



Framtidens vårdkompetens

Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov

**FRAMTIDENS
VÅRDKOMPETENS** 

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens och Universitetskanslersämbetets webbplatser samt på webbplatsen Framtidens vårdkompetens. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Socialstyrelsens
artikelnummer 2019-8-6244
Universitets-
kanslersämbetets
rapportnummer 2019:16

Omslag Foto: Folio
Publicerad www.socialstyrelsen.se, www.uka.se,
www.framtidensvardkompetens.se;
augusti 2019

Förord

Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har haft ett gemensamt regeringsuppdrag om samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården. Uppdraget har omfattat att analysera och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt. I uppdraget har också ingått att så långt det är möjligt säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården, oavsett driftsform eller huvudman.

I arbetet med uppdraget har vi samarbetat och fört dialog med bland annat företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän, universitet och högskolor, privata vårdgivare, professions-, arbetstagar-, patient- och studentorganisationer, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges universitets- och högskoleförbund, Arbetsförmedlingen och Statistiska centralbyrån.

Rapportens förslag syftar till att bidra till en stärkt sektorsövergripande samordning om kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården. Rapporten riktar sig särskilt till regeringen och beslutsfattare på regional och lokal nivå med ansvar för kompetensförsörjningsfrågor: regioner, kommuner och lärosäten som anordnar högskoleutbildningar till hälso- och sjukvårdsyrken. Rapporten riktar sig även till övriga aktörer som berörs av, bidrar till eller bidrar med kunskapsunderlag om kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.

Rapporten har utarbetats av utredarna Tomas Egeltoft, UKÄ och Viktoria Svensson, Socialstyrelsen. Avdelningschefen Annika Pontén, UKÄ, och enhetschefen Eva Wallin, Socialstyrelsen, har varit ansvariga chefer.

Olivia Wigzell
Generaldirektör Socialstyrelsen

Anders Söderholm
Generaldirektör UKÄ

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Inledning	8
Uppdraget.....	8
Några centrala begrepp.....	9
Disposition.....	9
Bakgrund till uppdraget och berörda aktörer	11
Genomförande	20
Befintlig samverkan och behov av en utvecklad samverkan om kompetensförsörjningen	24
Befintliga samverkansstrukturer	24
Behov av utvecklad samverkan om kompetensförsörjningen.....	32
Befintliga kunskapsunderlag om kompetensförsörjningen, behov av förbättrad tillgång på statistik och prognoser, samt genomförda utvecklingsprojekt	39
Befintlig statistik och prognoser	39
Behov av förbättrad tillgång på statistik och prognoser.....	41
Utvecklingsprojekt statistik och prognoser	43
Närliggande arbete som berör kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården	51
Förslag på utvecklad samverkan och förbättrade kunskapsunderlag	58
Förslag på samverkansarenor på nationell och sjukvårdsregional nivå.....	58
Förslag på utveckling av statistik och prognoser	71
Förslag på utveckling av digitala kanaler	72
Överväganden och diskussion	73
Kostnadskattningar	82
Referenser	83
Bilaga 1. Högskoleutbildningar till hälso- och sjukvårdsvyrken och de lärosäten som har examenstillstånd	87
Bilaga 2. Projektorganisation	88

Bilaga 3. Dialog med aktörer	89
Bilaga 4. Genomförda delarbeten	93
Bilaga 5. Aktörer som lämnat synpunkter på preliminärt förslag på samverkansarenor	94
Bilaga 6. Exempel på befintlig statistik, befintliga prognoser och andra kunskapsunderlag	95
Bilaga 7. Beräkningsgrunder kostnadsskattningar.....	100

Sammanfattning

Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har haft ett gemensamt regeringsuppdrag om samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården. Uppdraget har omfattat hur samverkansarenor på nationell och regional nivå kan utvecklas mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen, och hur en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården kan säkras långsiktigt.

Myndigheterna lägger i den här slutrapporten flera förslag som kan förbättra förutsättningarna för en effektivare kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården genom stärkt samverkan och samordning på både nationell och regional nivå: ett nationellt samverkansråd, en utvecklad samverkan i varje sjukvårdsregion samt förbättrade kunskapsunderlag som bidrar till en samsyn om kompetensförsörjningsbehoven på nationell och regional nivå.

Det finns en samsyn bland berörda aktörer – huvudmännen, lärosätena, de privata vårdgivarna, professions-, arbetstagar-, student- och patientorganisationerna, SKL och SUHF med flera – om att det behövs en stärkt och mer formaliserad samverkan om kompetensförsörjningsfrågor. För att bland annat hantera befintliga utmaningar med brist på många yrkesgrupper, dimensionering och utbud av utbildningar samt för att möta kompetensbehov för framtidens hälso- och sjukvård och vårdbehov, krävs ett effektivt samarbete mellan regioner, kommuner och lärosäten, som har ett särskilt ansvar för kompetensförsörjningen, i dialog med övriga aktörer.

Samverkan behöver stärkas på både nationell och sjukvårdsregional nivå, men bör utgå från befintlig samverkan och ta tillvara arbete som redan sker om kompetensförsörjningen och angränsande områden, till exempel den pågående omställningen till en nära vård och kunskapsstyrningen. På nationell nivå saknas en bred arena för samverkan mellan huvudmännen och lärosätena om kompetensförsörjningen. På sjukvårdsregional nivå finns samverkansarenor mellan regioner och lärosäten i nästan alla sjukvårdsregioner, men alla aktörer deltar inte och kommuner deltar i mycket liten omfattning.

En viktig förutsättning för en effektiv samverkan är att berörda aktörer har tillgång till en samlad bild av personal- och kompetensbehoven baserat på faktabaserade kunskapsunderlag. Relevant statistik och prognoser produceras av ett flertal aktörer, bland annat Socialstyrelsen, UKÄ, SCB, Arbetsförmedlingen, SKL med flera. Socialstyrelsen och UKÄ har i pilotstudier utvecklat statistikbaserade flödesbeskrivningar från utbildning till etablering på arbetsmarknaden för ett urval yrkesgrupper samt i samarbete med SCB utvecklat en särskilt anpassad prognosmodell för hälso- och sjukvården på nationell och sjukvårdsregional nivå.

Socialstyrelsen och UKÄ lägger följande förslag för att stärka samverkan om kompetensförsörjningen och för en förbättrad tillgång till kunskapsunderlag om kompetensbehoven i form av statistik och prognoser. Förslagen kan bidra till en effektivare planering av kompetensförsörjningen och till förbättrade förutsättningar för att lyckas med omställningen till framtidens hälso- och sjukvård.

- En utvecklad och formaliserad samverkan på nationell och sjukvårdsregional nivå där regioner, kommuner och lärosäten får ansvar för att samverka om kompetensförsörjningsfrågor som behöver hanteras gemensamt, med stöd av Socialstyrelsen och UKÄ.
- Samverkansstrukturerna utgörs av ett nytt rådgivande nationellt samverkansråd ("Nationellt råd för framtidens vårdkompetens") med ett tillhörande rådskansli som staten ansvarar för, med placering på Socialstyrelsen, samt sex sjukvårdsregionala råd, ett i varje sjukvårdsregion, som regioner och lärosäten gemensamt ansvarar för, i samarbete med kommunerna. Rådets arbete ska vara förenliga med befintliga ansvarsförhållanden. Syfte, mandat, uppgifter och sammansättning av råden föreslås.
- Det nationella rådets huvuduppgifter är att utifrån olika kunskapsunderlag göra samlade nationella bedömningar av kompetensbehoven, stödja arbetet på sjukvårdsregional nivå och också bidra med underlag för regeringens styrning av bland annat utbud, dimensionering av och mål för hälso- och sjukvårdsutbildningar på grundnivå och avancerad nivå. Dialog med övriga aktörer behöver ske.
- SCB producerar vart tredje år långsiktiga prognoser för tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdens högskoleutbildade och legitimerade yrkesgrupper på nationell och sjukvårdsregional nivå.
- Lärosätena i samarbete med UKÄ tar årligen fram kortsiktiga prognoser över utbildningsutbud och utbildningsvolymerna för samtliga högskoleutbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet.
- Socialstyrelsen och UKÄ producerar vart tredje år statistikbaserade flödesbeskrivningar från utbildning till etablering på arbetsmarknaden för prioriterade högskoleutbildade yrkesgrupper.
- Det nationella rådet sammanställer och synliggör befintliga kunskapsunderlag från olika aktörer – statistik, prognoser, analyser och relevant forskning – om kompetensförsörjningsbehoven.
- Det nationella rådet vidareutvecklar och förvaltar med stöd av rådskansliet digitala kanaler, för att samla och sprida information om statistik, prognoser och analyser från olika aktörer, sprida det nationella rådets arbete samt föra dialog med berörda aktörer.

Inledning

Uppdraget

Regeringen gav i juli 2016 i uppdrag (S2016/04992/FS) till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) att tillsammans analysera och föreslå hur samverkansarenor kan utvecklas långsiktigt på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. I uppgiften ingår att främja hur regionala strukturer för samverkan kan utvecklas.

Uppdraget omfattar även att säkerställa hur statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården, oavsett driftsform eller huvudman, kan utvecklas över tid. I framtagandet av statistiken ska myndigheterna beakta hur denna kan utgöra ett praktiskt användbart underlag för prognoser och därmed för huvudmännen i deras arbete med kompetensförsörjning samt universitets och högskolors arbete med dimensioneringen av hälso- och sjukvårdsutbildningarna.

Myndigheterna ska genomföra uppdraget i samarbete med berörda aktörer, bland annat företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän, universitet och högskolor, Arbetsförmedlingen, arbetsmarknadens aktörer och olika yrkesgrupper i hälso- och sjukvården, samt överväga hur patientorganisationer kan involveras i arbetet. Socialstyrelsen ska samordna sin del av uppdraget med det pågående uppdraget om att ge stöd till regionernas planering av kompetensförsörjning (Nationella planeringsstödet).

Myndigheterna ska varje år redovisa vidtagna åtgärder och aktiviteter till Regeringskansliet (Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet). Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 augusti 2019.

Omfattning och avgränsningar

Kompetensförsörjningen i offentlig och privat hälso- och sjukvård, tandvård samt kommunal hälso- och sjukvård omfattas av uppdraget.

Socialstyrelsen och UKÄ har avgränsat uppdraget till att omfatta hälso- och sjukvårdsutbildningar på högskolenivå och de yrken som kräver högskoleutbildning för verksamhet inom hälso- och sjukvård. I dagsläget är det 22 utbildningar och yrken, och i bilaga 1 finns en sammanställning över dessa och vilka lärosäten som har examenstillstånd för respektive examen.

Ytterligare en avgränsning som gjorts i uppdraget är att vidareutbildning som lärosätena inte ansvarar för idag inte har ingått. Detta medför att samverkan om läkarnas allmän- tjänstgöring (AT) och specialiseringstjänstgöring (ST) samt tandläkarnas ST inte ingår i ett första steg. När den nya läkarutbildningen införs kommer det däremot att finnas behov av samarbete mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdens huvudmän under hela läkarutbildningen inklusive läkarnas bas- och specialiseringstjänstgöring.

Några centrala begrepp

Några begrepp som är centrala i detta uppdrag definieras här: kompetensförsörjning och samverkan. Här preciseras också vad som avses med begreppen regioner samt regional respektive sjukvårdsregional nivå i denna rapport.

Kompetensförsörjning är ett brett begrepp och omfattar även att analysera kompetensbehov, utbilda, rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens samt analysera hur medarbetarnas tid och kompetens används. Rikstermbankens definition av kompetensförsörjning är att "på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens".

Samverkan innebär enligt Socialstyrelsens termbank "övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte". Samverkan kan ske inom och mellan till exempel enheter, myndigheter och samhällsaktörer och kan till exempel gälla aktivt utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter. Sveriges universitets- och högskoleförbund (SUHF) har i en skrift formulerat utgångspunkter och principer för lärosätenas samverkan med det omgivande samhället [1].

Eftersom alla landsting från 1 januari 2019 tagit över ansvar för regionalt tillväxtarbete i sina län och i samband med detta ändrat namn till region, så används begreppet *regioner* genomgående, förutom i textavsnitt som refererar till lagstiftning där fortsatt landsting används. Arbete eller samverkan på *regional nivå* används dels som ett samlingsbegrepp för att beteckna arbete som sker antingen inom antingen en sjukvårdsregion eller inom en region, dels för samverkan mellan enskilda regioner, lärosäten och kommuner. Samverkan på *sjukvårdsregional nivå* används för att tydliggöra när samverkan avser aktörer inom en sjukvårdsregion, till exempel mellan flera regioner och lärosäten inom en sjukvårdsregion. Med arbete på *regional eller lokal nivå* avses arbete vid enskilda regioner, kommuner eller lärosäten.

Disposition

Rapportens disposition följer uppdragets två huvuddelar om en stärkt samverkan och en förbättrad tillgång på statistik och prognoser. Rapporten inleds med en bakgrundsbeskrivning, och därefter följer beskrivningar av det kartläggnings-, analys- och utvecklingsarbete som har bedrivits i uppdraget och som ligger till grund för de förslag som myndigheterna lägger i rapporten. Efter en genomgång av annat närliggande arbete som berör kompetensförsörjningen, så presenteras rapportens huvudkapitel – *Förslag på utvecklad samverkan och förbättrade kunskapsunderlag*. Rapporten avslutas med diskussion och redovisning av kostnadsskattningar för våra förslag.

Bakgrundskapitlet beskriver utmaningar med kompetensförsörjningen och vad som sagts i tidigare utredningar om behov av ökad samverkan. Kapitlet innehåller även juridiska utgångspunkter för hälso- och sjukvårdens och högskolans ansvar för kompetensförsörjningen och för samverkan samt en beskrivning av vilka huvudaktörerna och de övriga aktörerna är.

I två kapitel om samverkan och kunskapsunderlag beskrivs vad som redan finns baserat på genomförda kartläggningar, samt behovsanalyser som grundar sig på dialog med berörda

aktörer. Det första av dessa kapitel beskriver befintliga samverkansarenor, primärt mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän och lärosäten, samt behov av hur samverkan behöver utvecklas. Nästkommande kapitel beskriver på motsvarande sätt befintlig statistik och prognoser och utvecklingsbehov för dessa kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehoven, samt det utvecklingsarbete som bedrivits i uppdraget för att förbättra och komplettera befintlig statistik och prognoser. Innan våra förslag presenteras följer ett kapitel där statliga utredningar, andra regeringsuppdrag och annat pågående arbete som berör kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården beskrivs.

Rapportens huvudkapitel, *Förslag på utvecklad samverkan och förbättrade kunskapsunderlag*, innehåller våra förslag på utvecklade samverkansstrukturer på nationell och sjukvårdsregional nivå samt på förbättrade och mer samordnade kunskapsunderlag om kompetensbehoven. Därefter följer ett diskussionskapitel som bland annat redogör för överväganden som gjorts i utformningen av våra förslag och ställningstagande till angränsande förslag från några statliga utredningar. Avslutningsvis beskrivs kostnadskattningar för våra förslag. I bilagorna finns en bland annat en sammanställning över berörda högskoleutbildningar inom området och vilka lärosäten som har examenstillstånd för dessa, en förteckning över genomförda delarbeten, varav de flesta har publicerats löpande under arbetet med uppdraget, en redogörelse för vilka aktörer som har lämnat synpunkter på det tidigare publicerade utkastet på förslag om samverkansarenor samt en sammanställning av befintlig statistik och prognoser som produceras av olika aktörer.

Bakgrund till uppdraget och berörda aktörer

Kompetensförsörjningen är en av vårdens stora utmaningar, både här och nu och för att möta behoven framåt. En väl fungerande hälso- och sjukvård förutsätter en utveckling driven av forskning och med ett väldimensionerat utbildningssystem, som kan försörja vården med tillräckligt många medarbetare med rätt utbildning och som genom goda förutsättningar med en kontinuerlig kompetensutveckling och effektiva arbetsätt kan ge en god och säker vård. Det är alltså viktigt med ett systemperspektiv på både utbildningsanordnarnas och huvudmännens planering av kompetensförsörjningen för den framtida hälso- och sjukvården.

Det här kapitlet ger en bakgrund till arbetet med uppdraget. Utmaningarna med kompetensförsörjningen, både i dag och i framtiden, beskrivs mer detaljerat, liksom vad tidigare utredningar har konstaterat om behovet av ökad samverkan mellan olika aktörer för att hantera utmaningarna. Kapitlet tar också upp vikten av bra kunskapsunderlag om kompetensbehoven, liksom komplexiteten i den här uppgiften på grund av det stora antal faktorer som påverkar både tillgång och efterfrågan på kompetens. Slutligen beskrivs hälso- och sjukvårdens och högskolans ansvar för kompetensförsörjningen samt vilka berörda aktörer är.

Utmaningar för kompetensförsörjningen i en föränderlig hälso- och sjukvård

Bemanningsproblem och brist på rätt använd kompetens är stora utmaningar inom hälso- och sjukvården. Vårdens verksamheter har problem att rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och använda befintlig kompetens på ett effektivt sätt. Förutsättningarna skiljer sig dessutom åt mellan olika delar av landet och för olika verksamheter [2].

Utmaningar ur vårdens perspektiv

Socialstyrelsens planeringsverktyg *Nationella planeringsstödet* (NPS) rapporterar en brist inom många yrken, trots att antalet sysselsatta i hälso- och sjukvården i förhållande till befolkningmängden har ökat över tid för de flesta yrken [3]. En liknande bild ger SKL som rapporterar att antalet anställda inom hälso- och sjukvården i regionerna har ökat med cirka 7 procent de senaste fem åren, men rekryteringsläget till flera yrkesgrupper är ändå besvärligt [4]. Utmaningarna för vårdens kompetensförsörjning förstärks genom att stora pensionsavgångar väntar bland befintlig hälso- och sjukvårdspersonal [5] och av fortsatt höga sjukskrivningstal, även om sjukfrånvaron bland regionanställda minskade något 2017 [6]. Trots att Sverige har en hög personaltäthet jämfört med många andra länder och antalet sysselsatta ökar, så sjunker produktiviteten i hälso- och sjukvården [3, 7]. Effektivare arbetsätt och nya kompetenser kommer att krävas för att kunna möta kompetensförsörjningsbehoven framåt. NPS visar också att tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal är ojämnt fördelad över landet. Både regioner och privata vårdgivare har svårt att rekrytera personal till glesbygden. Även efterfrågan på olika yrkesgrupper varierar över landet, vilket bland annat kan påverkas av kompetenscentra som samlar yrkesgrupper på en ort [3].

Kompetensbehoven framåt är nära kopplade till de förändringar, krav och utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Under kommande år förväntas vårdbehoven öka till följd av en åldrande befolkning och fler personer med kroniska sjukdomar [5, 8]. Hälso- och sjukvården kan behöva öka fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i samverkan med andra aktörer, vilket ställer krav på ökad kunskap om detta i vården [9]. Andra stora utmaningar för vården berör patientsäkerhetsproblem och fragmenterade vårdprocesser med bristande helhetsperspektiv på patienten. Att möta de här utmaningarna kan kräva en väl fungerande planering av både bemanning, kontinuerlig kompetensutveckling och effektiva arbetssätt [10].

Pågående strukturella förändringar av vården påverkar också förutsättningarna för kompetensförsörjningen på många sätt framöver. Det handlar bland annat om förstärkningen av den nära vården, nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården, ökade behov av hemsjukvård samt förändrade arbetssätt för en mer personcentrerad, samordnad, digital och preventionsinriktad hälso- och sjukvård. Digitaliseringen av vården innebär stora möjligheter genom bland annat integrerade vårdinformationssystem, ökad digital kompetens, digitala vårdtjänster och bättre utnyttjande av patientdata. Det kan däremot komma att krävas en omställning av vårdens organisation, styrning och arbetssätt för att få bäst effekt av digitaliseringens möjligheter [2, 11, 12].

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är omfattande och expanderande, eftersom allt fler får vård och omsorg i ordinarie boende. Den kommunala hemsjukvården omfattar alltför många äldre med komplexa vårdbehov och alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser, bland annat till följd av att patienter skrivs ut snabbare från sjukhusen och att de tekniska möjligheterna att ge vård i hemmet har ökat [13]. En sådan utveckling där personalen utför mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser ställer krav på personalresurser och kompetens. Dessutom är behoven av samordnade insatser från flera utförare vanliga, vilket medför krav på samverkan med både socialtjänst och regioner.

Till skillnad från hälso- och sjukvården har tandvården ett ersättningssystem som innebär att patienten i avsevärt högre grad betalar för tandvården, även om det statligt finansierade tandvårdsstödet ger ersättning under vissa förutsättningar. En stor andel av tandvården utgörs av privata verksamheter; omkring hälften av tandläkarna och tandhygienisterna är verksamma inom den privata sektorn. Den offentliga folktandvården utför merparten av barn- och ungdomstandvården, medan privattandvården utför största delen av vuxentandvården. Kompetensförsörjningsutmaningar är bland annat en ojämn tillgång till resurser över landet och ett ojämnt nyttjande av offentlig respektive privat tandvård. Bristande samverkan mellan tandvården och resten av hälso- och sjukvården är också ett problem [14].

Utmaningar ur högskolans perspektiv

Utbildning och forskning är lärosätenas två huvuduppgifter, och att dessa utförs med hög kvalitet är viktiga drivkrafter för en gynnsam utveckling i en föränderlig hälso- och sjukvård. När det gäller lärosätenas utbildningsutbud och utbildningsdimensionering är det en stor utmaning att förena lärosätenas nationella ansvar samt regionernas och kommunernas ansvar med sina nuvarande och framtida lokala behov av olika högskoleutbildade yrkesgrupper. Exempelvis är studenters val av utbildning, utbildningsort, arbetsort och arbetsplats osäkra och föränderliga över tid. Det är därför inte säkert att ett ökat antal utbildade inom ett visst område från ett specifikt lärosäte kommer att förbättra en viss regions rekrytering av nya medarbetare. Det finns även kontinuerligt obalanser i dimensioneringen för vissa utbildningar, bland annat inom hälso- och sjukvårdsområdet [15].

För lärosätena är det en utmaning att utveckla forsknings- och utbildningsmiljöerna så att de stärker varandra. Forskningen kan utveckla och förnya utbildningarna och i förlängningen därmed också utvecklingen av hälso- och sjukvårdens verksamhet, samtidigt som denna verksamhet beforskas och ny kunskap skapas. Detta omfattar naturligt vetenskapsområden inom hälso- och sjukvårdsområdet men det är även en utmaning att inkludera andra, för hälso- och sjukvården relevanta områden, till exempel teknik-, AI- och organisationsområden.

Högskoleförordningens examensbeskrivningar är skrivna på ett generellt sätt, för att lärosätena ska kunna tillgodose behovet av vissa nya kompetenser genom att förändra innehållet i utbildnings- och kursplanerna. Om det finns behov av större förändringar som inte kan göras inom de befintliga utbildningarna, kan nya eller reviderade utbildningar skapas genom författningsändringar. Detta sker relativt regelbundet; den senaste förändringen är läkarexamen som förlängs med nya nationella examensmål för utbildningen.

En annan utmaning för lärosätena är att kunna behålla och vidareutveckla befintliga utbildningar. Det finns små men för hälso- och sjukvården helt nödvändiga yrkesgrupper, och det innebär i vissa fall svårigheter för lärosätena att kunna anordna utbildningar för dessa yrken. Svårigheterna beror ibland på ekonomi – det nuvarande ersättningssystemet bygger främst på antalet studenter och deras prestationer – men det kan även vara svårt att vidmakthålla den egna lärarförsörjningen.

Hur kan vi säkra attraktivitet, förändrade arbetsätt och långsiktig planering?

Ytterligare en utmaning för både högskolan och hälso- och sjukvården är att nu och i framtiden kunna attrahera människor att vilja att både utbilda sig och arbeta kvar inom hälso- och sjukvården. Det är fortfarande högt söktryck till vissa utbildningar som samtidigt ofta har hög examensfrekvens, men det finns även utbildningar där söktrycket och examensfrekvensen har sjunkit. En god arbetsmiljö, bra arbetsvillkor och möjligheter till fortbildning är några viktiga förutsättningar för att behålla och attrahera personal till hälso- och sjukvården.

Förändringstempot är högt, och många upplever att det blir allt svårare att planera för den kompetens som kommer att behövas i framtiden. Det finns stora behov av mer långsiktiga kompetensförsörjningsplaner för vården, utifrån prognoser för hälsa och sjuklighet i befolkningen, personaltillgång, migration med mera. Det långsiktiga behovet av kompetens i hälso- och sjukvården måste inte bara ta hänsyn till framtida förändringar i sjukdomspanoramat och vårdens innehåll, utan även till hur kompetensutveckling, arbetsätt och uppgiftsväxling kan utvecklas för en effektivare hälso- och sjukvård [11].

Tidigare utredningar har sett behov av en ökad samverkan

I betänkandet *Högre utbildning under tjugo år* [15] konstaterar utredaren att samhällets behov av utbildade för hälso- och sjukvården i dag inte tillfredsställs inom vårdutbildningarna. Utredaren framförde också att den systematiska dialogen och samverkan mellan högskoleutbildningens alla intressenter behöver förstärkas.

Betänkandet *Effektiv vård* [16] konstaterar att det för effektiviteten inom vården är viktigt att vissa utbildningsfrågor blir föremål för en betydligt tätare och mer formaliserad samverkan mellan staten, huvudmännen och företrädare för vårdens professioner. Frågor som

skulle kunna hanteras inom en sådan samverkan är bland annat utbildningarnas dimensionering och innehåll, övergripande kompetenskrav för vårdens professioner och utvecklingen av nya arbetssätt.

Det har alltså påpekats i flera olika sammanhang att det finns behov av ökad samverkan mellan olika aktörer när det gäller kompetensförsörjningsfrågor inom hälso- och sjukvården. Detta krävs för att få en bättre balans mellan tillgång och efterfrågan, för att uppnå en helhetssyn på utmaningar, möjligheter och ansvar samt för att gemensamt åstadkomma de förändringar som krävs för att möta befintliga och framtida utmaningar.

Bättre och samordnade kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehoven behövs

För en effektiv kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården behövs bra och aktuella fakta- och kunskapsunderlag både på övergripande och på mer detaljerad nivå, som är användbara för både lärosäten och hälso- och sjukvårdens huvudmän. Dessa underlag bör produceras regelbundet och med den frekvens som aktörerna behöver för planering, genomförande och uppföljning av sina respektive uppdrag.

Arbetet med att producera relevant statistik, prognoser och analyser bedrivs bland annat genom Socialstyrelsens uppdrag att varje år utveckla och publicera ett nationellt planeringsstöd samt genom Universitetskanslersämbetets statistik, prognoser och återkommande analyser. Även andra aktörer bidrar med statistik, prognoser och arbetsmarknadsbedömningar, som Statistiska centralbyrån (SCB), Arbetsförmedlingen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Även om det redan finns mycket relevant statistik och olika typer av prognoser, finns det ett stort behov av bättre samordning av olika underlag från olika aktörer och förbättrad tillgänglighet av underlagen. Det finns dessutom behov av att vidareutveckla den befintliga statistiken och prognoserna och de behöver anpassas så att de både ger relevanta övergripande och aktörsspecifika uppgifter. Det finns också forskning och beprövad erfarenhet inom olika områden som kan vara viktiga kunskapsunderlag för de olika aktörerna.

Tillgång och efterfrågan på personal i vården påverkas av många faktorer

Det är många faktorer som påverkar tillgången och efterfrågan på personal och kompetens i vården. Det här avsnittet redogör för en del av de faktorerna, för att belysa komplexiteten i att göra bedömningar av framtida kompetensförsörjningsbehov och hur de kan mötas. Faktorerna är uppdelade utifrån påverkan på tillgång samt efterfrågan på personal och kompetens [3].

Vårdens tillgång på personal påverkas både av lärosätenas förmåga att utbilda tillräckligt många, och av vårdens förmåga att attrahera och behålla personal. Antalet utbildade påverkas bland annat av lärosätenas utbildningsutbud, hur många faktiska utbildningsplatser inom respektive utbildning det finns och potentiella studenters intresse för att söka och antas till en utbildning. Andra faktorer som påverkar är högskolans möjligheter till sin egen lärarförsörjning, tillgången på praktikplatser och handledare, hur många som fullföljer utbildningen och tar en examen och hur lång den faktiska studietiden fram till examen är.

Tillgången på utbildade kan också påverkas av var utbildningsorterna är förlagda i förhållande till var i landet det råder brist på en viss yrkesgrupp. För vissa yrkesgrupper (bland annat läkare, tandläkare, apotekare och optiker) utgör utlandsutbildade, framförallt inom men även utanför EU eller EES ett viktigt tillskott på utbildade.

Vårdens tillgång på personal och kompetens påverkas också av yrkenas attraktivitet, som i sin tur påverkas av arbetsvillkor, arbetsmiljö och möjligheter till kompetensutveckling och kontinuerligt lärande. Samtidigt ger digitalisering, nya arbetssätt genom samarbete i interprofessionella team och arbetsuppgiftsväxling mellan yrkesgrupper möjligheter att bättra ta tillvara den befintliga personalens kompetens.

Efterfrågan på vårdpersonal påverkas av befolkningens vårdbehov och efterfrågan på vård, som i sin tur beror på både den demografiska utvecklingen och på medicinteknisk utveckling. Allt fler sjukdomar kan diagnosticeras och det går att behandla fler medicinska tillstånd än tidigare. En ökad kännedom och medvetenhet i befolkningen om olika hälsotillstånd kan också leda till ökad efterfrågan på vård. Vidare innebär migration och fortsatt urbanisering en större efterfrågan på hälso- och sjukvård i vissa delar av landet där det bor allt fler människor, men också att det finns en lägre tillgång på personal i glesbygdsområden.

Den pågående omställningen av hälso- och sjukvården påverkar också tillgången och efterfrågan på personal och kompetens, hur kompetensmixen behöver se ut och hur (geografiskt och organisatoriskt) resurser behöver fördelas. En förflyttning av hälso- och sjukvården från en mindre sluten till en mer öppen vård kommer att medföra att mer ansvar även läggs på den kommunala hälso- och sjukvården. Nivåstruktureringen av den högspecialiserade hälso- och sjukvården kan ytterligare komma att förändra behoven av personal. Transformeringsen av hälso- och sjukvården kommer troligtvis att leda till nya arbetssätt. Denna transformering sker också utifrån nya forskningsrön och ny kunskap som skapas inom olika forskningsområden.

Hälso- och sjukvårdens och högskolans ansvar för kompetensförsörjningen och samverkan

Här följer en sammanfattning av hälso- och sjukvårdens och högskolans ansvar för kompetensförsörjningsfrågor och för samverkan utifrån juridiska utgångspunkter.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för kompetensförsörjningen

Med hälso- och sjukvård avses bland annat åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL). Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Hälso- och sjukvårdens huvudmän, landstingen och kommunerna har ett delat ansvar för hälso- och sjukvården. Landstinget ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård bland annat åt den som är bosatt inom landstinget och för att i övrigt verka för en god hälsa hos befolkningen (8 kap. 1 § HSL). Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, dagverksamhet och kan ansvara för hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende och i så kallat biståndsbedömt trygghetsboende förutsätter att kommunen har kommit överens med landstinget om att ta över det ansvaret (12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL)¹. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården omfattar inte läkarresurser.

¹ Från och med 2014 ansvarar alla kommuner för hemsjukvården förutom de i Stockholms län (Norrtälje undantaget).

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet och tandvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL och 4 a § TVL). En förutsättning för vårdgivare att leva upp till detta krav är tillgång till kompetent personal i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras. Enligt patientsäkerhetslagen ska hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen [2010:659], PSL). Detta kan innebära att personalen behöver ha den kompetens som krävs och är uppdaterad på den tekniska och vetenskapliga utvecklingen.

I 3 kap. 1 § PSL framgår det att vårdgivaren bland annat ska ansvara för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL). Vårdgivaren ansvarar även för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Närmare bestämmelser om ledningssystem finns i Socialstyrelsens föreskrifter (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren kan genom ledningssystemet till exempel tydliggöra verksamhetens behov av personal och dess behov av fortbildning och vidareutbildning. Enligt 6 kap. 2 § PSL bär den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Det innebär ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt PSL eller annan författning.

Högskolans ansvar för kompetensförsörjningen

En fungerande hälso- och sjukvård förutsätter ett välfungerande utbud och väldimensionerade hälso- och sjukvårdsutbildningar. Nära samband mellan forskning och utbildning är nödvändig då samtliga utbildningar måste vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Forskningen bör utveckla och förnya utbildningarna och i förlängningen därmed också utvecklingen av hälso- och sjukvårdens verksamhet, samtidigt som denna verksamhet beforskas och ny kunskap skapas.

Den absoluta merparten av den högre utbildningen ges av statliga universitet och högskolor, men det finns även ett antal enskilda, icke-statliga utbildningsanordnare. Lärosäten är ett samlingsbegrepp för samtliga inrättningar som bedriver högskoleutbildning. Det finns 48 lärosäten i dagsläget, och ett trettioital av dessa bedriver en eller flera utbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet, se bilaga 1.

De statliga lärosätenas ansvar och uppgifter styrs av högskolelagen (1992:1434), HL. Den kompletteras av högskoleförordningen (1993:100), HF, som bland annat innehåller den så kallade examensordningen med beskrivningar och mål för samtliga examina i det högre utbildningssystemet (bilaga 2 till HF). För de enskilda utbildningsanordnarna motsvaras detta av lagen om tillstånd att utfärda vissa examina (1993:792), och examensordningen gäller även enskilda lärosäten. Det finns också ofta avtal med regeringen där det framgår vilka krav som ställs på de enskilda utbildningsanordnarna. Högskolan styrs även av regeringens årliga regleringsbrev, som bland annat anger storleken på anslagen och specifika uppdrag till lärosätena.

Inom ramen för den övergripande lagstiftningen fattar lärosätena de flesta beslut själva. De gäller bland annat organisation, intern fördelning av resurser, utbildningsutbud, utbildningsvolym samt utbildningens innehåll och utformning. För samtliga utbildningar som leder till en examen måste lärosätena, både statliga och enskilda, säkerställa att de nationella mål som gäller för respektive examen i examensordningen uppfylls. UKÄ granskar att lärosätena säkerställer detta och att all högre utbildning håller hög kvalitet (1 kap. 4 § HL). UKÄ:s nuvarande nationella kvalitetssäkringssystem innehåller fyra olika typer av granskningar: granskningar av lärosätenas kvalitetssäkringsarbete, examenstillståndsprövningar, utbildningsutvärderingar och tematiska utvärderingar.

Universitet och högskolor ska ge utbildningar utifrån studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov². Det finns alltså inga nationellt beslutade "antal utbildningsplatser", utan det är lärosätena själva som bestämmer det. Däremot finns det i regleringsbrevet till samtliga lärosäten som utbildar läkare specificerat hur stor maximal ersättning i form av antal helårsstudenter inom läkarutbildningen som respektive lärosäte får. Motsvarande finns även i regleringsbrevet för vissa av de lärosäten som utbildar tandläkare. I övrigt är det lärosätets anslag i kombination med utbildningsutbudet som sätter ramarna för det så kallade takbeloppet. När regeringen vill att lärosätena ska satsa på specifika utbildningar, så kan regeringen antingen göra riktade satsningar i form av utökade anslag eller ge specifika uppdrag till ett eller flera lärosäten. Inom hälso- och sjukvården har sådana satsningar bland annat gjorts genom riktade ekonomiska medel för att utöka antalet studenter inom läkar-, sjuksköterske-, specialistsjuksköterske- och barnmorskeutbildningarna.

Under 2017 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att göra en samlad översyn av lärosätenas styrning, inklusive resurstilldelning och i februari 2019 kom utredningens betänkande [17]. Detta beskrivs närmare nedan i avsnittet *Närliggande arbete som berör kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården*.

