrning till stor del från uppdraget. Regionstyrelsen beslutar årligen om en regionplan som är det övergripande styrdokumentet för regionerna. Där anges mål, prioriteringar, uppdrag, budget och driftsramar. Planen omsätts av de politiska nämnderna och förvaltningen. Primärvården ska sedan 2010 organiseras i form av vårdvalssystem, med tillämpning av lagen (2008:962) om valfrihetssystem, vilket innebär att regionerna har någon form av beställar-utförarmodell. En central del i regionernas styrning av primärvården är därför uppdraget, dvs. vad som ingår i utförarens åtagande. Detta framgår av förfrågningsunderlaget (ibland synonymt med benämningen regelbok) där uppdraget framgår samt de krav och villkor som gäller.

2. Kostnadsansvaret

Med kostnadsansvar avses i vilken mån en enhet eller utförare har ett kostnadsansvar för t.ex. medicinsk service eller när patienten besöker en annan vårdgivare.

3. Ersättningsmodellen

Med ersättningsmodellen avses dels vilka ersättningsprinciper som används, t.ex. kapitering, dvs en fast ersättning per listad patient, eller prestationsbaserad ersättning, dels på vilket sätt principerna justeras genom viktning på olika sätt, t.ex. utifrån socioekonomi. Som utgångpunkt kan sägas att de tre huvudsakliga kategorierna av ersättning är antingen fast, rörlig eller målbaserad ersättning (eller någon kombination av dessa).

4. Ersättningsnivån

Med ersättningsnivån avses ersättningens storlek för olika delar i styrmodellen och vilken sammantagen resursram som finns för att bekosta vården.

5. Uppföljning

En ytterligare viktig aspekt av regionernas styrning är uppföljningen. Ökade krav på kostnadskontroll samt produktivitet och kvalitet har inneburit ett ökat

inslag av prestationsmätningar i vården på olika sätt. Tillgången till data från kvalitetsregister och andra datakällor har bidragit till detta. Långt ifrån all den prestationsmätning som görs av vårdens verksamheter används för ersättningssystemen. Det kan t.ex. i stället handla om att användas som ett stöd för verksamheter att utveckla arbetssätt.[246]

[246] Glenngård 2017a.

Bilaga 4 – Regionernas kompetensförsörjningsplaner

Tabell 11: Kompetensförsörjningsplaner per region

Region	Regionövergripande plan *Plan för hälso- och sjukvård/primärvård*	År	Primär-vård*
Region Blekinge	Kompetensförsörjningsstrategi för Blekinge *Ännu inget svar*	2018–2020	Inte alls
Region Dalarna	Handlingsplan kompetensförsörjning för Region Dalarna *Under framtagande/revidering*	2020–2030	Inte alls
Region Gotland	Strategisk plan för kompetensförsörjning Kompetensförsörjningsplan hälso- och sjukvårdsförvaltningen	2017–2021 2022–2023	Ja Till viss del
Region Gävleborg	*Under revidering*	-	
Region Halland	Kompetensförsörjningspolicy för Region Halland *Finns ingen specifik plan*	2017–2026	Till viss del
Region Jämtland-Härjedalen	Långsiktig plan för Region Jämtland Härjedalens Kompetensförsörjning *Ännu inget svar*	2020	Inte alls
Region Jönköping	Kompetensförsörjningsplan för Jönköpings län *Finns ingen specifik plan*	2018–2021	Till viss del
Region Kalmar	Handlingsprogram för kompetensförsörjning *Finns ingen specifik plan*	2020–2022	Till viss del
Region Kronoberg	Kompetensförsörjningsstrategi för Kronobergs län Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård	2016–2025 2017–2027	Inte alls Ja
Region Norrbotten	*Revideras/under framtagande* *Finns ingen specifik plan*		
Region Skåne	Region Skånes kompetensförsörjningsplan Kompetensförsörjningsplan Primärvården Skåne	2021–2022 2020–2023	Inte alls Ja
Region Stockholm	Kompetensförsörjning i Stockholms län Kompetensförsörjning: hälso- och sjukvården 2040 Mål och strategisk inriktning för primärvården i RS + Genomförandeplan för primärvårds-strategin	2050 2040 2019–2025 2019–2025	Inte alls Ja Ja Ja
Region Sörmland	Regional kompetensförsörjningsmodell *Finns ingen specifik plan*	2021	Inte alls
Region Uppsala	Kompetensförsörjningsrapporten 2021 *Ännu inget svar*	2021	Till viss del
Västra Götalands-regionen	Regiongemensam plan för kompetensförsörjning – Västra Götalandsregionen Kompetensförsörjningsplan Närhälsan	2020 2022	Ja Ja
Region Värmland	Strategisk kompetensförsörjningsplan *Under framtagande*	2021	Inte alls