Reglering av samverkan och planeringsansvar

Det här avsnittet beskriver huvudmännens planeringsansvar, samt huvudmännens och lärosätenas ansvar för samverkan. Samverkan mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän och lärosäten som bedriver hälso- och sjukvårdsutbildningar är inte specifikt reglerat. I HSL framgår det att landsting och kommuner ansvarar för att planera sin hälso- och sjukvård och att vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare (7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL). Det innebär att landstingen respektive kommunerna vid planeringen av den egna vården ska ta hänsyn till det utbud av hälso- och sjukvård som andra vårdgivare svarar för, t.ex. privata vårdgivare³. På tandvårdens område finns en bestämmelse i 8 § tandvårdslagen (1985:125), TvL, där det framgår att landstingen ansvarar för att planera tandvården och att planeringen även ska avse den tandvård som erbjuds av någon annan än landstinget. Även på tandvårdens område innefattar planeringen privata vårdgivare⁴.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ansvarar landstinget och kommunen för att samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare (7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL). Enligt 9 § TvL ska landstinget i planeringen och utvecklingen av tandvården samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda. I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera landsting ska landstingen samverka (7 kap. 8 § HSL). På tandvårdens område finns en reglering om samverkan i 10 § TvL.

När det gäller högskolornas ansvar för samverkan framgår det av 1 kap. 2 § högskolelagen (1992:1434) bland annat att det i högskolornas uppgift ska ingå att samverka med det omgivande samhället. Lärosätenas intresseorganisation SUHF har beskrivit att målen med samverkan är att "å ena sidan öka kvaliteten i forskning och utbildning, och å andra sidan skapa värde i verksamheten hos samverkanspartner". Båda målen leder i förlängningen till bred samhällsnytta [1].

Några områden som berör kompetensförsörjningen styrs genom överenskommelser. Regeringen har slutit överenskommelser med SKL om riktade statsbidrag för att stärka kompetensförsörjningen, bland annat genom de så kallade professionsmiljarderna och

² Anges i regleringsbrevet för universitet och högskolor.

³ Proposition 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m. s. 122, proposition 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag s.135 och s. 141–142, proposition 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. s. 151–152.

⁴ Proposition 1984/85:79 med förslag till tandvårdslag m.m. s. 46.

personalmiljarderna samt genom riktade satsningar på stärkt bemanning inom till exempel förlossningsvården. ALF-avtalen reglerar statens ersättning till vissa regioner om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, samt regional samverkan om dessa frågor mellan regioner med universitetssjukvård och universitet. Det finns även lokala avtal mellan huvudmännen och lärosätena på många ställen om platser för den verksamhetsförlagda delen av utbildningarna.

Berörda aktörer

Huvudaktörer

Benämningen huvudaktörer används för hälso- och sjukvårdens huvudmän, regionerna och kommunerna, och de lärosäten som anordnar utbildningar till yrkesgrupper i hälso- och sjukvården. Tabell 1 visar regionerna och de aktuella lärosätena indelade per sjukvårdsregion.

Övriga berörda aktörer

Det finns ett stort antal andra aktörer som berörs av och har betydelse för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården, som

- privata vårdgivare
- professionsorganisationer
- arbetstagarorganisationer
- patientföreningar
- studentorganisationer
- intresse- och medlemsorganisationer för huvudaktörerna (SKL, SUHF) och arbetsgivarorganisationer
- Arbetsförmedlingen och andra arbetsmarknadsaktörer
- statistikproducerande aktörer, bland annat SCB
- andra myndigheter, bland annat Tillväxtverket och Inspektionen för vård och omsorg

Se nästa kapitel om uppdragets genomförande och bilaga 3 om vilka aktörer som Socialstyrelsen och UKÄ har haft dialog med i arbetet med uppdraget.

Tabell 1. Regioner, lärosäten med hälso- och sjukvårdsutbildning och antal kommuner per sjukvårdsregion.

Sjukvårdsregion	Regioner	Lärosäten med hälso- och sjukvårdsutbildning	Antal kommuner
Stockholms sjukvårdsregion	Region Stockholm Region Gotland	Karolinska institutet Stockholms universitet Sophiahemmet högskola Röda Korsets högskola Ersta Sköndal Bräcke högskola Ericastiftelsen*** Svenska institutet för kognitiv psykoterapi*** Skandinavians akademi för psykoterapiutveckling***	27
Sydöstra sjukvårdsregionen	Region Östergötland Region Jönköpings län Region Kalmar län	Linköpings universitet Linnéuniversitetet* Stiftelsen Högskolan i Jönköping	38
Södra sjukvårdsregionen	Region Kronoberg Region Blekinge Region Skåne Region Halland**	Lunds universitet Linnéuniversitetet* Malmö universitet Högskolan Kristianstad Blekinge tekniska högskola Högskolan i Halmstad	49
Västra sjukvårdsregionen	Västra Götalandsregionen Region Halland**	Göteborgs universitet Högskolan Väst Högskolan i Borås Högskolan i Skövde Evidens AB ***	52
Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	Region Uppsala Region Sörmland Region Värmland, Region Örebro län Region Västmanland Region Dalarna Region Gävleborg	Uppsala universitet Karlstads universitet Örebro universitet Högskolan i Gävle Mälardalens högskola Högskolan Dalarna	80
Norra sjukvårdsregionen	Region Västernorrland Region Jämtland Härjedalen Region Västerbotten Region Norrbotten	Umeå universitet Mittuniversitetet Luleå tekniska universitet	44

* Linnéuniversitetet finns i Växjö och Kalmar och ingår geografiskt i Södra sjukvårdsregionen och Sydöstra sjukvårdsregionen.

** Region Halland ingår i två sjukvårdsregioner. De södra kommunerna i länet ingår i Södra sjukvårdsregionen, de norra ingår i Västra sjukvårdsregionen.

*** Mindre enskilda utbildningsanordnare som har examenstillstånd enbart för psykoterapeutexamen.

Genomförande

Det här kapitlet beskriver kortfattat hur Socialstyrelsen och UKÄ organiserade arbetet med uppdraget och vilka huvudaktiviteter som har genomförts. Utförligare detaljer finns redovisade i andra delar av rapporten och i årsrapporterna som har lämnats in under uppdragstiden.

Organisation, externa grupper och startkonferens

Den interna projektorganisationen har bestått av en styrgrupp och en projektgrupp med personer från båda myndigheterna, och i bilaga 2 finns en sammanställning av medlemmarna i styrgruppen. Som stöd i planering för och genomförande av hela uppdraget tillsatte myndigheterna en referensgrupp med representanter från lärosäten, regioner, kommuner och den privata vårdsektorn. Referensgruppen har letts av de båda myndighetscheferna, och gruppen har haft 6 möten under uppdragstiden. Referensgruppens sammansättning framgår av bilaga 2. För att få kunskap om och ta tillvara olika intressentgruppers kompetenser, idéer, synpunkter, önskemål och behov inom statistik- och prognosområdet tillsattes även en expertgrupp. I gruppen ingick planerare/analytiker från lärosäten, regioner, kommuner, SKL, SCB och Arbetsförmedlingen. Gruppen har haft 6 möten och medlemmarna i gruppen framgår av bilaga 2.

Förutom de ovan nämnda externa grupperna hade vi under den första tiden även regelbundna gemensamma informations- och diskussionsmöten med inbjudna arbetsgivar-, arbetstagar- och professionsorganisationer, Arbetsförmedlingen, SCB och andra aktörer.

För att i ett tidigt skede samla det stora antalet relevanta aktörer inom området, genomförde vi en startkonferens under 2017. Huvudsyftet med konferensen var att för alla berörda aktörer skapa medvetenhet och kunskap om uppdraget, att öka erfarenhets- och kunskapsutbytet och visa exempel på vad som redan görs regionalt, nationellt och internationellt, samt att bidra med synpunkter och förslag till det pågående och fortsatta arbetet med uppdraget. Inbjudan gick till ett stort antal aktörer, och konferensen samlade 280 deltagare.

Myndigheterna har dessutom även haft regelbundna avstämningar med SKL, och deltagit vid flera av de nätverksmöten som SKL anordnar. Möten har exempelvis också genomförts med studentföreningar, Sveriges undersköterskors och specialistundersköterskors yrkesförening (SUSF) och studierektorerna för ST-läkarutbildningar samt med utredningar som har varit relevanta för uppdraget, framför allt med *Styr- och resursutredningen*, utredningen om specialistjuksköterskor och utredningen *Sammanhållen utveckling för en god och nära vård*. Vi har i andra sammanhang informerat om och diskuterat uppdraget, bland annat på en nationell konferens på temat framtidens kompetensbehov för sjuksköterskor, med deltagare från samtliga universitet och högskolor som har sjuksköterskeutbildning samt på Tillväxtverkets och Myndigheten för yrkeshögskolans kompetensförsörjningsdagar. Möten har även ägt rum med den nationella styrgruppen för ALF och med det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring för läkare. I bilaga 3 finns en sammanställning av dialoger med olika aktörer som genomförts under uppdragstiden.

Redan i inledningen delades arbetet upp i två huvuddelar – dels för arbetet med samverkansarenor på nationell och regional nivå, dels för arbetet med statistik och prognoser.

Senare kompletterades de två delarna med en kommunikationsdel som innehöll bland annat uppbyggnad av en webbplats och andra digitala kommunikationskanaler som nyhetsbrev och LinkedIn-grupp. Här beskriver vi kort de utförda huvudaktiviteterna inom respektive delområde, och samverkan med angränsande uppdrag vid respektive myndighet.

Samverkansarenor

Arbetet med samverkansarenor inleddes med en kartläggning av befintliga samverkansorgan på nationell och regional nivå. Syftet var att få en bild av vilka forum för samverkan om kompetensförsörjningsfrågor som finns mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän och lärosätena, och hur de är utformade. Strukturerade intervjuer genomfördes med samtliga regioner och i stort sett samtliga lärosäten som har utbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Kommuner intervjuades inte men regionerna och lärosätena fick ange om kommuner ingick i olika samverkansorgan.

Under hösten 2017 genomfördes strategiska dialogmöten i de sex sjukvårdsregionerna med utgångspunkten att genom lärandedialog med berörda aktörer med ansvar för kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården öka kunskapen om regional samverkan. Det övergripande syftet var att generera kunskapsunderlag för det fortsatta arbetet med att analysera och föreslå hur samverkansarenor regionalt och nationellt kan utvecklas långsiktigt. Samtliga regioner och lärosäten i respektive sjukvårdsregion bjöds in att delta, och i några fall kunde mötena hållas med befintliga samverkansnätverk.

Under våren 2018 genomfördes semistrukturerade individuella intervjuer med referensgruppens medlemmar som underlag, för att konkretisera hur samverkan på nationell nivå skulle kunna utformas långsiktigt. Parallellt genomfördes också en fördjupad kartläggning av befintliga samverkansforum på sjukvårdsregional nivå, för att identifiera och beskriva de centrala forum där regioner och lärosäten samverkar. Tidigare insamlad information kompletterades genom strukturerade intervjuer med väl insatta personer i varje sjukvårdsregion.

Baserat på de behov av utvecklad samverkan som identifierats, utformades ett första förslag på formaliserade samverkansarenor på både nationell och sjukvårdsregional nivå. Förslaget publicerades i slutet av oktober 2018 på uppdragets webbplats. I november genomfördes tre nationella dialogmöten, för att inhämta synpunkter på förslagen utformning av samverkansarenor på nationell och regional nivå. Två av mötena riktades till företrädare för lärosäten, hälso- och sjukvårdens huvudmän, SKL, SUHF och Regeringskansliet. Till det tredje mötet inbjöds privata vårdgivare, professions- och arbetstagarorganisationer, patientföreningar, studentorganisationer och övriga berörda aktörer. Det gavs även möjlighet för alla aktörer att inkomma med lämna skriftliga synpunkter på förslaget, och samtliga synpunkter som kommit in publicerades även på projektets webbplats, se bilaga 5. Fortsatta dialoger genomfördes sedan med bland annat SKL, SUHF och företrädare för kommuner – socialchefs nätverket och Kommundirektörsföreningen.

Slutligen reviderades, utvecklades och konkretiserades det första förslaget till det slutgiltiga förslaget på utformning av samverkansarenor på nationell och sjukvårdsregional nivå som beskrivs nedan i avsnittet *Förslag på samverkansarenor på nationell och sjukvårdsregional nivå*.

Statistik och prognoser

Arbetet med att förbättra tillgången på statistik och prognoser över kompetensbehovet inom hälso- och sjukvården började med en kartläggning av vilken statistik och vilka prognoser som redan görs av olika myndigheter och organisationer.

Som ett komplement till den befintliga statistik som redan publiceras inom området av Socialstyrelsen och UKÄ, påbörjades våren 2017 en pilotstudie att på nya sätt samla och redovisa statistik från olika register inom våra myndigheters samlade områden. Syftet var att skapa en generell statistikbaserad flödesmodell, som kan användas för olika utbildningar och yrken inom hälso- och sjukvårdsområdet. Tre pilotstudier genomfördes, där de två första omfattade utbildnings- och yrkesgrupperna specialistsjuksköterskor och barnmorskor och den tredje studien omfattade grupperna arbetsterapeuter, fysioterapeuter och tandhygienister [18-20].

När det gäller prognoser påbörjades under senhösten 2017 ett arbete med att ta fram en förbättrad prognosmodell. Arbetet med en pilotmodell gjordes i samarbete med SCB, för att vidareutveckla den modell som SCB använder i *Trender och Prognoser*, en återkommande prognosrapport som omfattar hela arbetsmarknaden. Målet var att skapa en prognosmodell som särredovisar framtida tillgång och efterfrågan på utbildnings- och yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, både i en nationell prognos och i regionala prognoser för Sveriges sex sjukvårdsregioner. Dessutom ingick alternativa scenarier som avser antaganden om ett urval faktorer som påverkar tillgången och efterfrågan på yrkesgrupperna. Syftet var att utveckla en modell för prognoser på både nationell och regional nivå som kan beakta omställningar i hälso- och sjukvården och förändrade arbetssätt [21].

Kommunikation

Under 2017 tog myndigheterna fram en strategi och infrastruktur för kommunikationen om uppdraget, för att hålla alla intressenter informerade om genomförandet av regeringsuppdraget, för att möjliggöra dialog med berörda aktörer samt även för att sprida omvärldsbevakande nyheter med beröringspunkter till uppdraget. Vi bestämde att arbeta med regeringsuppdraget under namnet "Framtidens vårdkompetens" och vi utvecklade en separat webbplats för uppdraget, www.framtidensvardkompetens.se. I samband med lanseringen av webbplatsen introducerades även ett digitalt nyhetsbrev och en diskussionsgrupp på LinkedIn, där intresserade har kunnat följa arbetet med uppdraget och komma med inspel och diskussionsinlägg med mera. Nyhetsbrevet har haft omkring 250 prenumarer och totalt har 12 nyhetsbrev publicerats. Fler detaljer om kommunikationsarbetet finns i de tre årsredovisningarna [22-24].

Förutom uppdragets årliga redovisningar så har flera delarbeten publicerats löpande via webbplatsen, bland annat pilotstudierna för de statistikbaserade flödesbeskrivningarna, det första förslaget på samverkansarenor, kartläggningen av samverkan på sjukvårdsregional nivå och prognospilotstudien (se bilaga 4).

Samverkan med angränsande uppdrag vid Socialstyrelsen och UKÄ

I uppdraget har ingått att samverka med Socialstyrelsens regeringsuppdrag Nationella planeringsstödet, som har i uppgift att varje år redovisa en bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvården. Samverkan och dialog har skett löpande om arbetet med statistik och prognoser. I arbetet med att utveckla det nationella planeringsstödet för att ge ett bättre stöd för planeringen av kompetensförsörjningen, genomförde Socialstyrelsen fyra workshoppar under 2017 där även detta uppdrag deltog. Representerer för bland annat regioner, lärosäten, professionsorganisationer och SKL deltog.

Samverkan har även skett med Socialstyrelsens uppdrag att följa upp överenskommelserna om bättre resursutnyttjande ("professionsmiljarden") och om goda förutsättningar för vårdens medarbetare ("personalmiljarderna"). Socialstyrelsen har varje år under 2017–2019 redovisat hur regionerna arbetar med insatser inom ramen för överenskommelserna [2, 11, 25].

Slutligen har samverkan även skett med UKÄ:s regeringsuppdrag om lärosätenas samverkan med externa parter om dimensionering av utbildning, som avrapporterades 2018 [26].

Befintlig samverkan och behov av en utvecklad samverkan om kompetensförsörjningen

Det här kapitlet beskriver först befintliga samverkansstrukturer mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän och lärosäten med primärt fokus på kompetensförsörjningsfrågor. Även samverkan om angränsande frågor och samverkan inom respektive sektor tas upp. Därefter presenteras en samlad analys av de behov av en utvecklad samverkan mellan berörda aktörer som har identifierats i arbetet med uppdraget.

Befintliga samverkansstrukturer

Genom kartläggningar och dialog med berörda aktörer har Socialstyrelsen och UKÄ fått en övergripande bild av befintlig samverkan på nationell och regional nivå mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän och lärosäten om kompetensförsörjningsfrågor. Kunskapsinhämtningen om befintliga samverkansforum har skett löpande i arbetet med uppdraget under flera års tid. Därför kan uppgifter ha förändrats om bland annat antalet arenor, främst på regional nivå. UKÄ:s uppdrag att kartlägga lärosätens samverkan med externa parter om dimensionering av utbildningar (för alla utbildningsområden) har bidragit med ytterligare kunskap [26].

Samverkan inom respektive sektor – mellan regioner, mellan kommuner och mellan lärosäten – är relevant för att enas om gemensamma behov och frågor att ta upp för intersektoriell samverkan, och beskrivs därför också. Vissa befintliga samverkansforum mellan till exempel lärosäten och mellan kommuner är däremot inte avgränsade till att bara omfatta hälso- och sjukvårdsområdet.

Avsnittet är indelat i samverkan på nationell respektive regional nivå. Under respektive nivå presenteras både sektorsövergripande samverkan och samverkan inom varje sektor. Samverkan på sjukvårdsregional nivå är en del under regional samverkan. Avslutningsvis beskrivs även regionernas ansvar för och samverkan om bredare regionala utvecklingsfrågor, som även inkluderar kompetensförsörjningsfrågor.

Befintlig samverkan på nationell nivå

Det finns ett mindre antal samverkansarenor på nationell nivå mellan lärosäten och regioner, men inga formella och inga som inkluderar samtliga huvudaktörer eller yrkesgrupper. Det finns nationella nätverk för regioner där kompetensförsörjningsfrågor behandlas och dit ibland lärosäten bjuds in. Det finns också utbildningsspecifika mötesplatser för lärosäten som regioner bjuds in till, samverkan inom ramen för ALF-avtalen och för läkarnas specialiseringstjänstgöring. Dessa forum beskrivs mer nedan. Även nationell samverkan inom varje sektor tas upp, liksom den roll som huvudmännens och lärosätenas intresseorganisationer SKL och SUHF har för att stödja detta arbete.

InFuturum är ett årligt nationellt möte för ledare i hälso- och sjukvården och vid de medicinska fakulteterna. Syftet är att utveckla samarbetet mellan akademi och sjukvård, för att främja hög kvalitet i utbildning, vård och forskning. Konferensen är ett forum för erfarenhetsutbyte om gemensamma strategiska framtidsfrågor om bland annat utbildning, forskning och ledarskap.

Nationella nätverk för regioner och kommuner samt stöd från Sveriges Kommuner och Landsting

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har flera nationella nätverk för samtliga regioner på olika nivåer – regiondirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer, HR-direktörer och HR-strategier. Utbildnings- och kompetensförsörjningsfrågor tas upp särskilt på HR-direktörernas och HR-strategernas möten, och till vissa av möten inbjuds även lärosäten. En särskild nätverksgemensam beredningsgrupp driver och bevakar också frågor relaterade till utbildning, bland annat om utbildningarnas innehåll, handledningsmodeller och den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) [27]. Det finns även ett nätverk på SKL för nationell samverkan mellan regioner om tandvården.

Även kommuner har nätverk som stöds av SKL. Det finns dels ett nätverk för socialchefer från varje region, dels ett nätverk för kommundirektörer i de 30 största kommunerna. Det finns även ett nationellt nätverk på SKL för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling för de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS). RSS är en struktur på länsnivå för kommunal samverkan om socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård, se mer nedan. Kommuner samverkar även på nationell nivå genom Kommundirektörsföreningen som är en ideell förening, där ett stort antal av landets kommundirektörer är medlemmar [28].

SKL samordnar olika regiongemensamma utvecklingsinsatser som berör kompetensförsörjningen. Förutom att stödja nätverken enligt ovan så bidrar SKL med stöd i arbete med regiongemensamma projekt och statliga överenskommelser, som professionsmiljarden och personalmiljarderna, samt med att ta fram olika kunskapsunderlag. Ett särskilt arbete som regionerna drivit gemensamt med stöd av SKL de senaste åren är att nå ett oberoende av inhyrd personal i hälso- och sjukvården [29]. SKL har också bland annat utarbetat en rapport som redovisar nio strategier för att möta rekryteringsutmaningarna i välfärden [30].

Samverkan om kunskapsstyrningen

De nationella strukturerna för samverkan om kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården är relevanta i detta sammanhang, även om de inte inkluderar samverkan med lärosäten. Den här samverkan består dels av regionernas kunskapsstyrningsstrukturer, dels av ett partnerskap med bland annat myndigheter. Sedan finns även kunskapsstyrning för socialtjänsten som inkluderar kommunal hälso- och sjukvård genom RSS (se nedan) och med ett motsvarande partnerskap med myndigheter.

Kunskapsstyrningen handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården.

Regionernas samverkan om kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården sker i Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården [31]. Samverkan sker runt nationella programområden (NPO) för specifika sjukdomsområden eller organisatoriska områden⁵ samt i nationella samverkansgrupper (NSG) för gemensamma strukturer. Det finns samverkansgrupper för bland annat läkemedel och medicintekniska produkter, metoder för kunskapsstöd, nationella kvalitetsregister, patientsäkerhet, uppföljning och analys, forskning och Life Science samt strukturerad vårdinformation. Regionerna samverkar med patient- och professionsorganisationer och kommuner i arbetet.

I partnerskapet för stöd till kunskapsstyrningen i hälso- och sjukvården deltar representanter från sjukvårdsregioner, SKL och berörda myndigheter i Rådet för statlig styrning med

⁵ Vid ingången av 2019 fanns 24 NPO.

kunskap (Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Läkemedelsverket) [32].

Inom ramen för partnerskapet för kunskapsstyrning om socialtjänst inklusive kommunal hälso- och sjukvård samverkar kommuner genom de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) med SKL och Socialstyrelsen.

Samverkan mellan lärosäten om vårdutbildningar och kompetensförsörjning

Det finns flera utbildningsspecifika nationella mötesplatser för samtliga lärosäten som ger en viss utbildning på grundnivå och avancerad nivå, exempelvis för läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, barnmorskor och arbetsterapeuter. Regioner bjuds in att delta, och på vissa av dem deltar även professionsorganisationer. Hösten 2018 genomfördes den nationella konferensen "Framtidens sjuksköterska" om sjuksköterskeutbildningens innehåll. Samtliga universitet och högskolor med utbildning till sjuksköterska var inbjudna tillsammans med nationella aktörer, bland annat Socialstyrelsen, UKÄ, SKL, Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening.

Det finns även exempel på samverkansarena för lärosäten som inte är avgränsad till någon specifik utbildning. En sådan är Lärosäten Syd, där Malmö universitet, Lunds universitet, Högskolan i Kristianstad, Blekinge tekniska högskola, Sveriges lantbruksuniversitet och Högskolan i Halmstad medverkar. Lärosäten Syd tas upp nedan under *Sjukvårdsregional samverkan*.

I UKÄ:s arbete med ett regeringsuppdrag om att kartlägga hur lärosäten samverkar med externa parter om dimensioneringen av utbildningen, undersöktes även hur lärosätena sinsemellan samverkar. Arbetet redovisades under 2018 [26]. En klar majoritet av lärosätena säger att de samverkar med andra lärosäten i dessa frågor. Bland exemplen inom vilka områden samverkan sker nämns att vissa utbildningar genomförs tillsammans eller att lärosäten har kommit överens om att sinsemellan dela upp inriktningar inom ett visst utbildningsprogram, men framför allt sker samverkan mellan lärosäten om VFU-delarna i olika utbildningar. En generell slutsats från arbetet med hela uppdraget är att förutsättningarna för samverkan mellan aktörerna är bättre för utbildningar som riktas mot en tydlig arbetsmarknad och för utbildningar där det ingår VFU. Andra slutsatser är att det ibland finns en konflikt mellan lärosätenas nationella rekrytering och de regionala behoven av utbildade, samt att vissa dimensioneringsproblem inte enbart kan lösas genom förbättrad samverkan, det gäller bristerna på högskoleutbildade inom bland annat hälso- och sjukvården.

Sveriges universitets- och högskoleförbund (SUHF) har en särskild expertgrupp för samverkan med det omgivande samhället. Ett prioriterat område för 2019 är "lärosätenas bidrag till landets kompetensförsörjning", som en särskild arbetsgrupp ansvarar för [1].

Samverkan om läkarnas utbildning och klinisk forskning

Staten och de sju regioner som bedriver universitetssjukvård⁶ samverkar om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården genom det så kallade ALF-avtalet. Avtalet reglerar bland annat den ersättning som regioner med universitetssjukvård får av staten för att medverka i utbildningen av läkare, för klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Arbetet hanteras av en nationell styrgrupp och har ett särskilt kansli inrättat vid Vetenskapsrådet. Det nationella ALF-avtalet kompletteras av regionala avtal mellan regioner och universitet, se nedan under regional samverkan.

Samverkan om läkarnas och tandläkarnas specialiseringstjänstgöring

Samverkan om läkarnas och tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (ST) utgör en annan nationell struktur, genom det vid Socialstyrelsen inrättade nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet). Samverkan om läkarnas och tandläkarnas specialiserings-

⁶ Västerbotten, Uppsala, Stockholm, Örebro, Östergötland, Västra Götaland och Skåne.

tjänstgöring ligger dock i ett första steg utanför den samverkan som föreslås i detta uppdrag utifrån dagens läkarutbildning. När en ny legitimationsgrundande läkarutbildning är på plats kommer däremot lärosäten och huvudmännen att behöva samverka om läkarnas utbildning hela vägen, inklusive om läkarnas bas- och specialiseringstjänstgöring.

ST-rådet har bland annat till uppgift att bistå Socialstyrelsen med att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens, ta fram målbeskrivningar för vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ska gälla för varje specialistkompetens, stödja sjukvårdshuvudmännen att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen och främja utbildningen av handledare inom specialiseringstjänstgöringen. ST-rådet för tandläkare har motsvarande uppgifter för tandläkarnas specialisttjänstgöring.

Befintlig samverkan på regional nivå

Här beskriver vi samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på regional nivå och på sjukvårdsregional nivå.

Den inledande kartläggningen som gjordes 2017 visade att samtliga regioner och lärosäten med sjukvårdsutbildning deltar i forum för kompetensförsörjning. Cirka 100 forum för samverkan mellan regioner och lärosäten identifierades, de flesta på regional nivå. Samverkan mellan regioner och lärosäten sker främst utifrån geografisk närhet. Vissa av forumen utgår från landets sex sjukvårdsregioner.

Det är tydligt att samverkan är en viktig fråga för både lärosätena och huvudmännen inom hälso- och sjukvården. Det finns även ett stort engagemang för samverkan, men den präglas av att huvudmännen och lärosätena har skilda uppdrag. Regionernas uppdrag är att säkerställa en god kompetensförsörjning för regionens hälso- och sjukvård, men lärosätenas primära uppdrag är att utbilda för god kompetensförsörjning på nationell nivå, även om det lokala perspektivet också har betydelse för planering av utbildning.

Många av forumen är uppdelade utifrån ett strategiskt långsiktigt perspektiv och ett operativt perspektiv. Viktiga frågor som diskuteras inom ramen för forumen är behovet och utbudet av utbildningar, dimensionering, organisering, innehåll inklusive verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och kvalitet. I många fall är det VFU-avtal mellan aktörerna som utgör grunden för samverkan.

Samverkan mellan lärosäten och regioner

Samverkan mellan lärosäten och regioner sker primärt på regional nivå. Det kan handla om samverkan mellan en region och ett lärosäte eller om samverkan mellan flera regioner och lärosäten.

En delmängd av de regionala samverkansforum som finns mellan lärosäten och regioner berör samverkan inom ramen för de regionala ALF-avtalen om läkares utbildning och klinisk forskning. Denna samverkan sker i sju regioner mellan regioner med universitetssjukvård och universitet⁷. De sju RALF-avtalen reglerar bland annat hur ALF-ersättningen fördelas mellan regioner och universitet, att det ska finnas ett gemensamt ledningsorgan för samarbetet mellan regionerna och universiteteten samt hur enheter som ska bedriva verksamhetsintegrerad utbildning av läkare ska utses. Se även ovan om det nationella ALF-avtalet.

Samverkan mellan lärosäten och kommuner

I kartläggningen identifierades bara ett tiotal forum för samverkan mellan lärosäten och kommuner om högskoleutbildning inom hälso- och sjukvårdsområdet. De forum där kom-

⁷ RALF-avtal finns mellan Region Västerbotten och Umeå universitet, Region Uppsala och Uppsala universitet, Region Stockholm och Karolinska institutet, Region Örebro och Örebro universitet, Region Östergötland och Linköpings universitet, Västra Götalands region och Göteborgs universitet samt Region Skåne och Lunds universitet.

muner deltar handlar ofta om den verksamhetsförlagda delen av utbildningen, men även andra frågor berörs. Företrädare för kommunerna har våren 2019 beskrivit att vårdens kompetensförsörjning är en stående fråga vid samverkan med lärosäten. Det finns också exempel på samverkansavtal mellan kommuner och lärosäten om att ta emot högskolestudenter i den verksamhetsförlagda delen av utbildningen. Dessutom samverkar kommuner även med utbildningsanordnare av andra yrkesgrupper.

Samverkan mellan regioner och kommuner

Samverkan mellan regioner och kommuner sker i olika frågor som berör hälso- och sjukvården, och även i frågor som berör kompetensförsörjningen. Samarbete mellan huvudmännen främjar sektorsövergripande samverkan och kan bland annat bidra till att stärka kommunernas roll i samverkan med lärosätena.

Från Socialstyrelsens uppföljning av överenskommelsen om professionsmiljarden, som beskriver hur regionerna med stöd av dessa medel arbetar för att stärka kompetensförsörjningen, så framgår att samverkan mellan regionerna och kommunerna tycks ha stärkts på många håll [11]. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft 2018 har inneburit ökad samverkan mellan regionerna och kommunerna. Omställning mot en nära, personcentrerad och samordnad vård involverar även kommunerna, och god samverkan mellan regioner och kommuner är en viktig förutsättning för detta arbete. Några exempel på hur samarbeten kan ta sig uttryck är nya gemensamma arbetssätt, samarbete om e-hälsa och gemensamma utbildningsinsatser av personal [11].

Samverkan mellan regioner och kommuner om kompetensförsörjningsfrågor bekräftas även av företrädare för kommuner, både socialchefer och kommundirektörer. Man understryker vikten av den här samverkan, men också att samarbetet behöver öka ytterligare för att man ska hitta gemensamma lösningar i stället för att konkurrera om arbetskraften. Det gäller inte minst arbete med den nära vården och kunskapsstyrningen (se ovan). Kommuner ser också möjligheter att samarbeta om strategier för att minska beroende av inhyrd personal. Se även nedan om regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS), som ytterligare främjar samverkan mellan kommuner och regioner.

Samverkan mellan kommuner

Samverkan mellan kommuner har betydelse för kommunernas medverkan i samverkansarenor om kompetensförsörjningsfrågor på regional, sjukvårdsregional och nationell nivå, eftersom alla kommuner naturligt inte kan vara representerade i de här forumen.

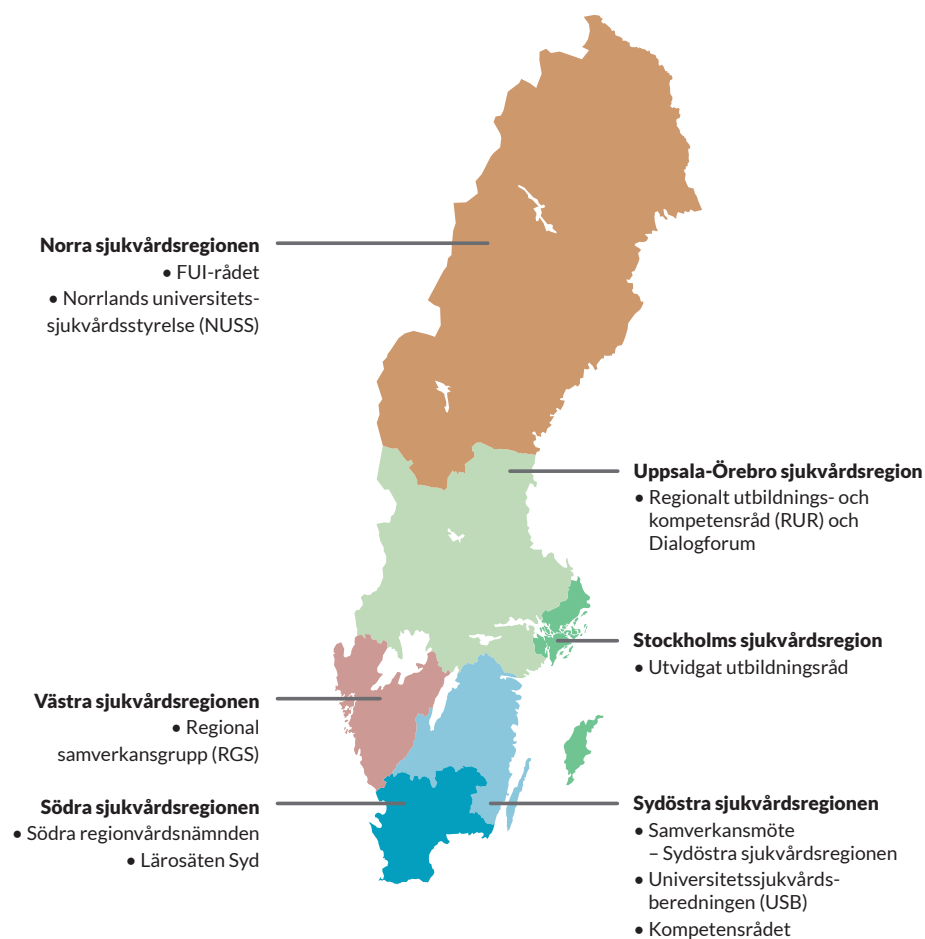
De regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) verkar för kommunal samverkan på länsnivå samt samverkan mellan kommuner och regioner. Samverkan handlar om kunskapsutveckling och kunskapsstyrning i socialtjänsten och angränsande hälso- och sjukvård⁸. I de flesta län finns också kommunförbund eller kommunalförbund för samverkan mellan kommuner om en stor bredd av frågor.

Samverkan på sjukvårdsregional nivå mellan lärosäten och regioner

Det finns ett mindre antal forum för samverkan om kompetensförsörjningsfrågor mellan regioner och lärosäten på sjukvårdsregional nivå. Den fördjupade kartläggningen av samverkansarenor på sjukvårdsregional nivå visade att det finns samverkansforum mellan lärosäten och regioner på den här nivån i fem av sex sjukvårdsregioner [33]. I de här forumen deltar däremot inte alla aktörer, och samverkan sker oftast inte på högsta ledningsnivå. Bara två av de sex sjukvårdsregionerna har ett formellt befintligt aktivt forum där samtliga regioner och lärosäten i sjukvårdsregionen deltar – Uppsala–Örebro och Norra sjukvårdsregionen (se figur 1 och tabell 2). I flera av sjukvårdsregionerna finns det mer än ett forum på olika nivåer. I Södra sjukvårdsregionen saknas ett gemensamt forum mellan regioner och lärosäten, men tillfällig samverkan kan formas vid behov genom etablerade samverkansforum för regioner respektive lärosäten i sjukvårdsregionen.

⁸ <https://skl.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrning/socialtjanst/regionalsamverkanrss.13267.html>.

Figur 1. Befintliga samverkansforum mellan regioner och lärosäten på sjukvårdsregional nivå om kompetensförsörjningsfrågor.



Det är tydligt att samverkan om kompetensförsörjning är ett prioriterat utvecklingsområde, men regioner och lärosäten har kommit olika långt och strukturen för samverkan skiljer sig åt mellan sjukvårdsregionerna. Samverkan mellan regioner eller sjukvårdsregioner och lärosäten är i de flesta fall inte formaliserad på högsta ledningsnivå, och samverkan sker ofta på sjukvårdsregionens initiativ. Några regioner och lärosäten finns inte representerade alls i dessa forum (Region Gotland, Region Halland och Stockholms universitet), se tabell 2. Kommunerna deltar också i mycket begränsad utsträckning, men exempel på samverkan med kommuner finns till exempel i västra sjukvårdsregionens forum, via en samorganisation för kommunalförbund (Västkom). Det förs också diskussioner om att involvera kommuner i fler sjukvårdsregioner.

Inriktning och syfte skiljer sig åt mellan de befintliga forumen på sjukvårdsregional nivå, se tabell 3. Samverkan sker i hög utsträckning om operativa frågor, som den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU), men även strategiska framtidsfrågor tas upp. Prioriterade utvecklingsområden är behov och utbud av utbildningar, innehåll och kvalitet i utbildningar samt utformning och planering av VFU. Det finns en tonvikt på de stora yrkesgrupperna läkare och sjuksköterskor i de här forumen, även om flera hanterar en bredd av utbildningar. Några av forumen har sin grund i regionala ALF-avtal. Samverkan bygger också i något fall på avtal om VFU.

Tabell 2. Deltagande regioner och lärosäten i befintliga samverkansforum mellan regioner och lärosäten på sjukvårdsregional nivå [33].

Sjukvårdsregion	Primärt forum där alla regioner och lärosäten är representerade	Forum där några regioner och lärosäten är representerade	Regioner och lärosäten som inte är representerade i forum
Stockholms sjukvårdsregion		Region Stockholm och KI har ett formaliserat samarbete. Vissa möten utvidgas till att omfatta fler lärosäten.	Region Gotland Stockholms universitet
Sydöstra sjukvårdsregionen		Tre forum på olika nivåer. Samverkansmötena involverar samtliga regioner och lärosäten, men har inte mötts under 2018.	Stiftelsen Högskolan i Jönköping och Linnéuniversitetet deltar bara i samverkansmöten.
Södra sjukvårdsregionen		Regionerna har formaliserat samarbete i Södra regionvårdsnämnden.* Lärosätena samverkar i Lärosäten Syd. Tillfälliga forum kan formars vid behov.	
Västra sjukvårdsregionen		VGR har ett formaliserat samarbete med lärosätena utifrån avtal om VFU.	Region Halland
Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	Formaliserat samarbete mellan samtliga regioner och en överenskommelse med lärosätena.		
Norra sjukvårdsregionen	FUI-rådet: Formaliserat samarbete där samtliga regioner och lärosäten ingår.	NUSS: Formaliserat samarbete där samtliga regioner och Umeå universitet ingår.	

* Södra regionvårdsnämnden är en samverkansnämnd, se nästa avsnitt.

För mer detaljer om de befintliga forumen på sjukvårdsregional nivå hänvisas till *Fördjupad kartläggning av forum för samverkan på sjukvårdsregional nivå* [33].

Samverkansnämnder i sjukvårdsregionerna

I varje sjukvårdsregion finns en samverkansnämnd som är ett politiskt samverkansorgan för de ingående regionerna. Ett samverkansavtal ligger till grund för samverkan. Samverkan mellan regionerna i varje sjukvårdsregion handlar bland annat om regionsjukvård som exempelvis utgörs av högspecialiserad vård, kunskapsstyrning, forskning och kompetensförsörjningsfrågor.

Målen med samverkansnämndernas arbete handlar övergripande om att skapa förutsättningar för att ge sjukvårdsregionens invånare tillgång till sjukvård på lika villkor och för ett effektivt resursutnyttjande av sjukvårdsregionens hälso- och sjukvård. Bland annat nämns lika tillgång till kunskap och kompetens som ett delmål. Samverkansnämndernas roll är rådgivande och rekommenderande gentemot regionerna.

Samverkan om kompetensförsörjningsfrågor handlar till exempel om att stödja regionernas arbete med den framtida kompetensförsörjningen och föra diskussioner med sjukvårdsregionens lärosäten om vårdutbildningarnas utformning, dimensionering och innehåll⁹. En annan sjukvårdsregion beskriver att man särskilt samverkar om bristyrken och att diskussioner med lärosäten är ett angeläget område, liksom utveckling av kompletterande utbildning för vårdpersonal¹⁰.

⁹ Enligt samverkansavtal för samverkansnämnden i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion och för Södra regionvårdsnämnden.

¹⁰ Enligt samverkansavtal för samverkansnämnden i Västra sjukvårdsregionen.

Tabell 3. Syfte och mål med befintliga samverkansforum mellan regioner och lärosäten på sjukvårdsregional nivå [33].

Forum för samverkan	Syfte och mål med samverkan
Stockholms sjukvårdsregion Utbildningsråd	Skapa en väl integrerad infrastruktur för sjukvård, utbildning, forskning och utveckling samt få ett bättre strategiskt helhetsperspektiv på behov och resurser.
Sydöstra sjukvårdsregionen Samverkansmöte	Samverka på ledningsnivå om kompetensförsörjning.
Sydöstra sjukvårdsregionen Universitetssjukvårdsberedningen	Samordning och övergripande samarbete enligt de riktlinjer och ekonomiska ramar som presidiesamråd, fakultetsstyrelse och regionstyrelse beslutat om.
Sydöstra sjukvårdsregionen Kompetensrådet	Vara ett beredande och utredande organ till Universitetssjukvårdsberedningen (USB) med fokus på gemensamma strategiska kompetensförsörjningsfrågor enligt delegationen från USB.
Södra sjukvårdsregionen Forum saknas	-
Västra sjukvårdsregionen Regional samverkansgrupp	Samarbetet om VFU för studerande inom de akademiska vårdutbildningarna som ingår i avtalet och bedrivs vid lärosäten.
Uppsala-Örebro sjukvårdsregion Regionalt utbildnings- och kompetensråd	Underlätta och stödja regionernas arbete med den framtida kompetensförsörjningen. Genom samagerande mellan regionerna i sjukvårdsregionen förstärka påverkan på vårdutbildningarnas utformning, planering/dimensionering och innehåll. Landstingen i nära samspel med utbildningsanordnarna ska utveckla den verksamhetsförlagda utbildningen.
Norra sjukvårdsregionen FUI-rådet	Vara en arena för att diskutera långsiktiga strategier för utveckling inom forskning, utbildning och innovation där kompetensförsörjning främst aktualiseras inom utbildning.
Norra sjukvårdsregionen NUSS	Att parterna kan stötta varandra i viktiga framtidsfrågor, som att utveckla forskningen och utbildningen, säkra tillgången på kvalificerad vårdpersonal samt utveckla hälso- och sjukvården och tandvården.

Det finns kopplingar mellan samverkansnämnderna och de centrala samverkansforumen mellan regioner och lärosäten på sjukvårdsregional nivå som har beskrivits ovan. Det centrala forumet i Uppsala-Örebro-regionen (Regionalt utbildnings- och kompetensråd, RUR), är en undergruppering till samverkansnämnden i den här regionen. Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen benämns Södra regionvårdsnämnden, som är det forum för samverkan mellan regioner som vid behov kan föra dialog med lärosätenas samverkansforum Lärosäten Syd i samma region.

Samverkan om breda regionala utvecklingsfrågor

Regionerna har ett grundläggande kompetensförsörjningsuppdrag som regionalt utvecklingsansvariga aktörer. Det finns även forum för regional samverkan om breda regionala utvecklingsfrågor, där kompetensförsörjningsfrågor är ett av flera områden. Några exempel på sådana breda forum beskriver vi här.

Regionernas grundläggande kompetensförsörjningsuppdrag

Kompetensförsörjning är ett utpekat prioriterat område i den nationella strategin för hållbar regional tillväxt och attraktionskraft [34]. I varje län ansvarar en aktör för genomförandet av den regionala tillväxtpolitiken – den regionalt utvecklingsansvariga aktören. Från och med den 1 januari 2019 har alla landsting bildat region och tagit över det regionala utvecklingsansvaret från länsstyrelsen.

De regionalt utvecklingsansvariga, regionerna, har ett särskilt uppdrag om grundläggande regionalt kompetensförsörjningsarbete. Detta uppdrag innebär att utifrån de prioriteringar som görs i den regionala utvecklingsstrategin organisera och fastställa mål för regionalt kompetensförsörjningsarbete i samverkan med bland annat kommuner, arbetsliv, utbildningsaktörer, statliga myndigheter samt övriga berörda aktörer i länet. I uppdraget ingår också att erbjuda analyser och prognoser av privat och offentlig sektors behov av kompetens på kort och lång sikt, föra dialog med berörda om de behov som identifieras där samt ge förslag på insatser utifrån dessa, bland annat för att fler ska påbörja reguljära studier.

Tillväxtverket stödjer delar av detta arbete genom finansiering, analys- och prognosarbete och hjälp till att sprida erfarenheter, resultat och lärande. De regionalt utvecklingsansvarigas uppdrag att främja regional kompetensförsörjning styrs också av den nationella strategin för hållbar regional utveckling [34].

Några samverkansforum om breda regionala utvecklingsfrågor

Reglab är ett forum för lärande om regionala utvecklingsfrågor mellan regionerna, Vinnova, SKL och Tillväxtverket. Reglab driver gemensamma utvecklingsprojekt och fördjupar regionala analyser. Verksamheten omfattar olika typer av aktiviteter, som lärprojekt, seminarier, fördjupade analyser, nätverk, forskarforum och kunskapspridning. Kompetensförsörjning är ett av flera kunskapsområden som man arbetar med. Inom detta område har till exempel ett lärprojekt och fördjupad analys om regionala matchningsindikatorer genomförts under 2017–2018 [35].

Mälardalsrådet är ett forum för bred samverkan om storregionala strategiska frågor mellan regioner och kommuner i Stockholm–Mälardalsregionen, för att främja utvecklingen av storregionen. Rådets fokusområden är kompetens och innovation, infrastruktur och transporter samt internationell konkurrenskraft. Ett prioriterat område för rådets verksamhet är strategisk kompetensförsörjning. Rådet har drivit projektet ”En bättre matchning”, där sju regioner har samverkat med lärosäten för att skapa en gemensam förståelse för utbud, efterfrågan och matchning av högskoleutbildad kompetens i Stockholm–Mälardalsregionen. Projektet har publicerat ett kunskapsunderlag (en storregional systembild) om högskoleutbildning i sju län. Rapporten beskriver lärosätenas utbildningsplanering och en regional utbildnings- och arbetsmarknadsprognos för tre prioriterade yrkesgrupper: sjuksköterskor, lärare och civilingenjörer [36].

Behov av utvecklad samverkan om kompetensförsörjningen

Flera utredningar har sedan tidigare konstaterat att det finns behov av ökad samverkan mellan olika aktörer om kompetensförsörjningsfrågor inom hälso- och sjukvården [15, 16]. Socialstyrelsen och UKÄ konstaterar att bilden har stärkts under arbetet med det här uppdraget. Myndigheternas slutsatser om behoven av en utvecklad, formaliserad och mer ändamålsenlig samverkan mellan hälso- och sjukvårds- och utbildningssektorn beskrivs i det här avsnittet.

Vi beskriver våra samlade iakttagelser baserade på den dialog som förts med många berörda aktörer i arbetet med uppdraget. Visst underlag har vi även hämtat från Socialstyrelsens uppdrag att följa upp professionsmiljarden [11] och från UKÄ:s uppdrag att kartlägga lärosätenas samverkan om dimensionering [26]. Fokus ligger på behov av samverkan mellan lärosätena och huvudmännen, men det behöver även föras en dialog med fler aktörer. Vi tar också kort upp behoven av stärkt samverkan inom varje sektor.

Varför behövs en utvecklad samverkan om kompetensförsörjningsfrågor?

Framtidens hälso- och sjukvård är svårplanerad eftersom en stor mängd faktorer påverkar kompetensbehoven, inte minst den pågående omställningen och förändringarna av vården. Hälso- och sjukvården behöver beskriva de här behoven och föra en dialog med lärosätena om dem. Det medför ökade behov av samverkan mellan berörda aktörer, både nationellt, regionalt och lokalt, för att de ska förstå varandras behov och verksamheter.

Regionerna har beskrivit utmaningar i samverkan med lärosätena [2, 11, 25]. En förbättrad samverkan med lärosäten ses som en framgångsfaktor i arbetet med att stärka kompetensförsörjningen. För lärosätena är motsvarande förbättrade samverkan med hälso- och sjukvårdens huvudmän nödvändig. Samverkan med det omgivande samhället behöver ständigt utvecklas i relation till uttalade samhällsbehov av utbildad arbetskraft med relevanta kunskaper och färdigheter, men även för att olika relevanta kunskapsunderlag ska kunna tas fram för samhällets utveckling i vid mening.

Målet med en utvecklad och formaliserad samverkan är att bättre komma tillrätta med de brister som finns med dagens kompetensförsörjning. Några områden med särskilda utmaningar där en bättre samverkan behövs gäller till exempel attraktivitet för utbildningarna och yrkena, utbildningarnas utbud, dimensionering och innehåll, den verksamhetsförlagda delen av utbildningarna, relevanta gemensamma forskningsbaserade verksamheter och kontinuerlig kompetensutveckling för vårdens medarbetare.

Regioner, kommuner och lärosäten har ett särskilt ansvar för kompetensförsörjningen. Ett viktigt syfte med utvecklade samverkansstrukturer är därför att främja dialog och samarbete mellan dessa aktörer, för att ge dem bättre förutsättningar att gemensamt kunna genomföra de förändringar som behövs.

Hur behöver samverkan utvecklas?

Det finns en samsyn om att ett nära samarbete mellan huvudmännen och lärosätena är en förutsättning för att långsiktigt kunna planera för en god kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. Några grundläggande förutsättningar för att få till stånd en effektivare samverkan har identifierats genom dialog med lärosätena och huvudmännen [23, 26, 33]. Vi beskriver dem här.

Det finns ett uttalat behov av nationellt stöd för att etablera strukturer och effektiva arbetssätt för samverkan om strategiska kompetensförsörjningsfrågor. En gemensam nationell inriktning och färdriktning behövs, för att stödja ett effektivt arbete på regional nivå. Syftet med samverkan behöver bli tydligt. Mål som pekas ut på nationell nivå behöver vara möjliga för den sjukvårdsregionala och regionala nivån att omsätta. Det är även viktigt att roller, uppdrag och ansvar för samverkan på både nationell och regional nivå tydliggörs för ett effektivt samarbete.

Omfattningen av samverkan och vilka frågor som bör hanteras behöver också konkretiseras. Ska hela kompetensförsörjningsprocessen omfattas, eller bara några delar? Ska både strategiska och operativa frågor hanteras? Det behöver också klargöras vilka yrkesgrupper som samverkan ska omfatta – ska fokus vara på den samlade hälso- och sjukvårdskompetensen eller på några prioriterade yrkesgrupper?

Samverkan behöver utgå från bättre samordnade kunskaps- och faktaunderlag om kompetensförsörjningsbehoven, för en gemensam och samlad syn på behoven. Flera olika aktörer producerar kunskapsunderlag, som statistik, prognoser och behovsanalyser om tillgång på befintlig kompetens och hur kompetensbehoven behöver utvecklas. Att göra samlade be-

dömningar av kompetensbehoven och hur de kan mötas baserat på olika kunskapsunderlag har identifierats som en viktig uppgift för samverkan på nationell nivå.

Behov av ersättning för att få till stånd en mer utvecklad samverkan på sjukvårdsregional nivå mellan huvudmännen och lärosätena har lyfts fram av vissa aktörer, och några pekar specifikt på behov av ytterligare finansiering för den verksamhetsförlagda delen av utbildningarna.

Att klargöra hur dessa behov och förutsättningar kan mötas är viktiga utgångspunkter för utformning av mer ändamålsenliga samverkansstrukturer på både nationell och sjukvårdsregional nivå.

Samverkan behövs på flera nivåer

Lärosätena har ett nationellt uppdrag att bedriva utbildning utifrån studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov, medan huvudmännen har ett regionalt och kommunalt uppdrag att se till att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. Eftersom aktörerna har skilda uppdrag, så behöver samverkan ske på flera nivåer. Men i dag sker samverkan mellan regioner och lärosäten om kompetensförsörjningsfrågor främst på regional nivå och är mest utvecklat om operativa frågor relaterade till utbildningen på grundnivå och avancerad nivå. Även om det också finns samverkansarenor på sjukvårdsregional nivå mellan regioner och lärosäten, så behöver den här samverkan utvecklas, formaliseras och breddas. En förutsättning för en utvecklad samverkan på sjukvårdsregional nivå är nationellt stöd. Och på den nationella nivån finns det ingen befintlig relevant bred arena som kan vidareutvecklas, för att möta behoven av nationellt stöd och samordning.

Syfte med samverkan skiljer sig mellan nationell och regional nivå. På nationell nivå behöver man göra övergripande bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven för hela landet, både som stöd för regeringens styrning och för att arbetet på regional nivå behöver utgå från en gemensam nationell behovsbild. På regional nivå behöver aktörerna i varje sjukvårdsregion samarbeta om konkreta mål, till exempel om antalet utbildningsplatser för den verksamhetsförlagda delen av utbildningarna. Ett effektivt samarbete och dialog behöver finnas mellan de olika nivåerna. Samverkan på den sjukvårdsregionala nivån är en viktig förutsättning för att koppla ihop arbete på nationell nivå med det regionala och lokala arbetet.

Socialstyrelsen och UKÄ:s bedömning och slutsats är att samverkan om kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården behöver utvecklas på både nationell och sjukvårdsregional nivå, för att stödja arbetet på regional och lokal nivå.

Det handlar om att ha nationellt samarbete kring framtidsspaning och hur utbildningsanordnare och arbetsgivare tillsammans kan möta den framtiden. Att ha utgångspunkt i det nationella, så att vi inte bli öar som arbetar på olika sätt, och att ha en gemensam riktning där arbetet anpassas utifrån lokala behov. Vad behöver vi här hos oss, och hur bidrar vårt arbete till den gemensamma målbilden?

HR-strateg, Region Halland [33]

På sjukvårdsregional nivå kan sjukvårdsregionala samverkansarenor utvecklas, genom att bygga vidare på de mest lämpliga och bredaste av de befintliga arenorna på sjukvårdsregional nivå. Vilka dessa är beskrivs i förra avsnittet och i *Fördjupad kartläggning av samverkan på sjukvårdsregional nivå* [33].

Vilka aktörer behöver samverka?

När det gäller vilka aktörer som bör ingå i de olika arenorna är det naturligt att det åtminstone är de aktörer som har huvudansvar för stora delar av kompetensförsörjningen, det vill säga universiteten och högskolorna som har hälso- och sjukvårdsutbildningar och huvudmännen, regioner och kommuner. Hälso- och sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar även för vård som utförs av privata vårdgivare innebär att regioner och kommuner även ansvarar för planeringen av kompetensförsörjningen för all vård och tandvård oavsett utförare (se *Bakgrund*, avsnittet *Reglering av samverkan och planeringsansvar*).

På nationell nivå är en bred samverkan, förutom mellan huvudaktörerna, även med professions-, arbetstagar- och intresseorganisationer, patient- och studentföreningar samt andra befintliga samverkansorgan viktiga, för att ta tillvara olika perspektiv på frågorna och skapa en samsyn mellan alla berörda aktörer. På sjukvårdsregional nivå behöver befintlig samverkan mellan regioner och lärosäten utvecklas och kommunerna behöver inkluderas. Det är viktigt att få med kommunerna i samverkan, eftersom alltför många av vårdpersonalen är anställda av kommuner. Bland annat kommunaliseringen av hemsjukvården har bidragit till ett ökat behov av samverkan med kommunerna.

Samverkan med privata aktörer är viktig, men i vilken utsträckning den behöver formaliseras kan avgöras regionalt. Det bör finnas en flexibilitet i att avgöra vilka andra relevanta samverkansaktörer på regional nivå som bör delta i samverkan. Samverkan på sjukvårdsregional nivå förutsätter dialog med och inhämtning av underlag från enskilda regioner, kommuner och lärosäten, för en kunna göra samlad analys på den nivån.

Dialog med andra aktörer, som professionsorganisationer, patientföreningar, studentorganisationer och arbetstagarorganisationer, är viktig. Men det är i första hand huvudmännen och lärosätena som gemensamt behöver ta ansvar för frågorna.

Förståelse för varandras uppdrag är viktigt

Samverkan om långsiktig kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården involverar 21 regioner, ett trettiotal lärosäten och 290 kommuner. Samverkan präglas och försvåras av deras skilda uppdrag och skillnader i förutsättningar, behov och resurser. Lärosätena konkurrerar också delvis med varandra gentemot sjukvårdshuvudmännen när det gäller den verksamhetsförlagda utbildningen (placering, antal platser med mera), vilket kan få negativa konsekvenser för samordningen av den.

En förutsättning för ett fruktbart samarbete är därför att aktörerna får en ökad förståelse för varandras förutsättningar i form av exempelvis vilka regler som styr respektive aktör, olika aktörers uppdragsbeskrivningar, organisationsmodeller, besluts- och delegeringsmandat, planerings- och beredningstider och andra förutsättningar som är specifika för de olika aktörerna.

Vilka frågor behöver man samverka om?

Några viktiga frågor som olika aktörer behöver samverka om på olika nivåer handlar om utbildningsutbud, utbildningsvolym och utbildningsinnehåll, inklusive den verksamhetsförlagda utbildningen och kontinuerlig kompetensutveckling för vårdens medarbetare. Vissa frågor hanteras naturligt på den regionala nivån mellan ingående aktörer, exempelvis planering och samordning av verksamhetsförlagda moment i utbildningarna. Flera av de befintliga lokala samverkansorganen mellan lärosäten och huvudmän har sitt ursprung i hanteringen av den verksamhetsförlagda delen av utbildningen (VFU). Andra mer övergripande frågor bereds lämpligen genom samverkan på nationell nivå, exempelvis större

nödvändiga förändringar i utbildningarnas innehåll, mål, omfattning, det totala utbudet och dimensioneringen av utbildningar som lärosätena har huvudansvar för. Samma sak gäller olika typer av framtidsfrågor, till exempel hur förändringar och omstruktureringar av vården påverkar kompetensförsörjningsbehoven.

Utbud och dimensionering av utbildning

Lärosätena har ett nationellt uppdrag medan hälso- och sjukvårdens huvudmän har ett lokalt uppdrag, och det finns ibland en konflikt mellan lärosätenas nationella rekrytering och de regionala behoven av utbildade. Det kan även vara svårt för enskilda lärosäten att ge en liten men för regionerna nödvändig utbildning, eftersom ersättningssystemet till lärosätena grundar sig på antalet helårsstudenter och antalet helårsprestationer. Dessa båda frågor är svårösta på regional nivå, och behöver hanteras på nationell nivå. Ytterligare ett område för samverkan är utbudet av högskolekurser för vidare- och fortbildning för yrkesverksamma, se även nedan.

Utbildningarnas innehåll

Det är lärosätena som har ansvar för att säkerställa att samtliga utbildningar som leder till en examen uppfyller de nationella mål som anges i högskoleförordningens examensordning. Lärosätet ska säkerställa att varje examinerad student har kunskaper och förståelse, färdigheter och förmågor samt värderingsförmågor och förhållningssätt som anges för respektive examen. Så länge detta säkerställs har lärosätena stor frihet att i övrigt utforma sina utbildningar både till form och innehåll. Men det är nödvändigt att kontinuerligt, med grund i forskning, utveckla utbildningarna och se till att lärosäten som ger samma typ av programutbildning på olika sätt samarbetar i detta arbete både med varandra och med företrädare för arbetslivet. Det sker även förändringar i högskoleförordningens examensordning, genom att nya examina tillkommer samt att befintliga examina revideras eller tas bort.

När det gäller möjlig utveckling av innehållet i olika utbildningar pågår det även arbete bland andra aktörer. Det är vanligt att olika professionsorganisationer beskriver olika typer av nödvändiga kompetenser för framtidens vård. Ett exempel på detta är sjuksköterskeprofessionen som anger personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik som sådana kompetenser [37]. Ett annat exempel på uttalade nödvändiga kompetenser, som beskrivits i betänkandet om framtidens specialistsjuksköterskor, är ledarkompetens, pedagogisk kompetens, hälsofrämjande arbete, förmågan att initiera egenvård samt kunskaper om hållbar utveckling, mångkulturell population och e-hälsa [38].

Regionerna har också i ett särskilt utvecklingsprojekt föreslagit gemensamma baskompetenser och förmågor för den framtida hälso- och sjukvårdspersonalen. Personalen behöver kunna arbeta i team med och för patienterna, utveckla en god kommunikationsförmåga samt förmåga att verka i nya vårdmiljöer med digitalisering som verktyg och stöd. Dessutom behöver ett hälsofrämjande förhållningssätt genomsyra både utbildningarna och verksamheterna i hela hälso- och sjukvårdssystemet [27].

Sammantaget är utbildningarnas innehåll en stor och viktig fråga som hälso- och sjukvårdens aktörer behöver samarbeta om på olika sätt.

Verksamhetsförlagd utbildning

De flesta utbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet har verksamhetsförlagda utbildningsmoment (VFU), och lärosäten och olika vårdgivare behöver samarbeta om detta gemensamma utbildningsuppdrag. Hälso- och sjukvårdens kapacitet för den verksamhetsförlagda utbildningen är en viktig faktor i dimensioneringen av högskolans utbildningar. Lärosätena behöver kontinuerligt förmedla behov av VFU-platser till vårdgivarna samt informera om förändringar i studentunderlaget som kan påverka dessa behov. Vårdgivarna behöver arbeta med att utöka utbildningskapaciteten genom en systemsyn på hur uppdra-

get organiseras och genom att förbättra stödet för utbildningsuppdraget i lednings- och styrsystem. Att öka möjligheterna till VFU utanför sjukhusen och i kommunala verksamheter är också viktigt. Brist på handledare är en specifik begränsande faktor, och olika modeller och former för handledning är därför något som bland annat regionerna gemensamt arbetar med [27]. Samverkan behöver även ske om VFU och praktik för personer med hälso- och sjukvårdsutbildning från tredje land. Även uppföljning av innehåll och kvalitet i VFU är något som lärosäten och vårdgivare behöver samverka om.

Nya arbetssätt förändrar kompetensbehovet

Förändrade och effektivare arbetssätt i vården kan innebära nya kompetensbehov eller behov av en förändrad kompetensmix. Ett exempel är olika typer av uppgiftsväxling, där arbetsuppgifter skiftas mellan yrkeskategorier för att skapa en effektivare arbetsfördelning och rätt använd kompetens. Kompetensflyttning över organisationsgränser, till exempel en utvecklad samverkan mellan primär- och specialistvård, innebär att resurser kan nyttjas på nya sätt. Introduktionsprogram kan underlätta övergången från studier till yrkesliv. Nya vårdbehov kan medföra att behovet av vissa kompetenser ökar, till exempel kan en förstärkning av första linjens vård för psykisk ohälsa innebära att det behövs fler psykologer och samtalsterapeuter på vårdcentralerna. Ökade möjligheter till virtuella och digitala vårdmöten samt stöd och behandling via nätet kan leda till ett effektivare utnyttjande av vårdresurserna. Hur nya arbetssätt påverkar kompetensbehoven behöver analyseras samlat och inkluderas i bedömningar av framtida behov av personal och nya kompetenser.

Behovet av fortbildning

Att säkra behoven av kontinuerlig fortbildning för hälso- och sjukvårdens medarbetare är helt avgörande för att kunna hantera den snabba kunskapsutvecklingen och ökande användningen av digital teknik i vården. Ny kompetens krävs även för nya arbetssätt och förhållningssätt, till exempel en personcentrerad och samordnad vård. Kompetenser för ett utökat preventivt och hälsofrämjande uppdrag, höjd patientsäkerhet, interprofessionella arbetssätt, informatik, systemförståelse och förändringsledning är ytterligare exempel på viktiga fortbildningsbehov för framtidens hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården behöver beskriva fortbildningsbehoven, och lärosätena har en viktig roll att säkerställa ett brett och flexibelt utbud av fristående kurser, inklusive distansutbildningar, som anpassas efter utvecklingen i hälso- och sjukvården.

Forskning

Forskning är en viktig drivkraft både för utvecklingen av de olika utbildningarna och för hälso- och sjukvården i övrigt. Ett sätt att stimulera bland annat klinisk forskning är ALF-avtalet mellan staten och sju regioner. Avtalet reglerar bland annat hur mycket statliga medel som regionerna ska få för att medverka i utbildningen av läkare, bedriva klinisk forskning och utveckla hälso- och sjukvården. Även andra utbildningar och områden inom hälso- och sjukvården skulle kunna utvecklas och stärkas genom motsvarande eller liknade avtal. Detta föreslogs för några områden i betänkandet om framtidens specialistsjuksköterska [38].

Lärosätenas egen kompetensförsörjning

Lärosätenas möjlighet till en god och kontinuerlig egen lärförsörjning är helt nödvändigt för att de ska kunna fortsätta ge och utveckla nuvarande utbildningar. Det behövs lärarresurser som inkluderar vetenskapligt och kliniskt kompetenta lärare och även ett tillräckligt stort antal lärare. Det innebär bland annat att en aktiv forskning och forskarutbildning måste bedrivas inom olika områden och ämnen. Många lärare inom hälso- och sjukvårdsutbildningarna behöver även vara kliniskt verksamma och olika typer av kombinationstjänster mellan lärosäten och vårdgivare behöver fortsätta finnas, men även vidareutvecklas.

Samverkan inom varje sektor också betydelsefull

Samverkan inom varje sektor är också mycket betydelsefull, och kan stärkas ytterligare. Det finns behov av att kommuner och regioner arbetar strategiskt tillsammans med kompetensplanering, för att undvika konkurrens om arbetskraften, utveckla attraktiva arbetsplatser och för gemensamma satsningar på kompetensutveckling av befintlig personal [13].

Även samverkan mellan lärosäten för att åstadkomma arbetsfördelning av utbildningsutbudet bör utvecklas vidare. Det kan även behövas förändringar i till exempel lagstiftningen, för att möjliggöra gemensamma examenstillstånd eller examenstillstånd som bygger på överenskommelser mellan lärosäten [17].

Befintliga kunskapsunderlag om kompetensförsörjningen, behov av förbättrad tillgång på statistik och prognoser, samt genomförda utvecklingsprojekt

I det här kapitlet redovisar Socialstyrelsen och UKÄ först exempel på befintlig statistik, befintliga prognoser och andra underlag som innehåller kvantitativa uppgifter som sammantaget olika aktörer använder eller kan använda i arbetet med planeringen av kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Exempelen utgår från gjorda kartläggningar. Därefter ger vi exempel på behov av ytterligare fakta- och kunskapsunderlag som olika aktörer har framfört, och slutligen redogör vi för det utvecklingsarbete som har utförts för att skapa nya former av statistik och vidareutvecklade prognoser. Detta kapitel behandlar de i uppdraget angivna underlagen statistik och prognoser, men även inom olika forskningsområden skapas ny kunskap som är relevant för de berörda aktörerna att använda.

Befintlig statistik och prognoser

Statistik

UKÄ är statistikansvarig myndighet för högskoleväsendet, och den officiella statistiken redovisas i statistiktabeller och i statistiska meddelanden samt används som underlag för analyser om högskolan. I statistiken ingår till exempel detaljerade uppgifter om sökande och antagna, genomströmning och examinerade. Uppgifterna finns i de flesta fall uppdaterade på lärosäte, typ av utbildning (kurs, program, inriktning med mera), kön etcetera, och publicering av nya data sker minst en gång per år. Hur aktuella uppgifterna är när de publiceras beror på vilka typer av statistik det gäller. Exempelvis publiceras statistik om sökande och antagna en termin eller ett läsår senare, medan det krävs längre uppföljningsperioder för vissa typer av genomströmningsstatistik.

UKÄ har även en statistikdatabas: *Högskolan i siffror* som innehåller statistik och diagram om till exempel sökande, nybörjare, registrerade, examinerade på grundnivå och avancerad nivå. På forskarnivå finns uppgifter bland annat om nybörjare, det totala antalet doktorander och examinerade. Det finns även uppgifter om ekonomi och personal. Nya uppgifter publiceras löpande, men minst en gång per år för varje ingående del.

Bak- och framgrund är ett analysmaterial som tagits fram i samarbete mellan Ladok-konsortiet¹¹ och SCB. Materialet är framtaget specifikt för lärosätena, och det består av registerbaserade uppgifter om individer som är eller har varit registrerade i högskolan. Lärosätena kan få tillgång till materialet efter en särskild sekretessprövning. Syftet med materialet är dels att lärosätena ska kunna få en uppfattning om vad deras studenter har gjort innan de påbörjade studier vid lärosätet, exempelvis var de bodde eller vad de studerade på gymnasiet, dels att lärosätena ska kunna få en uppfattning om vad deras alumner gör efter examen. Vissa variabler är lärosätesspecifika, vilket gör det svårt att gruppera, studera och

¹¹ Ladok är ett nationellt studieadministrativt system för universitet och högskolor. Det ägs och används av 37 lärosäten och Centrala studiestödsnämnden.

följa studentgrupper på nationell nivå. Ett exempel är att lokala programbenämningar används, vilket gör det svårt att till exempel följa programnybörjare. För att göra detta måste användaren känna till alla lokala programbenämningar på varje aktuellt lärosäte.

Inom hälso- och sjukvårdsområdet är Socialstyrelsen statistikansvarig myndighet. Socialstyrelsen publicerar officiell statistik i form av faktablad och tabeller över sysselsatt legitimerad personal och utfärdade legitimationer. Uppgifter om sysselsatt legitimerad personal inom hälso- och sjukvården och tandvården finns även i en databas, och inkluderar personal i offentlig (regioner och kommuner) och privat sektor. Både faktablad och databas uppdateras varje år.

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att driva *Nationella planeringsstödet* (NPS). NPS innehåller bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården. Bedömning av tillgången baseras främst på statistik om antalet sysselsatta legitimerade och antalet utfärdade legitimationer, och kompletteras med annan statistik från bland annat UKÄ, SCB och CSN. Bedömningar av efterfrågan baseras på data från Socialstyrelsens enkät till samtliga regioner och ett urval av privata vårdgivare, kompletterat med analyser från bland annat SCB:s prognos *Arbetskraftsbarometern* och Arbetsförmedlingens prognos *Yrkeskompassen*. Bedömningarna görs och publiceras varje år senast den 28 februari. I rapporten som publicerades i februari 2019 gällde resultaten för tillgång på sysselsatta 2016, vilket beror på en eftersläpning av registerdata och processen för samkörning av data från olika register, medan bedömning av efterfrågan på personal gällde 2018.

Andra producenter av statistik som är relevant för kompetensförsörjningsfrågor är till exempel SCB, Arbetsförmedlingen, SKL och Reglab. Reglab har under flera år utvecklat så kallade regionala matchningsindikatorer – ett verktyg som beskriver förutsättningar för matchning, och faktisk matchning, regionalt. Verktyget kan ge bättre förståelse för vilka utmaningarna är på olika regionala arbetsmarknader, och kan vara ett stöd i beslut om åtgärder och insatser. Indikatorerna är digitaliserade och är nu en del av SCB:s *Statistikdatabasen* [35].

Förutom statistik tar olika aktörer även fram olika typer av analyser och rapporter som inkluderar statistikuppgifter som är relevanta för kompetensförsörjningen. Några exempel från UKÄ är rapporterna *Tidiga avhopp från högskolan* [39] och *Etablering efter kompletterande utbildning* [40]. Exempel från Socialstyrelsen är rapporten *Kapaciteten i hälso- och sjukvården* [7]. Ytterligare relevanta rapporter är *Allmän tillgång. Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård* från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [41], *Bristyrken i offentlig verksamhet* från Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering [42] samt SKL:s *Rekryteringsrapport 2018: Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden* [5].

Fler detaljer om och exempel på befintlig statistik, befintliga prognoser och andra relevanta fakta- och kunskapsunderlag från UKÄ, Socialstyrelsen och vissa andra aktörer finns sammanställda i bilaga 6.