Region	Regionövergripande plan *Plan för hälso- och sjukvård/primärvård*	År	Primär-vård*
Region Västerbotten	Kompetensförsörjningsplan för Västerbotten läns landsting Kompetensutbildningsplan Primärvården Västerbotten	2018–2019 2019–2024	Inte alls Ja
Region Västmanland	Kompetensförsörjningsplan *Samma som regionövergripande planen*	2021	Ja
Region Väster-norrland	Kompetensförsörjningsstrategi Kompetensförsörjningsplan Specialistvården	2020–2023 2020–2024	Inte alls Till viss del
Region Örebro	Regional handlingsplan för kompetensförsörj-ning *Finns ingen specifik plan*	2020–2024	Inte alls
Region Östergötland	Kompetensförsörjningsinventering *Under framtagande*	2020–2025	Till viss del

*I kolumnen anges i vilken grad primärvård ingår i kompetensförsörjningsplanen: Ja, till viss del, inte alls. Vinröd text = särskild plan för hälso- och sjukvård. Blå text = särskild plan för primärvård.

Av de 19 regioner som har en regionövergripande plan är det knappt hälften av dessa som lyfter primärvård i planen. Tre regioner har tydligt med primärvård och ytterligare fem regioner lyfter primärvård till viss del. Det är stora skillnader mellan regioner i hur nyanserat detta beskrivs.

Fyra regioner har en specifik kompetensförsörjningsplan för hälso- och sjukvård (vinröd text), tre av dessa inkluderar primärvård på något vis (Region Stockholm, Region Kronoberg, Region Gotland). Fyra regioner har en specifik plan för kompetensförsörjning inom primärvård (blå text: Region Skåne, Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Västerbotten). Två av dessa, Stockholm och Västra Götaland, de två största regionerna befolkningsmässigt, har även med primärvård i den regionövergripande kompetensförsörjningsplanen.

De allra flesta regioner hänvisar i sina kompetensförsörjningsplaner till de förändringsprogram eller satsningar som nu görs i omställningen mot en god och nära vård, där kompetensförsörjningsarbetet ses som en mycket viktig del. Det kan därmed vara så att de regioner som inte har en specifik kompetensförsörjningsplan inom hälso- och sjukvård kan ha valt att hantera dessa frågor inom ramen för god och nära vård-satsningar, exempelvis Region Uppsala.

Det är totalt tolv regioner som har regionövergripande kompetensförsörjningsplaner som inte inkluderar primärvård eller som helt saknar planer. Av dessa är det fem regioner som de facto har specifika planer för hälso- och sjukvård eller primärvård. Med andra ord är det sju regioner som saknar någon form av strategiska planer för kompetensförsörjning inom primärvård, dock har fem av dessa uppgett att de är under revidering/framtagande.

Bilaga 5 – Intervjuguide verksamhetschefer vårdcentraler/hälsocentraler

Bakgrundsfrågor

1. Vilken funktion/roll har du på er vård- eller hälsocentral?

   Exempel på kategorier som kan nämnas:

   - Verksamhetschef
   - Biträdande chef eller liknande
   - Specialist i allmänmedicin
   - Chefsläkare
   - Distriktssjuksköterska
   - Annan specialistsjuksköterska
   - Annan, ange vad

2. Ser ni er som en liten, mellanstor eller stor vårdcentral? Hur många anställda är ni?
3. Vilka yrkeskategorier finns i er verksamhet?