Prognoser

Den kartläggning av befintliga prognoser som genomförts inom uppdraget visade att det produceras många relevanta prognoser för tillgång och efterfrågan av personal inom hälso- och sjukvårdsområdet. Kartläggningen visade även att det finns stora skillnader mellan de olika prognoserna, bland annat när det gäller vilken modell och vilka underlag som används, och hur långa prognosperioderna är. Befintliga prognoser omfattar inte heller samtliga relevanta utbildnings- och yrkesgrupper inom hälso- och sjukvårdsområdet, och i många av prognoserna finns resultat bara på nationell nivå. Här beskriver vi några viktiga befintliga

prognoser. Se vidare bilaga 6 för fler detaljer om och exempel på befintliga arbetsmarknadsprognoser.

En viktig prognosproducent är SCB som till exempel gör *Trender och Prognoser* och *Arbetskraftsbarometern*. Den förstnämnda innehåller långsiktiga prognoser över tillgång och efterfrågan på arbetskraft för olika utbildningsgrupper inom de flesta samhällssektorer. Tillgångssidan baseras främst på befolkningens utbildning ett visst år, överlevnadssannolikheter, prognoser över examinerade, in- och utvandring och arbetskraftstal. Efterfrågesidan baseras främst på fyra prognoser: befolknings- och sysselsättningsprognosen, näringsgrensprognosen, yrkesprognosen och utbildningsprognosen. Resultaten redovisas på nationell nivå för ett urval utbildnings- och yrkesgrupper inom samtliga samhällssektorer och publicering sker vart tredje år. *Arbetskraftsbarometern* publiceras varje år och den undersöker arbetsmarknadsutsikterna för 72 utbildningar, de flesta av dem på eftergymnasial nivå inom olika samhällssektorer. Den grundar sig på en enkätundersökning till personalchefer på ett urval av arbetsställen. Rapporten redovisar hur stor andel av arbetsgivarna som uppger brist på nyutexaminerade respektive yrkeserfarna inom området, uppdelat på de utbildningar som ingår. Ingen regional indelning av resultaten finns.

Arbetsförmedlingen producerar varje år bland annat de två prognoserna *Var finns jobben?* och *Yrkeskompassen*. Båda bygger på samma underlag och antaganden, men detaljeringsgraden är olika. Den förstnämnda är en rapport och den sistnämnda är en webbapplikation. Metodmässigt innebär det att Arbetsförmedlingskontoren utför intervjuer med ett urval av arbetsgivare. Därefter beräknas ett bristindex utifrån Arbetsförmedlingskontorens bedömningar av arbetsmarknadsläget för respektive yrke på ett års sikt. Bedömningen görs även på fem års sikt. Prognosen täcker 200 av de största yrkena på arbetsmarknaden, och det finns regionindelade uppgifter.

Länsstyrelser, regionförbund, enskilda regioner och andra grupperingar producerar arbetsmarknadsprognoser, och då oftast för det egna geografiska området och för hela arbetsmarknaden. Sådana prognoser har exempelvis några regioner tagit fram för Skåne, Stockholm, Västra Götaland och Östra Mellansverige [43-46] i samarbete med SCB. Andra producenter av arbetsmarknadsprognoser är olika arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer, exempelvis Saco, TCO och SKL.

UKÄ har i samarbete med SCB på regeringens uppdrag producerat prognoser för den framtida balansen mellan arbetsmarknadens behov och tillskottet av utbildade från högskolan. Rapporten *Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden* omfattar ett urval yrken på arbetsmarknaden och på nationell nivå [47].

Socialstyrelsen publicerade tidigare vart tredje år en prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården och tandvården. Prognosen omfattade bara tillgången på personal (inte efterfrågan) och bara ett mindre antal yrkesgrupper. Den senaste prognosrapporten publicerades 2014 [48], därefter redovisades viss prognosdata i NPS 2017 [49].

Behov av förbättrad tillgång på statistik och prognoser

Det här avsnittet behandlar de behov av förbättrade fakta- och kunskapsunderlag som framkommit i dialoger med vår expertgrupp för statistik- och prognosfrågor, med vår referensgrupp samt genom andra dialoger som förts med olika aktörer.

Statistik

Lärosätena har nästan alltid behov av statistik nedbrutet på lärosätetsnivå, och de använder i sitt planeringsarbete mest egenproducerad statistik från till exempel Ladok men även mycket av den statistik som UKÄ ansvarar för. Lärosäten beställer även statistik direkt från SCB. Vissa lärosäten använder analysmaterialet *Bak- och framgrund* som SCB och Ladok-konsortiet ansvarar för.

Regionerna använder i sin planering egenproducerad och partsgemensam statistik, statistik från SCB, SKL samt Socialstyrelsens NPS. Vissa regioner använder verktyget *Super-Cross*¹² med data som SCB ansvarar för.

Något som tydligt framkommit är att delar av befintlig relevant statistik, inklusive analyser och rapporter som innehåller statistik, är okänd för de olika huvudaktörerna. Något som flera aktörer har framfört är att det skulle underlätta deras arbete om det funnits lättillgängliga aktuella översikter/sammanställningar över relevant befintlig statistik. De menar att detta är något som olika statistikproducenter behöver samarbeta om.

Flera aktörer har framfört att det är ett problem att olika statistikproducenter använder olika begrepp och definitioner. Det finns ett uttalat behov av gemensamma definitioner och begrepp samt även behov av mer samordning av olika kodningssystem.

Mycket av den statistik som produceras gäller enbart nationell nivå och det finns ett stort behov att uppgifterna, när det är möjligt och lämpligt, bryts ned på regional eller lägre nivå.

Till sist en synpunkt som framförts är att delar av statistiken är för gammal redan vid publiceringen, för att kunna användas effektivt i vissa sammanhang. Det är viktigt att försöka skapa processer och hitta brytpunkter för hantering och publicering som ger så aktuell statistik som möjligt.

Nationella planeringsstödet (NPS) syftar till att stödja huvudmännens arbete med planering av kompetensförsörjningen. NPS har utvecklats på flera olika sätt de senaste åren. Nu ingår bedömning av tillgång och efterfrågan på alla legitimerade yrkesgrupper, fler uppgifter redovisas per län, flera olika källor används för bedömning av tillgång på personal och metodiken för att bedöma efterfrågan har utvecklats [3]. Flera behov av ytterligare förbättringar av NPS har identifierats i dialog med relevanta aktörer, bland annat i de workshoppar som genomfördes 2017¹³ samt i löpande dialog med olika målgrupper av rapporten. NPS har hittills inte omfattat särskild bedömning av tillgång och efterfrågan av personal för kommunal hälso- och sjukvård, vilket är viktigt att kartlägga i kommande planeringsstöd. Detta behov tas också upp i Socialstyrelsens förstudie om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård [13]. NPS kan även ytterligare förbättra metoder för inhämtning av uppgifter om efterfrågan från hälso- och sjukvårdens huvudmän [3].

Prognoser

Både lärosäten och hälso- och sjukvårdens huvudmän har stora behov av prognoser över tillgång/efterfrågan på personal inom området, och det finns behov av prognoser på både kort och lång sikt. Lärosätena använder prognoser främst vid planering av nya utbildningar eller inför nedläggning av utbildningar, och då används oftast nationella prognoser. I ett arbete som UKÄ genomfört tidigare om dimensionering av högre utbildning framkom det däremot att vissa lärosäten ser ett behov av prognoser som är geografiskt nedbrutna till regional eller lokal nivå [50]. Regionerna använder prognoser regelmässigt och SCB:s

¹² Ett verktyg/program för att använda aggregerade statistiska uppgifter från SCB:s MONA-system (Microdata-Online-Access).

¹³ Dnr 25437/2017. Framtidens nationella stöd och underlag för planering av kompetensförsörjningen. Resultat av workshoppar med regioner, privat tandvård, lärosäten, professionsorganisationer och privat tandvård.

Trender och Prognoser, eller andra prognoser med den som grundmodell, används då relativt ofta. Den bedöms vara en bra grundmodell, men den innehåller enbart nationella prognoser. Som ovan nämnts har vissa regioner/län tagit fram regionspecifika prognoser [43-46]. Dessa regionala prognoser innehåller ett urval av utbildnings- och yrkesgrupper inom olika samhällssektorer.

Samtliga aktörer menar att det är en stor brist att utgångsläget för prognosen saknas, det vill säga att balansen mellan tillgång och efterfrågan för olika utbildnings- och yrkesgrupper saknas vid starttiden. Det finns därför ett stort behov av att utgångsläget inkluderas i prognoserna. SCB fick i sitt regleringsbrev för budgetåret 2018 i uppdrag att göra en förstudie om olika möjligheter att identifiera utgångsläget, och redovisning ska göras under 2020¹⁴.

Sammanfattningsvis finns det uttalade behov från olika aktörer av en vidareutveckling av prognoser över tillgång och efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvårdsområdet. Enligt UKÄ:s och Socialstyrelsens uppfattning är SCB:s *Trender och Prognoser* den bästa modellen att utgå ifrån men den behöver vidareutvecklas ytterligare, och inkludera både nationella och regionala prognoser över tillgång och efterfrågan av alla högskoleutbildade och legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det är också av stor vikt att utgångsläget för balanser mellan tillgång och efterfrågan inkluderas i prognoserna.

Utvecklingsprojekt statistik och prognoser

Det här avsnittet redovisar de två större utvecklingsprojekt inom statistik- och prognosområdet som har bedrivits inom ramen för uppdraget.

Statistikbaserade flödesbeskrivningar

Redan tidigt i arbetet med det här uppdraget blev det tydligt att olika aktörer med ansvar för kompetensförsörjningsfrågor inom hälso- och sjukvården använder olika fakta- och statistikunderlag. Lärosätena använder mest egenproducerad eller UKÄ-producerad statistik och som framför allt och kanske naturligt gäller uppgifter inom utbildningsområdet. Hälso- och sjukvårdens huvudmän använder mest egenproducerad eller statistik från Socialstyrelsen och andra, som främst gäller arbetslivsområdet. Eftersom kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården är en gemensam uppgift för de här huvudaktörerna, påbörjade Socialstyrelsen och UKÄ därför ett utvecklingsarbete med start våren 2017 för att på nya sätt samla och redovisa statistik från olika register inom myndigheternas samlade områden som kan vara till nytta för dessa aktörer. Syftet var att skapa en generell statistikbaserad flödesmodell som kan appliceras på olika utbildningar och yrken inom hälso- och sjukvårdsområdet, och som kan ge olika aktörer ökad kunskap om olika student- och yrkesgrupper både innan och under utbildningen samt i arbetslivet. Resultat från olika delar i flödena ska även kunna vara ingångar till vidare fördjupade analyser.

Tre pilotstudier för ett urval av utbildnings- och yrkesgrupper har genomförts. Den första flödesbeskrivningen omfattar valda mätpunkter från ansökan till utbildningen fram till etableringen på arbetsmarknaden för legitimerade sjuksköterskor som valde att utbilda sig vidare till specialistsjuksköterskor eller barnmorskor. Mätpunkter för dessa två grupper var till exempel hur många av dessa sjuksköterskor som sökte sig vidare till specialistsjuksköterske- eller barnmorskeutbildning (och hur länge efter legitimeringsåret), hur många av och

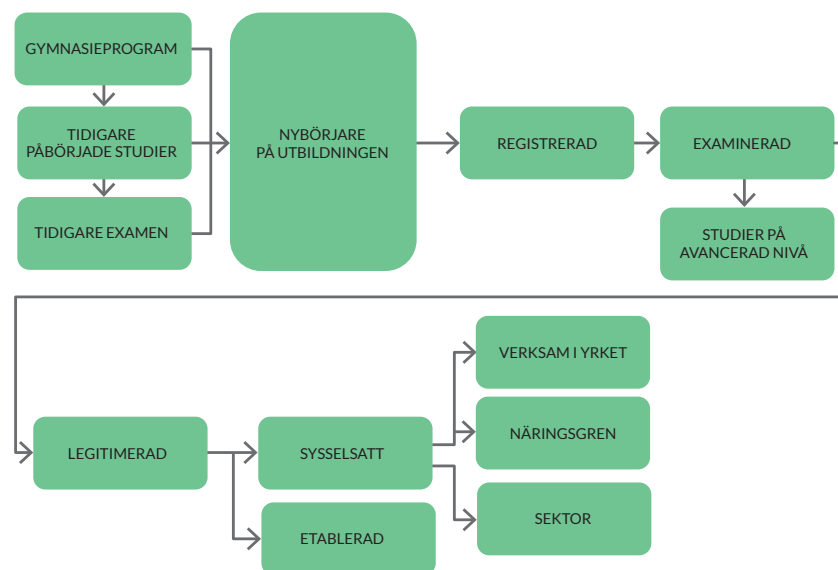
¹⁴ Enligt uppgift från registrator vid Regeringskansliet, juni 2019.

efter hur lång tid som dessa tog examen, samt när och var de etablerade sig på arbetsmarknaden.

Senare gjordes en fördjupning av studien som inkluderade bland annat en uppdelning på de olika inriktningarna inom specialistsjuksköterskeområdet och på geografisk indelning per län. Se nedan några exempel på resultat från dessa två studier.

Utifrån erfarenheterna och resultaten från de två tidigare gjorda studierna vidareutvecklades metoden och modellen, och en tredje pilotstudie för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och tandhygienister genomfördes. Jämfört med tidigare flödespiloter när två grupper följdes, valde vi den här gången att följa en grupp. I de två första studierna ingick dels de sjuksköterskor som fick sin legitimation läsåret 2000/2001, dels de som fick sin legitimation läsåret 2007/2008. I den tredje studien ingick för varje yrkesgrupp samtliga personer som påbörjade sina studier mot respektive examen under perioden 2000–2010. Andra skillnader mot den tidigare modellen var att nu ingick bland annat även vad personerna hade läst för gymnasieprogram och eventuell examen på högskolenivå. Flödesbeskrivningen innehöll nu bland annat följande mätpunkter: gymnasieutbildning, tidigare högskoleexamen, antalet nybörjare, antalet examinerade för yrkesexamen inklusive examensfrekvens, antalet som även tog ut en generell examen, antalet som tog legitimation, antalet sysselsatta och verksamma i yrket, antalet kvarvarande i yrket efter 1 och 3 år samt geografisk rörlighet innan och efter studierna, se figur 2 för flödesmodell. Se även nedan några exempel på resultat från den tredje studien.

Figur 2. Schema över flödesmodellen i tredje pilotstudien.



Några resultat från flödesstudierna

För att åskådliggöra vilka typer av uppgifter som flödesbeskrivningarna kan ge, följer här några exempel på resultat från de tre flödesstudierna som beskrevs tidigare.

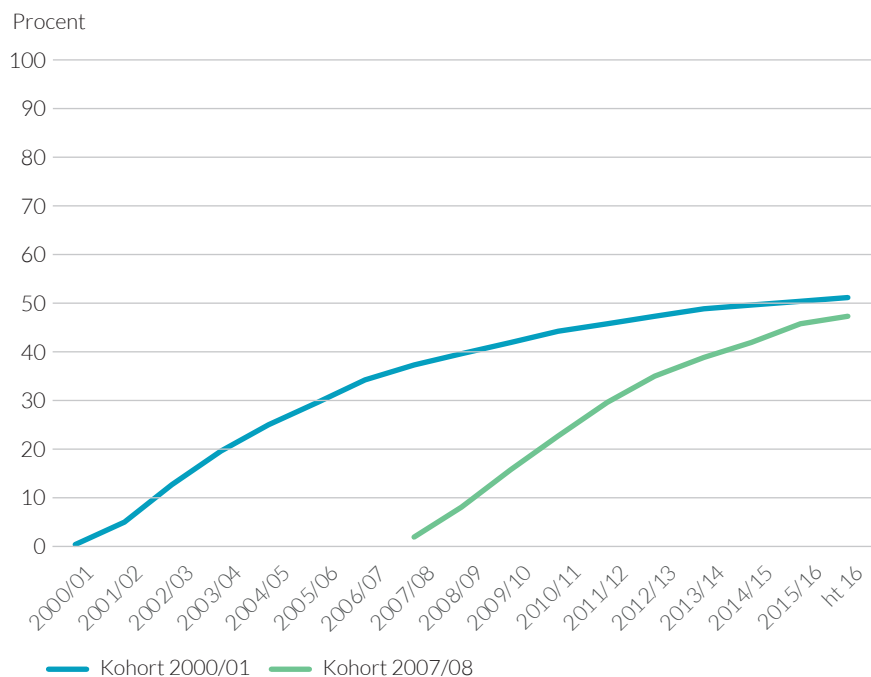
För de grupper av legitimerade sjuksköterskor som studerades i de första två studierna påbörjade ungefär 50 procent studier till specialistsjuksköterska eller barnmorska. De flesta av dessa gjorde det inom cirka 10 år efter legitimation, se figur 3. Det fanns samtidigt skillnader mellan inriktningarna inom specialistsjuksköterskeutbildningen. Till distriktsjuksköterskeinriktningen fanns det flera studenter som påbörjade studierna en betydligt längre tid än 10 år efter att de fått sin legitimation till sjuksköterska, se figur 4.

Av dem som påbörjade specialiseringsstudier tog cirka 80 procent en examen, men även här var det skillnader mellan inriktningarna. Exempelvis var examensfrekvensen för barnmorskeutbildningen 90 procent, medan den för inriktningen mot psykiatrisk vård var 70 procent. När det gäller etableringsgraden var 90 procent av de examinerade etablerade inom ett år efter examen. Uppdelat på olika inriktningar var exempelvis etableringsgraden 97 procent för inriktningen mot ambulansvård. Sett till geografisk spridning och rörlighet var det flest som bodde i storstadsområdena både vid legitimationstillfället som sjuksköterska samt under nybörjaråret och examensåret vid specialiseringsutbildningen. Bland dem som tog en specialistsjuksköterskeexamen eller barnmorskeexamen var distriktssköterska den vanligaste inriktningen i de flesta länen, och i de flesta länen bodde också många kvar samma år efter examen. Fler resultat från de två studierna finns i de publicerade delarbetena [18, 19].

Några exempel på resultat från den tredje studien om arbetsterapeututbildningen var att i den grupp som studerades (5 700 personer) tog 75 procent en examen. 99 procent av dessa fick en legitimation och ett år efter legitimationen var 99 procent av dem folkbokförda i Sverige. Sysselsättningsgraden ett år efter legitimation var 98 procent och av dessa var 80 procent verksamma inom yrket. Fler resultat och detaljer om den här gruppen, och även för grupperna fysioterapeuter och tandhygienister, finns i ett publicerat delarbete [20].

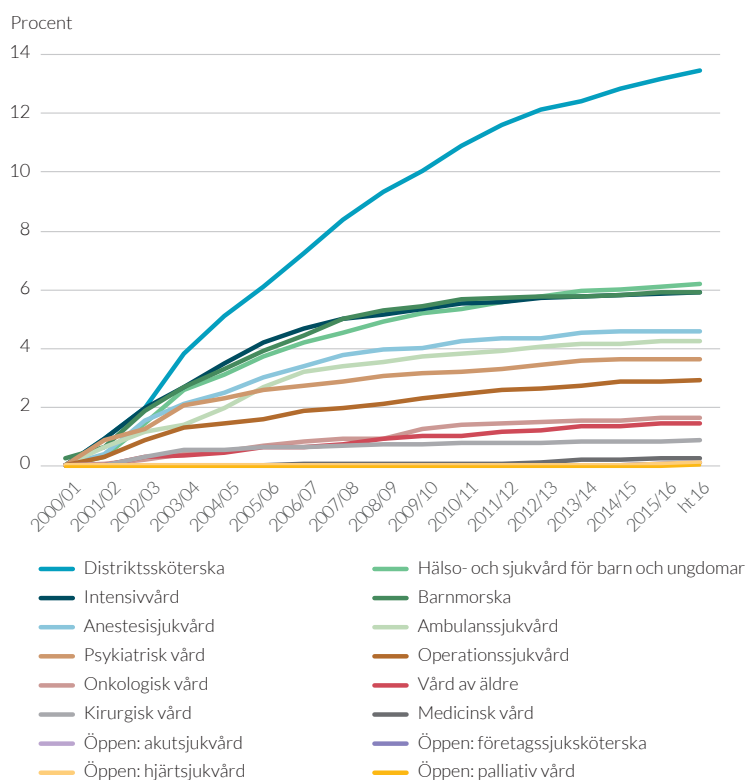
Figur 3. Andel av de legitimerade sjuksköterskorna som påbörjat studier mot specialist-sjuksköterska/barnmorska. Legitimationsår: 2000/01 respektive 2007/08.

Källa: Socialstyrelsen och UKÄ.



Figur 4. Andel av de sjuksköterskor som fick legitimation läsåret 2000/01 och som har påbörjat studier mot specialistsjuksköterska/barnmorska. Redovisas per inriktning. Kumulativt procent.

Källa: Socialstyrelsen och UKÄ.



Slutsatser och erfarenheter från flödesstudierna

UKÄ:s och Socialstyrelsens huvudsakliga slutsats från arbetet med de tre flödesstudierna är att flödesbeskrivningarna är ett viktigt komplement till annan befintlig statistik. Slutsatserna baseras även på synpunkter från olika aktörer, inte minst från uppdragets referensgrupp och expertgrupp för statistik- och prognosfrågor. En stor styrka med beskrivningarna är att de ger många, och till vissa delar helt nya typer av information som kan vara till stor nytta för olika aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen. Resultaten från flödesbeskrivningarna bidrar med både övergripande och detaljerade systembilder, fördjupad kunskap samt ingångar till fördjupade analyser.

Även om erfarenheterna från pilotstudierna och omdömena om nyttan av flödesbeskrivningar från olika aktörer är positiva, så finns det ett antal saker som måste påpekas. Den flödesmodell som användes i den tredje studien, och som vidareutvecklades från de två första studierna, är en möjlig framtida grundmodell. För vissa av de utbildningar/yrken som kan komma att studeras med flödesbeskrivningar behöver troligen vissa specifika anpassningar göras av grundmodellen. Detta bör ske i varje enskilt fall tillsammans med sakkunniga inom respektive utbildnings- och yrkesgrupp.

De gjorda flödespiloterna har krävt en hel del manuellt arbete. För att kunna göra dessa i en större skala och med en viss regelbundenhet, är det nödvändigt att automatisera processerna för att ta fram flödesbeskrivningarna så mycket som möjligt. Det utvecklingsarbetet återstår.

Slutligen, de statistikbaserade flödesbeskrivningarna har sin styrka i den longitudinella uppföljningen, något som inte kan ersätta behovet av uppgifter av typen "antalet legitimerade arbetsterapeuter 2017". Det är viktigt att göra en avvägning av vilka uppgifter som lämpar sig bäst i vilket format.

Prognoser på nationell och regional nivå

Utifrån bland annat olika aktörers uttalade behov, den kartläggning av befintliga prognoser och våra slutsatser om bristerna i dem, initierade UKÄ och Socialstyrelsen en pilotstudie som SCB utförde i samarbete med oss. Syftet med pilotstudien var att utreda möjligheterna att utveckla långsiktiga prognoser som är särskilt anpassade för hälso- och sjukvården över tillgång och efterfrågan av högskoleutbildade med olika yrkesexamina inom hälso- och sjukvårdsområdet på nationell och regional nivå. Pilotstudiens prognosmodell baserades på den modell som användes till *Trender och Prognoser 2017*, och modellen anpassades för en analys av kompetensförsörjningen av högskoleutbildad personal inom hälso- och sjukvårdsområdet inom samtliga 6 sjukvårdsregioner.

De utbildningsgrupper som ingick i studien var audionomutbildade, sjuksköterskeutbildade på grundnivå, apotekarutbildade och psykologutbildade. Dessa grupper valdes på grund av att de är olika varandra. Apotekare är verksamma både i och utanför hälso- och sjukvården, inom apoteksbranschen och läkemedelsindustrin. Sjuksköterskor är en mycket stor utbildningsgrupp och bland dessa vidareutbildar sig många till specialistsjuksköterskor. Audionomer är en mycket liten utbildningsgrupp. Psykologer valdes för att de är ett exempel på en utbildningsgrupp som efter examen inte direkt kan börja arbeta som psykolog, utan behöver genomföra den så kallade PTP-tjänstgöringen. Efter det kan de få sin legitimation utfärdad.

Av de sex sjukvårdsregionerna valde vi ut två: Norra sjukvårdsregionen och Stockholms sjukvårdsregion. Vi valde dem på grund av de två sjukvårdsregionernas olika förutsättningar när det gäller befolkningsmängd, demografi, tillgång på personal och geografi. Modellen anpassades även för fyra alternativa scenarier: effekterna av digitalisering, arbetsuppgiftsväxling, ökad tjänstgöringsomfattning och vidareutbildning av sjuksköterskeutbildade på grundnivå till specialistsjuksköterskor. Digitaliseringen kan påverka efterfrågan på utbildningsgrupperna medan vidareutbildningen och tjänstgöringsomfattningen påverkar tillgångssidan. Även arbetsuppgiftsväxlingen kan påverka både efterfrågan och tillgången på utbildningsgrupperna. Effekten av dessa faktorer på efterfrågan och tillgången gäller personer inom hälso- och sjukvård, med undantag för apotekare där majoriteten är verksam inom handeln. Det finns en del gjorda arbeten om effekter av olika alternativa scenarier [5, 51-54], men generellt är det svårt att definiera, bedöma och kvantifiera olika alternativa effekter. Syftet med att inkludera de utvalda fyra i modellen var främst att pröva hur prognosmodellen kunde anpassas för en framtida utveckling av den.

Beräkningar gjordes av tillgång och efterfrågan fram till 2035 för de fyra utbildningsgrupperna, och prognosberäkningarna gjordes för riket samt de utvalda sjukvårdsregionerna. Dessutom ingick beräkningar för de övriga fyra sjukvårdsregionerna sammanslagna. Prognosen visar den balans eller obalans mellan tillgång och efterfrågan som kan uppstå om utvecklingen fortsätter som nu.

Några resultat från prognospiloten

Några exempel på resultat från prognospiloten är att antalet nybörjare mot sjuksköterskeexamen beräknas till omkring 5 800 per år under prognosperioden. Examensfrekvensen för kvinnor och män beräknas till närmare 80 procent respektive 65 procent, vilket på sikt ger cirka 4 400 examinerade sjuksköterskor per år. Drygt 40 procent av de förvärvsarbetande med en sjuksköterskeutbildning var 45 år eller äldre 2015, och pensionsavgångarna väntas därför bli måttliga fram till 2035. Eftersom storleken på examinationen antas bli

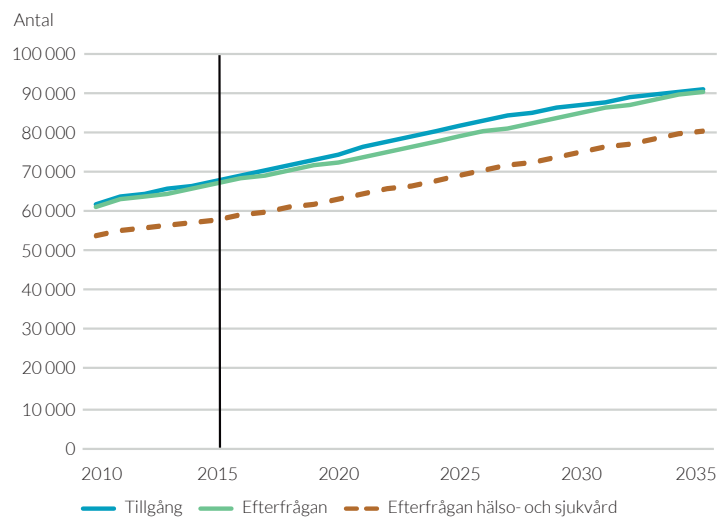
betydligt större än den förväntade pensionsavgången, beräknas tillgången i riket öka med cirka 34 procent under prognosperioden.

Den väntade befolkningstillväxten fram till 2035 och att andelen äldre i befolkningen växer, medför en ökad efterfrågan på sjuksköterskor inom både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Tillgången och efterfrågan på sjuksköterskeutbildade beräknas på riksnivå öka i ungefär samma omfattning fram till 2035. Detta innebär att dagens bristsituation väntas vara relativt oförändrad vid prognosperiodens slut.

Utvecklingen skiljer sig något på regional nivå. Liksom på riksnivå förväntas tillgång och efterfrågan utvecklas i ungefär samma takt i norra sjukvårdsregionen, vilket medför ett i stort sett oförändrat arbetsmarknadsläge. I Stockholms sjukvårdsregion bedöms däremot efterfrågan växa starkare än tillgången. Detta kan komma att medföra en ökad brist på sjuksköterskor i Stockholms sjukvårdsregion. Den starka efterfrågetillväxten i Stockholms sjukvårdsregion beror på den förhållandevis stora befolkningstillväxten inom regionen. Se även figur 5–7. Fler detaljer och resultat finns i ett publicerat delarbete [21].

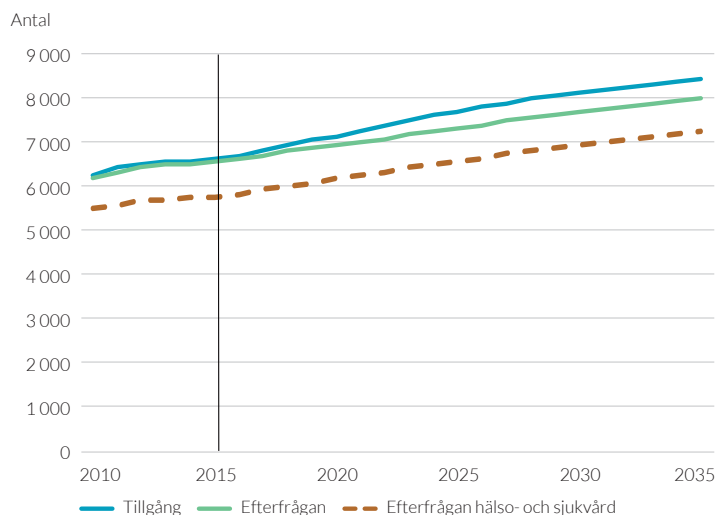
Figur 5. Tillgång och efterfrågan på sjuksköterskeutbildade på grundnivå, prognos från 2016, riket.

Källa: SCB



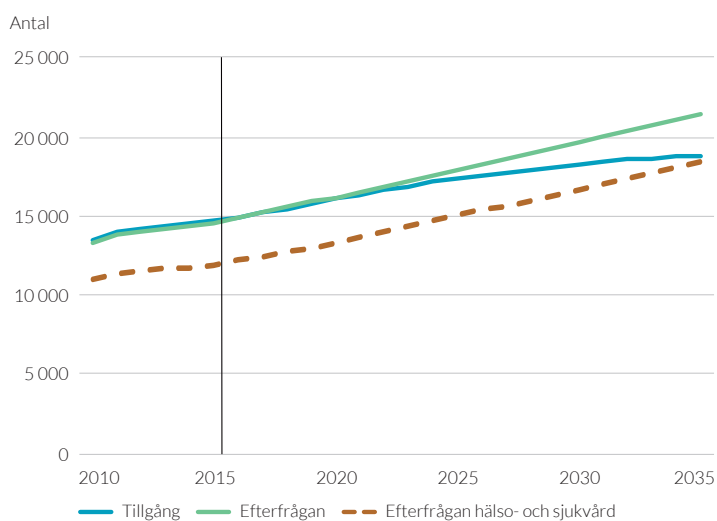
Figur 6. Tillgång och efterfrågan på sjuksköterskeutbildade på grundnivå, prognos från 2016, Norra sjukvårdsregionen.

Källa: SCB



Figur 7. Tillgång och efterfrågan på sjuksköterskeutbildade på grundnivå, prognos från 2016, Stockholms sjukvårdsregion.

Källa: SCB



Slutsatser och erfarenheter från prognospiloten

Resultaten och erfarenheterna från pilotprognosen är överlag positiva. Det fungerar att i prognoserna både inkludera samtliga önskade utbildnings- och yrkesgrupper och att göra prognoser både på nationell och på sjukvårdsregional nivå. För de regionala prognoserna krävs tillgång till regionala befolkningsprognoser. De behöver beställas specifikt för de 6 sjukvårdsregionerna, där Hallands län är uppdelad på två sjukvårdsregioner. Det är däremot tveksamt att inkludera de minsta utbildningsgrupperna, exempelvis audionomer och ortopedingenjörer, på regional nivå. Orsaken är att både tillgångs- och efterfrågebereäkningarna för dessa grupper utgår från ett fåtal individers beteende, och att de olika beräkningsstegen därmed lutar sig mot enstaka individers val.

Det var inga svårigheter att anpassa själva prognosmodellen för att inkludera de alternativa scenarierna som testades. Bedömningen av lämpliga ingångsvärden för de valda faktorerna är däremot komplex, särskilt bedömningen av arbetsuppgiftsväxling och digitalisering. Vid en fortsatt framtida analys av effekter av arbetsuppgiftsväxling är det viktigt att identifiera vilka yrkesgrupper som bedöms överta arbetsuppgifter från varandra, för att kunna beräkna den fulla effekten för utbildningsgrupperna. Skattningar av arbetsuppgiftsväxling kan kräva att ytterligare utbildningsgrupper ingår i beräkningarna, exempelvis vård- och omsorgsutbildade. Vid beräkningarna av digitaliseringen har effekterna bara antagits gälla några olika yrken. Även andra yrken kan tänkas bli påverkade av digitaliseringen. Ett viktigt arbete vid en fortsatt framtida analys av digitaliseringens effekter är därför en fullständig genomgång av vilka arbetsuppgifter och vilka yrken som kan tänkas komma att påverkas av en ökad digitalisering.

En annan fråga i arbetet är att modellen utgår från utbildade, och inte från legitimerade, vilket skulle kunna innebära en viss överskattning av tillgången på vissa yrkesgrupper, till exempel psykologer och läkare som inte (med nuvarande utbildning) blir legitimerade direkt efter examen. Men en analys har gjorts som visar att effekten är försumbar. Av personer med svensk läkar- eller psykologexamen till och med 2011 har 98 procent legitimation som läkare respektive psykolog sju år efter examen¹⁵.

¹⁵ Källa SCB, baserat på SCB:s utbildningsregister och universitets- och högskoleregister.

Ytterligare en slutsats av pilotstudien är att så länge det saknas faktiska uppgifter om utgångsläget (brist/balans/överskott) går det inte att kvantifiera de närmaste årens brist- eller överskottssituation, något som gäller de flesta prognoser. För att kunna redovisa detta behövs kvantitativa uppgifter över dagens brist- eller överskottssituation att utgå ifrån. Det är därför mycket viktigt att utveckla metoder för en bra skattning av utgångsläget.

Efter dialoger och diskussioner med referensgruppen och expertgruppen för statistik och prognoser samt Socialstyrelsens och UKÄ:s erfarenheter från den utförda prognosstudien, bedömer vi att den modell som utarbetats inom uppdraget kan bli ett bra underlag för samtliga aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Det krävs samtidigt ytterligare utvecklingsarbete, inte minst för att inkludera alternativa scenarier.

Närliggande arbete som berör kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården

Det här kapitlet redovisar annat pågående eller nyligen avslutat arbete som har beröringspunkter med samverkan om kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården – statliga utredningar, uppdrag till olika myndigheter, förändrade utbildningar och regeringens satsningar på kompetensförsörjningen. Några nyligen avslutade statliga utredningar med särskilt nära koppling till vårt uppdrag har i sina betänkanden lagt förslag som berör förslaget om en utvecklad samverkan som presenteras i vår rapport. I utformningen av det förslag om en stärkt samverkan som vi presenterar i nästa kapitel har vi särskilt beaktat dessa förslag. De överväganden som har gjorts finns i kapitlet *Överväganden och diskussion*.

Statliga utredningar

Här beskriver vi först tre statliga utredningar som har lagt betänkanden med nära koppling till vårt uppdrag: Styr- och resursutredningen, Arbetsmarknadsutredningen och Framtidens specialistsjuksköterska. Andra pågående utredningar som på olika sätt påverkar kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården beskrivs också. Beskrivningarna fokuserar särskilt på de delar av utredningarna som berör kompetensförsörjningen och vårt uppdrag.

Långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan

Regeringen tillsatte en utredning 2017 med uppdrag att ta fram en ny modell för styrning av de statliga universiteten och högskolorna. I uppdraget ingick bland annat att se till universitetens och högskolornas samlade verksamhet och till alla olika styrningsformer. I direktivet framhölls att styrningen ska säkerställa kunskaps- och kompetensförsörjningen, inklusive förebygga eller åtgärda brister i form av för lite utbildning eller forskning inom vissa områden samt främja samverkan och mobilitet mellan lärosäten och omgivande samhälle. Utredningen publicerade ett övergripande modellförslag i januari 2018 och slutbetänkandet kom i februari 2019, SOU 2019:6 [17].

Bland de förslag i betänkandet som berör samverkan om kompetensförsörjning kan nämnas att en samlad proposition för högre utbildning och forskning ska lämnas en gång per mandatperiod och att UKÄ får i uppdrag att lämna underlag för den högre utbildningen inför den. I underlagen ska det ingå bedömningar av hur den högre utbildningens dimensionering långsiktigt utvecklas och vilka åtgärder som krävs för att nå politiskt uppsatta mål. Ett annat förslag i betänkandet är att regeringen ska styra genom fyraåriga utbildningsuppdrag, som består i mål för antalet helårsstudenter på totalnivå samt mål för examina för utbildningar mot legitimationsyrken inom skola och hälso- och sjukvård. Inom de områdena ska UKÄ i sina underlag beskriva situationen på en detaljerad nivå.

Ett annat förslag är att inrätta en analysfunktion med uppgift att göra samlade och oberoende analyser och uppföljningar som kan ligga till grund för framtida politiska prioriteringar, men även vara stöd för lärosätenas och de andra intressenternas arbete. Analysfunktionen föreslås vara i form av en expertgrupp med kansli på UKÄ.

När det gäller resurstilldelningen till lärosätena föreslås ett samlat anslag för utbildning och forskning. I utbildningsdelen ersätts dagens modell för tilldelning för utbildning på

grundnivå och avancerad nivå med en fast bas och årlig rörlig del. Basen och den rörliga ersättningen föreslås utgöra vardera hälften av lärosätets totala tilldelning för utbildning på grundnivå och avancerad nivå. Den rörliga delen föreslås styras av antalet helårsstudenter. De ämnesbaserade ersättningsbeloppen tas bort och modellen innebär att ett lärosäte tilldelas en viss ekonomisk ram och ett mål om antalet helårsstudenter.

Ytterligare två förslag är dels att principerna för utbildningsutbudets utformning skrivs in i författning, med innebörden att utbildningsutbudet ska utformas med hänsyn till kunskapsutvecklingen och svara mot studenternas efterfrågan samt arbetslivets och samhällets behov. Det andra är att lärosätens ansvar för det livslånga lärandet i form av yrkesverksammas fortbildning och vidareutbildning åter explicit slås fast i högskolelagen.

När det gäller samverkan finns ett förslag på en bredare formulering i högskolelagen att det i högskolornas uppgift ska ingå ”att samverka med det omgivande samhället och verka för att den kunskap och kompetens som finns vid högskolan kommer samhället till nytta.”

Till sist föreslås att UKÄ får i uppdrag att lämna de förslag som krävs för att möjliggöra gemensamma examenstillstånd eller examenstillstånd som bygger på överenskommelser om att ett annat lärosäte bidrar med nödvändig kompetens.

Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter

En utredning pågick under 2017–2018 i syfte att främst se över specialistsjuksköterskeutbildningen och vid behov lämna förslag till förändringar. Genomförandet av specialistsjuksköterskeutbildningen ställer krav på ett nära samarbete mellan högskolor och vårdgivare, bland annat för genomförandet av den verksamhetsförlagda delen av utbildningen. I uppdraget ingick därför att analysera hur samverkan på regional nivå mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen i fråga om specialistsjuksköterskeutbildningen fungerar och kan säkerställas. Utredningen hade även i uppgift att bedöma vilken samverkan som behövs på regional och nationell nivå.

I utredningens slutbetänkande SOU 2018:77 [38] föreslås bland annat inrättande av en helt ny yrkesexamen på avancerad nivå: avancerad klinisk sjuksköterskeexamen och en förändring av den befintliga specialistsjuksköterskeexamen. Utredningen föreslår även att ett råd under regeringen inrättas för samverkan om kompetensförsörjningsfrågor för avancerade kliniska specialistsjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, barnmorskor och röntgensjuksköterskor. Rådet föreslås bestå av avnämare till utbildningarna i form av representanter från till exempel professions- och fackförbund, specialistföreningar, lärosäten, vårdgivare (regioner, kommuner, privata vårdgivare) samt vissa departement och myndigheter.

Ytterligare ett förslag som berör vårt förslag om samverkansarenor är att staten och vårdgivarna bör ingå VULF-avtal, som motsvarar ALF-avtalen för läkarutbildningen. Syftet är att stärka kvaliteten och bland annat tillgodose det nödvändiga platsantalet i den verksamhetsförlagda utbildningen och förstärka den vårdvetenskapliga forskningen.

Arbetsmarknadsutredningen

Arbetsmarknadsutredningen kom i januari 2019 med sitt slutbetänkande *Effektivt, tydligt och träffsäkert – det statliga åtagandet för framtidens arbetsmarknad* (SOU 2019:3) [55]. Utredningens uppdrag har bland annat varit att lämna förslag på hur det statliga åtagandet för arbetsmarknadspolitiken kan göras mer effektivt och tydligt, hur Arbetsförmedlingens uppdrag kan utformas och hur den statliga arbetsmarknadspolitiken i större utsträckning ska samverka med relevanta aktörer på regional och nationell nivå för att stärka kompetensförsörjningen.

En stor del av utredningens förslag berör Arbetsförmedlingens uppdrag och organisation och de beskriver vi inte närmare här. En slutsats som presenteras är att kompetensförsörjningsarbetet måste stärkas både på nationell och regional nivå. Utredningen föreslår därför att en ny nationell myndighet får ett samlat ansvar för kompetensförsörjningspolitiken och att de regionalt utvecklingsansvariga aktörerna får ett tydligare mandat för det regionala kompetensförsörjningsarbetet.

Den nya myndigheten för kompetensförsörjning föreslås ansvara för att samordna och främja kompetensförsörjningsarbetet och vara ett rådgivande organ till regeringen och andra relevanta myndigheter. Förslaget innebär att myndigheten övertar vissa uppgifter i prognos- och analysverksamheten och befintlig branschsamverkan om kompetensförsörjningsfrågor vid befintliga berörda myndigheter (förutom Arbetsförmedlingen nämns bland annat UKÄ, Tillväxtverket, SCB och Skolverket).

Några föreslagna uppgifter för den här myndigheten är att ta fram arbetsmarknadsprognoser och analyser av arbetsgivares kompetenskrav, göra analyser inför utbildningsdimensionering inom olika utbildningsformer, samverka med arbetsmarknadens parter om strategisk kompetensförsörjning samt stödja och hålla dialog med regionalt utvecklingsansvariga aktörer. Myndigheten föreslås få en regional organisation med sex regionala kontor i olika delar av landet enligt Indelningskommitténs förslag på regional indelning för statliga myndigheter [56].

Det utökade mandatet för det regionala kompetensförsörjningsarbetet som de regionalt utvecklingsansvariga aktörerna, det vill säga regionerna, föreslås få innebär bland annat att samordna regionalt kompetensförsörjningsarbete i samverkan med kommuner, statliga myndigheter, utbildningsanordnare och andra berörda aktörer. Dessutom ska de bidra med analyser och prognoser över kompetensförsörjningsbehoven i privat och offentlig sektor, bland annat inför utbildningsdimensioneringen inom olika utbildningsformer.

Nationell utredning om god och nära vård

Utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård* (S 2017:01) ska utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet *Effektiv vård* [16] stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningens färdplan [57] för omställningen av svensk hälso- och sjukvård pekar ut bland annat kompetensförsörjningsfrågor som avgörande för att nå målet och lyckas med omställningen. Genomförandet av färdplanen, som kommer ske och följas upp i närtid och de kommande tio åren, förutsätter en stor delaktighet från vårdens olika intressenter och aktörer.

Utredningen har i delbetänkanden bland annat föreslagit en förstärkt vårdgaranti (som har införts), ett nationellt moderniserat uppdrag för primärvården, en statlig finansiering av fler allmänläkare och möjlighet till en fast läkarkontakt i primärvården [57, 58].

I utredningens uppdrag framåt ingår bland annat att analysera hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas, hur resursöverföring från sjukhusvård till primärvård kan ske samt ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård. Ytterligare ett delbetänkande har lämnats i juni 2019 [59], och uppdraget ska slutredovisas 31 mars 2020.

En mer jämlik tandhälsa

Utmaningarna för kompetensförsörjningen inom tandvården påverkar möjligheterna till en mer jämlik tandhälsa i befolkningen. Sedan mars 2018 pågår en utredning om hur tandvården kan främja en mer jämlik tandhälsa (S2018:02, Dir. 2018:16). Målet är att skapa bättre förutsättningar för en regelbunden och förebyggande tandvård där alla, oavsett inkomst,

ska ha råd att gå till tandläkaren regelbundet. Utredningen ska lämna förslag om hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. Utredningens slutbetänkande ska lämnas i mars 2020.

Reglering av yrket undersköterska

I april 2019 lämnades slutbetänkandet *Stärkt kompetens i vård och omsorg* (2019:20) för en utredning som har haft i uppgift att föreslå en ändamålsenlig reglering för yrkesgruppen undersköterska [60]. Utredningen har föreslagit att en skyddad yrkestitel införs för undersköterskor. Den som har avlagt undersköterskeexamen eller har motsvarande kompetens får ansöka om ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska. Förslagen föreslås träda i kraft 1 januari 2025. Konsekvenserna för kompetensförsörjningen och för övriga yrkesgrupper i hälso- och sjukvården och omsorgen, bland annat sjuksköterskor och vård

Styrning för en mer jämlik vård

Utredningen om *Styrning för en mer jämlik vård* (S 2017:08) har i uppdrag att med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning lämna förslag som syftar till att uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen om vård efter behov på lika villkor. I uppdraget ingår bland annat att göra en översyn av vårdvalssystemen, att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätläkare kan skapas och lämna förslag på hur kontinuiteten i vården kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas. Slutbetänkande lämnas 30 augusti 2019.

Sammanhållen kunskapsstyrning

Utredningen om en sammanhållen kunskapsstyrning tillsattes under 2018 (Dir. 2018:95) för att stödja det nationella systemet för kunskapsbaserad vård, där statens och sjukvårdshuvudmännens arbete tillsammans ska öka förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte. I uppdraget ingår att stödja utvecklingen av regelbundna samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen, samt särskilt föreslå hur kommunerna kan ingå i samråden. Utredningen ska också stödja utvecklingen av en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården, och utveckla valda förslag i betänkandet *Kunskapsbaserad och jämlik vård* [61]. Uppdraget ska redovisas senast 30 juni 2020.

Uppdrag och arbeten vid myndigheter

Samverkan om ledarskapet i vården

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i mars 2019 avrapporterat ett regeringsuppdrag som syftar till att ta fram ett underlag till ett nationellt program för samordning av ledarskap i hälso- och sjukvården [62]. Uppdraget har omfattat att belysa befintligt utbud av ledarskapsutbildningar, möjliga samverkansarenor mellan olika aktörer, behov av kunskapsunderlag för en mer ändamålsenlig ledarskapsutveckling och utbildningens roll för ledarskapet i vården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslår nationella insatser som kan bidra till ett stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården. De föreslagna insatserna som staten och huvudmännen kan vidta syftar till att öka kapaciteten för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering, en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling samt en ökad attraktivitet för ledarskap.

De förslag som särskilt är relevanta i detta sammanhang berör förändringar av utbildningar, behov av fortbildning samt samverkan och erfarenhetsutbyte om ledarskapsfrågor. Regeringen föreslås öka förekomsten av ledarskap, systemförståelse och förbättringsarbete i utbildningarna för vårdens professioner. Regeringen föreslås också i samverkan med huvudmännen ta initiativ till en funktion för erfarenhetsutbyte, nätverk och kunskapsstöd för en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling. Funktionen föreslås ligga på en myndighet eller på SKL. Huvudmännen föreslås inkludera systemförståelse, förbättringsarbete och personcentrering i ledarskapsutbildningar och fortbildning, samt samarbeta om gemensamma utbildningar, exempelvis på sjukvårdsregional nivå.

Framtidsscenarioer för vårdens kompetensförsörjning

Socialstyrelsen driver under 2019 ett projekt för att i dialog med ett stort antal aktörer utveckla scenarier för hur kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården kan komma att se ut 2040. Genom en omvärldsanalys identifieras betydelsefulla drivkrafter och trender i samhället som har betydelse för hälso- och sjukvården och kompetensförsörjningen. Konsekvenser av framtidsscenarioerna för kompetensförsörjningen kommer att beskrivas, med avseende på bland annat kompetensbehov, utmaningar och framgångsfaktorer. Syftet är att bidra till en ökad medvetenhet om vilka kritiska frågor som är viktiga att bevaka och vilka aktörer som behöver arbeta tillsammans för att skapa en hållbar kompetensförsörjning i ett antal möjliga framtider [63].

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården

Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag som syftar till att kartlägga och analysera hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. I uppdraget ingår också att lämna förslag på åtgärder för att förbättra samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. En del av uppdraget kommer också behandla hur kunskapen om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa kan öka i professionen. En delrapport har lämnats i januari 2019 [14] och uppdraget ska slutrapporteras i oktober 2019.

Stöd till kommunal hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har i mars 2019 fått ett regeringsuppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården [64]. Den åtgärdsplan som redovisas i Socialstyrelsens rapport *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie* [13] är utgångspunkt för uppdraget och innehåller sju utvecklingsområden där Socialstyrelsen kan förbättra stödet till kommunal hälso- och sjukvård. Stöden som ska anpassas till kommunernas behov ska omfatta både kunskap som behövs för att utveckla vården på systemnivå och kunskap som behövs för att säkerställa en god kvalitet i möten med patienten. Det handlar bland annat om stöd till samverkan, stöd för att utveckla mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård samt utveckling av kunskapsstöd anpassade för kommunernas behov och förutsättningar [13]. Insatser som genomförs behöver gå i takt med förslag från utredningen *En samordnad utveckling för god och nära vård*. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast 31 mars 2021.

Samverkan om läkarnas specialiseringstjänstgöring

Bristen på nationell samordning av läkarnas ST har tidigare lyfts i utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och i Socialstyrelsens utredningar [3, 65]. Socialstyrelsen genomförde därför under 2017–2018 en kartläggning och analys av behoven av stärkt samverkan i ST-frågor på nationell nivå¹⁶. Socialstyrelsen har också föreslagit att förutsättningar för en digital plattform för att hantera ST-frågor bör klargöras i en förstudie¹⁷. Socialstyrelsen fick

¹⁶ Dnr 6580/2018

¹⁷ Dnr 6580/2018

2018 genom ett tilläggsuppdrag till Nationella planeringsstödet i uppgift att föreslå hur dimensioneringen av ST-tjänster ska kunna göras på ett mer effektivt sätt. Myndigheten har föreslagit en central samordningsfunktion på Socialstyrelsen, för att stödja och samordna regionerna i deras arbete med att dimensionera ST-tjänster [3].

Nya och förändrade högre utbildningar och bastjänstgöring för läkare

En av de senaste förändringarna i det högre utbildningssystemet är att en helt ny examen, hälso- och sjukvårdskuratorsexamen har införts¹⁸. Den omfattar 60 högskolepoäng på avancerad nivå och behörighetskrav är socionomexamen eller motsvarande examen. Examen är även legitimationsgrundande för legitimation som hälso- och sjukvårdskurator. Även om denna examen redan är införd är det i dagsläget ännu inget lärosäte som har fått examenstillstånd (tillståndsprövningar pågår).

Nyligen har även två befintliga yrkesexamina reviderats och nya examensbeskrivningar är införda i högskoleförordningen. Den ena är tandhygienistexamen på grundnivå som har utökats från 120 till 180 högskolepoäng, med nya eller reviderade examensmål och som gäller från januari 2019. Den andra är läkarexamen på avancerad nivå som har utökats från 330 till 360 högskolepoäng, med nya eller reviderade nationella examensmål. Den nya läkarexamen tillämpas på utbildningar som startar efter 30 juni 2021 och examen blir legitimationsgrundande. Det nuvarande kravet på så kallad allmäntjänstgöring efter läkarexamen för att få legitimation tas bort. Dessutom införs från 1 juli 2020 att läkarnas specialiseringstjänstgöring ska inledas med en fristående obligatorisk första del – bas-tjänstgöring. Denna ska vara en strukturerad introduktion till svensk hälso- och sjukvård och ett obligatoriskt tjänstgöringsavsnitt vid specialisering för alla läkare, oavsett från vilket land personen har sin läkarexamen. Det kommer att finnas behov av ett utökat samarbete mellan lärosätena och hälso- och sjukvårdens huvudmän under en läkares grundutbildning och bas- och specialiseringstjänstgöring.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram myndighetsföreskrifter för läkarnas specialiseringstjänstgöring, där bastjänstgöring införs som en inledande tjänstgöringsdel. Socialstyrelsen ska även förbereda sin verksamhet för att kunna pröva och besluta om intyg för bastjänstgöring. Uppdraget ska genomföras i dialog med universitet med tillstånd att utfärda läkarexamen, och uppdraget ska redovisas till regeringen senast 31 mars 2020.

Regeringens satsningar

Regeringen har de senaste åren gjort vissa åtgärder för att förbättra tillgången på vissa yrkesgrupper och slutit flera överenskommelser för att stärka vårdens kompetensförsörjning. Under de senaste åren har exempelvis medel avsatts för en utökning av utbildningarna till sjuksköterska, specialistsjuksköterska och barnmorska. Även läkarutbildningen har utökats.

Överenskommelsen om bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, den så kallade professionsmiljarden (S2017/01565/FS), syftar till att främja regionernas möjligheter att ge vårdprofessionen bättre förutsättningar att utföra sitt arbete genom effektivare

¹⁸ Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen infördes 1 augusti 2018 och legitimation för hälso- och sjukvårdskurator införs 1 juli 2019.

arbetsfördelning, en ändamålsenlig planering för framtida kompetensförsörjning och bättre administrativa stöd och it-system. En del av satsningen ska främja vidareutbildning av sjuksköterskor till specialistsjuksköterskor. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att varje år under 2016–2019 följa upp insatserna i regionerna, och har i juni 2019 lämnat en samlad analys [11].

Regeringen slöt i början av 2018 ytterligare en överenskommelse med SKL, *Goda förutsättningar för vårdens medarbetare* (S2018/00563/FS), för att stärka förutsättningarna för vårdens medarbetare. Dessa medel är avsedda att användas för att förbättra arbetsvillkor, främja kompetensutveckling eller vidareutbildning, möjliggöra ökad bemanning och för att utveckla arbetssätt för att vårdpersonal ska arbeta kvar inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har haft uppdrag att följa upp och rapportera satsningen [11].

Ytterligare särskilda satsningar för att stärka bemanningen har gjorts inom förlossningsvården och äldreomsorgen.

I samband med den senaste regeringsbildningen gjordes en sakpolitisk överenskommelse mellan regeringspartierna Socialdemokraterna och Miljöpartiet de gröna samt stödpartierna Centerpartiet och Liberalerna, det så kallade januariavtalet. En av de 73 punkterna berör kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården, och specifikt nationell samordning: "En nationell samordning vad gäller långsiktig planering av personal och kompetensförsörjning inom vården införs under 2019". Denna punkt i överenskommelsen omfattar även följande: "Det ska finnas goda möjligheter att läsa till specialistsjuksköterska med bibehållen lön. En satsning på bättre villkor och karriärtjänster för att öka attraktiviteten till att bli specialistsjuksköterska genomförs" [66].

I juni 2019 slöts nya överenskommelser mellan staten och SKL om satsningar för att stärka svensk hälso- och sjukvård. Överenskommelserna omfattar totalt 9,4 miljarder för en mer tillgänglig och jämlik vård, och inkluderar en satsning på 3,3 miljarder till vårdens medarbetare. Regionerna får 3,2 miljarder, varav 400 miljoner kronor är öronmärkta för utbildningen av specialistsjuksköterskor, och kommunerna får 100 miljoner kronor för att förbättra förutsättningarna för vårdpersonalen [67].

Förslag på utvecklad samverkan och förbättrade kunskapsunderlag

I det här kapitlet redovisar Socialstyrelsen och UKÄ våra huvudsakliga förslag, både om en utvecklad samverkan och förbättrade kunskapsunderlag. Sammanfattningsvis föreslår vi:

- Ett nytt nationellt samverkansråd inrättas som staten ansvarar för. Rådets huvuduppgifter är att göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven, främja samverkan mellan huvudmännen och lärosäten och vara rådgivande till beslutsfattare på nationell och regional nivå.
- En utvecklad regional samverkan genom etablering av sex regionala råd, ett i varje sjukvårdsregion, som regioner och lärosäten ansvarar för gemensamt i samarbete med kommunerna.
- Det nationella rådet får ansvar för att utveckla och driva digitala kanaler för att sprida rådets verksamhet och olika kunskapsunderlag.
- Det nationella rådet genom dess kansli får i uppgift att samla och tillgängliggöra aktuella översikter och sammanställningar över aktuell och relevant statistik och relevanta analyser inom området från Socialstyrelsen, UKÄ, SCB, Arbetsförmedlingen, relevanta forskningsaktörer med flera.
- UKÄ och Socialstyrelsen får i uppgift att vart tredje år ta fram och redovisa statistikbaserade flödesbeskrivningar för prioriterade utbildnings- och yrkesgrupper, och vid behov för övriga utbildnings- och yrkesgrupper inom hälso- och sjukvårdsområdet.
- SCB får i uppgift att vart tredje år producera prognoser för utbildnings- och yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, på nationell och sjukvårdsregional nivå samt om möjligt särredovisa prognosen (efterfrågan) för regional respektive kommunal hälso- och sjukvård.
- Lärosäten får i uppdrag att varje år ta fram underlag för planerat utbildningsutbud och planerat antal nybörjare för de kommande 2–3 åren för samtliga högskoleutbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Underlagen samlas in och sammanställs av UKÄ, som därefter genomför en skattning av antalet examinerade för motsvarande tidsperiod. Uppgifterna tillgängliggörs.

I de följande avsnitten redovisar vi de olika förslagen mer i detalj.

Förslag på samverkansarenor på nationell och sjukvårdsregional nivå

Det här avsnittet beskriver Socialstyrelsens och Universitetskanslersämbetets förslag på utformning av samverkansarenor på nationell och sjukvårdsregional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Kompetensförsörj-

ningen inom hälso- och sjukvården omfattar och avser här genomgående både privat och offentlig hälso- och sjukvård, tandvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Utformningen av förslaget har utgått från det diskussionsunderlag som presenterades under hösten 2018 som har reviderats efter myndigheternas gemensamma ställningstagande till synpunkter som kommit in från berörda aktörer (se bilaga 5). Förslaget beskrivs här utan de överväganden som gjorts i utformningen av det slutgiltiga förslaget. Dessa överväganden och hur vårt förslag förhåller sig till förslag från andra relevanta utredningar (bland annat Framtidens specialistsjuksköterska, Styr- och resursutredningen och Arbetsmarknadsutredningen) finns i nästa kapitel *Överväganden och diskussion*.

Syfte med och förutsättningar för en effektivare samverkan om kompetensförsörjningen

Syftet med mer formaliserade, ändamålsenliga och välfungerande samverkansstrukturer är att åstadkomma en effektivare kompetensförsörjning, för att bättre kunna möta hälso- och sjukvårdens behov och driva utvecklingen av kompetens framåt. Ett annat syfte är att den här samverkan ska stödja lärosätenas och huvudmännens planering av kompetensförsörjningen. Ett bättre samordnat arbete behövs för att möta upp mot ett mer föränderligt och breddat kompetensbehov som krävs för både en mer komplex och högspecialiserad vård samt för den pågående omställningen till en mer nära och personcentrerad vård.

Berörda aktörer behöver, utifrån hur den egna verksamheten behöver utvecklas, få en ökad samsyn på behoven av förändringar av bland annat utbildningar på grundnivå och avancerad nivå, vidareutbildning, arbetssätt och fortbildning som krävs för att förbättra kompetensförsörjningen, med utgångspunkt i nuvarande utbud och antal som utbildas. Lärosäten, regioner och kommuner har ett särskilt ansvar för kompetensförsörjningen och behöver därför ansvara för arbetet. Mer utvecklade och formaliserade samverkansstrukturer möjliggör effektivare samarbeten och förändrande arbetssätt.

Ett effektivt samarbete förutsätter strukturer och processer som underlättar handlingskraft, förmåga att lösa problem när de uppstår och initiativtagande, för att möta behov av förändringar framåt. För att samverkan ska leda till en förbättrad kompetensförsörjning behövs en ömsesidig förståelse för varandras olika uppdrag, prioriteringar och behov. En annan viktig förutsättning för att berörda aktörer i samverkan ska kunna åstadkomma de förändringar som behövs är tillgång till relevanta, aktuella och samordnade kunskapsunderlag, som statistik, prognoser och behovsanalyser.

Utformning av samverkansstrukturer för kompetensförsörjningsfrågor på nationell och sjukvårdsregional nivå

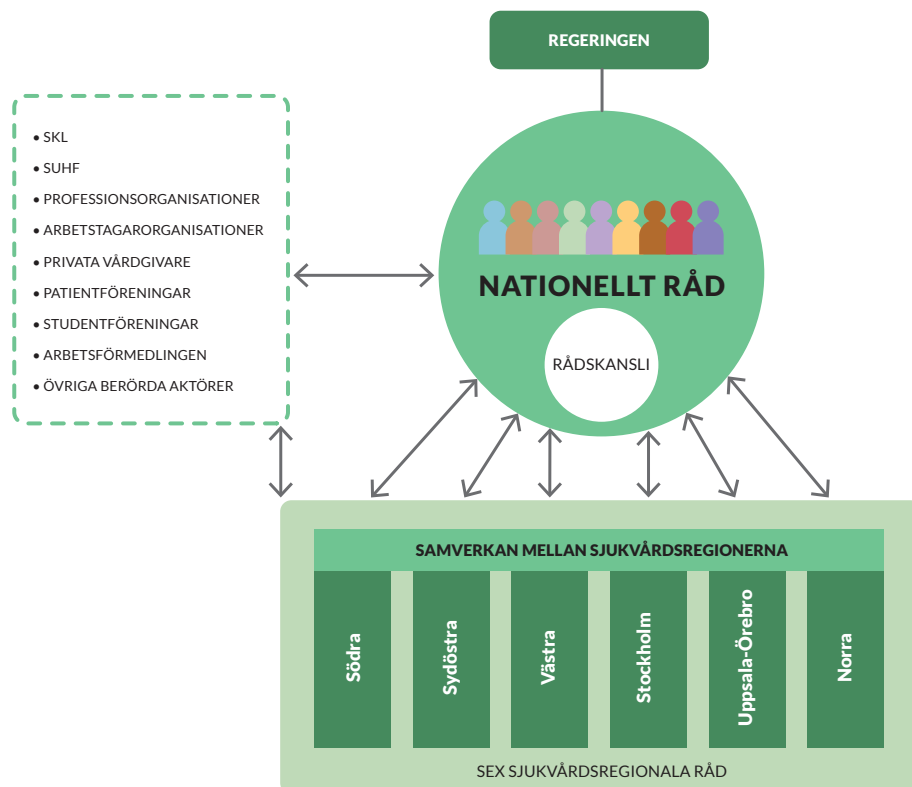
Förslaget på utvecklade samverkansstrukturer för att hantera kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården, tandvården och kommunala hälso- och sjukvården består av två sammanlänkade delar (se figur 8):

- ett nytt rådgivande och beredande nationellt samverkansorgan som staten ansvarar för
- en utvecklad regional samverkan i de sex sjukvårdsregionerna som regionerna och lärosätena ansvarar för gemensamt i samarbete med kommunerna.

Samverkan på nationell nivå föreslås ledas av ett nationellt råd med ett tillhörande kansli. På sjukvårdsregional nivå föreslås huvudaktörerna inom varje sjukvårdsregion samverka genom att det etableras sex regionala råd, ett i varje sjukvårdsregion. På nationell nivå sker samverkan med övriga berörda aktörer och samverkansstrukturer på nationell nivå

som inte är representerade direkt i rådet. Dessutom behöver det etableras ett effektivt samarbete och ömsesidig dialog mellan nationell och sjukvårdsregional nivå. De sjukvårdsregionala råden behöver också samverka.

Figur 8. Struktur för organisering av samverkansarenor för kompetensförsörjningen på nationell och sjukvårdsregional nivå.



Viktiga principer för samverkan

Lärosäten, regioner och kommuner har ett särskilt ansvar för kompetensförsörjningen. De behöver därför också ansvara för att gemensamt åstadkomma de förändringar som ska möta kompetensbehoven framåt.

Sektorsövergripande samverkan mellan berörda aktörer behöver utvecklas både på nationell, sjukvårdsregional samt regional och lokal nivå. En viktig utgångspunkt för arbetet i de samverkansarenor som föreslås är att beslut fattas på den lägsta ändamålsenliga nivån och att högre nivåer stödjer arbetet på lägre nivåer, dvs. i enlighet med subsidiaritetsprincipen. Samverkan på nationell nivå syftar till att stödja arbetet på sjukvårdsregional nivå som i sin tur är ett stöd till det regionala/lokala arbetet.

Omfattning av samverkan

Här beskriver vi övergripande vilka frågor som samverkan om kompetensförsörjningen föreslås hantera på både nationell och sjukvårdsregional nivå. Uppgifter och mandat för samverkan på respektive nivå skiljer sig däremot åt, och de beskriver vi mer detaljerat i avsnitten nedan.

Samverkan på båda nivåer omfattar kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvård, tandvård och kommunal vård. Samverkan behöver framför allt stärkas om strategiska framtidsfrågor – till exempel hur ser behoven av kompetens ut framåt, vilka förändringar av utbud, dimensionering av och innehåll i utbildningar behövs och vilka är förutsättningarna för att genomföra dessa förändringar?

Frågor som kräver intersektoriell samverkan mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdens huvudmän, regioner och kommuner är prioriterade. Samverkan behöver hantera det delade ansvaret för hur hälso- och sjukvårdens kompetensbehov framåt påverkar både utbildningarna på grundnivå och avancerad nivå samt behovet av fortbildning, kontinuerligt lärande och forskarutbildning. Även yrkenas attraktionskraft, hur förändrade arbetssätt påverkar kompetensbehoven samt hur ett utvecklat ledarskap i vården kan främjas behöver hanteras. En viktig förutsättning som också behöver beaktas är lärosätenas kompetensförsörjning av lärare.

På sjukvårdsregional nivå behöver samverkan, förutom om strategiska frågor, även stärkas om operativa frågor, som den verksamhetsförlagda delen av utbildningarna. I ett första steg föreslås att samverkan begränsas till professioner som kräver högskoleutbildning. På längre sikt kan det vara rimligt att samverkan utökas till att omfatta även icke högskoleutbildade kompetenser. Vårdyrken är naturligt i fokus, men även yrken inom andra områden är viktiga att inkludera, exempelvis medicinteknik och andra tekniska områden, liksom behov av nya utbildningar.

Vidareutbildning som inte lärosätena ansvarar för, som läkarnas och tandläkarnas specialiseringstjänstgöring, inkluderas inte heller i ett första steg. När den nya läkarutbildningen införs kommer däremot lärosäten och hälso- och sjukvårdens huvudmän behöva samverka under hela läkarutbildningen inklusive läkarnas bas- och specialiseringstjänstgöring. Samverkan om specialistutbildning för sjuksköterskor ingår, eftersom lärosätena ansvarar för den.

Arbetsmiljö och arbetsvillkor föreslås ligga utanför ramen för den samverkan som vi föreslår; de frågorna hanteras bäst av vårdgivarna i samverkan med arbetstagarerna.

Ett nationellt råd för samverkan om kompetensförsörjningsfrågor

På nationell nivå föreslås att ett nationellt råd för kompetensförsörjningsfrågor inom hälso- och sjukvården inrättas. Rådet föreslås vara rådgivande och ha två huvudsakliga funktioner:

- göra samlade bedömningar av olika fakta- och kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehoven och utifrån dessa bedömningar vara rådgivande till beslutsfattare på nationell och regional nivå
- främja samverkan och dialog mellan lärosätena och huvudmännen.

Rådet bör placeras på Socialstyrelsen som ett särskilt samverkansorgan.

Det övergripande syftet med det nationella rådet är att bidra till en bättre planering av vårdens kompetensförsörjning, och därigenom bidra till en mer tillgänglig, säker och effektiv hälso- och sjukvård. Detta kan åstadkommas genom att utifrån det nationella perspektivet bidra till ökad samverkan och dialog, effektivitet och nytänkande baserat på samlade bedömningar av olika fakta- och kunskapsunderlag, som behovsanalyser, statistik, prognoser, scenarier och relevant forskning. Möjligheter och utmaningar med pågående omställning till en starkare nära vård, nivåstrukturering, digitalisering och andra förändringar måste ingående analyseras med avseende på morgondagens kompetensbehov. För att bedöma framtidens vårdkompetens behöver även frågor om exempelvis kompetensväxling och nya kompetenser hanteras inom rådets arbete, liksom frågor om fort- och vidareutbildning samt det livslånga lärandet.

Rådet föreslås, utifrån de bedömningar som görs, vara rådgivande till och föra en kontinuerlig dialog med regeringen. Särskilda tillfällen för dialog kan vara aktuella inför regeringens budgetprocesser.

Rådet bör också kunna lämna bedömningarna till lärosätena och huvudmännen för vidare ställningstaganden och beslut. Regionala ställningstaganden utifrån de nationella bedömningarna kan göras i de sjukvårdsregionala råden (se nedan). Beslut om eventuella åtgärder kan också fattas på lokal/regional nivå, vid enskilda regioner, kommuner och lärosäten.

Rådets uppgifter och sammansättning, rådskansliets arbete samt reglering och förvaltning av rådet framgår närmare i följande avsnitt.

Rådets uppgifter

Det nationella rådet föreslås huvudsakligen arbeta strategiskt, men skulle även kunna hantera vissa operativa frågor. Rådets uppgifter föreslås bland annat vara:

- göra samlade analyser och bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven baserade på olika fakta- och kunskapsunderlag, samt tillgängliggöra sammanställningar av kunskapsunderlag
- lämna bedömningar till beslutsfattare på nationell och regional nivå av förändringar av dimensionering, utbud och innehåll i utbildningar
- göra och lämna bedömningar till berörda aktörer i andra frågor som har betydelse för kompetensförsörjningen
- åstadkomma samverkan mellan och föra dialog med berörda aktörer
- föra en ömsesidig dialog med och stödja de sjukvårdsregionala råden
- besluta om rådets verksamhetsplan.

Göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven

Rådet föreslås göra samlade analyser och övergripande bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven baserade på olika fakta- och kunskapsunderlag, som statistik, prognoser, framtidsscenarier och behovsanalyser för både vårdbehov och kompetensbehov samt relevant forskning. Underlag från olika aktörer samlas in, sammanställs och bereds av rådets kansli. Kunskapsunderlagen tillgängliggörs också via en digital webbplats. Se även avsnittet *Förslag på utveckling av statistik och prognoser*.

Rådet kan även identifiera och beskriva behov av kompletterande, utvecklade eller nya underlag. Fördjupade analyser kan behövas utifrån aktuella frågor, exempelvis nya kompetensbehov, analyser för en viss region, innehållet i en befintlig eller framtida utbildning eller utvecklingen av en specifik yrkesgrupp.

Lämna bedömningar på förändringar av dimensionering, utbud och innehåll i utbildningar

Rådet föreslås analysera behoven av och lämna övergripande bedömningar till beslutsfattare på nationell och regional nivå på förändringar av dimensionering, utbud, mål och innehåll i utbildningar på grundnivå och avancerad nivå.

Bedömning av förändringar i dimensionering av utbildningar bör i första hand handla om den sammantagna dimensioneringen i hela landet, och inte dimensioneringen av utbildningar vid enskilda lärosäten.

Det nationella rådet föreslås även bedöma behovet av förändrade och nya utbildningar utifrån verksamhetens behov eller nya forskningsrön. Bedömningar av behov av eventuella större förändringar av innehåll i utbildningarna lämnas till regeringen för ställningstagande till och vidare utredning av om examensmålen för de aktuella utbildningarna behöver ändras i högskoleförordningen. Samlade bedömningar av behov av förändringar av utbildningarnas innehåll som inte kräver förändring av examensmålen lämnas för ställningstagande av lärosätena i deras utformning av lärandemålen.

Göra och lämna bedömningar till berörda aktörer i andra frågor

Rådet föreslås även göra och lämna bedömningar om andra frågor som berör och kan förbättra kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. Det kan exempelvis handla om att

- öka attraktivitet till utbildningarna och yrkena
- beakta hur kompetens kan tas in från andra länder
- föra dialog med forskningsaktörer inom och utom högskolan om nya kompetensområden
- bistå vid särskilda nationella satsningar
- lämna underlag för dimensionering av forskarutbildningar
- säkerställa ett gemensamt nationellt planeringsinstrument för den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU)
- sprida lärandeexempel (exempelvis på förändrade arbetssätt och metoder för behovsanalyser)

Skapa samverkan och föra dialog med berörda aktörer

En viktig roll för rådet är att vara en samlande arena mellan de berörda huvudaktörerna, lärosätena och huvudmännen, där de gemensamt kan diskutera och enas om behov av förändringar av bland annat delar i utbildningssystemet, fortbildningsinsatserna och arbetssätten som krävs för att möta kompetensförsörjningsbehoven framåt.

Rådet föreslås arbeta brett och inkluderande genom kansliets beredande dialoger med olika aktörer (se nedan) så att bland annat representanter för professioner, patienter, studenter, arbetstagare och privata vårdgivare får möjlighet att vara med och ge inspel till framtidens vårdkompetensbehov.

Föra dialog med och stödja sjukvårdsregionala råden

Rådet och dess kansli bör ha en ömsesidig dialog med de sjukvårdsregionala råden, för att förmedla bedömningar utifrån det nationella perspektivet och för att fånga upp frågor som inte kan hanteras på sjukvårdsregional nivå. Det nationella rådet bör stödja verksamheten i de sex sjukvårdsregionala råden, både under uppbyggnadsfasen och kontinuerligt.

Besluta om rådets verksamhetsplan

Utifrån behovsanalyser, omvärldsbevakning och dialog med olika aktörer föreslås rådet fastställa en verksamhetsplan för rådets och kansliets arbete. I verksamhetsplanen bestäms vilka analyser, sammanställningar och övriga aktiviteter som bör genomföras för en viss period.

Rådets sammansättning

Lärosäten, regioner och kommuner, som har ett särskilt ansvar för kompetensförsörjningen och den intersektoriella samverkan som behöver åstadkommas, bör vara representerade och det bör vara en balans mellan de två sektorerna. Socialstyrelsen och UKÄ har ett särskilt ansvar för det nationella perspektivet och bör delta i det nationella rådet. För att rådet ska vara effektivt bör inte antalet ledamöter vara för stort.

En initial sammansättning av rådet och några viktiga principer som är viktiga att beakta när ledamöterna utses föreslås här. Sammansättningen bör ändå utvärderas och förändringar av antal och representation bör kunna övervägas (se mer nedan om utvärdering av samverkansstrukturer).

Rådet föreslås ha 14 ledamöter med följande sammansättning:

- en ordförande
- fem representanter från lärosäten
- tre representanter från regioner

- två representanter från kommuner
- en representant från Socialstyrelsen
- en representant från UKÄ
- en representant för de sjukvårdsregionala råden.

Hänsyn till geografisk spridning bör göras vid utnämningen av ledamöterna. Det bör också eftersträvas en spridning i representation av både små och stora lärosäten, regioner och kommuner. Eftersom det behöver finnas ett nära samarbete mellan det nationella rådet och samverkan i varje sjukvårdsregion, deltar även en särskild representant för de sjukvårdsregionala råden. Dessutom kan hänsyn till geografisk spridning i rådets sammansättning också bidra till en bredare förståelse för olika förutsättningar i olika delar av landet.

Rådets ledamöter bör ha hög likvärdig chefs- eller ledningsfunktion i sina respektive organisationer. Ledamöterna bör representera respektive perspektiv snarare än sin organisation. Ledamöterna bör ha förståelse för både den nationella och den regionala nivån. Representanter för regioner bör företräda både hälso- och sjukvården och tandvården. Ordföranden bör ha en särskild djup kännedom och förståelse för både hälso- och sjukvårds- och högskolesektorerna. Representanten för de sjukvårdsregionala råden bör vara ordförande i ett av de sex råden.

Rådet föreslås kunna utse en vice ordförande inom sig. Rådet föreslås sammanträda 3 eller 4 gånger per år. Tidpunkter för rådets möten föreslås anpassas för att möta regeringens behov av underlag inför budgetprocesserna.

Nominering, val av ledamöter och mandatperiod

Nomineringen av ledamöterna till rådet bör göras av respektive aktör. Nätverk för regi- ondirektörer och lärosätesledningarna samt för kommuner med stöd av SKL nominerar det föreslagna antalet ledamöter för respektive huvudaktör till rådet. Vid nomineringen bör önskvärd spridning, geografiskt och storleksmässigt, av de organisationer som ledamöterna företräder samt ledamöternas funktion och kompetens beaktas, enligt ovan. Socialstyrelsen och UKÄ nominerar en person i ledande position från respektive myndighet. De sjukvårdsregionala råden nominerar gemensamt en representant (en ordförande) från ett sjukvårdsregionalt råd.

Socialstyrelsen och UKÄ föreslås gemensamt bereda rådets sammansättning och säkerställa önskvärd spridning av rådets totala sammansättning enligt ovan. Socialstyrelsen och UKÄ föreslår även ordförande. Socialstyrelsen fattar beslut om vilka ledamöter som utses.

Ledamöterna föreslås delta i rådets arbete under en period på fyra år. Mandatperioden föreslås följa den planeringscykel för högskolesektorn som föreslås i Styr- och resursutredningen om utredningens förslag genomförs. Ledamöter kan väljas om för ytterligare period.

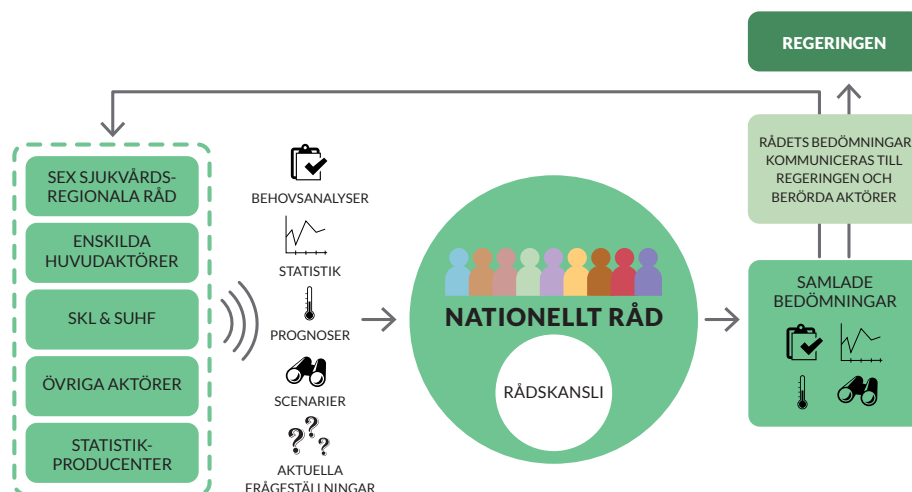
En ledamot för de sjukvårdsregionala råden kan inte utses om dessa råd ännu inte är inrättade. Denna ledamot kan i så fall utses senare när de sjukvårdsregionala råden har etablerats (se även avsnittet *Etablera nationella rådet och sjukvårdsregionala råden* nedan).

Ett rådkansli på Socialstyrelsen

En förutsättning för rådets arbete är att det också inrättas ett kraftfullt beredande rådkansli som bör ha en analytisk, en samordnande och en kommunikativ roll. Kansliet föreslås placeras på Socialstyrelsen. Kansliet är rådets verkställande organ och ansvarar för den dagliga verksamheten utifrån den verksamhetsplan som rådet fastställer.

Kansliets huvudsakliga uppgifter är att samla in och bereda underlag till rådet. På uppdrag av rådet ska kansliet föra dialog med de sjukvårdsregionala råden, övriga berörda aktörer samt andra samverkansstrukturer på nationell nivå. Se figur 8 och 9.

Figur 9. Rådets beredningsprocesser



Beredning och samordning av kunskapsunderlag

Rådskansliet behöver omvärldsbevaka samt samla in och sammanställa fakta- och kunskapsunderlag från olika aktörer som producerar bland annat statistik, prognoser, olika analyser och relevanta forskningsresultat. Exempel på aktörer är de sjukvårdsregionala råden, huvudmän, lärosäten, SCB, Arbetsförmedlingen, SKL, Socialstyrelsen och UKÄ.

Underlag i form av statistik, prognoser och analyser från olika aktörer och från olika statistikproducenter kan samlas och tillgängliggöras på en webbportal, som rådet får i uppgift att förvalta. Syftet med webbplatsen är dels att tillgängliggöra fakta- och kunskapsunderlag som produceras av olika aktörer, dels att sprida rådets arbete.

Underlag från lärosäten respektive huvudmännen kan särskilt handla om

- större planerade förändringar av utbud, inklusive nedläggningar och dimensionering av och innehåll i högskoleutbildningarna, om det anses påverka kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården
- större planerade förändringar i organiseringen av och arbetssätten i hälso- och sjukvården, om det anses påverka behoven för kompetensförsörjningen.

Kansliet behöver också samordna sin verksamhet med Socialstyrelsens uppdrag om nationellt planeringsstöd och med andra angränsande uppdrag på Socialstyrelsen och UKÄ.

Dialog med aktörer och andra samverkansstrukturer

En viktig uppgift för kansliet är att på uppdrag av rådet bedriva ett nära samarbete och föra dialog med organisationer som företräder bland annat professioner, arbetstagare, studenter, patienter och privata vårdgivare. Syftet är att fånga upp olika perspektiv och frågor samt för att föra ut rådets bedömningar. På så sätt kan rådet säkerställa att de olika intressenterna får möjlighet att aktivt delta i arbetet.

Det nationella rådet föreslås kunna sammankalla särskilda expertgrupper inom vissa områden. Kansliet för dialog med och samordnar arbetet i expertgrupperna. Några exempel på expertgrupper som kan vara aktuella är för tandvård, kommunal hälso- och sjukvård samt e-hälsa och välfärdsteknik.

Särskild dialog bör också föras med huvudaktörernas intresseorganisationer SKL och SUHF samt med andra nationella samverkansorgan, som den nationella styrgruppen för

ALF, det nationella rådet för läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST-rådet) vid Socialstyrelsen och annan yrkesspecifik samverkan. Dialog bör även föras med regionernas kunskapsstyrningsorganisation.

Kansliet föreslås också ha en kontinuerlig dialog med och stötta uppbyggnaden av de sjukvårdsregionala råden, till exempel genom att bistå med en avtalsmall. Kansliet bör också stödja samverkan mellan de sjukvårdsregionala råden.

Kansliets bemanning

Det är viktigt att kansliet bemannas med personer som samlat har en hög (analytisk) kompetens inom både högskole- och hälso- och sjukvårdssektorn. Kansliet behöver även ha kommunikativ kompetens. Kanslichefen är föredragande i rådet.

Reglering och förvaltning av rådet

I Socialstyrelsens instruktion bör det bland annat regleras att det nationella rådet ska placeras vid myndigheten, vilka rådets uppgifter är, rådets sammansättning samt hur ordförande och ledamöter ska utses. Förslagsvis kan bestämmelser infogas infogas under rubrikerna "Särskilda organ/Rådgivande organ" respektive "Anställningar och uppdrag" och utformas på följande sätt.

- § Inom myndigheten finns ett rådgivande organ som benämns *Nationellt råd för framtidens vårdkompetens*. Det rådgivande organet ska bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning och därigenom bidra till en mer effektiv, säker och tillgänglig hälso- och sjukvård. Det rådgivande organet ska
1. göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven baserat på olika kunskapsunderlag och tillgängliggöra sammanställningar av kunskapsunderlag
 2. stödja beslutsfattare på nationell och regional nivå om förändringar av dimensionering, utbud och innehåll i utbildningar
 3. stödja berörda aktörer i andra frågor som har betydelse för kompetensförsörjningen
 4. åstadkomma samverkan mellan och föra dialog med berörda aktörer
 5. föra en ömsesidig dialog med och stödja de sjukvårdsregionala råden
 6. besluta om rådets verksamhetsplan.

Inom myndigheten finns ett kansli för rådet som ansvarar för kansligöromål, beredning och föredragning av ärenden och därmed sammanhängande uppgifter.

§ Nationellt råd för framtidens vårdkompetens består av en ordförande, fem representanter från lärosäten, tre representanter från landsting, två representanter från kommuner, en representant från Socialstyrelsen, en representant från Universitetskanslersämbetet och en representant för de sjukvårdsregionala råden.

§ Ledamöterna i Nationellt råd för framtidens vårdkompetens utses av Socialstyrelsen för en bestämd tid.

I ärenden enligt första stycket ska Socialstyrelsen samråda med Universitetskanslersämbetet.

Rapportering av rådets verksamhet till regeringen

Utöver den kontinuerliga dialog som förs mellan rådet och regeringen med utgångspunkt i rådets uppgifter enligt ovan, så föreslås att rådets och kansliets verksamhet rapporteras varje år till regeringen (Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet). Verksamhetsrapporten ska även spridas ut till berörda aktörer, inklusive de sjukvårdsregionala råden.

Utvecklad samverkan i sjukvårdsregionerna

För en effektiv samverkan om kompetensförsörjningsfrågor behöver samverkan även utvecklas och formaliseras mellan berörda huvudaktörer på sjukvårdsregional nivå. Samverkan på den här nivån behöver stärkas om strategiska frågor, men bör även hantera operativa frågor.

Förslaget innebär att det etableras sex regionala råd, ett i varje sjukvårdsregion. Uppbyggnaden av dessa sex råd bör utgå från befintliga samverkansorgan för kompetensförsörjningsfrågor på sjukvårdsregional nivå (se avsnitt *Befintlig samverkan*). Råden byggs upp utifrån gemensamma kriterier, men också med hänsyn till förhållanden i respektive sjukvårdsregion.

Regioner och lärosäten föreslås ha ett gemensamt ansvar för den sjukvårdsregionala samverkan, i samarbete med kommunerna som bör vara representerade. Även privata aktörer kan vara representerade i de sjukvårdsregionala råden. Se mer detaljer om gemensamma kriterier i nästa avsnitt. Ett samverkansavtal bör upprättas mellan ingående parter i varje sjukvårdsregion.

Både lärosätenas krav på huvudmännen i det gemensamma utbildningsuppdraget och vårdgivarnas behov av kompetensförsörjning på lång och kort sikt bör beaktas. Regional samverkan bör bygga på ett gemensamt kunskapsutbyte om behov och planerade förändringar framåt, till exempel om omställningen i vården, forskningsrön som påverkar behoven och planerade förändringar av utbildningar.

Samverkan bör också ske mellan de sjukvårdsregionala råden för erfarenhetsutbyte och dialog om gemensamma frågor. Detta föreslås ske genom att ordföranden i varje sjukvårdsregionalt råd bildar en samverkansgrupp. Representanten i det nationella rådet är ansvarig och sammankallande för denna samverkan. De sjukvårdsregionala rådets sammansättning, uppbyggnad och uppgifter beskriver vi mer nedan.

Hänsyn till befintliga strukturer och gemensamma kriterier

Etableringen av de sjukvårdsregionala råden bör utgå från befintliga samverkansorgan mellan regioner och lärosäten på sjukvårdsregional nivå (se avsnittet *Befintlig samverkan*), men hänsyn bör tas till behov, struktur och förutsättningar i respektive sjukvårdsregion. I flera av sjukvårdsregionerna finns det redan flera samverkansforum på sjukvårdsregional nivå, och regioner och lärosäten behöver gemensamt besluta om vilket forum som det sjukvårdsregionala rådet ska utgå från. Uppdraget att etablera de sjukvårdsregionala råden bör gå till regiondirektörerna och lärosätesledningarna i varje sjukvårdsregion. Samverkansnämnderna i sjukvårdsregionerna (samverkansorgan för regionerna i varje sjukvårdsregion, se avsnittet *Befintlig samverkan*) bör också involveras.

Sjukvårdsregionerna arbetar inte på samma sätt i frågor om vårdens kompetensförsörjning. Olika regionala förutsättningar och skillnader mellan befintliga samverkansstrukturer behöver därför beaktas. Inte minst de rent formella förutsättningarna, som till exempel hur många regioner, lärosäten och kommuner som ingår i en sjukvårdsregion, kan påverka hur man organiserar och lägger upp arbetet. Vissa gemensamma kriterier föreslås ändå gälla för uppbyggnaden av de sex råden:

- Alla regioner i sjukvårdsregionen bör vara representerade.
- Alla lärosäten i sjukvårdsregionen bör vara representerade.
- Kommuner bör vara representerade, men i vilken utsträckning bedöms i varje sjukvårdsregion.
- Privata vårdgivare kan vara representerade.
- Ledamöterna från regioner, lärosäten och kommuner ska ha en stark förankring i kommun- och regionledningen i sjukvårdsregionen och högskoleledningen vid berörda lärosäten.

De sjukvårdsregionala råden kan samverka med fler aktörer om de finner det lämpligt.

De sjukvårdsregionala råden kan vid behov knytas till samverkan inom ramen för de regionala ALF-avtalen som finns mellan universitet och regioner i sju regioner. Detta sker redan i flera av de befintliga samverkansorganen på sjukvårdsregional nivå. De sjukvårdsregionala råden bör även beakta arbetet med kompetensförsörjningsfrågor som redan i dag bedrivs i sjukvårdsregionernas samverkansnämnder och det grundläggande regionala kompetensförsörjningsarbetet som regionerna ansvarar för (se avsnittet *Befintlig samverkan*). De sjukvårdsregionala råden bör också ha kontinuerlig dialog med regionernas kunskapsstyrningsorganisation, de nationella programområdena, som är knutna till sjukvårdsregionerna. Den här dialogen kan ske via sjukvårdsregionernas samverkansnämnder.

Övergripande uppgifter för de sjukvårdsregionala råden

De sjukvårdsregionala råden föreslås ha en gemensam kärna av några övergripande uppgifter som vi beskriver här. Dessutom har de sjukvårdsregionala råden en frihet att själva styra över relevanta frågor och uppgifter att hantera. Råden föreslås hantera både operativa och strategiska frågor. När det gäller omfattningen av områden som samverkan generellt bör hantera, se avsnittet ovan. Verksamheten bör till exempel omfatta alla högskoleutbildningar till vårdyrken.

De övergripande uppgifterna för de sjukvårdsregionala råden föreslås vara att

- främja dialog och samverkan mellan berörda aktörer på sjukvårdsregional nivå
- samla och föra dialog om huvudmännens kompetensbehov
- samordna arbetet med det gemensamma utbildningsuppdraget (VFU)
- samverka med det nationella rådet.

De sjukvårdsregionala råden föreslås också tillsammans nominera en gemensam representant till det nationella rådet.

Främja samarbete och samverkan på sjukvårdsregional nivå

En viktig roll för respektive sjukvårdsregionalt råd är att vara en samlande arena mellan lärosäten, regioner, kommuner och eventuellt andra aktörer i varje sjukvårdsregion. Uppgiften innebär även att verka för en ökad ömsesidig förståelse för aktörernas olika förutsättningar, uppdrag och behov, samt att utifrån detta utveckla ett samarbete som är till nytta för samtliga aktörer.

Föra dialog om huvudmännens kompetensbehov

Regioner och kommuner behöver genomföra behovsanalyser över rekryteringsbehoven med en viss frekvens. De bör bedömas samlat i varje sjukvårdsregion. En dialog om behoven bör föras med lärosätena i de sjukvårdsregionala råden. Behovsanalyserna bör inkludera behoven för hälso- och sjukvård, tandvård och kommunal hälso- och sjukvård. Arbetet bör beakta regionala (sjukvårdsregionala) prognoser om tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvården.

Samordna arbetet med det gemensamma utbildningsuppdraget (VFU)

Det gemensamma utbildningsuppdraget med den verksamhetsförlagda delen av utbildningarna (VFU) omfattar att gemensamt planera, samordna och inventera VFU-platser samt utveckla utbildningarna.

Samverka med det nationella rådet

De sjukvårdsregionala råden kan identifiera frågor som inte kan hanteras regionalt och ta upp dem i det nationella rådet. De sjukvårdsregionala råden behöver också ta ställning till

hur bedömningar från det nationella rådet kan omsättas till den sjukvårdsregionala nivån och dess förutsättningar.

Utöver ovanstående övergripande uppgifter styr respektive regionalt råd själv över ytterligare uppgifter och frågor som bedöms vara prioriterade.

Reglering och förvaltning

För varje sjukvårdsregionalt råd bör ett samverkansavtal upprättas. Detta bör fastställa vilka aktörer som ska delta, övergripande om formerna för rådets arbete samt övergripande om rådets uppgifter. Rådskansliet kan bistå med en avtalsmall.

Det nationella rådet ska stötta uppbyggnaden av de regionala råden och därefter kontinuerligt följa deras verksamhet.

Samverkan mellan nationell, sjukvårdsregional och regional nivå

För att uppnå målen om en effektivare kompetensförsörjning, så är ett samarbete och ömsesidig dialog mellan nationell och sjukvårdsregional nivå mycket viktig. Mycket av det praktiska arbetet, både med att ta fram underlag och vidta åtgärder, behöver däremot utföras på lokal eller regional nivå, vid enskilda regioner, kommuner och lärosäten. I det här avsnittet tydliggör och sammanfattar vi uppgifter och roller för arbetet på de olika nivåerna samt dialog och samarbete mellan nivåerna.

Nationella nivån – det nationella rådet och kansliet

Det nationella rådet ansvarar för bedömningar på nationell nivå av olika sammanställda kunskapsunderlag om behov, prognoser med mera. Underlagen samlas in från aktörer på nationell, sjukvårdsregional samt regional eller lokal nivå. Rådets bedömningar kan vara stöd för arbete på lägre nivåer och lämnas för ställningstaganden i de sjukvårdsregionala råden och till huvudaktörerna på regional/lokal nivå. Det nationella rådet stödjer på det här sättet arbetet på sjukvårdsregional och regional/lokal nivå.

Det nationella rådet har också i uppgift att genom dialog med de sjukvårdsregionala råden fånga upp frågor som inte kan hanteras på sjukvårdsregional nivå, eller som kan effektiviseras genom att hanteras nationellt. Även goda exempel på lösningar, till exempel processer för arbete med behovsanalyser eller förändrade arbetssätt i verksamheter, kan lyftas fram och spridas av det nationella rådet.

Det nationella rådet bör också följa uppbyggnaden av och kontinuerligt följa verksamheten i de sjukvårdsregionala råden.

Det nationella rådets kansli är en viktig nod för kommunikation och dialog mellan det nationella rådet och de sjukvårdsregionala råden samt enskilda regioner, kommuner och lärosäten. En del av kommunikationen kan ske genom en webbplats för informationsspridning till alla berörda aktörer.

Sjukvårdsregionala nivån – sex sjukvårdsregionala råd

De sjukvårdsregionala råden ansvarar för samverkan mellan huvudaktörerna i varje sjukvårdsregion. Arbetet handlar bland annat om att analysera och föra dialog om kompetensförsörjningsbehoven på sjukvårdsregional nivå utifrån underlag från regioner, kommuner och lärosäten i sjukvårdsregionen. De sjukvårdsregionala råden tar emot nationella bedömningar från det nationella rådet, för ställningstagande av hur dessa påverkar och kan omsättas regionalt. De sex råden bör också lämna underlag och bedömningar till det nationella rådet. De sjukvårdsregionala råden kan också föra fram frågor, problem och lärandeexempel till det nationella rådet.

De sex sjukvårdsregionala råden kan föra dialog med den nationella nivån på flera sätt. Ett sätt är genom bilaterala dialoger. Ett annat sätt är genom att en särskild representant för de sjukvårdsregionala råden deltar i det nationella rådet med särskilt ansvar för att beakta det sjukvårdsregionala perspektivet samt olika förutsättningar i olika sjukvårdsregioner. Representanten kan också lyfta upp gemensamma frågor från sjukvårdsregionerna till rådet.

Dialog bör också ske mellan de sjukvårdsregionala råden, för kunskapsspridning och erfarenhetsutbyte, för gemensamma ställningstaganden och identifiering av frågor som bör lyftas till nationell nivå. Den här dialogen kan föras mellan ordföranden i varje sjukvårdsregionalt råd och kan också underlättas av huvudaktörernas intresseorganisationer SKL och SUHF. De sex råden nominerar även gemensamt en representant till det nationella rådet. Säkerställandet av en geografisk spridning av det nationella rådets totala sammansättning bidrar till kunskap och förståelse för olika förutsättningar i olika sjukvårdsregioner.

Regionala och lokala nivå – enskilda regioner, kommuner och lärosäten

Huvudmännen och lärosätena bidrar med olika underlag och genom att i detta arbete identifiera konsekvenser av olika förändringar som kan påverka kompetensförsörjningen. Regioner och kommuner behöver ta fram behovsanalyser som kan bedömas samlat på sjukvårdsregional nivå. I det arbetet bör man identifiera analyser av vårdbehov samt hur större förändringar och omstruktureringar av hälso- och sjukvården påverkar kompetensbehoven.

Lärosätena bör ta fram underlag för kortsiktiga prognoser ett par år framåt för antalet nybörjare för relevanta utbildningar. UKÄ föreslås få i uppgift att sammanställa dessa och göra prognoser för antalet examinerade för motsvarande tidsperiod. Prognoserna bör tillgängliggöras via det nationella rådskansliet. Lärosäten bör också kommunicera andra planerade förändringar av utbildningar, som nedläggningar eller start av nya utbildningar. Se vidare i avsnittet *Förslag på utveckling av statistik och prognoser*.

Underlagen från huvudmännen och lärosäten bör föras fram både på sjukvårdsregional och nationell nivå.

Etablera nationella rådet och sjukvårdsregionala råden

Socialstyrelsens och UKÄ:s bedömning är att det nationella rådet bör komma på plats som ett första steg i etableringen av de föreslagna samverkansarenorna. Enligt vårt förslag har det nationella rådet i uppgift att stödja uppbyggnaden av de sjukvårdsregionala råden. När det nationella rådet är etablerat är en första prioriterad uppgift för rådet därför att stimulera och stödja aktörerna på sjukvårdsregional nivå att etablera samverkansstrukturerna på den nivån.

En ledamot i det nationella rådet bör komma från de sjukvårdsregionala råden, enligt den föreslagna sammansättningen av rådet. Det nationella rådet föreslås initialt kunna starta sitt arbete utan den ledamoten, som kan utses senare när de sjukvårdsregionala råden har etablerats.

Samverkansstrukturerna bör utvärderas

Socialstyrelsen och UKÄ föreslår att arbetet i de föreslagna samverkansstrukturerna om kompetensförsörjningsfrågor utvärderas efter att ha prövats under en period. Om arbetet inte fungerar effektivt eller inte får avsedda effekter behöver strukturerna kunna förändras. En sådan utvärdering bör även omfatta hur ändamålsenliga olika detaljer i utformningen av samverkansarenorna är, till exempel representationen i det nationella rådet. Utvärderingen kan ske på flera sätt. En form av utvärdering kan göras löpande genom den

kontinuerliga dialogen med regeringen. Ett särskilt utvärderingsuppdrag efter en viss tid kan också ges till en oberoende nationell aktör.

Förslag på utveckling av statistik och prognoser

Samtliga aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården är överens om att för ett bra och effektivt arbete i de föreslagna samverkansarenorna på nationell och regional nivå, krävs det förbättrade fakta- och kunskapsunderlag som samtliga ingående aktörer har nytta av.

Utifrån de gjorda kartläggningarna av befintlig statistik och prognoser, uttalade behov från olika aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården och erfarenheterna från UKÄ:s och Socialstyrelsens utvecklingsarbete och aktörers synpunkter på detta anser myndigheterna att nedanstående förslag skulle kunna ge en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården.

Samtliga aktörer behöver få en lättillgänglig, samlad och aktuell information om den statistik, de prognoser och andra relevanta rapporter och analyser som finns. Därför får det nationella rådet i uppgift att informera om det på en webbplats. Där bör det finnas aktuella översikter och sorterade sammanställningar över aktuell och relevant statistik samt relevanta analyser inom området från Socialstyrelsen, UKÄ, SCB, Arbetsförmedlingen, forskningsaktörer med flera aktörer.

Det behövs ett komplement till befintlig statistik och aktörer inom både högskole- och hälso- och sjukvårdssektorn behöver få fördjupad kunskap och möjliga ingångar till vidare analyser. Därför får UKÄ och Socialstyrelsen i uppgift att vart tredje år ta fram statistikbaserade flödesbeskrivningar för prioriterade utbildnings- och yrkesgrupper och vid behov för övriga grupper inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det nationella rådet bör göra bedömningen och prioriteringen av vilka grupper som ska ingå i flödesbeskrivningarna. Resultaten publiceras på det nationella rådets webbplats. Myndigheterna får även i uppgift att så långt det är möjligt automatisera produktionen av flödesstatistiken och i samarbete med olika huvudaktörer göra utbildnings- och yrkesspecifika modellanpassningar utifrån den grundmodell som användes i det tredje pilotflödet.

SCB föreslås få i uppgift att utveckla särskilda prognoser för utbildnings- och yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, på nationell och sjukvårdsregional nivå samt om möjligt särredovisa prognosen (efterfrågan) för regional respektive kommunal hälso- och sjukvård. Prognoserna bör omfatta både högskoleutbildade och legitimerade yrkesgrupper. SCB bör samråda med och rapportera till det nationella rådet. Prognoserna bör publiceras vart tredje år. Grundmodellen är SCB:s *Trender och Prognoser*, men den bör först inkludera enklare anpassningar av modellen i form av alternativa scenarier, som tjänsteomfattning och längre tid i yrket. Även digitalisering och arbetsuppgiftsväxling bör beaktas i ett senare skede. I uppdraget ingår även att förbättra skattning och visualisering av utgångsläget för balansen mellan tillgång och efterfrågan.

För att få en samlad kortsiktig prognos över utbildningsutbud och utbildningsvolym, får lärosätena i uppdrag att varje år ta fram underlag för planerat utbildningsutbud och planerat antal nybörjare för de kommande 2–3 åren för samtliga högskoleutbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. De samlas in och sammanställs av UKÄ. UKÄ gör sedan en skattning av antalet examinerade för motsvarande tidsperiod, varpå det nationella rådets kansli redovisar uppgifterna för huvudaktörerna.

Förslag på utveckling av digitala kanaler

Det nationella rådet behöver tillgång till digitala kommunikationskanaler för en effektiv spridning av och öppenhet om det nationella rådets arbete och för dialog med berörda aktörer. Det nationella rådet har också i uppgift att samla kunskapsunderlag som statistik, prognoser och analyser från olika aktörer på en webbplats, enligt förslaget ovan. Socialstyrelsen och UKÄ föreslår att det nationella rådet får ansvaret att utveckla och driva dessa digitala kanaler.

Den befintliga webbplatsen *Framtidens vårdkompetens* (www.framtidensvardkompetens.se) har byggts upp och använts gemensamt av UKÄ och Socialstyrelsen för kommunikation om regeringsuppdraget och om andra relevanta nyheter från respektive myndighet. Webbplatsen, liksom övriga kommunikationskanaler (nyhetsbrev, LinkedIn-grupp), är väl etablerade och har framgångsrikt nått ut till alla berörda aktörer. Det nationella rådet behöver utveckla liknande kanaler. Den befintliga webbplatsen och övriga kanaler skulle kunna nyttjas av det nationella rådet under en kortare övergångsfas. Digitala kanaler som möter behoven för det nationella rådets verksamhet enligt ovan behöver samtidigt utvecklas.

Överväganden och diskussion

Det här kapitlet redogör för en del överväganden som Socialstyrelsen och UKÄ gjort i beredningen av de presenterade förslagen utifrån bland annat synpunkter från berörda aktörer. Vi beskriver våra gemensamma ställningstaganden till förslag från några statliga utredningar, och diskuterar bland annat incitament för aktörer att delta i samverkan om kompetensförsörjningen, hur samverkansstrukturerna kan komma på plats och möjliga effekter av våra förslag.

Inledningsvis berörs kompetensförsörjningsfrågans nära koppling till det pågående omställnings- och utvecklingsarbetet i hälso- och sjukvården.

Kompetensförsörjningen påverkas av och är en förutsättning för omställningen i hälso- och sjukvården

Framtidens hälso- och sjukvård blir allt mer svårplanerad och för med sig krav på nya kompetenser och förändrade arbetssätt för att möta utmaningarna och befolkningens behov. Vården behöver bland annat utvecklas för att bättre ta tillvara ny teknik, demografiska förändringar, behov av prevention och rehabilitering samt både patient- och anhörigperspektiv. Den pågående omställningen av vården, både mot en mer nära och personcentrerad vård samt en mer komplex, högspecialiserad och digital vård påverkar också framtidens kompetensbehov. En god kompetensförsörjning är även en avgörande förutsättning för att lyckas ställa om till framtidens hälso- och sjukvård. Planeringen av kompetensförsörjningen behöver också i högre grad anpassas efter att personaltillgången kommer att vara begränsad, och att förändrade och mer effektiva arbetssätt kommer att krävas för att möta behoven.

Kompetensförsörjningen har även tydliga beröringspunkter mot kunskapsstyrningen, även om dessa system har olika mål. Kunskap och kompetens är den gemensamma nämnaren. Kunskapsstyrningen identifierar behov av och ökar den medicinska forskningsgrundande kunskapen i vården, och är en viktig del av den kontinuerliga fortbildning som vårdens medarbetare behöver. En välfungerande kompetensförsörjning är också en förutsättning för en effektiv kunskapsstyrning.

Det är en utmaning att avgränsa kompetensförsörjningsfrågorna från den pågående omställningen av hälso- och sjukvården eller gentemot kunskapsstyrningen. Men just på grund av denna komplexitet, så finns det behov av stärkta strukturer som har särskilt fokus på hur kompetensbehoven påverkas av de pågående förändringarna. Fokus måste också riktas mot hur kompetensbehoven kan mötas framåt genom förändringar av bland annat utbildningarna på grundnivå och avancerad nivå, vidare- och fortbildning samt de nya arbetssätt som är en förutsättning för framtidens hälso- och sjukvård. En väl fungerande kompetensförsörjning är både ett mål, en förutsättning och en möjliggörare för framtidens hälso- och sjukvård.

Samsyn på att stärkt samverkan behövs

Socialstyrelsen och UKÄ konstaterar att det finns en stor samsyn, både hos huvudaktörerna och bland övriga aktörer, om behovet av en utvecklad, mer formaliserad och ändamålsenlig samverkan om kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. Detta har blivit tydligt genom det arbete som bedrivits i uppdraget och som inkluderat dialog med berörda aktörer under tre års tid. De förslag på samverkansarenor på nationell och sjukvårdsregional nivå samt på förbättrade och mer samordnade kunskapsunderlag i form av statistik och prognoser om kompetensförsörjningsbehoven som har presenterats utgår från behov som har lyfts av berörda aktörer. Förslagen har också diskuterats och förankrats med berörda aktörer.

Det finns ett stort engagemang hos de berörda aktörerna om kompetensförsörjningsfrågor. Många aktörer har bidragit med värdefulla synpunkter på hur samverkan om kompetensförsörjningsfrågorna kan utformas, vilka frågor som är viktiga att gemensamt diskutera framåt och hur olika kunskapsunderlag om kompetensbehoven kan förbättras.

Av bilaga 5 framgår vilka aktörer som har lämnat synpunkter på och fört dialog om det preliminära förslaget på utformning av samverkansarenor som Socialstyrelsen och UKÄ publicerade hösten 2018.