   Exempel på kategorier som kan nämnas:

   - Läkare (AT/ST/specialist)
   - Sjuksköterskor
   - Psykolog
   - Kurator
   - Arbetsterapeut
   - Fysioterapeut/sjukgymnast
   - Logoped

Övergripande frågor

4. Har ni någon kompetensförsörjningsstrategi som grund för ert arbete? Hur arbetar ni med kompetensförsörjning i er verksamhet? Gör ni någon särskild planering och uppföljning, särskilda insatser eller projekt?
5. Arbetar ni aktivt med att utveckla, motivera och behålla era medarbetare på något sätt? Kan ni ge exempel?
6. Arbetar ni aktivt på annat sätt med rekrytering annat än att utlysa tjänster?
7. Finns det generella svårigheter för er att rekrytera eller är det främst vissa tjänster/kompetenser? Vilka i så fall?

Kompetensutveckling på medarbetarnivå

8. Hur arbetar ni med medarbetares individuella kompetensutveckling?
9. Har ni avslutande samtal med medarbetare för att få en bild av bild av varför de avslutar sin tjänst? I så fall, om någon av medarbetarna har bytt till annan bransch än primärvård (exempelvis företagshälsovård, skolhälsovård el dyl), har de i er dialog angett skäl till varför de inte vill fortsätta i primärvård?
10. Hur ser möjligheterna ut för era medarbetare till fortbildning och kompetensutveckling?
11. Är det möjligt för dig/era medarbetare att medverka i högskoleutbildning och/eller forskning som del av tjänsten? På vilket sätt?

Geografisk rörlighet och rekrytering till socialt utsatta områden och glesbygd

12. *Om enheten är med i urvalet för att den ligger i ett socioekonomiskt utsatt område:*

    Ligger er vård- eller hälsocentralen inom ett socioekonomiskt utsatt område?

    - Om ja: hur påverkar det er rekrytering och att behålla medarbetare? Andra viktiga aspekter som påverkas av att ni ligger inom ett socioekonomiskt utsatt område?
    - Genomför ni några särskilda insatser för att rekrytera och behålla medarbetare utifrån detta perspektiv?

13. *Om enheten ligger i glesbygd:*

    Hur påverkar det er rekrytering och möjlighet att behålla medarbetare att vara placerad i landsbygd/glesbygd? Genomför ni några särskilda insatser för att rekrytera och behålla medarbetare utifrån detta perspektiv?

14. Känner du till om regionen/bolaget bedriver särskilda insatser för att främja en geografisk rörlighet och rekrytering till glesbygd eller socioekonomiskt utsatta områden i er region?

Organisation och arbetssätt

15. Arbetar ni enligt något särskilt arbetssätt eller organiserar er på något särskilt sätt som du tror påverkar er möjlighet att rekrytera och behålla medarbetare?

    Exempel på arbetssätt att fråga efter:

    - Hur organiseras läkarnas arbete för att säkra kontinuitet för patienterna? Har läkarna egna listor med patienter? I så fall – hur många patienter har varje läkare på sin lista?
    - Arbetar ni uttalat i team? På vilket sätt?
    - Hur arbetar ni med handledning av ST-läkare? Arbetar ni efter någon särskild metod?

Avslutning

16. Har du något annat medskick du vill ge oss, som rör kompetensförsörjning inom primärvård?

Nationella vårdkompetensrådet är ett rådgivande organ med representanter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet, som har inrättats på uppdrag av regeringen.

Rådets uppdrag är att göra bedömningar av kompetensbehoven och att stödja och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå.

www.nationellavardkompetensradet.se

Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. Genom samarbete, oberoende experter och pålitlig kunskap styr, stödjer och utvecklar vi hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

www.socialstyrelsen.se

Nationella vårdkompetensrådet

Socialstyrelsen