Utgå från befintliga ansvarsförhållanden och ta tillvara befintligt arbete

En viktig grundprincip för den utvecklade samverkan som föreslås är att den bör utgå från befintliga ansvarsförhållanden och bygga på subsidiaritetsprincipen om att beslut ska fattas på lägsta ändamålsenliga nivå. En utvecklad samverkan på nationell och sjukvårdsregional nivå syftar till att stödja arbetet på regional och lokal nivå, vid enskilda regioner, kommuner och lärosäten, samt bidra med underlag för regeringens styrning på området. Det är också viktigt att utgå från de olika behov och förutsättningar som regioner, kommuner och lärosäten har.

En annan grundläggande utgångspunkt är att de föreslagna nya samverkansforumen bör utgå från och ta tillvara arbete som redan bedrivs på både nationell och regional nivå. Det handlar både om befintligt samarbete mellan huvudmännen och lärosätena, men också om samarbete mellan regioner och kommuner, mellan regioner och mellan lärosäten samt stöd för sådan samverkan som särskilt SKL, SUHF, Socialstyrelsen och UKÄ erbjuder. De föreslagna samverkansarenorna ska ses som ett komplement till, men inte ersättning för, befintlig avtalsreglerad samverkan på vissa områden, till exempel om läkarutbildning på nationell och regional nivå genom ALF-avtalen och lokala avtal om den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU). Lärdomar från samarbetet genom ALF-avtalen liksom av uppbyggnaden av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning är värdefulla och bör tas tillvara, även om de delvis har andra syften och inte involverar alla regioner och lärosäten som bedriver hälso- och sjukvårdsutbildning.

På regional nivå har regionerna, som regionalt utvecklingsansvariga aktörer, ett särskilt uppdrag om grundläggande regionalt kompetensförsörjningsarbete, där det bland annat ingår att organisera arbetet i samverkan med kommuner, utbildningsaktörer, myndigheter och andra berörda aktörer i regionen.

För att kunna arbeta effektivt med olika kompetensförsörjningsfrågor, är det nödvändigt att lärosäten och sjukvårdens huvudmän har tillgång till aktuella och relevanta fakta- och kunskapsunderlag. Det finns behov av förbättrade sådana underlag, men det är även viktigt att utgå från den statistik samt de prognoser och analyser som redan finns och görs samt synliggöra och sprida detta.

Utformning av samverkansarenor

Ett nationellt samverkansråd är ändamålsenligt

Det finns en samsyn bland berörda aktörer att det behövs en nationell samordning av kompetensförsörjningsfrågor. De flesta aktörer är också överens om att den föreslagna formen för nationell samverkan, ett nationellt stödjande och rådgivande samverkansråd, är ändamålsenlig. Det finns även ett brett stöd för att de viktigaste funktionerna för det nationella rådet är att göra samlade bedömningar av olika kunskapsunderlag om kompetensbehoven för ställningstagande av beslutsfattare på nationell och regional nivå samt att möjliggöra diskussioner och samverkan på nationell nivå mellan berörda aktörer.

En viktig förutsättning för ett effektivt arbete i rådet är ett kraftfullt rådkansli, som samlar in och bereder frågor och underlag för rådets bedömningar och på rådets uppdrag samordnar dialogen med berörda aktörer, inklusive de sjukvårdsregionala råden. Det är också viktigt att rådets beredningsprocesser blir transparenta.

Huvudaktörerna ansvariga men dialog med övriga aktörer viktigt

Rådets legitimitet är viktigt. Utifrån rådets två huvudsakliga funktioner så bör de aktörer som har ett planeringsansvar för kompetensförsörjningen – regioner, kommuner och lärosäten – ha huvudansvaret för arbetet. Socialstyrelsen och UKÄ har en naturlig roll genom myndigheternas nationella ansvar för att stödja verksamheterna i hälso- och sjukvården respektive vid universitet och högskolor. Huvudmännens planeringsansvar för vård som utförs av andra vårdgivare innebär ett ansvar för kompetensförsörjningsfrågorna även för privata vårdgivare. Rådet ska inte ses som ett forum för paritsgemensam samverkan mellan arbetsgivare och medarbetare; sådan samverkan sker effektivare lokalt.

Ett litet effektivt nationellt råd förordas med företrädare i ledande positioner för huvudmännen och lärosätena. Det är viktigt med en geografisk spridning av ledamöterna från huvudmännen och lärosätena, för att främja förståelsen för olika förutsättningar i olika delar av landet. Eftersom det nationella rådet behöver ha ett nära samarbete med arbetet på sjukvårdsregional nivå, så är det viktigt att de sjukvårdsregionala råden har en representation i rådet.

Det är också viktigt att rådet för en dialog med övriga aktörer för att beakta olika gruppers perspektiv på frågorna. Men utifrån de huvudsakliga funktionerna som rådet föreslås ha, så behöver inte övriga aktörer delta i själva rådet. Underlag till och synpunkter på arbetet från professionsorganisationer, arbetstagare, privata vårdgivare, studenter, patientföreningar, SKL och SUHF är däremot mycket angeläget. Dialog behöver även föras med lärosäten med andra utbildningar, som kan behövas i högre utsträckning i framtidens hälso- och sjukvård, till exempel tekniska högskolor.

Rådet föreslås genom sin expertroll vara självständigt i förhållande till regeringen, vilket även är viktigt utifrån att långsiktighet och kontinuitet krävs för att hitta hållbara lösningar för vårdens kompetensförsörjning. Rådet bör däremot föra en kontinuerlig dialog med

regeringen för att stödja regeringens styrning på området. Rådet föreslås till exempel lämna bedömningar om bland annat utbildningars dimensionering, mål och innehåll för regeringens ställningstagande.

Samverkan på sjukvårdsregional nivå

Formaliserad samverkan behövs även på sjukvårdsregional nivå, för att säkerställa att bedömningar och stöd från det nationella rådet kan omsättas på regional och lokal nivå. Samarbete och dialog mellan huvudaktörerna i varje sjukvårdsregion är även viktiga, eftersom förutsättningar, behov och lösningar för kompetensförsörjningen skiljer sig mellan olika delar av landet.

Regioner och lärosäten föreslås gemensamt ansvara för samverkan på sjukvårdsregional nivå för en balans i samarbetet, i samarbete med kommunerna. De sjukvårdsregionala råden bör bygga på de befintliga samverkansstrukturer mellan regioner och lärosäten som finns i varje sjukvårdsregion. I flera av regionerna finns det flera befintliga forum, och vilket av dessa man ska utgå från är upp till region- och lärosätesledningarna i varje sjukvårdsregion att avgöra. Sjukvårdsregionernas samverkansnämnder som arbetar med regiongemensamma kompetensförsörjningsfrågor samt kommunernas regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) bör också involveras vid etableringen av råden.

Hänsyn till olika förutsättningar i de olika sjukvårdsregionerna bör tas, till exempel när det gäller hur kommunerna ska representeras och hur samverkan med andra aktörer ska fungera, till exempel med privata vårdgivare. Befintlig samverkan mellan huvudaktörerna, samverkan inom ramen för regionala ALF-avtal, regionernas samarbete i sjukvårdsregionerna (samverkansnämnderna) om både kompetensförsörjningsfrågorna, kunskapsstyrningen och regionernas grundläggande kompetensförsörjningsarbete bör beaktas och tas tillvara. Samverkan föreslås bygga på samverkansavtal mellan de ingående aktörerna, men det bör finnas en flexibilitet i vilka frågor som kan hanteras.

Samverkan behöver avgränsas i ett första steg

Vårdens kompetensförsörjning omfattar en stor bredd av frågor. Socialstyrelsen och UKÄ föreslår att samverkan i de föreslagna råden avgränsas till frågor som behöver hanteras gemensamt av hälso- och sjukvårdens huvudmän och utbildningsanordnare. Det innebär samtidigt att det finns ett stort antal frågor och områden som kan behöva diskuteras gemensamt – baserat på samlade bedömningar av prognoser och analyser av hur kompetensförsörjningsbehoven påverkar utbildningarna på grundnivå och avancerad nivå, vidareutbildning samt behov av fortbildning och förändrade arbetssätt. Men utgångspunkten är att samverkan bör inkludera frågor som både huvudmännen och lärosätena ansvarar för.

Samverkan föreslås, i ett första steg, avgränsas till att omfatta yrken som kräver högskoleutbildning. Det är angeläget att en stärkt samordning av kompetensförsörjningsfrågorna kan etableras, och den avgränsningen främjar att arbetet i de föreslagna samverkansstrukturerna kommer igång och möjliggör att samverkansmodellen prövas inom ett avgränsat område. Här är även andra yrken med högskoleutbildning, inom exempelvis det tekniska området, av relevans, eftersom en alltmer högspecialiserad och komplex hälso- och sjukvård innebär att det finns behov av även andra kompetenser till vården.

För att eventuellt utvidga arbetet i ett senare skede till att inkludera även icke-legitimerade yrkesgrupper behöver dialog med ytterligare aktörer föras (bland annat Skolverket, Yrkes- högskolan och andra utbildningsaktörer). Fler frågor skulle också bli aktuella.

Ställningstaganden till förslag från några utredningar

Flera statliga utredningar som berör kompetensförsörjningen har pågått samtidigt som det här uppdraget. Några av dessa – Framtidens specialistsjuksköterska, Arbetsmarknadsutredningen och Styr- och resursutredningen – har i sina slutbetänkanden lämnat några förslag som särskilt tangerar förslaget om samverkansarenor på nationell och sjukvårdsregional nivå. Utredningarna och deras förslag har vi beskrivit i tidigare kapitel. Här redogör vi för Socialstyrelsens och UKÄ:s gemensamma ställningstaganden till dessa förslag.

Nationellt råd för samverkan om specialistsjuksköterskor och VULF-avtal

Betänkandet *Framtidens specialistsjuksköterska* (SOU 2018:77) föreslår bland annat att ett nationellt samverkansråd inrättas inom Regeringskansliet, för strategiska frågor om samverkan mellan staten och huvudmännen som rör kompetensförsörjningen för de fyra yrkesgrupper som utredningen har omfattat, bland annat specialistsjuksköterskor och barnmorskor [38]. Betänkandet har varit på remiss i början av 2019.

Socialstyrelsen och UKÄ delar utredningens bild av att det finns behov av nationell samordning av frågorna, och förslaget på ett nationellt samverkansråd ligger i linje med vårt förslag. En genomgång av alla remissvar på betänkandet visar också på ett brett stöd för en nationell samordning av kompetensförsörjningsfrågorna. Den utformning av ett nationellt råd som föreslås av utredningen skiljer sig däremot i flera avseenden från vårt förslag, när det gäller förhållandet till regeringen, deltagande aktörer och vilka yrkesgrupper som samverkan omfattar. Vi menar att samverkan behöver omfatta de flesta yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. I vårt förslag förordas ett litet råd för att främja en effektiv samverkan mellan huvudmännen och lärosätena, medan utredningens förslag innebär ett råd där representanter även för professionsorganisationer, fackföreningar och specialistföreningar deltar. Utredningen föreslår också att rådet inrättas inom Regeringskansliet. Socialstyrelsen och UKÄ menar att ett självständigt nationellt samverkansorgan, med Socialstyrelsen som värmyndighet, som lämnar bedömningar till och för en kontinuerlig dialog med regeringen är mer ändamålsenligt. Vi tror också att det är viktigt att undvika parallella statliga strukturer för samverkan om liknande frågor. Däremot finns det behov även av yrkesspecifik samverkan (till exempel mellan lärosäten som anordnar samma utbildning) som komplement till det nationella råd som föreslås i den här rapporten.

Utredningens förslag om VULF-avtal, det vill säga avtal om den verksamhetsförlagda delen av specialistsjuksköterskeutbildningen som motsvarar ALF-avtalen för läkare, ligger i linje med vårt förslag om stärkt samverkan mellan vårdgivare och lärosäten om det gemensamma utbildningsuppdraget. De avtal som vi föreslår ska upprättas för sjukvårdsregional samverkan kan omfatta den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU), men fler yrkesgrupper bör i så fall också beaktas liksom förhållandet till de befintliga ALF-avtalen.

Kompetensförsörjningsmyndighet och utökat regionalt ansvar för kompetensförsörjningen

Arbetsmarknadsutredningen har föreslagit en ny myndighet med samlat ansvar för kompetensförsörjningspolitiken, för att stärka kompetensförsörjningsarbete på nationell nivå [55]. Betänkandet har ännu inte remitterats.

Några av de föreslagna uppgifterna för den nya myndigheten, som att göra analyser inför utbildningsdimensionering och att stödja och föra dialog med regionala aktörer, ligger nära de föreslagna uppgifterna för det nationella rådet som vi har presenterat här. Myndigheten

föreslås få en regional organisation som ligger mycket nära den sjukvårdsregionala indelningen. Utredningen har också föreslagit ett utökat mandat för regionerna för det regionala kompetensförsörjningsarbetet. Det här utökade ansvaret innebär bland annat ansvar för regional samordning av arbetet mellan berörda aktörer samt för analyser och prognoser över kompetensförsörjningsbehoven inför utbildningsdimensioneringen.

Utredningens förslag syftar till att stärka kompetensförsörjningen för hela arbetsmarknaden på nationell och regional nivå, och innebär också att delar av Arbetsförmedlingens befintliga uppdrag läggs ut på andra aktörer. Ett argument för den nya kompetensförsörjningsmyndigheten som framförs är att det inte är rimligt att "varje aktör med krav på samverkan med arbetslivet i kompetensförsörjningsfrågor etablerar sitt eget samverkansorgan". Utredningen skriver också att "de berörda myndigheternas respektive samverkansorgan ska i möjligaste mån samlas hos den nya myndigheten".

Socialstyrelsen och UKÄ menar att en särskild samverkan om kompetensförsörjningsfrågor inom olika sakområden är bättre, och bör hanteras av de som är ansvariga för sakfrågorna. I det här fallet är det de ansvariga aktörerna för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Vi ser därför ingen motsättning mellan utredningens förslag och de förslag som vi lägger i den här rapporten. Om en ny kompetensförsörjningsmyndighet skulle bli verklighet skulle däremot förhållandet och uppgiftsdelen behöva ses över mellan myndigheten, övriga berörda myndigheter och det nationella rådet som vi föreslår.

Styrning av lärosäten

I betänkandet *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan* (SOU 2019:6) [17] är det främst ett förslag som berör vårt förslag om nationell samverkan. Det gäller förslaget om en samlad proposition för högre utbildning och forskning som lämnas en gång per mandatperiod, och att UKÄ får i uppdrag att lämna underlag för den högre utbildningens dimensionering inför propositionen. I underlagen ska det ingå bedömningar om hur den högre utbildningens dimensionering långsiktigt utvecklas, och vilka åtgärder som krävs för att nå politiskt uppsatta mål. Inom bland annat området hälso- och sjukvården föreslås UKÄ lämna underlag på en detaljerad nivå.

I Socialstyrelsens och UKÄ:s förslag ingår att det nationella rådet får i uppgift att bland annat regelbundet analysera och bedöma behovet av utbud och utbildningsdimensionering inom hälso- och sjukvårdsområdet, och kommunicera dessa bedömningar med olika aktörer inklusive regeringen. Det är därför viktigt att uppgifter och ansvar för de här frågorna är tydliga och att dubbelarbete undviks. Vi menar samtidigt att det går att förena dessa olika förslag genom att UKÄ i sitt uppdrag till regeringen inför varje samlad proposition använder det nationella rådets bedömningar, där ju även myndigheten själv deltar.

Det finns även några andra förslag i betänkandet som kan beröra våra förslag, främst genom att de (om de genomförs) kan underlätta lärosätenas del i och tydliggöra olika ansvarsförhållanden i kompetensförsörjningsprocessen. Det gäller bland annat förslaget att regeringen ska styra genom fyraåriga utbildningsuppdrag med mål för antalet helårsstudenter på totalnivå samt mål för examina för utbildningar mot legitimationsyrken inom skola och hälso- och sjukvård. Dessa utbildningsuppdrag ska även kunna innehålla särskilda åtaganden som exempelvis kan gälla utbildning inom ämnen med få studenter med ett tydligt samhällsbehov. Ett annat förslag som kan underlätta kompetensförsörjningsarbetet är om det kommer att finnas en möjlighet för lärosäten att få gemensamma examenstillstånd eller examenstillstånd som bygger på överenskommelser. Ytterligare förslag som kan tydliggöra och underlätta det gemensamma arbetet med kompetensförsörjningen är om principerna för utbildningsutbudets utformning skrivs in i författning med innebörden att utbildningsutbudet ska utformas med hänsyn till kunskapsutvecklingen och svara mot studenternas efterfrågan samt arbetslivets och samhällets behov.

Reglering av och incitament för aktörer att delta i samverkan

Alla aktörer som har deltagit i den dialog som förts i det här uppdraget om mer formaliserad samverkan om kompetensförsörjningen har uttryckt en vilja att bidra till arbetet. Det talar för att deltagandet och arbetet i de föreslagna samverkansarenorna kan regleras förhållandevis mjukt. Socialstyrelsen och UKÄ föreslår att etableringen av det nationella rådet och dess kansli hanteras genom tillägg i Socialstyrelsens instruktion.

Regionernas, kommunernas och lärosätenas deltagande i både det nationella och de sjukvårdsregionala råden föreslås bygga på ett gemensamt ansvarstagande och en samsyn om att ett samarbete mellan aktörerna behövs, för att gemensamt kunna hitta hållbara lösningar för kompetensförsörjningen. På sjukvårdsregional nivå föreslås att samverkansavtal upprättas mellan parterna om formerna och inriktningen för samverkan.

Kommunernas medverkan är viktig, inte minst mot bakgrund av att kommunalt finansierad hälso- och sjukvård står för 25 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader [13]. Det kan däremot finnas utmaningar för kommunernas representation, särskilt i de sjukvårdsregionala råden där kommuner inte deltar i dag. Kommunerna behöver hantera många olika verksamheter – hemsjukvård, äldreomsorg, elevhälsa och socialtjänst. Samtidigt innebär den föreslagna omfattningen av samverkan att det bara är en mindre del av kommunernas resurser för den kommunala vården som berörs, eftersom icke-legitimerade yrken ännu inte ingår. När kommuner inte samverkar sinsemellan på sjukvårdsregional nivå, kan det också vara svårt för kommunrepresentanterna att företräda flera kommuner.

Flera socialchefer i kommuner har fört fram att samarbete om kompetensförsörjningsfrågor mellan regioner och kommuner är mycket viktigt. Regionerna har också ett uttalat ansvar för samverkan med bland annat kommunerna, genom sin roll som regionalt utvecklingsansvariga aktörer. I den rollen kan regionerna också stödja kommunerna och kommunernas perspektiv för frågorna. SKL stödjer också kommunernas samarbete om gemensamma frågor genom de nätverk för kommuner som finns på SKL. SKL har som arbetsgivare och medlemsorgan för regioner och kommuner en viktig roll för samverkan generellt mellan regioner och kommuner, och även om dessa frågor.

Lärosätena visar stor vilja att delta i och utveckla samverkan om kompetensförsörjningsfrågor inom hälso- och sjukvården. Det finns däremot vissa skillnader mellan lärosätenas och sjukvårdens huvudmän när det gäller till exempel ansvaret för sin verksamhet. Sjukvårdens huvudmän har det primära ansvaret för bemanning, utförande med mera i sin region eller kommun. Lärosätena har motsvarande ansvar, men det är ett nationellt ansvar och med staten som uppdragsgivare. Lärosätena har relativt stora möjligheter att själva bestämma utbud, utbildningsdimensionering och utformning av sina utbildningar utifrån de nationella examensmålen, men relativt mycket är styrt av staten. På grund av olika bristsituationer är hälso- och sjukvårdsområdet tillsammans med skolområdet just nu två områden som är föremål för många initiativ och aktiviteter från bland annat regeringen, där inte minst mer och bättre samverkan är nödvändigt.

Inspel från övriga aktörer behövs, och det nationella rådet behöver föra en kontinuerlig dialog med bland annat professions-, arbetstagar-, student- och patientorganisationer. Några mycket viktiga grundläggande förutsättningar för att få till ett fungerande samarbete mellan aktörerna är en ömsesidig förståelse för varandras olika uppdrag, prioriteringar och behov samt tillgång till förbättrade och mer samordnade kunskapsunderlag om kompetensbehoven.

Även olika statistikproducerande aktörer, bland annat UKÄ, Socialstyrelsen, SCB, Arbetsförmedlingen och SKL, behöver samverka för att undvika dubbelarbete och identifiera möjligheter till samarbeten om vissa utvecklingsprojekt. Det ger förutsättningar för mer samordnade kunskapsunderlag om kompetensförsörjningen.

Samverkan förutsätter förbättrade och mer samordnade kunskapsunderlag

Det finns en stor samsyn bland samtliga aktörer att det för kompetensförsörjningsarbetet behövs relevanta, aktuella och tillgängliga fakta- och kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehoven. Inte minst i samverkansarbetet är det viktigt att ingående aktörer inte bara har bra underlag för planering, genomförande och uppföljning av den egna verksamheten, utan även att alla har tillgång till gemensamma systembilder och att alla har förståelse och viss kännedom om de övrigas arbete, verksamhet och vilka underlag som då används. Förbättrade och mer samordnade kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehoven är också en förutsättning för det nationella rådets arbete, liksom för de sjukvårdsregionala råden.

Det produceras redan mycket underlag, men de är inte alltid kända, tydliga eller användbara för alla aktörer. Därför är en första förbättring att samla och lyfta fram relevanta befintliga underlag så att olika aktörer får tillgång till dem och även förstår vad de innehåller. Det vore även bra om aktörerna tillsammans arbetar fram vissa gemensamma begrepp och definitioner som tydliggör för alla vad olika uppgifter betyder och står för. De vidareutvecklade och nya underlag som Socialstyrelsen och UKÄ föreslår kommer att komplettera befintliga underlag på ett bra sätt. Förhoppningsvis kommer de att ge samtliga aktörer gemensamma och betydligt bättre underlag för sitt arbete.

Etablering av råden

Det nationella rådet och dess kansli förordas komma på plats som ett första steg i etableringen av de föreslagna samverkansarenorna av flera skäl. Införandet av en nationell samordning av den långsiktiga planeringen av kompetensförsörjning inom vården under 2019 är en av regeringens prioriterade satsningar enligt januariöverenskommelsen [66], och Socialstyrelsens och UKÄ:s förslag ligger i linje med dessa ambitioner. Med ett nationellt råd och ett rådkansli på plats, är en prioriterad första uppgift att stödja uppbyggnaden av de sjukvårdsregionala råden.

För att etablera det nationella rådet behöver följande steg tas enligt bland annat den föreslagna nomineringsprocessen:

- Tillägg till Socialstyrelsens instruktion bereds (förslag på formuleringar finns i föregående kapitel, avsnittet Reglering och förvaltning av rådet).
- Ledamöter till rådet utnämns enligt de föreslagna principerna: Representanter för regionerna och lärosätena nomineras av nätverk för respektive aktör. Representanter för kommunerna nomineras av SKL i samråd med nätverk för kommuner. Socialstyrelsen och

UKÄ nominerar en representant från varje myndighet. Socialstyrelsen och UKÄ föreslår ordförande för rådet och bereder gemensamt sammansättningen av rådet. Socialstyrelsen utser slutligen ledamöterna.

- Rådskansliet organiseras och bemannas (förslag på omfattning av kansliets bemanning finns i Bilaga 7 *Beräkningsgrunder kostnads-skattningar*).

Nomineringen av ledamöter för regionerna och lärosätena görs lämpligen via nätverk för till exempel regiondirektörer och lärosätesledning. Företrädare för kommunerna nomineras av SKL i samråd med nätverk för kommuner, som Kommundirektörsföreningen.

Det nationella rådet bör som en första uppgift stödja uppbyggnaden av de sjukvårdsregionala råden. En nationell startkonferens kan arrangeras, för att skapa en bred uppslutning och förankring för både nationell och sjukvårdsregional samverkan med berörda aktörer. Ett nytt gemensamt uppdrag till Socialstyrelsen och UKÄ under en begränsad period kan vara ytterligare ett stöd för etableringen under en uppstartsfas.

Stärkt samverkan för att möta kompetensförsörjningsbehoven i hälso- och sjukvården

Genom nationell samverkan och samordning, en stärkt samverkan i varje sjukvårdsregion mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen och lärosätena, samt förbättrade och mer samordnade kunskapsunderlag, skapas bättre förutsättningar för en effektivare planering av kompetensförsörjningen och införandet av arbetssätt som kommer att behövas för att lyckas med omställningen till framtidens hälso- och sjukvård. Arbetet i det nationella råd och de sjukvårdsregionala råd som vi föreslår stimulerar även till ökat samarbete på både nationell och regional nivå mellan regioner och kommuner, mellan lärosäten, mellan berörda myndigheter och mellan dessa och övriga aktörer. Det är också en viktig framgångsfaktor för att kunna möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov, och möjliggöra en god, tillgänglig, effektiv och säker hälso- och sjukvård.

Kostnadsskattningar

Här presenterar vi uppskattningar av kostnaderna för förslagen om en utvecklad nationell samverkan samt förbättrade och mer samordnade kunskapsunderlag. Kostnaderna gäller för följande förslag:

- nationell samverkan: nationella rådet och rådskansliet
- digitala kanaler: en förutsättning för både nationell samverkan och samordning av statistik och prognoser (skattas separat)
- utveckling av statistik och prognoser.

Socialstyrelsen och UKÄ har inte gjort någon skattning av kostnader för samverkan på sjukvårdsregional nivå eller någon konsekvensanalys för övriga berörda aktörer. Myndigheterna är däremot medvetna om att ytterligare kostnader tillkommer för regioner, kommuner och lärosäten och andra aktörer, för att bland annat medverka till samverkan och dialog. Behov av ersättning för regionalt arbete har framförts av företrädare för regionerna – dels för själva samverkansarbetet, dels för regionernas medfinansiering för den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU)¹⁹.

Tabell 4 visar uppskattade kostnader per år under perioden 2020–2023 fördelat per aktör och uppgift enligt de presenterade förslagen. Detaljer om beräkningsgrunder som kostnadsskattningarna är baserade på finns i bilaga 7.

Tabell 4. Skattade kostnader (tkr) per år 2020–2023, aktör och uppgift. Nationell samordning och förbättrade kunskapsunderlag.

Aktör	Uppgift enligt förslag	Frekvens/Årtal initiala kostnader	Kostnader 2020	Kostnader 2021	Kostnader 2022	Kostnader 2023
Socialstyrelsen	Nationella rådet Rådskansliet Uppstartkostnad	Varje år 2020	7 650	7 050	7 050	7 050
Socialstyrelsen	Digitala kanaler: Initial utveckling Årlig utveckling	Varje år 2020	2 000	100	100	100
Socialstyrelsen	Statistikbaserade flödesbeskrivningar Automatiserad process	Vart tredje år 2020	635	0	0	440
UKÄ	Statistikbaserade flödesbeskrivningar Automatiserad process	Vart tredje år 2020	635	0	0	440
UKÄ	Kortsiktiga prognoser	Varje år	70	70	70	70
SCB	Långsiktiga prognoser	Vart tredje år	1 500	0	0	1 200
Totalt			12 490	7 220	7 220	9 300

¹⁹ Regionerna har fört fram att det förekommer att lärosätena ställer krav på särskild medfinansiering från regionerna för att anordna utbildningar. Detta gäller exempelvis utbildningen till sjukhusfysiker.

Referenser

1. Lärosätenas samverkan med det omgivande samhället – utgångspunkter och principer. Sveriges universitets- och högskoleförbund; 2018.
2. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Uppföljning av 2017 års överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2018.
3. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
4. Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019. Öppna Jämförelser. Sveriges kommuner och landsting; 2019.
5. Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport 2018. Sveriges kommuner och landsting; 2018.
6. Öppna jämförelser 2018 En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2019.
7. Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen. Socialstyrelsen; 2018.
8. Trender och Prognoser 2017. Befolkningen. Utbildningen. Arbetsmarknaden med sikte på år 2035. Statistiska centralbyrån; 2017.
9. Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen; 2018.
10. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Socialstyrelsen; 2018.
11. Bättre resursutnyttjande och goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Uppföljning av överenskommelserna år 2018 Socialstyrelsen; 2019.
12. Digitala vårdtjänster riktade till patienter. Kartläggning och uppföljning. Socialstyrelsen; 2018.
13. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
14. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Delrapport 2019. Socialstyrelsen; 2019.
15. Högre utbildning under tjugo år. (SOU 2015:70).
16. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. (SOU 2016:2).
17. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan. Betänkande av Styr- och resursutredningen (Strut). (SOU 2019:6).
18. Kartläggning av specialistsjuksköterskor och barnmorskor – en statistikpilot. Framtidens vårdkompetens; 2017.
19. Kartläggning av specialistsjuksköterskor och barnmorskor – fördjupade analyser per inriktning och län. Framtidens vårdkompetens; 2018.
20. Statistikbaserade flödesbeskrivningar för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och tandhygienister. Framtidens vårdkompetens; 2019.

21. Prognoser på nationell och regional nivå över yrkesutbildningar på högskolenivå inom hälso- och sjukvården. En pilotstudie. Statistiska Centralbyrån (på uppdrag av Framtidens vårdkompetens); 2019.
22. Samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården – Årsrapport 2016. Stockholm: Framtidens vårdkompetens; 2017.
23. Samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården – Årsrapport 2017. Stockholm: Framtidens vårdkompetens; 2018.
24. Samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården – Årsrapport 2018. Framtidens vårdkompetens; 2019.
25. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2017.
26. Samverkan om dimensionering av utbildning. En kartläggning – rapportering av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Universitetskanslersämbetet; 2018.
27. Kompetensförsörjning genom utbildning. Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2015-2018. Sveriges kommuner och landsting; 2018.
28. Årsbokslut med verksamhetsberättelse för Kommundirektörsföreningen i Sverige. Kommundirektörsföreningen i Sverige; 2018.
29. Projekt - Oberoende av inhyrd personal. Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2016-2018.: Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
30. Sveriges Viktigaste Jobb finns i välfärden. Hur möter vi rekryteringsutmaningen? : Sveriges kommuner och landsting; 2015.
31. Sammanfattning av planerade insatser 2019 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper. Sveriges regioner i samverkan; 2019.
32. Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården – styr- och ledningsdokument. Stygruppen för kunskapsstyrning i samverkan och Rådet för statlig styrning med kunskap; 2018.
33. Fördjupad kartläggning av forum för samverkan på sjukvårdsregional nivå. Stockholm: Framtidens vårdkompetens; 2018.
34. En nationell strategi för hållbar regional tillväxt och attraktionskraft 2015–2020. Regeringskansliet; 2015.
35. Regionala matchningsindikatorer. Fördjupad analys. Reglab; 2018.
36. En bättre matchning. Storregional systembild. Kunskapsunderlag om högskoleutbildning i sju län: Stockholm, Uppsala, Gävleborg, Västmanland, Örebro, Östergötland och Sörmland. Mälardalsrådet; 2018.
37. Svensk Sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2010.
38. Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter. Betänkande av Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar. (SOU 2018:77).
39. Tidiga avhopp från högskolan. Universitetskanslersämbetet; 2017.
40. Etablering efter kompletterande utbildning – personer med utländsk utbildning. Universitetskanslersämbetet; 2019.

41. Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård. Myndigheten för vårdanalys; 2018.
42. Bristyrken i offentlig verksamhet. Var arbetar de utbildade? : Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering; 2018.
43. Skåne 2025. Utbildnings- och arbetsmarknadsprognos. Region Skåne; 2016.
44. Stockholm 2025 – En utbildnings- och arbetsmarknadsprognos. Länsstyrelsen i Stockholms län; 2016.
45. Utbildnings- och arbetsmarknadsprognos för Västra Götaland med sikte på 2025. Västra Götalandsregionen; 2016.
46. Östra Mellansverige 2025. Utbildnings- och arbetsmarknadsprognos. Statistiska Centralbyrån; 2016.
47. Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden. Ett planeringsunderlag inför läsåret 2015/16. Universitetskanslersämbetet; 2015.
48. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2012-2025. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. Socialstyrelsen; 2014.
49. Nationella planeringsstödet 2017. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen; 2017.
50. Dimensionering av högre utbildning. Stockholm: Universitetskanslersämbetet; 2015.
51. Hur påverkar digitaliseringen efterfrågan på arbetsmarknaden? : Statistiska Centralbyrån; 2018.
52. Frey, CB, Osborne, AM. The future of employment: how susceptible are jobs to computerisation?; 2013.
53. Fölster, S. De nya jobben i automatiseringens tidevarv: Stiftelsen för strategisk forskning; 2015.
54. Fölster, S. Vartannat jobb automatiseras inom 20 år - utmaningar för Sverige: Stiftelsen för strategisk forskning; 2014.
55. Effektivt, tydligt och träffsäkert – det statliga åtagandet för framtidens arbetsmarknad. Slutbetänkande av Arbetsmarknadsutredningen. . (SOU 2019:3).
56. Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. (SOU 2018:10).
57. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. (SOU 2017:53).
58. God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. (SOU 2018:39).
59. God och nära vård. Vård i samverkan. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. (SOU 2019:29).
60. Stärkt kompetens i vård och omsorg. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska. (SOU 2019:20).
61. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården. (SOU 2017:48).
62. Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2019.

63. Framtidsscenarier för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Socialstyrelsen; 2019.
64. Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen. 2019.
65. Ett nationellt stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning. Socialstyrelsens utveckling av det nationella planeringsstödet (NPS). Socialstyrelsen; 2016.
66. Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Regeringen; 2019.
67. En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. En samslagslagen överenskommelse om goda förutsättningar för vårdens medarbetare och stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till regeringsbeslut 2019-06-19 nr 1:10. Regeringskansliet; 2019.

Bilaga 1. Högskoleutbildningar till hälso- och sjukvårdsyrken och de lärosäten som har examenstillstånd

Examen	Akademisk nivå	Omfattning (hp)	Lärosäten* som har examenstillstånd (juni 2019)
Apotekarexamen	Avancerad nivå	300	GU, LU**, UmU, UU
Arbets terapeutexamen	Grundnivå	180	Gu, KI, LiU, LTU**, LU, HJ, UmU, ORU
Audionomexamen	Grundnivå	180	GU, KI, LU, ORU
Barnmorskeexamen	Avancerad nivå	90	GU, HDa, HB, HiS, KI, LiU, LNU, LU, MiUN**, MdH, Sophiahemmets högskola, UmU, UU, ORU**
Biomedicinsk analytikerexamen	Grundnivå	180	GU, HKr, KaU**, KI, LiU, LNU, LU**, MaU, MiUN, HJ, Umu, UU, ORU
Dietistexamen	Grundnivå	180	GU, UmU**, UU**
Fysioterapeutexamen	Grundnivå	180	GU, KI, LiU, LTU, LU, MdH, UmU, UU
Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen***	Avancerad nivå	60	
Logopedexamen	Avancerad nivå	240	GU, KI, LiU, LU, UmU, UU**
Läkarexamen****	Avancerad nivå	300	GU, KI, LiU, LU, UmU, UU, ORU
Optikerexamen	Grundnivå	180	KI, LNU
Ortopedingenjörsexamen	Grundnivå	180	HJ
Psykologexamen	Avancerad nivå	300	GU, KI, KaU, LiU, LNU, LU, MiUN, SU, UmU, UU, ORU
Psykoterapeutexamen	Avancerad nivå	90	Ericastiftelsen, ESH, GU, Högskolan Evidens, KI, LiU, LU, Skandinavians Akademi för Psykoterapiutveckling, SU, Svenska institutet för kognitiv psykoterapi, UmU, UU
Receptarieexamen	Grundnivå	180	GU, KaU**, LiU**, LNU, LTU**, MaU**, UmU, UU
Röntgensjuksköterskeexamen	Grundnivå	180	GU, HJ, KI, LTU, LU, UmU, UU, ORU
Sjukhusfysikerexamen	Avancerad nivå	300	GU, LU, SU, UmU
Sjuksköterskeexamen	Grundnivå	180	BTH, ESH, GU, HB, HDa, HH, HiG, HiS, HJ, HKr, HV, KaU, KI, LiU, LNU, LTU, LU, MaU, MdH, MiUN, RKH, Sophiahemmets högskola, UmU, UU, ORU
Specialistsjuksköterskeexamen*****	Avancerad nivå	60/75	BTH, ESH, GU, HB, HDa, HH, HiG, HiS, HJ, HKr, HV, KaU, KI, LiU, LNU, LTU, LU, MaU, MdH, MiUN, RKH, Sophiahemmets högskola, UmU, UU, ORU
Tandhygienistexamen*****	Grundnivå	180	GU, HJ, HKr, KI, UmU
Tandläkarexamen	Avancerad nivå	300	GU, KI, MaU, UmU
Tandteknikerexamen	Grundnivå	180	GU, KI, MaU, UmU

* Lärosäten: GU – Göteborgs universitet, BTH – Blekinge tekniska högskola, ESH – Ersta Sköndal Bräcke högskola, HB – Högskolan i Borås, HDa – Högskolan Dalarna, HH – Högskolan i Halmstad, HiG – Högskolan i Gävle, HiS – Högskolan i Skövde, HJ – Stiftelsen Högskolan i Jönköping, HKr – Högskolan i Kristianstad, HV – Högskolan Väst, KaU – Karlstads universitet, KI – Karolinska institutet, LiU – Linköpings universitet, LNU – Linnéuniversitetet, LTU – Luleå tekniska högskola, LU – Lunds universitet, MaU – Malmö universitet, MdH – Mälardalens högskola, MiUN – Mittuniversitetet, RKH – Röda Korsets högskola, SU – Stockholms universitet, UmU – Umeå universitet, UU – Uppsala universitet, ORU – Örebro universitet.

** Lärosätet ger inte utbildningen i nuläget (2019).

*** Ny examen i högskoleförordningen från och med 1 augusti 2018. Inget lärosäte har ännu fått examenstillstånd (juni 2019).

**** Ny examen i högskoleförordningen från och med 1 juli 2019 och tillämpas på utbildningar som startar efter 30 juni 2021. Omfattning 360 högskolepoäng, avancerad nivå.

***** Examen med 11 fasta inriktningar samt en viss annan inriktning. Inriktningen distriktsköterska omfattar 75, övriga 60 högskolepoäng. I sammanställningen ingår de lärosäten som har examenstillstånd men inte vilken eller vilka inriktningar respektive lärosäte ger under 2019.

***** Ny examen i högskoleförordningen från 1 januari 2019. Samtidigt upphör tidigare tandhygienistexamen, 120 högskolepoäng, att gälla. Studenter som antogs innan 1 januari 2019 har under en övergångstid rätt att få den tidigare examen. Lärosäten som har examenstillstånd för den tidigare utbildning är: GU, HDa, HJ, HKr, HiG, HH, KaU, KI, MaU och UmU.

Bilaga 2. Projektorganisation

Styrgrupp

Annika Pontén, avdelningschef, UKÄ
Per Westman, strategi- och planeringsansvarig, UKÄ (från mars 2017 till augusti 2017 och från mars 2018)
Agneta Rolfer, tidigare avdelningschef, UKÄ (till februari 2018)
Carin Callerholm, tf. avdelningschef, UKÄ (till mars 2017)
Natalia Borg, avdelningschef, Socialstyrelsen
Martin Sparr, tidigare enhetschef, Socialstyrelsen (till september 2018)
Eva Wallin, enhetschef, Socialstyrelsen (från september 2018)
Tomas Egeltoft, projektledare, UKÄ, adjungerad
Therese Falén, projektledare, Socialstyrelsen, adjungerad (till februari 2018)
Viktoria Svensson, projektledare, Socialstyrelsen, adjungerad (från mars 2018)

Referensgrupp

Anders Axelsson, kommundirektör, Finspångs kommun
Karin Dahlman-Wright, prorektor, Karolinska institutet
Elisabet Franson, hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Dalarna
Mikael Lekfalk, kommundirektör, Luleå kommun
Johan Lindström, bitr. förvaltningschef, Eskilstuna kommun
Ann-Sofi Lodin, regiondirektör, Västra Götalandsregionen
Jonas Lostelius, utvecklare, Region Västmanland
Katrine Riklund, prorektor, Umeå universitet
Jens Schollin, tidigare rektor, professor, Örebro universitet
Peter Seger, vd, Sophiahemmet, ordförande Vårdföretagarnas Bransch Sjukvård
Ylva Sundkvist, kommunchef, Piteå kommun

Expertgrupp för statistik och prognoser

Ann Christin Ahl Wallgren, utvecklingsstrateg, Finspångs kommun
Olle Ahlberg, analytiker, Arbetsförmedlingen (från september 2018)
Anders Axelsson, analytiker, Region Skåne
Simon Bölling, analytiker, Region Västmanland
Lisa Davidsson, analytiker, SKL, tidigare HR-strateg Region Skåne
Karin Fürstenbach, verksamhetscontroller, Mälardalens högskola
Daniel Gillberg, planeringschef, Uppsala universitet
Oskar Nilsson, analytiker, SCB
Per Ragnarsson, bitr. universitetsdirektör, Umeå universitet
Louise Strandendahl, analytiker, Arbetsförmedlingen (till augusti 2018)
Bodil Umegård, utredare, SKL

Bilaga 3. Dialog med aktörer

Följande externa aktörer har vi fört dialog med i arbetet med uppdraget.

Regioner

Region Blekinge
Region Dalarna
Region Gävleborg
Region Halland
Region Jämtland Härjedalen
Region Jönköpings län
Region Kalmar län
Region Kronoberg
Region Norrbotten
Region Skåne
Region Stockholm
Region Sörmland
Region Uppsala
Region Värmland
Region Västerbotten
Region Västernorrland
Region Västmanland
Region Örebro län
Region Östergötland
Västra Götalandsregionen
Norra sjukvårdsregionförbundet (NRF)
SKL:s nätverk för HR-direktörer
SKL:s nätverk för tandvården
SKL:s beredningsgrupp SKS (styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan)

Lärosäten

Blekinge tekniska högskola
Ersta Sköndal Bräcke högskola
Göteborgs universitet
Högskolan Dalarna
Högskolan Halmstad
Högskolan i Borås
Högskolan i Gävle
Högskolan i Halmstad
Högskolan i Skövde
Högskolan Kristianstad
Högskolan Väst
Karlstads universitet
Karolinska institutet
Kungl. Musikhögskolan i Stockholm
Linköpings universitet
Linnéuniversitetet
Luleå tekniska universitet
Lunds universitet
Malmö universitet
Mittuniversitetet
Mälardalens högskola
Röda Korsets högskola

Skandinavians akademi för psykioterapiutveckling
Skandinaviska kiropraktorhögskolan
Sophiahemmet högskola
Stiftelsen Högskolan i Jönköping
Stockholms universitet
Svenska institutet för kognitiv psykioterapi
Umeå universitet
Uppsala universitet
Örebro universitet

Kommuner

Botkyrka kommun
Finspåns kommun
Göteborgs stad
Heby kommun
Järfälla kommun
Karlskoga kommun
Kävlinge kommun
Köpings kommun
Linköpings kommun
Motala kommun
Norrköpings kommun
Nyköpings kommun
Salems kommun
Sigtuna kommun
Södertälje kommun
Torsby kommun
Upplands Väsby kommun
Uppsala kommun
Örebro Kommun
Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje
Kommundirektörsföreningen
SKL:s nätverk för socialchefer

Professions- och arbetstagarorganisationer

Akademikerförbundet SSR
Dietisternas riksförbund
Fysioterapeuterna
Legitimerade kiropraktors riksorganisation
Naturvetarna
Optikerförbundet
Saco
SRAT - Audionomerna
Svensk förening för röntgensjuksköterskor
Svensk sjuksköterskeförening
Svenska audionomföreningen
Svenska barnmorskeförbundet
Svenska logopedförbundet
Svenska sjukhusfysikerförbundet
Sveriges apoteksförening
Sveriges arbetsterapeuter
Sveriges farmaceuter

Sveriges läkarförbund
Sveriges läkarförbund Student
Sveriges psykologförbund
Sveriges tandhygienistförening
Sveriges tandläkarförbund
Sveriges undersköterske- och specialistundersköterskeförening (SUSF)
Sveriges yngre läkares förening
Tjänstetandläkarna
Vårdförbundet

Myndigheter, andra nationella organ och utredningar

Arbetsförmedlingen
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Myndigheten för yrkeshögskolan
Nationella styrgruppen för ALF
Nationella rådet för läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST-rådet), vid Socialstyrelsen
Nämnden för funktionshindersfrågor, vid Socialstyrelsen
Statistiska centralbyrån
Styr- och resursutredningen
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Sveriges universitets- och högskoleförbund (SUHF), expertgrupp samverkan
Tillväxtverket
Universitets- och högskolerådet
Utredningen Framtidens specialistsjuksköterska
Utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård

Övriga aktörer

Almega
AMC-föreningen
Astma- och allergiförbundet
Cario S:t Görans sjukhus
Consensus - Medicinska fakultetens studentkår Linköping
Folktandvården Dalarna
Förbundet Blödarsjuka
Governor AB
Helseplan Consulting Group AB
Hermods
Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft
Jönköpings Studentkår
Karolinska universitetssjukhuset
Kiropraktiska föreningen i Sverige
Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling
Lernia
Läkemedelsindustriföreningen LIF
Medborgerlig samling
Medicinska föreningen vid Karolinska institutet
Mälardalsrådet
Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård
Psoriasisföreningen i Stockholms Län
Regionalt cancercentrum Region Västerbotten
Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland
Sahlgrenska universitetssjukhuset

Skånes Universitetssjukvård
Sophiahemmet AB
Studieförbundet Näringsliv och Samhälle
Swedish Medtech
Swelife
Svensk förening för akutsjukvård
Svensk samhällsodontologisk förening (SSOF)
Sveriges hälso- och sjukvårdsstudenter
Synskadades riksförbund
Södersjukhuset
Tandvårdsskedeförbundet
Vårdföretagarna

Bilaga 4. Genomförda delarbeten

De här delarbetena och årsrapporterna har publicerats på den gemensamma webbplatsen Framtidens vårdkompetens: www.framtidensvardkompetens.se/rapporter:

- Pilotstudie om prognoser (augusti 2019)
- Statistikbaserad flödesbeskrivning för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och tandhygienister (maj 2019)
- Fördjupad kartläggning av forum för samverkan på sjukvårds-regional nivå (mars 2019)
- Diskussionsunderlag/förslag om samverkansarenor på nationell och regional nivå för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården (oktober 2018)
- Bakgrundsbeskrivning av samverkansarenor på nationell och regional nivå för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården (oktober 2018)
- Kartläggning av specialistsjuksköterskor och barnmorskor – fördjupade analyser per inriktning och län (september 2018)
- Statistikbaserad flödesbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor (december 2017).

Årliga rapporter:

- Årsrapport 2018 (februari 2019)
- Årsrapport 2017 (februari 2018)
- Årsrapport 2016 (februari 2017).

Det finns även delarbeten som inte har publicerats:

- Kartläggning av samverkansarenor (maj 2017)
- Kartläggning av statistik och prognoser (maj 2017 och mars 2019).

Bilaga 5. Aktörer som lämnat synpunkter på preliminärt förslag på samverkansarenor

Här redovisar vi vilka aktörer som har lämnat synpunkter på den första versionen av förslaget på samverkansarenor på nationell och regional nivå som publicerades i oktober 2018. Synpunkterna har lämnats i samband med tre nationella dialogmöten i november 2018 och i form av skriftliga synpunkter. Synpunkterna har publicerats på webbplatsen Framtidens vårdkompetens (<https://www.framtidensvardkompetens.se/synpunkter/>).

Synpunkter från aktörer som deltog vid dialogmöten november 2018

Aktörer som deltog vid de tre dialogmötena kunde lämna synpunkter på flera sätt, dels via så kallad mentometer, dels muntligen. Totalt 122 personer från följande aktörer deltog vid de tre dialogmötena:

- 17 av 21 regioner
- 18 av 26 lärosäten
- 3 kommuner
- Intresseorganisationer och arbetsmarknadsaktörer: SKL, Arbetsförmedlingen
- 12 professions- och arbetstagarorganisationer, 6 patientorganisationer, 2 studentorganisationer
- Regeringskansliet: Socialdepartementet och Utredningen om en samordnad utveckling för en god och nära vård
- Övriga aktörer: Swelife, Läkemedelsindustriföretagen och Sophiahemmet.

Aktörer som lämnat skriftliga synpunkter

Följande aktörer har skickat in skriftliga synpunkter på förslaget:

- Naturvetarna
- Concensus – Medicinska fakultetens studentkår vid Linköpings universitet
- Region Västmanland
- SKL
- Svensk sjuksköterskeförening
- Sveriges läkarförbund
- Saco och Saco hälso- och sjukvård.

Bilaga 6. Exempel på befintlig statistik, befintliga prognoser och andra kunskapsunderlag

UKÄ

Beskrivande statistik: tabeller, rapporter och databaser

Produktnamn	Beskrivning	Produkttyp	Publicering	Notering
Högskolan i siffror	UKÄ:s statistikdatabas med uppgifter om bland annat nybörjare, examinerade, personal i högskolan och ekonomi.	Databas	Minst en gång per år	
Sökande och antagna till högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå	Uppgifter om sökande och antagna till högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå med fokus på senaste höstterminen.	Statistiskt meddelande	Varje år, november	Officiell statistik (UF 46 SM)
Sökande och antagna	Uppgifter om sökande och antagna till högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå. Olika skärningar, t.ex. SUN-inriktning och lärosäte. Ibland längre tidsserier (10 höstterminer), ibland bara senaste höstterminen.	Tabeller	Varje år, oktober	Officiell statistik
Studenter och examinerade på grundnivå och avancerad nivå	Uppgifter om studenter och examinerade på grundnivå och avancerad nivå med fokus på senaste läsåret.	Statistiskt meddelande	Varje år, april	Officiell statistik (UF 20 SM)
Nybörjare och examinerade	Uppgifter om nybörjare och examinerade på grundnivå och avancerad nivå. Olika skärningar, t.ex. SUN-inriktning och yrkesexamensprogram. Uppgifter från läsåret 1993/94 och framåt.	Tabeller	Varje år, oktober/november	Officiell statistik
Genomströmning på grundnivå och avancerad nivå	Uppgifter om genomströmning, t.ex. kvarvaro och examensfrekvens. Nybörjarna följs upp efter ett antal år eller terminer.	Statistiskt meddelande	Varannat år, december	Officiell statistik (UF 20 SM)
Andel examinerade per yrkesexamensprogram	Andel examinerade av nybörjarna vid olika yrkesexamensprogram.	Tabeller	Varje år, maj	Officiell statistik
Doktorander och examina på forskarnivå	Uppgifter om doktorander och examina på forskarnivå. Fokus på det senaste kalenderåret.	Statistiskt meddelande	Varje år, juni	Officiell statistik (UF 21 SM)
Doktorander, doktorsexamina och licentiatexamen	Uppgifter om bland annat antal examina fördelade efter t.ex. forskningsämnesområde och kön. Från och med 1973 och framåt.	Tabeller	Varje år, februari	Officiell statistik
Inriktningar inom ingenjör- och lärarutbildningar samt inom utbildningar till specialistsjuksköterska	Uppgifter om antal nybörjare per inriktning och lärosäte för bland annat program mot specialistsjuksköterskeexamen.	Tabeller	Varje år	Regeringsuppdrag, återkommande uppföljning

Analyser och rapporter

Produktnamn	Beskrivning	Produkttyp	Publicering	Notering
Årsrapport för universitet och högskolor	UKÄ:s årsrapport sammanfattar universitetens och högskolornas verksamhet med fokus på det senaste året. Årsrapporten tar också upp långsiktiga trender och tendenser.	Rapport	Varje år, juni	Regeringsuppdrag, återkommande uppföljning
Högskolenybörjare	Belyser nybörjare i högskolan ur olika perspektiv.	Statistisk analys	Varje år	
Regional rekrytering	Belyser rekryteringen till högskolan från olika kommuner och län.	Statistisk analys	Varje år	

fortsättning: Analyser och rapporter

Produktnamn	Beskrivning	Produkttyp	Publicering	Notering
Examinerade	Belyser antal examina och examinerade, t.ex. per yrkesexamen.	Statistisk analys	Varje år	
Etablering efter examen grundnivå och avancerad nivå	Belyser etablering efter examen på grundnivå eller avancerad nivå.	Rapport	2019 (senaste publicering)	Regeringsuppdrag, återkommande uppföljning
Etablering efter forskarutbildning	Belyser etablering efter avslutad forskarutbildning.	Rapport	2018 (senaste publicering)	Regeringsuppdrag, återkommande uppföljning
Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden	Planeringsunderlag för lärosäten, utgår ifrån det prognostiserade behovet enligt SCB:s Trender och Prognoser.	Rapport	2015 (senaste publiceringen)	Regeringsuppdrag, återkommande uppföljning
Samverkan om dimensionering av utbildning. En kartläggning – rapportering av ett regeringsuppdrag	En kartläggning av hur lärosätena samverkar med externa parter i frågor om dimensionering av utbildning.	Rapport	2018	Regeringsuppdrag
Dimensionering av högre utbildning	En kartläggning av hur lärosätena arbetar med dimensionering utifrån studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov, samt vilka underlag som används i detta arbete.	Rapport	2015	Regeringsuppdrag
Tidiga avhopp från högskolan. Analyser av genomströmning på de tio största yrkes-examensprogrammen	Analyser av tidiga avhopp och kvarvaro på utbildningar. De tio största yrkes-examensprogrammen ingår, däribland program som leder till sjuksköterskeexamen och läkarexamen.	Rapport	2017	Egeninitierad

Socialstyrelsen

Beskrivande statistik: tabeller, rapporter och databaser

Produktnamn	Beskrivning	Produkttyp	Publicering	Notering
Nationella planeringsstödet (NPS)	Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården. Nationell nivå, samt nedbrutet per län och åldersgrupper. Fr.o.m. 2019 inkluderas alla legitimerade yrken.	Rapport	Varje år, februari	Regeringsuppdrag
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och arbetsmarknadsstatus	Uppgifter om utfärdade legitimationer och sysselsatt legitimerad personal inom hälso- och sjukvården.	Tabeller	Varje år	Officiell statistik
Sysselsatt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	Sysselsatt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom och utanför hälso- och sjukvården/tandvården under november månad det aktuella året. Både privat och offentligt driven verksamhet ingår.	Statistikdatabas	Varje år	

Analyser och rapporter

Bättre resursutnyttjande och goda förutsättningar för vårdens medarbetare sjukvården. Uppföljning av överenskommelserna.	Uppföljning av överenskommelsen om bättre resursutnyttjande, samt överenskommelsen om goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Beskriver bl.a. regionernas arbete med insatser för planering av långsiktig kompetensförsörjning och inkluderar statistik över antal sjuksköterskor som beviljats studielön eller utbildningsanställning för specialistutbildning.	Rapport	2017, 2018, 2019	Regeringsuppdrag
--	--	---------	------------------	------------------

fortsättning: **Analys och rapporter**

Produktnamn	Beskrivning	Produkttyp	Publicering	Notering
Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård	Årlig lägesrapport för hälso- och sjukvården och tandvården. Inkluderar statistik för tillgång på personal (samma uppgifter som i NPS).	Rapport	Varje år, mars	Regeringsuppdrag
Öppna jämförelser <i>God vård</i>	Innehåller bland annat uppgifter om sjukfrånvaro bland landstingsanställda.	Rapport och webbaserad visualisering	Varje år	ÖJ-indikatorer
Kapaciteten i sjukvården	Analys av hälso- och sjukvårdens kapacitet i olika situationer och vid olika störningar. Sjukvårdens kapacitet relateras till förmågan att producera vård under varierande omständigheter (resiliens).	Rapport	2018	Regeringsuppdrag
Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen	Uppföljning av satsning på stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen 2015–2018. Inkluderar statistik över antalet tjänster inom olika yrken som satsningen finansierat.	Rapport	2016, 2017, 2018, 2019	Regeringsuppdrag
Utvärdering av universitetssjukvård – strukturer och processer	Utvärdering av universitetssjukvården i förhållande till ALF-avtalet mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF-avtalet). Inkluderar statistik om bl.a. medarbetarstruktur, antal doktorander, post-docs och forskare i varje region med universitetssjukvård.	Rapport	2018	Regeringsuppdrag
Kompetensförsörjning och patientsäkerhet	Kartläggning och analys av hur brister i kompetensförsörjning och bemanning kan påverka risken för vårdskador i hälso- och sjukvården. Fokus på akutsjukvård och förlösningssvård och yrkeskategorierna läkare, sjuksköterska och barnmorska.	Rapport	2018	Regeringsuppdrag

Övriga aktörer

Statistik

Produktnamn	Beskrivning	Produkttyp	Publicering	Aktör
Yrkesregistret	Statistik över hur många som arbetar inom olika yrken. Indelat efter standard för svensk yrkesklassificering (SSYK). Möjligt att kombinera med olika typer av variabler som utbildning, arbetsställets sektorstillhörighet, kön, födelseregion etc.	Databas	Varje år, mars	SCB
Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS)	Statistiken över sysselsättning, pendling, personal- och näringsstruktur. Den visar också händelser och flöden på arbetsmarknaden. Statistiken är totalräknad och kan brytas ner på låg regional nivå eller utifrån de anställdas egenskaper, till exempel kön, utbildning och ålder. Däremot inte möjligt att dela upp per yrkesgrupp.	Databas	Varje år, november/ december	SCB
Arbetskraftsundersökningar (AKU)	Statistiken beskriver utvecklingen på arbetsmarknaden för Sveriges befolkning i åldern 15–74 år. AKU visar bland annat antal och andel sysselsatta respektive arbetslösa per månad, kvartal och år. Det är den enda källan med kontinuerliga uppgifter om den totala arbetslösheten och står för det officiella arbetslöshetstalet.	Databas	Varje månad	SCB

fortsättning: **Statistik**

Produktnamn	Beskrivning	Produkttyp	Publicering	Aktör
Regionala matchningsindikatorer	Regionala matchningsindikatorer som visar efterfrågan, utbud, matchning och regionala förutsättningar.	Databas	Varje kvartal	SCB
Anställda regioner och kommuner	Uppgifter finns för ett urval yrken. Det senaste året finns tillgänglig på SKL:s webbplats, längre tidsserier behöver beställas.	Statistik		SKL
Bemanningstrend inhyrd personal i hälso- och sjukvården	Regionernas kostnader för inhyrd personal. Totala kostnader samt kostnader för primärvård, psykiatri och somatisk sjukhusvård. Per region, över tid och som andel av de totala personalkostnaderna.	Rapport	Varje kvartal	SKL
Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden.	Uppgifter om rekryteringsbehov för regioner och kommuner för välfärdsområdet. Beräkningar bl.a. av effekter på rekryteringsbehoven av "fler arbetar mer", "förläng arbetslivet" och "utnyttja tekniken".	Rapport	2018	SKL
Ekonomirapporten	Uppgifter om regionernas och kommunernas ekonomi. Analyser som berör kompetensförsörjningen ingår oftast.	Rapport	2 ggr/år	SKL
Kolada	Statistik om anställda vid regioner och kommuner. Uppgifter finns för ett urval yrken.	Databas		RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser)
Bristyrken i offentlig verksamhet – var arbetar de utbildade?	Kartläggning av var yrkesgrupperna sjuksköterskor, lärare, poliser och förskollärare befinner sig på arbetsmarknaden, och om de arbetar med det de är utbildade till eller inte.	Rapport	2018	IFAU
Regionala matchningsindikatorer – fördjupad analys	Indikatorer som speglar tillgång och efterfrågan på utbildad arbetskraft samt matchning på regional nivå. Framtagning av statistik och indikatorer har skett i samarbete med SCB.	Rapport	2018	Reglab/ Tillväxtverket
OECD Health Statistics	Komparativ statistik om hälsa och hälso- och sjukvårdssystem i OECD-länderna. Exempelvis läkartäthet i de olika länderna.	Databas	Varje år	OECD

Prognoser

Produktnamn	Beskrivning	Produkttyp	Publicering	Aktör
Arbetskraftsbarometern	Arbetsmarknadsläget och utsikterna på ett respektive tre års sikt för cirka 70 utbildningsgrupper.	Rapport	Varje år, december	SCB
Trender och Prognoser	Prognos på tillgång och efterfrågan på utbildningsgrupper på ca 18 års sikt. Prognoser för olika utbildningsgrupper. Även statistik på tillgång på arbetskraft och förvärsarbetande fram till prognosens startår ingår.	Rapport	Vart tredje år	SCB
Yrkeskompassen	Belyser hur arbetsmarknaden ser ut för ett stort antal yrken på nationell nivå på ett och fem års sikt samt på regional nivå på ett års sikt. Även prognoser på regional nivå (inkl. kommunnivå) finns.	Webbaserat verktyg	Varje år	Arbetsförmedlingen

fortsättning: **Prognoser**

Produktnamn	Beskrivning	Produkttyp	Publicering	Aktör
Var finns jobben	Yrkesprognoser på nationell nivå på ett och fem års sikt.	Rapport	Varje år	Arbetsförmedlingen
Arbetsmarknaden i Skåne – sjuksköterskorna. Tillgång och efterfrågan på kort och lång sikt	Beskrivning av tillgången perioden 2008–2012 och en prognos över efterfrågan med slutår 2025.	Rapport	2015	Region Skåne
Skåne 2025	Långsiktig prognos för ett antal utbildningsgrupper, inkl. 13 högskolegrupper inom hälso- och sjukvården, i Skåne-regionen. Slutår 2025.	Rapport	2016	Region Skåne
Östra mellansverige 2025	Långsiktig prognos för ett antal utbildningsgrupper, inkl. 13 högskolegrupper inom hälso- och sjukvården, i östra Mellansverige. Slutår 2025.	Rapport	2016	Regionerna Västmanland, Sörmland, Örebro och Östergötland tillsammans.
Utbildnings- och arbetsmarknadsprognos för Västra Götaland med sikte på 2025	Långsiktig prognos för ett antal utbildningsgrupper, inkl. 13 högskolegrupper inom hälso- och sjukvården, i Västra Götaland. Slutår 2025.	Rapport	2016	Västra Götalandsregionen
En bättre matchning – storregional systembild	Kunskapsunderlag om högskoleutbildning i sju län: Stockholm, Uppsala, Gävleborg, Västmanland, Örebro, Östergötland och Sörmland. Lärosätenas utbildningsplanering jämfört med den regionala arbetsmarknadens behov av högskoleutbildade i Stockholm-Mälardalsregionen. Fokus på lärare, sjuksköterskor och civilingenjörer.	Rapport	2018	Mälardalsrådet

Bilaga 7. Beräkningsgrunder kostnadsskattningar

Här redovisar vi vilka grunder och underlag för beräkningarna som vi har använt för att uppskatta kostnaderna för förslagen om nationell samverkan inklusive digitala kanaler samt förslagen på utvecklad statistik och prognoser. Kostnaderna uppskattas per aktör.

Beräkningsgrunder och kostnads- skattning för nationell samverkan

Beräkningsgrunder för det nationella rådet

- möten 4 gånger varje år
- rådets ledamöter (exklusive dem från Socialstyrelsen och UKÄ):
3 dagar per möte
- rådets ordförande: 10 extra dagar
- resor för rådets ledamöter
- tariff för ersättning till rådets ledamöter enligt regeringens ersättning för uppdrag i statliga råd och en bedömning av att det nationella råd som föreslås skulle tillhöra kategori C²⁰ (1 500 kr/dag).

Beräkningsgrunder för rådkansliet

Resursbehov uttrycks i årsarbetskrafter.

- Personella resursbehov:
 - kanslichef 100 %
 - utredare 200 %
 - kommunikation och administration 100 %
- Kostnader för resursbehoven beräknas enligt Socialstyrelsens beräkningsmodell²¹
- Extra uppstartkostnader första året för etableringen av processer och arbetssätt för rådet och dess kansli, stöd för etableringen av de sjukvårdsregionala råden inklusive organisering av en startkonferens
- Resor och övriga årliga omkostnader.

Beräkningsgrunder för digitala kanaler

Kostnaderna inkluderar tekniska utvecklings- och förvaltningskostnader för en webbportal samt utveckling av andra digitala kommunikationskanaler som nyhetsbrev, LinkedIn-grupp. Personella resurser för beställning, upphandling och utveckling av innehåll inkluderas under kostnader för rådkansliet. Kostnadsskattningarna omfattar:

²⁰ Indelning i kategori av statliga styrelser, nämnder och råd m.m.

Förordningen (1992:1299) om ersättning för uppdrag i statliga styrelser, nämnder och råd m.m. Regeringsbeslut om indelning av statliga styrelser, nämnder och råd m.m. i kategorierna A–E, Fi2018/03869/ESA.

Kategori C: 1 500 kr/dag. I den här kategorin ligger bl.a. Nämnden för nationell högspecialiserad vård.

²¹ I Socialstyrelsens beräkningsmodell fördelas kostnaden som direkt lön och lönebidkostnad och sedan görs pålägg för central overhead och verksamhetsnära indirekta kostnader på avdelnings- och enhetsnivå. Lönebidkostnaden utgörs av arbetsgivaravgift (cirka 31 procent) och pensionspremier (cirka 23 procent), vilket är myndighetens genomsnittliga pensionskostnad. Beräkningarna är baserade på tre olika lönekategorier, där lönespann som är representativa för respektive kompetenskategori hos Socialstyrelsen har använts.

- initial utvecklingskostnad för en webbplats för det nationella rådet (under en uppstartsfas kan den befintliga webbplatsen Framtidens vårdkompetens användas)
- initiala utvecklingskostnader för att tillgängliggöra sammanställningar av kunskapsunderlag
- initial utvecklingskostnad av grafisk profil, dokumentmallar etc. för det nationella rådet
- löpande utvecklingskostnader.

Kostnadsskattning för nationell samverkan – Socialstyrelsen

- nationella rådet, varje år: 330 000 kr
- rådskansliet (4 årsarbetskrafter), varje år: 6 950 000 kr
- resor och andra omkostnader, varje år: 100 000 kr
- extra uppstartkostnader inklusive kostnad för startkonferens: 700 000 kr
- digitala kanaler²²
 - Initial utvecklingskostnad: 2 000 000 kr
 - Löpande utvecklingskostnader, årligen: 100 000 kr.

Totala kostnader år 1 (2020): 9 650 00 kr, inklusive 2 700 000 kr i uppstartkostnader.
Totala kostnader varje år för nationell samverkan år 2–4 (2021–2023): 7 150 000 kr.

Beräkningsgrunder och kostnadsskattningar för statistik och prognoser

De förslag som vi uppskattar kostnaderna för omfattar:

- samordning och tillgängliggörande av relevant och aktuell statistik, prognoser och rapporter
- produktion vart tredje år av statistikbaserade flödesbeskrivningar
- produktion vart tredje år av långsiktiga nationella och regionala prognoser över tillgång och efterfrågan på personal
- sammanställningar av kortsiktiga prognoser över utbildningsutbud, utbildningsvolym och examensfrekvenser varje år.

Samordning och tillgängliggörande av kunskapsunderlag – det nationella rådet och rådskansliet (Socialstyrelsen)

Beräkningsgrunder

Vi uppskattar att kostnaderna omfattar:

- samordning och tillgängliggörande av befintliga underlag: 25 procent av en årsarbetskraft
- beställningar till och dialog med statistikproducenter: 25 procent av en årsarbetskraft
- del av utvecklingskostnaderna för digitala kanaler, enligt ovan.

Kostnadsskattning

Dessa kostnader är inkluderade ovan i *Kostnadsuppskattning för nationell samverkan*.

²² Baserat på kostnader för motsvarande utvecklingsprojekt, bl.a. Kunskapsguiden (Socialstyrelsen) och Högscolekollen (UKÄ).

Statistikbaserade flödesbeskrivningar – UKÄ och Socialstyrelsen

UKÄ och Socialstyrelsen tar fram statistikbaserade flödesbeskrivningar vart tredje år för tio prioriterade utbildnings-/yrkesgrupper utifrån grupper med störst bristindex, på det nationella rådets beställning.

Beräkningsgrunder

- Kostnaderna gäller för de två myndigheterna tillsammans och för de år när flödena tas fram, vart tredje kalenderår.
- Datakostnad (databeställning till SCB): 10 000 kr per utbildningsgrupp, totalt 100 000 kr.
- Skattning av arbete enligt den manuella process som använts vid pilotprojekten, omfattande databeställning, datakvalitetskontroll, bearbetning och presentation av resultat: 100 procent av en årsarbetskraft (för samtliga 10 grupper). En bedömning är att resursbehovet för den manuella arbetsprocessen kan halveras genom automatisering och effektivare dataleveranser.
- Kostnader för arbete vid myndigheterna baseras enligt Socialstyrelsens beräkningsmodell²³.

Kostnadsskattning

- utveckling av automatiserade bearbetningsprocesser och resultatmallar: 3 personmånader, engångskostnad 390 000 kr
- vart tredje år: totalt 880 000 kr, varav:
 - databeställning, datakvalitetskontroll, bearbetning och presentation av resultat: 50 procent av en årsarbetskraft (för samtliga 10 grupper); 780 000 kr
 - datakostnader: 100 000 kr.

Långsiktiga prognoser – SCB

SCB tar fram långsiktiga nationella och sjukvårdsregionala prognoser för samtliga högskoleyrken och legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Produktionen sker vart tredje år i samma cykel som SCB:s ordinarie *Trender och prognoser* (kommande publiceringar hösten 2020, hösten 2023).

Beräkningsgrunder

Prognosprocessen innehåller efterfrågeberäkningar, tillgångsberäkningar, alternativa antaganden, resultatvärdering och granskning samt resultatredovisning. Uppgiften att förbättra skattning och illustration av utgångsläget kostnadskattas inte, eftersom SCB redan har ett regeringsuppdrag som omfattar detta²⁴.

Den pilotstudie som har genomförts i uppdraget innebär att utvecklingen av långsiktiga prognoser är förberedd till viss del:

- Pilotstudien har omfattat utveckling av prognoser för fyra yrkesgrupper, men prognosmodellens produktionsstruktur är förberedd för alla yrkesgrupper.
- Pilotstudien har omfattat utveckling av prognoser för två sjukvårdsregioner. Det tillkommer arbete för att utveckla sex regionala prognoser och prognosredovisningar.
- Det krävs tillgång till regionala befolkningsprognoser.

²³ I Socialstyrelsens beräkningsmodell fördelas kostnaden som direkt lön och lönebikostnad och sedan görs pålägg för central overhead och verksamhetsnära indirekta kostnader på avdelnings- och enhetsnivå. Lönebikostnaden utgörs av arbetsgivaravgift (cirka 31 procent) och pensionspremier (cirka 23 procent), vilket är myndighetens genomsnittliga pensionskostnad. Lönespann som är representativt för relevant kompetenskategori hos Socialstyrelsen har använts.

²⁴ SCB fick i sitt regleringsbrev för budgetåret 2018 i uppdrag att göra en förstudie om olika möjligheter att identifiera utgångsläget för prognoser.

Kostnadsskattning

Vart tredje år: 1,5 miljoner kronor första gången och 1,2 miljoner kronor för efterföljande prognoser. Underlag för den här skattningen är kostnaderna för den genomförda pilotprognosen och SCB:s bedömning av kostnaderna för en fullskalig prognos enligt förslaget.

Kortsiktiga prognoser – UKÄ

Varje år samlar UKÄ in och sammanställer kortsiktiga prognoser från lärosätena över utbildningsutbud, utbildningsvolymmer samt uppskattning av framtida examensfrekvenser.

Beräkningsgrund

- Kostnaderna för resursbehovet beräknas enligt Socialstyrelsens beräkningsmodell²⁵.

Kostnadsskattning

0,5 procent av en årsarbetskraft; 70 000 kr.

²⁵ I Socialstyrelsens beräkningsmodell fördelas kostnaden som direkt lön och lönebikostnad och sedan görs pålägg för central overhead och verksamhetsnära indirekta kostnader på avdelnings- och enhetsnivå. Lönebikostnaden utgörs av arbetsgivaravgift (cirka 31 procent) och pensionspremier (cirka 23 procent), vilket är myndighetens genomsnittliga pensionskostnad. Lönespann som är representativt för relevant kompetenskategori hos Socialstyrelsen har använts.

FRAMTIDENS VÅRDKOMPETENS

SAMVERKAN KRING KOMPETENSFÖRSÖRJNING
I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN