



2024-11-20

Nationella vårdkompetensrådet  
[info@nationellavardkompetensradet.se](mailto:info@nationellavardkompetensradet.se)  
[registratorUHS@socialstyrelsen.se](mailto:registratorUHS@socialstyrelsen.se)  
Diarienummer 4.3-10609/2023

## **Remissvar: Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning**

---

Svenska Läkaresällskapet är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation; en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Svenska Läkaresällskapet (SLS) har fått möjlighet att lämna synpunkter på de 25 förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning som Nationella vårdkompetensrådet föreslår i den nationella planen (s. 257–349). Inför beredningen av SLS svar har remissvar kommit in från SLS medlemsföreningar: *Föreningen för arbets- och miljömedicin, Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi, Svensk Barnkirurgisk Förening, Svensk förening för allmänmedicin, Svensk förening för Anestesi och intensivvård, Svensk Förening för Diabetologi, Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa, Svensk Internmedicinsk Förening, Svensk Kirurgisk Förening, Svensk medicinsk audiologisk förening, Svensk Ortopedisk Förening, Svensk Plastikkirurgisk Förening* samt *SLS sektion för lungmedicin*. Svar har också kommit från *Läkaresällskapet i Lund* och SLS associerade förening *Svensk förening för glesbygdsmedicin* samt ett gemensamt svar från *SLS eHälsokommitté och Svensk förening för medicinsk informatik*. Då svaren innehåller värdefulla synpunkter bifogas dessa i sin helhet (bilagor).

## **Allmänt om rapporten**

**SLS är i huvudsak positivt** till Nationella vårdkompetensrådets rapport. SLS konstaterar att förslagen är på en generell och övergripande nivå, och att man räknat på "läkare". Det saknas bedömningar av kompetensförsörjningen av olika läkarspecialiteter, vilket flera av våra föreningar efterfrågar (se bilagor). Det är viktigt att specialiteternas olika utmaningar och behov beaktas i den fortsatta planeringen av kompetensförsörjningen. Tidshorisonten, 2025 – 2028, är mycket kort ur ett läkarkompetensförsörjningsperspektiv.

SLS saknar resonemang om samverkan mellan offentliga och privata vårdgivare om utbildning och kompetensförsörjning. SLS har nyligen på flera SLS föreningars initiativ bildat en arbetsgrupp bestående av ett antal specialiteter om denna fråga och vill gärna ha en dialog med Nationella vårdkompetensrådet. Se närmare enskilda remissvar från medlemsföreningarna som bifogas detta remissvar.

I det följande kommenteras de insatser som är särskilt viktiga för SLS på en övergripande nivå. Flera av SLS föreningar har kommenterat många fler insatser, inte minst de viktiga arbetsmiljöaspekterna, och vi vill hänvisa till dessa yttranden för viktiga specialitetsspecifika synpunkter på de olika insatserna ([bilagor](#)).

**SLS ser behov av och vill gärna delta i en fördjupad** professionell diskussion om läkares specialisering och om hur fördelningen av kompetens skall vara mellan primärvård och specialiserad vård liksom mellan generalister och övriga specialister och vad denna fördelning kan innebära för att möta den åldrande, och allt mer ojämlikt sjukdomsbelastade, befolkningens multisjuklighet.

## 5.2 Hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning

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

**SLS delar uppfattning** om att kommuner bör säkerställa att medicinsk kompetens finns på alla ledningsnivåer inom den kommunala hälso- och sjukvården.

I SLS remissvar på ”Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)”, argumenterar SLS för att läkares kompetens bör ha en plats i det kommunala strategiska ledningsarbetet avseende den verksamhet som kommunen driver enligt hälso- och sjukvårdslagen. I utredningen SOU 2022:41, förslags även att regioner, på huvudmannanivå, ska ha en särskild utsedd läkare med ansvar för samverkan mellan den kommunala primärvården och den regionala hälso- och sjukvården med primärvården som bas. SLS tillstyrkte detta och ansåg att det ska vara en läkare med lämplig specialistkompetens som har denna roll.

*Svensk förening för allmänmedicin*, lyfter i sitt svar till NVKR att de är positiva till att frågan om läkarkompetens i kommuners strategiska primärvårdsledningsarbete adresseras, och att de samtidigt är skeptiska till att kommuner anställer läkare vid rådande brist på specialister i allmänmedicin. **SLS anser** liksom SFAM, att det är viktigt att beakta att specialistkompetenta läkare är en ändlig resurs. Även en vällovlig ambitionshöjning kan, genom rekrytering från regional primärvård till kommunal primärvård, riskera att leda till en än mer ojämlig kompetensfördelning som allt mindre matchar befolkningens behov av nära, personcentrerad och sammanhållen vård. **SLS anser** att åtgärder för att stärka tillgången till läkarkompetens på ledningsnivå i kommunal primärvård inte får gå ut över tillgången till fast läkare för patienter i kommunal primärvård på klinisk nivå.

**SLS betonar** det stora värde specialistläkarkompetens i ledningsgrupper för hälso- och sjukvård på regionledning och förvaltningsledningsnivå kan tillföra, (se bl.a. *Svensk Kirurgisk förening*), och **anser** att det bör förtydligas att dedikerad specialistläkarkompetens behövs vid samordning av, och samverkan med kommunal primärvård. **SLS anser** att läkare med denna typ av uppdrag ska ha specialistkompetens och fördjupad kunskap om prioriteringar för jämlik vård. Detta är viktigt inte minst ur ett glesbygdsmedicinskt perspektiv (se *Svensk glesbygdsmedicinsk förening*).

*Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa*, lyfter i sitt svar att specialister i socialmedicin och folkhälsa har lämplig kompetens att verka i gränslandet mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård och kan med sin medicinska grundutbildning och fördjupade kunskap om sjukdomsburda och vårdbehov på befolkningsnivå bidra till det strategiska ledningsarbetet.

### 5.2.2 Verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter behöver ha vetenskaplig kunskap och kompetens

**SLS anser** att verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter bör ha vetenskaplig kunskap och kompetens. Regioner bör säkerställa att verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter är vetenskapligt meriterade. En verksamhet bör ledas av en person med formell kompetens och erfarenhet inom grunduppdraget, som förstår arbetets innehåll och hur det är organiserat. **På universitetssjukvårdsenheter behövs därför både kompetens för vård och vetenskap.**

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

**SLS stöder** förslaget där ett rimligt antal medarbetare ger bättre förutsättningar för ett gott ledarskap. Verksamhetens- och uppdragets natur bör definiera antalet i kombination med den tilltänkte chefens erfarenhetsgrad av ledarskap.

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

**SLS tillstyrker** förslaget om att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård. Vi vill dock lyfta att några föreningar lyfter fram vikten av koppling till vad verksamheterna behöver, chefsnivå och att regionala/lokala skillnader bör belysas på lokal eller regional nivå samt att ett nationellt program inte löser alla utmaningar (Se bl a *Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård*, *Svensk Ortopedisk Förening*, *SLS sektion för lungmedicin*, *Svensk Förening för Allmänmedicin*). Vid utformandet av ett ledarskapsprogram behöver kostnad liksom beräknad tidsåtgång vägas mot potentiell nytta och chefers individuella behov och organisatoriska förutsättningar.

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

**SLS kan inte bedöma** om rådets förslag om certifiering av ledningssystem skulle medföra de positiva effekter som rådet beskriver: "Krav på att ledningssystemet ska vara certifierat synliggör vårdgivares personalförsörjning samt planer för personalens kompetensutveckling. Det certifierade ledningssystemet fyller med andra ord det tomrum som upphävandet av Socialstyrelsens föreskrifter (2005:12) lämnat efter sig." och SLS vill lyfta att det bör övervägas noggrant så att det inte skapar kostnader och ökad tröghet i det vardagliga kliniska arbetet. Att risken för oönskade effekter av ett standardiserat ledningssystem ökar, desto större behovet är av lokal anpassning, lyfts av *Svensk förening för glesbygdsmedicin*.

**SLS anser** att det behövs ett ordnat system för läkares fortbildning. Ett sådant system ska utformas och ägas av professionen, vara transparent och bygga på regelbunden dokumentation och uppföljning. SLS har tagit fram en [fortbildningsmodell](#) som bygger på individuella fortbildningsplaner, dokumentation enligt portföljmetoden och årlig uppföljning av den individuella fortbildningsplanen.

SLS har också utrett regleringsfrågan och landat i att regeringen borde ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2009:11) kan förtydligas när det gäller vårdgivarnas ansvar för läkares fortbildning. Vår utredning gjordes före den statliga utredningen tillsattes.

SLS har också varit tydliga med att den enskilde läkaren har ett ansvar för sin fortbildning, men det är arbetsgivaren och chefer på olika ledningsnivåer som gör den möjlig genom att ställa resurser till förfogande. Ansvaret för att personalen har adekvat kompetens ligger hos vårdgivaren. Se vidare nedan under 5.3.4 och 5.3.5!

## 5.3 Personal inom hälso- och sjukvården

### 5.3.2 Stöd till prioritering av rätt arbetsuppgifter

**SLS tillstyrker förslaget** att kommuner och regioner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetare till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens.

Prioriteringar i vården ska ske i enlighet med HSL:s portalparagraf och riksdagens prioriteringsriktlinjer. För att i verkligheten kunna bedöma vad som ska prioriteras krävs hög kompetens både vad gäller sakkunskap som förmåga att ta ansvar för de reaktioner som prioriteringen ger upphov till, när en individs eller grupps förväntningar ej kan infrias. Detta gäller på individnivå i det kliniska mötet med patienten, där den legitimerade medarbetaren ska agera utifrån evidens och beprövad erfarenhet för att långsiktigt verka för att bota sjukdom och främja hälsa. Det gäller även på befolkningsnivå där politiker och tjänstemän ska prioritera utifrån sakliga, väl underbyggda underlag och i enlighet med överenskomna riktlinjer baserade på etiska principer.

För att hantera stora som små prioriteringar och styra utvecklingen mot en människovänlig och jämlik vård krävs hög kompetens och väl utvecklat individuellt kliniskt liksom övergripande kollektivt omdöme. **SLS anser** korrekta prioriteringar kräver att varje medarbetare och beslutsfattare utvecklar god omdömesförmåga inklusive medvetenhet kring reglering av egna individuella bevekelsegrunder i prioriteringssituationer. Kloka kliniska val liksom kunskapsstyrningens stöd för att undvika över/underdiagnostik och behandling är aktuella exempel på systematiska ramverk som ger en tydligare gemensam riktning för hantering av prioriteringar, där tydligare och transparenta övergripande prioriteringar underlättar för korrekta prioriteringar i varje kliniskt möte.

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

**SLS instämmer i förslaget** att regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva. Vi saknar dock två delar:

1. För att de digitala verktygen ska kunna vara användarvänliga och effektiva måste de baseras på nationellt överenskomna och evidensbaserade krav. Vi bedömer att förslaget att regioner och kommuner ska säkerställa detta själva som orealistiskt. Det behövs hjälp av extern oberoende part såsom akademien.
2. Det behövs grundläggande utbildning inom klinisk informatik både under grundutbildning och vidare- och fortbildning inom alla vårdprofessioner.

Dessutom kan klinikers kunskap om och förståelse för digitala verktyg bidra till att fånga upp behov och initiera utveckling av nya funktioner; detta gäller användning av hälsodata i kontinuerlig monitorering och kvalitetsutveckling av den vård som ges samt den kliniska informatikens betydelse i detta.

I den nya sexåriga läkarutbildningen ingår att behärska digitala verktyg för olika syften. De medicinska fakulteterna har tagit fram en gemensam kursplan med 11 olika delmål men har ingen plan för hur dessa mål uppfylls. Vi har fått signaler från läkarstudenter att undervisning i digitala verktyg är gles. Vi skulle gärna se ett samlat grepp och uppföljning av detta krav i läkarutbildningen.

Under läkares vidareutbildning (ST) måste utbildning i klinisk informatik ingå. SLS har genomfört flera kurser i klinisk informatik för ST-läkare men det behövs betydligt fler. I [Delad hälsodata – dubbel nytta. Regler för ökad interoperabilitet i hälso- och sjukvården, SOU 2024:33](#) har utredaren tagit intryck av SLS:s eHälsokommittés synpunkter. Våra aktiviteter och förslag finns bl a med i kapitel 15.1.13 Socialstyrelsen ska främja kompetenshöjande insatser i e-hälsa, informatik och infrastrukturens standarder. Vi efterlyser att även Nationella vårdkompetensrådet stöder detta förslag.

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

**SLS delar bedömningen** att rådande reglering inte är tillräcklig för att säkerställa systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner.

SLS har utrett regleringsfrågan (se även 5.2.5) och landat i att regeringen borde ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur föreskrifter kan förtydligas när det gäller vårdgivarnas ansvar för läkares fortbildning. SLS har också varit tydliga med att den enskilde läkaren har ett ansvar för sin fortbildning, men det är arbetsgivaren och chefer på olika ledningsnivåer som gör den möjlig genom att ställa resurser till förfogande. Ansvaret för att personalen har adekvat kompetens ligger hos vårdgivaren. SLS följer den statliga utredningen.

### 5.3.5 Tid och resurser behöver säkerställas för att möjliggöra fortbildning för personalen

**SLS instämmer i förslaget** om att regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för verksamhetschefen att säkerställa tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för professionerna inom hälso- och sjukvården.

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

**SLS är positivt** till förslaget att regioner, kommuner samt universitet och högskolor bör bidra till att öka möjligheten till karriärvägar och kompetensutveckling för respektive profession. En förutsättning är dock att tillräckliga medel tillförs från såväl staten som regioner och kommuner.

### 5.3.7 Samverkan för fler forskarhandledare genom karriärutvecklingsprogram

**SLS stödjer** att regioner, kommuner, universitet och högskolor samverkar för att stimulera karriärutvecklingsprogram i syfte att öka antalet erfarna forskarhandledare inom regioner och kommuner. Detta är en nyckelfaktor för att stimulera bla. forskning på primärvårdsnivå. Samverkan med program som stimulerar fortsatt forskning och utbildning efter disputation för att få lärarbehörighet, docentur, för att verka som forskningshandledare är fundamentalt för fortsatt och stärkt klinisk forskning i det svenska sjukvårdssystemet.

### 5.3.8 Ta tillvara seniora medarbetares kompetens

**SLS är positivt** till att även seniora medarbetares kompetens används i verksamheten.

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

**SLS anser** det positivt att introduktionsprogram och mentorskapsprogram införs för alla nyexaminerade inom alla professioner i hälso- och sjukvården.

### 5.4.1 Inför VULF-avtal

**SLS anser** att det är mycket viktigt att regeringen säkerställer att VULF-avtal kommer till stånd för hälso- och sjukvårdsutbildningar, men att resurser till detta måste tillföras och ej tas från nuvarande avtal såsom ALF-avtalet.

## 5.5 Utbildning och forskning vid universitet och högskolor

### 5.5.5 Enhetlighet behövs kring vilka kliniska färdigheter en student bör ha

**SLS anser** det viktigt att universiteten samt regionerna lägger upp undervisningen så att utbildningsmålen uppnås, oberoende var studenten bedrivit sin undervisning inklusive verksamhetsförlagd utbildning. Till hjälp i detta arbete kan en fortsatt utveckling EPA (Entrustable professional activities) ske. Denna utveckling kan sedan med fördel i framtiden även fortsätta utvecklas inom såväl BT som ST.

## 5.6 Professorer och andra lärare vid universitet och högskolor

### 5.6.1 Förenade anställningar för fler yrkesgrupper

**SLS stödjer** införande av förenade anställningar för fler yrkesgrupper än Läkare för att befrämja utvecklingen av det akademiska klimatet inom universitetssjukvården.

### 5.6.2 Förenade anställningar även för biträdande lektorer

**SLS anser att förenade anställningar även på lägre nivå än lektor och professor** kan lägga en god grund för att samverkan används som ett spår genom hela den akademiska karriären. Det kan gälla biträdande lektor och andra läraranställningar.

Regleringen om förenade anställningar är idag begränsad till anställningar mellan högskola och sjukvårdsenheter. Detta föreslås vidgat och avregleras. Det har blivit allt viktigare för högskolor att etablera relationer med offentlig sektor och näringsliv. Detta stärker högskolans forskning och utbildning.

### 5.6.3 Satsning på forskarskolor där forskningen är underdimensionerad

**SLS anser** att det är viktigt att forskarskolor får långsiktigt stöd så att utbildning och forskning kan utvecklas och förbättras för att säkerställa framtidens kliniska forskning.

**SLS identifierar** primärvården som ett område där förutsättningarna för att bedriva forskning behöver förbättras. Svenska Läkaresällskapet välkomnar satsningen på att öka forskningskompetensen i speciella områden, tex primärvården för att skapa bättre förutsättningar för primärvårdens medarbetare att driva och delta i forskningsprojekt. Eftersom patientflödena av de stora folksjukdomarna alltmer fokuseras till primärvården, blir det alltmer viktigt att stärka utvecklingsmöjligheterna för specialister i allmänmedicin och därmed säkerställa framtida lärare och forskningskompetens för klinisk forskning i den nära vården.

För Svenska Läkaresällskapet

*Catharina Ihre Lundgren*  
Ordförande SLS

*Hans Hjelmqvist*  
Ordförande SLS delegation för utbildning

*Susanna Althini*  
Ledamot i SLS nämnd

*Ola Winqvist*  
Ordförande SLS delegation för forskning

### **Bilagor:**

Remissvar från SLS medlemsföreningar:

- Föreningen för arbets- och miljömedicin
- Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi
- Svensk Barnkirurgisk Förening
- Svensk förening för allmänmedicin
- Svensk förening för Anestesi och intensivvård
- Svensk Förening för Diabetologi
- Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa
- Svensk Internmedicinsk Förening
- Svensk Kirurgisk Förening
- Svensk medicinsk audiologisk förening
- Svensk Ortopedisk Förening
- Svensk Plastikkirurgisk Förening

Remissvar från SLS sektioner:

- SLS sektion för lungmedicin

Remissvar från lokala läkaresällskap:

- Läkaresällskapet i Lund

Remissvar från associerade föreningar:

- Svensk förening för glesbygdsmedicin

Remissvar från SLS eHälsokommitté och Svensk Förening för Medicinsk Informatik



Malmö 2024-11-06

Dnr S 2023-00256

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

### Remissvar från ARM - Föreningen för arbets- och miljömedicin,

en medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet som samlar alla yrkesgrupper som är verksamma inom det arbets- och miljömedicinska området som kliniker, företagshälsovård och forskning.

Vi instämmer i att det finns flera utmaningar med kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården och att det finns ett behov av att kontinuerligt och systematiskt ta fram ett utvecklat stöd för planering av kompetensförsörjningsbehoven, i dialog med berörda aktörer, i syfte att bidra till en förbättrad planering av vårdens långsiktiga kompetensförsörjning.

### Sammanfattning

Den skriande bristen på företagsläkare omnämns över huvud taget inte i det 381-sidiga dokumentet, trots att Sveriges företagshälsor rapporterar att av drygt 1 100 läkare med specialistkompetens i arbetsmedicin/företagshälsovård (så kallade företagsläkare) är närmare 900 personer över 65 år.

Varken ordet företagsläkare eller arbetsmedicin omnämns i dokumentet och företagshälsovård omtalas bara en gång (s 302) och då inte angående ett ord vad gäller personalförsörjning utan bara att "Andelen sysselsatta vars arbetsplats haft besök eller fått en bedömning av företagshälsovården är något lägre inom vård och omsorg samt sociala tjänster (15 procent) jämfört med snittet för alla sektorer (ca 20 procent)."

Inte heller omnämns att det att specialiteten Arbetsmedicin har särskilda utmaningar i att bekosta ST-tjänster då en klar majoritet av företagshälsovården sker som privat vårdform. Inte heller finns i dag något beslut om vem som skall vara huvudman för arbetsmedicin, även om Föresäkringskassan har varit på förslag. Dessa två frågor finns beskrivna i MYNAKs publikation *Samordna företagshälsovårdens kompetensförhöjning avseende läkare* publicerad 2024, vilket borde ha varit en självklar del av underlaget för *Förslag för en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförhöjning*.

Forskning på evidensbaserade metoder kring företagshälsovård, dvs hur företagshälsovård bör undvika, behandla och rehabilitera arbetsrelaterad ohälsa, omnämns inte heller. Även om man framhåller vikten av arbetsmiljö så omnämns aldrig arbetsmedicinen eller företagshälsovårdens roll inom detta.

Att ett dokument som i dialog med "berörda aktörer" har i uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och inte nämner detta är klart underkänt. En tydlig strategi krävs för att förse företagshälsovården med personal, med en särskild tonvikt på den skriande bristen på läkare som är specialister i arbetsmedicin. En specialitet behöver också sina specifika kunskaps- och arbetsmetoder som ständigt behöver utvecklas, förbättras och kvalitetssäkras. Detta är något som kräver forskning och litteratursammanställningar av initierade parter. Här är Sveriges sju arbets- och miljömedicinska klinikerna väsentliga med sin respektive universitetsanknytning. Evidensbaserade metoder för att undvika, behandla och rehabilitera arbetsrelaterad ohälsa såsom vibrationsskador, utmattningssyndrom eller förslitningsskador är viktiga uppdrag för såväl specialiteten som för samhället. Utan en god primär prevention och sekundär prevention av de som redan drabbats av arbetsrelaterad ohälsa riskerar vi att få en ytterligare ansträngd vårdberda för såväl primärvård som sjukhusvården.

### **Förslag (sid 290-349)**

5.3.1 Vi instämmer i förslaget och vill tillägga att detta bör göras i samråd med företagshälsovården, vilka är specialister på arbetsmiljö och arbetsrelaterad ohälsa. Företagshälsovården är tvärprofessionell där företagsläkare, sjuksköterskor (bland annat specialiserade företagssköterskor), arbetsmiljöingenjörer, ergonomer och psykologer arbetar för att genomföra lagstadgade medicinska kontroller och arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering av enskilda patienter. En central del av uppdraget är att vara förebyggande för att förhindra och minimera skadlig inverkan i jobbet innan den uppstår (primär prevention). Företagshälsovården kombinerar medicinsk kunskap med kunskap om lagstiftningen på arbetsmiljöområdet och kan vid behov remittera patienter för utredning på de sju arbets- och miljömedicinska klinikerna i Sverige som har bred kompetens om olika skadliga faktorer i arbetsmiljön med uppdrag att följa kunskapsutvecklingen och sprida denna till olika aktörer på arbetsmarknaden.

5.3.2 Vi instämmer i förslaget. Vi anser dock att det förutsätter att de chefer som skall hjälpa den personal som arbetar i vården att prioritera i vårdetiska dilemman har en fullgod förståelse för dessa ur både ett medicinskt och ett etiskt perspektiv. Detta är ofta en brist hos chefer utan en medicinsk bakgrund.

5.3.3 Vi instämmer i förslaget.

5.3.4 Vi instämmer i förslaget och vill framhäva att det också är viktigt att det finns evidensbaserat underlag för utbildning och därför behövs säkerställd finansiering för forskning inom det arbets- och miljömedicinska området.

5.3.5 Vi instämmer i förslaget. Dock bör det förtydligas att även vårdpersonal som arbetar i under annan huvudman än region eller kommun, såsom privat vårdformer eller statlig dito, också behöver omfattas.



5.3.6 Vi instämmer i förslaget.

5.3.7 Vi instämmer i förslaget. Även forskningsområden utanför USV-enheter bör omnämnas och premieras.

5.3.8 Vi instämmer i förslaget. Detta får emellertid inte bli en kortsiktig lösning som fördröjer en mer långsiktig kompetensförsörjning inom olika medicinska områden.

5.3.9 Vi instämmer i förslaget.

5.3.10 Vi instämmer i förslaget. Det är även önskvärt med en etnisk mångfald inom hälso- och sjukvården som står inför många kommunikativa utmaningar.

5.3.11 Vi instämmer i förslaget. För att säkerställa en jämlik hälso- och sjukvård och kunna leva upp till hälso- och sjukvårdslagen behöver även patienters rätt till språktolk ingå i uppdraget.

5.6.3 Vi instämmer i förslaget. Med tanke på att ungefär hälften av befolkningen i Sverige har ett arbete med olika arbetsförhållanden som påverkar deras hälsa är det ytterst väsentligt att området arbetsmedicin ingår som prioriterat område för dessa forskarskolor.

Malmö 2024-11-06

Styrelsen för medlemsföreningen ARM  
genom Carl Antonson

Här kommer svar från Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (SSDV) angående förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, dnr.

4.3-10609/2023. SSDV bifaller förslaget utan några specifika synpunkter.

Med vänlig hälsning

Gunnthorunn Sigurdardottir

Vetenskaplig sekreterare

SSDV:s Styrelse

YTTRANDE

2224-10-08, S2023/00256

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Betänkandet S2022/02635

Förslag till en nationell plan för hälso-och sjukvårdens kompetensförsörjning Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdenskompetensförsörjning

Sammanfattning;

Mycket omfattande utredning som gjorts, starkt stöd inom forskningen för de förslag som läggs fram

Vi i Svensk Barnkirurgisk Förening tillstyrker i huvudsak de förslag på åtgärder som framförs i remissen.

Ordförande Anna Gunnarsdottir

ledamot Matilda Bräutigam

SYNPUNKTER

2024-11-06

Svenska Läkaresällskapet  
Box 738

susann.asplund@sfs.se

## Synpunkter - förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

### SFAMs svar på Nationella vårdkompetensrådets "Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning"

Vi har valt ut de punkter där vi har tydliga åsikter och något att tillföra.

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

**Förslag till insats: Kommuner bör säkerställa att medicinsk kompetens finns på alla ledningsnivåer inom den kommunala hälso- och sjukvården samt att mandat, innehåll och syfte tydliggörs inom och mellan respektive nivå.**

**Förslag till uppföljning: Framgång av kommuners beslutade styrdokument.**

Vad gäller medicinsk kompetens inom kommunal hälso- och sjukvård pågår som ni skriver redan en utredning avseende detta (utredning om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (Dir. 2023:98)).

SFAM är positiva till att denna fråga adresseras men skeptiska till att kommuner ska börja anställa läkare med följande argument:

1. Det är bristen på allmänläkare som är primärvårdens problem. Att anställa de få allmänläkare som finns i kommunen istället för i regionerna är bara att späda ut och fragmentera. Finns en risk att detta blir ett hinder för att uppnå ett fastläkarsystem där varje invånare får möjlighet att vara listad på en fast läkare med ansvar för ett rimligt antal invånare som enligt Socialstyrelsen ligger på 1 allmänläkare per 1100 invånare.
2. Läkare anställda av kommun riskerar att bli ensamma i sin läkarroll, alltså att inte ha några läkarkolleger som man har daglig kontakt med. Därmed förlorar man möjligheten till kollegial dialog i fortbildnings- och kvalitetsutvecklingsyfte. Bättre då att dessa läkare

är anställda på vårdcentral i regionens regi och att det tydliggörs hur mycket läkartid som är rimligt att kommunen köper in och att man följer upp detta.

3. Finns den medicinska kompetensen inom kommunen att veta vilka läkare som är medicinskt lämpliga att anställa? Hur tillser man att det inte blir läkare som inte passat in någon annan stans som hoppar på dessa tjänster?
4. Tillgång till regionernas journalsystem?
5. Förlust av relationskontinuitet om man tappar sin läkare när man blir HSV-pat. Fler gränssnitt och överrapporteringar. Det skrivs in och ut mycket i HSV, vilket riskerar att leda till täta byten av PAL.
6. Blir inte kommunal läkare ännu ett stuprör? Eller ska man ha en kommunal och en regional läkare och vem är ansvarig för smågrejerna, vaxproppen, nevusexcisionen osv? Och övrigt, hur sker egentligen ansvarsfördelningen?
7. Vår kloka allmänläkarkollega Bengt Järhult sammanfattar mycket av våra åsikter i denna debatttext: [Läkare: Feltänk att anställa kommunala läkare](#)

## 5.2.2 Verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter behöver ha vetenskaplig kunskap och kompetens

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

**Förslag till uppföljning: Framgång av regioners beslutade styrdokument.**

SFAM tillstyrker rådets bedömning om att verksamhetschefer behöver ha kunskap och kompetens om forskningens förutsättningar för att kunna rekrytera och behålla kompetent personal för detta ändamål, men att denna inte enkom ska begränsas till det vetenskapliga. SFAM hävdar att samma resonemang bör gälla hela kärnverksamhet.

En verksamhet bör ledas av en person med formell kompetens och erfarenhet inom grunduppdraget, som förstår arbetets innehåll och hur det är organiserat. Ledarskapet kräver kunskap och förståelse för kärnverksamheten, förståelse för vad som behövs för att utföra jobbet med vård och behandling av en patient, för att kunna relatera till olika faktorer och minska risken för felaktiga beslut. För att verkligen förstå medarbetarna förutsättningar och kunna anpassa arbetsvillkoren krävs hög medicinsk kompetens om verksamhetens innehåll och komplexitet. Det skapar även trygghet, tillit och förtroende från medarbetarna samt är attraktivt vid rekrytering av nya medarbetare.

Krav på en hög medicinsk kompetens hos verksamhetschefen är central för:

- ett samlat helhetsansvar

- adekvata prioriteringar
- att kunna utveckla lösningar utifrån verksamhetens samlade behov
- att hantera motstridiga krav och ändrade förutsättningar och balansera dessa mot kärnuppgiften
- att skapa en hållbar och stimulerande arbetsmiljö
- att utveckla verksamheten gällande kunskapstillämpning och kvalitet
- att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet

Verksamhetschefen behöver även kunna följa medicinsk utveckling och förstå dess implikationer för verksamheten för att kunna bedriva evidensbaserad hälso- och sjukvård och överföra ny kunskap i den praktiska vården.

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

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

SFAM tillstyrker principiellt förslaget, men vill lämna följande synpunkter: Nationella vårdkompetensrådet lyfter förtjänstfullt ledares svåra uppgift att balansera intressekonflikter och motstridiga krav, vilket i sin tur kräver djup förtrogenhet med inte minst kärnverksamheten. SFAM:s uppfattning är att den utmaningen är extra stor i en så kunskapsintensiv och etiskt utmanande verksamhet som sjukvård och att det inte är självklart att ledarskapsprogram löser huvudproblemen för nuvarande och kommande ledarskap inom vården.

I den mån sjukvårdsledarskap brister är det enligt vår mening inte nödvändigtvis alltid, eller enbart, på grund av chefers ledaregenskaper, och i den mån det är ändå föreligger sådana brister är det inte självklart att utvecklingsprogram rättar till dem. Brister kan lika ofta handla om otillräcklig grundkompetens inom, och erfarenhet av, kärnverksamheten, eller svårigheter att navigera de konflikter som kan uppstå mellan formellt och informellt ledarskap utan tillräcklig legitimitet. Ett vanligt problem är ömsesidigt bristande förtroende mellan chefer utan eller med låg egen medicinsk kompetens och medicinskt kompetenta och erfarna medarbetare, utan chefsroll, inom verksamheten.

Tillitsbaserad styrning har, som rådet antyder, hittills visat sig vara ett tänjbart begrepp med otydlig definition, och i vissa fall närmast en floskel förenad med olika typer av önsketänkande. Framtiden får utvisa om det kan komma att ändras, men SFAM konstaterar att en chef, särskilt

en verksamhetsnära chef, inte kan medges höga frihetsgrader om vederbörande vare sig behärskar den medicinska kärnverksamheten eller åtnjuter medarbetarnas förtroende.

Ett nationellt ledarskapsprogram kan vara av värde, men löser inte de utmaningar som nämns ovan.

I den mån ett nationellt ledarskapsprogram blir verklighet är det angeläget att det tas fram i nära samarbete med de medicinska professionerna, att det präglas av professionellt inflytande och transparens, och ställs under direkt myndighetskontroll snarare än att bli en uppgift för till exempel arbetsgivarorganisationer eller deras samarbetsorgan.

Det är också angeläget att noga väga kostnaderna för ett sådant nationellt program mot den möjliga nyttan, och definiera metoder för utvärdering (med konkret möjlighet till utmönstring). Vi har inte råd att lägga en ännu större andel av de tillgängliga resurserna ovanför eller utanför kärnverksamheten till obevisad nytta.

**5.3.1 Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är nödvändigt för en hållbar kompetensförsörjning**  
**Förslag till insats: Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och följa verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete, bl.a. genom att utveckla insatser som främjar en god arbetsmiljö. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.**

"Systematiskt arbetsmiljöarbete" sysselsätter många människor utanför (ovanför) kärnverksamheten, detta trots att just ett korrekt systematiskt arbetsmiljöarbete utgåendet från kärnverksamheten är en av de säkraste rekryteringsfaktorerna för alla vårdyrken. Den absolut viktigaste övergripande arbetsmiljöfrågan är en adekvat bemanning av sjukvården på alla nivåer där SFAMs fokus är Socialstyrelsens målvärde för läkarbemanning i primärvården, 1/1100. Alla andra arbetsmiljöfaktorer är av underordnad betydelse i jämförelse med detta. Inget "systematiskt arbetsmiljöarbete" kompenserar för underbemanning av sjukvården.

**5.3.2 Stöd till prioritering av rätt arbetsuppgifter**

**Förslag till insats: Regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.**

SFAM tillstyrker förslaget. Såväl HSL:s portalparagraf som riksdagens prioriteringsriktlinjer har hittills lämnat ett utomordentligt svagt avtryck i den faktiska styrningen av hälso- och sjukvården, i många avseende tvärtom. Korrekta prioriteringar kräver medarbetarkompetens, men en delförklaring till att goda prioriteringar inte görs i praktiken är att vare sig det enskilda patientmötet eller den enskilda kliniken/vårdcentralens verksamhet lämpar sig som underlag för beslut om inbördes prioritering mellan aggregerade grupper av patienter eller åtgärder. Professionens prioriteringsarbete måste kompletteras av politiskt ansvar och

tjänstemannaansvar för att totalresurser och förväntningar matchar. "Allt åt alla" har upphört att vara en legitim politisk beställning för länge sedan. SFAM uppskattar därför att rådet lyfter den centrala slutsatsen att prioritering inte bara handlar om turordning utan i många fall också om att vissa saker inte kan bli gjorda alls. Vi uppskattar att initiativet Choosing wisely, i Sverige benämnt Kloka Kliniska Val, för utmönstring av lågvärdevård uppmärksammas, liksom Kunskapsstyrningens checklista för att undvika över- och underdiagnostik och -behandling. Vi kommer följa utvecklingen av en modell för övergripande horisontell prioritering med stort intresse. Uppgiftsväxling kan vara av stort värde i vissa fall, men vi vill samtidigt lyfta ett varningens finger; det är lätt att överskatta nyttan av, och underskatta de dolda kvalitetsförsämringar, samordningsförluster, arbetsmiljöproblem och kostnadsökningar som inte sällan kan förknippas med, ogenomtänkt uppgiftsväxling. Samtidigt ser vi, som rådet skriver, att en förstärkt verksamhetsnära service och administrativ personal kan frigöra tid och utrymme för särskilt de patientnära legitimationsyrkena

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

**Förslag på insats: Regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva**

**Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.**

SFAM instämmer i problembilden med dagens digitala system och välkomnar insatser för att säkerställa användarvänlighet och effektivitet. Det är eftersträvansvärt med system som är fullt integrerade, och i den mån det är möjligt automatiserade, för att underlätta för vårdpersonal att få relevant information. SFAM håller med om att ett första steg i rätt riktning är att tidigt involvera vårdpersonalen vid utveckling och upphandling av digitala verktyg.

### **5.3.4 Vårdens medarbetare bör i ökad grad ges möjlighet att delta i fortbildning**

Generellt är vi positiva till den koppling i texten som görs mellan fortbildning, patientsäkerhet, och vårdkvalitet. Vi skulle gärna vilja lägga till de positiva effekterna av fortbildning på rekrytering. Vi instämmer i rubrikens ansats men reagerar på meningen - "Vårdgivarens ansvar att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjligheter till regelbunden fortbildning och kompetensutveckling". Medarbetarna tilldelas här en genomgående passiv roll. I vården finns flera yrken som kräver legitimation. Ett kännetecken för en professionell utövare är självständighet, vilket innebär kontroll över hur man utför sina arbetsuppgifter, och i detta ligger ett ansvar att själv (gärna i kollegial dialog) identifiera sina utbildningsbehov. Detta får sedan vägas mot verksamhetens behov i ett medarbetarsamtal med verksamhetschefen. En verksamhetschef som har en annan profession kan svårt identifiera utbildningsbehov i en annan profession.

I texten skrivs fortbildning och kompetensutveckling som om de innebär olika saker. Det är oklart här vad man menar med det ena begreppet jämfört med det andra. I vid bemärkelse kan man säga att fortbildning är allt som medarbetaren gör i syfte att bibehålla och utveckla sin



kompetens. Kompetensutveckling har en snarlik innebörd, nämligen förstärkning och förnyelse av kompetens. Vi anar här att med fortbildning avser Vårdkompetensrådet formaliserade aktiviteter som ligger utanför själva arbetsinsatsen, men det skulle behöva förtydligas.

I SFAM pratar vi om yrkeslivslångt lärande och ansluter oss till den internationella benämningen CPD (continuing professional development). Vi ser lärandet som en integrerad del av arbetet och att arbetsplatsen är vår viktigaste lärandemiljö. Vi behöver utrymme för såväl inomprofessionell reflektion i kollegial dialog och gemensamt kvalitetsarbete på våra arbetsplatser. En lokalt fortbildningsansvarig läkare kan bidra till att det skapas en god lärandekultur. E-learning och digitala fortbildningsaktiviteter tar allt större plats, men graden av interaktivitet är lägre än vid fysiska möten. Med detta sagt behöver vi delta i fortbildningsaktiviteter utanför arbetsplatsen, i FQ- och Balintgrupper, i sammankomster i det närliggande sjukvårdsområdet, regionalt, nationellt och internationellt. Då kan vi få möjlighet till fördjupning, samla intryck från andra arbetsplatser och få ett omvärldsperspektiv. Arbetsplatsen får inte bli en isolerad ö. Ni skriver att kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet. Vi kan bara hålla med.

Utifrån det perspektivet ser vi positivt på rådets förslag till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning. SFAM förordar en lagtext om obligatorisk fortbildning. Grundbulten i ett nationellt system bör vara den individuella kompetensutvecklingsplanen med regelbunden uppföljning. I primärvården behöver vi i vårdvalens ackrediteringsvillkor få inskrivet kriterier för fortbildning, vilka förutsättningar vårdgivaren ska tillhandahålla, och hur följsamheten till detta ska mätas.

### **5.3.5 Tid och resurser behöver säkerställas för att möjliggöra fortbildning för personalen**

Arbetsmiljön är intimt förknippad med möjlighet till fortbildning. Till följd av en icke hållbar arbetsbelastning avstår allmänläkare i allt för hög grad sitt deltagande i fortbildningsaktiviteter. Det indirekta patientarbetet hopar sig under frånvaron. Grunden till den höga arbetsbelastningen är allmänläkarbristen, där varannan allmänläkarstol står tom. En stor andel av allmänläkarna arbetar dessutom deltid för att orka med sitt arbete. Regionerna står med få undantag handfallna i sina försök att åtgärda allmänläkarbristen. Socialstyrelsens riktvärde 1 specialistläkare i primärvården på 1100 invånare ligger långt bort för de flesta regionerna, men Region Jämtland-Härjedalen har visat att det är möjligt att nå. Det är dit vi behöver komma för att få en förbättrad arbetsmiljö och samtidigt kunna få en resurseffektiv och hållbar hälso- och sjukvård.

Ett annat stort problem idag är att regionerna inte tar ett långsiktigt ansvar för fortbildningen. Det mest påtagliga beviset för regionernas bristande ansvar är deras återkommande påbud om fortbildningsstopp. Sådana drakoniska åtgärder blir kontraproduktiva i ljuset av att hälso- och sjukvården har stora rekryteringsbehov. Fortbildningsaktiviteterna får inte kosta, och resultatet blir en fortbildning med provinsialism som kännetecken. Detta leder till en utarmning av vår kompetens och resultatet för vården blir stagnation i stället för utveckling. I slutändan drabbas den enskilda patienten av sämre vårdkvalitet.

En i lag reglerad text om obligatorisk fortbildning behövs. Genom att skapa nationella kriterier som kan följas i de olika vårdvalen går det att uppnå ett högre deltagande i fortbildning. Om möjligheterna till deltagande i fortbildning stärks kan rekryteringen befrämjas, vilket på sikt kan förbättra arbetsmiljön.

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

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

### **Förslag till uppföljning: Framgår av regioners, kommuners och universitet och högskolors beslutade styrdokument**

SFAM tillstyrker detta, särskilt vad gäller ansatsen att skapa alternativ till de "chefs-karriärer" som många gånger är det enda alternativ som står till buds för vårdpersonal som vill utvecklas i sitt yrkesliv. Det är rimligt att skapa möjligheter för yrkesskickliga medarbetare att ta större ansvar i den patientnära vården, med utgångspunkt i den egna grundprofessionen. Det skulle också vara rimligt att utforma sådana möjligheter så att det går att under en begränsad tid arbeta med chefsuppdrag, för att senare återgå till patientnära arbete utan att det upplevs som ett steg bakåt, och utan att det ger negativa konsekvenser för t.ex. löneutveckling. Vi ser positivt på möjligheter att ge tydligt definierade arbetsuppgifter till personer med intresse och drivkraft inom exempelvis handledning, fortbildning och vårdnära kvalitetsutveckling.

### **5.3.7 Samverkan för fler forskarhandledare genom karriärutvecklingsprogram**

Detta är en nyckelfaktor för att stimulera forskning på primärvårdsnivå. Det gäller både för ST-läkare och specialister i allmänmedicin samt andra professioner i primärvården. Regler avseende att vara forskarhandledare skiljer sig åt mellan olika universitet, men genomgående krävs docentkompetens i handledargruppen kring den forskarstuderande. Eftersom forskning inte har en given plats i all primärvård är det mycket viktigt att skapa goda förutsättningar att fortsätta forska för den som nyligen disputerat. Detta är enda vägen mot docentur. En central del är att få forskningstid som en del i tjänsten, som inte är avhängig att löpande söka nya anslag för sin egen arbetstid. Här kan regioner och kommuner spela en viktig roll. Det är ett stort ansvar att ta sig an en forskarstuderande, att som handledare då inte kunna garantera sin egen tid för forskning gör det hela än svårare. Därtill behöver primärvårdsorganisationen inse att docenter är nyckelpersoner för att verksamheten ska kunna möta dessa lagstadgade krav. Att höja forskningskompetensen i ledningsorganisationer kan bidra till detta synsätt.

### **5.3.8 Ta tillvara seniora medarbetares kompetens Förslag till insats: Regioner och kommuner bör genomföra insatser i syfte att öka förutsättningarna för att seniora medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.**

De speciella förutsättningar som rått i svensk primärvård de senaste 7 decennierna med konstant läkarbrist på merparten av landets vårdcentraler har lett till att seniora medarbetares kompetens utnyttjats till att under hög belastning så länge som möjligt hantera så många patienter som möjligt. Detta har ofta resulterat i att kompetenta och erfarna läkare i primärvården valt att helt lämna arbetet vid 65 års ålder, efterlämnande en arbetsbörda som ingen velat ta över.

Att ta tillvara seniora medarbetares kompetens innebär i ett SFAM-perspektiv att redan från 55 års ålder erbjuda tjänster med reducerat patientansvar till förmån för God och Nära handledning av AT-, ST- och yngre specialistläkare. Genom att skapa dessa tjänster med ett varierat innehåll och rimlig belastning skapas dels en god arbetsmiljö för de seniora läkarna vilket ökar möjligheterna att de väljer att arbeta vidare till högre ålder med fortsatt patientarbete men också att en bättre och tryggare arbetsmiljö skapas för alla yngre läkare med handledningsbehov. Denna tryggare arbetsmiljö skapar ett attraktivt arbetsklimat med en positiv cirkel för läkarbemanning av hela primärvården.

### **5.3.9 Inför strukturerad introduktion och mentorskap av nya medarbetare för att rekrytera och behålla personal** Förslag på insats: Regioner och kommuner bör införa introduktions- och mentorskapsprogram för nytexaminerade professioner i hälso- och sjukvården. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.

Det är av central betydelse att frågan om strukturerad introduktion och mentorskap läggs i kärnverksamheten och drivs av kärnverksamheten. Generella introduktioner på Regional och Kommunal nivå blir med nödvändighet övergripande och abstrakta med fokus på värdegrunder och övergripande allmänna mål och får därmed marginell betydelse både för att rekrytera och behålla personal.

Verksamheterna ska ha resurser både i form av tid och budget att introducera varje ny medarbetare i allt som är av grundläggande betydelse i det praktiska arbetet på just den arbetsplatsen. Alla medarbetare ska ges möjlighet att regelbundet förbättra denna introduktion genom påpekande av sådant som nya medarbetare inte fått med sig i introduktionen. En gemensam förståelse för alla på arbetsplatsen förekommande yrkesgruppers uppgifter och ansvar är en viktig trivsel/arbetsmiljöfaktor men också ytterst för patientsäkerheten.

Mentorskap bör vara lokalt och kontinuerligt. För SFAM innebär detta att alla läkare alltid ska ha tillgång till en Senior rådgivare/mentor.

Efter avslutad ST-handledning kan handledare kvarstå som mentor men det ska också stå läkaren fritt att välja en ny mentor på den egna arbetsplatsen eller utanför denna. Liksom ST-handledare ges (och avkrävs) adekvat handledarutbildning ska alla läkare erbjudas fortsatt utbildning i mentorskap. Detta leder till ett ökat gemensamt ansvar i läkarkåren för en kontinuerlig kompetensutveckling baserad på den enskilde individens behov i den kontext hen befinner sig men också för hens medansvar för helheten.

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

**Förslag till insats: Regeringen bör ge stöd till ökad genomströmning inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom långsiktig finansiering till projektet med utveckling av webbplatsen [kliniskhandledning.se](http://kliniskhandledning.se), som bör breddas till fler vårdprofessioner än för läkare.**  
**Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.**

SFAM anser att handledning av studenter i verksamhetsförlagd utbildning (VFU) är en prioriterad fråga och att handledningen ska vara av god kvalitet. Vad som avses med ökad genomströmning framgår inte av förslaget. SFAM anser att tiden på VFU inom den allmänmedicinska specialiteten inte bör kortas för att "öka genomströmningen". Generalistkompetens är centralt för att studenterna ska kunna fungera som läkare efter examen och allmänmedicinen behöver därför stå för en betydande del av utbildningen.

SFAM anser att god handledning framförallt möjliggörs genom tillräckligt god arbetsmiljö på VFU-enheten och att handledningsuppdrag prioriteras (både genom rimlig ersättning från lärosäten till VFU-enheter och på VFU-enheter genom tid avsatt för handledningsuppdrag och fortbildning för handledare).

Att samla stöd till handledare på ovan nämnd webbplats kan vara en tillgång och ett bra komplement men kan inte kompensera för brister i arbetsmiljö, där handledning inte ges rimliga förutsättningar eller prioritet. Satsningar på ökad kvalitet i VFU bör inte begränsas till finansiering av en specifik webbplats.

**5.5.5 Enhetlighet behövs kring vilka kliniska färdigheter en student bör ha**  
**Förslag till insats: Universitet och högskolor bör enas om de kliniska moment som en student inom en viss hälso- och sjukvårdsutbildning ska kunna genomföra efter genomgången utbildning, oberoende av vilket lärosäte som utfärdar examen.**

**Förslag till uppföljning: Framgår av universitet och högskolors beslutade styrdokument.**

SFAM anser att enhetlighet i kliniska färdigheter efter examen är en prioriterad fråga och uppmuntrar att universitet och högskolor samordnar sig i frågan. SFAM anser att den numera legitimerande läkarutbildningen ställer högre krav på förvärvad generalistkompetens under grundutbildningen, för att studenterna ska fungera som läkare efter examen. Allmänmedicinen behöver därmed vara en betydande del av grundutbildningen och examinationer.

Det är en förutsättning för god och jämlik vård.

### **5.6.2 Förenade anställningar även för biträdande lektorer**

SFAM är positivt inställda till ökad samverkan mellan universitet/högskolor och primärvården. Genom att arbeta i dessa verksamheter samtidigt ökar sannolikt kvaliteten och kompetensen för

den person som undervisar och forskar på primärvårdsnivå. Detta oavsett profession. Vi anser dock att anställningsformen är sekundär till huvudfrågan som handlar om att skapa stabila, tilltalande förutsättningar att kunna arbeta parallellt i dessa verksamheter. Om det sker genom stabil finansiering för forskning från regioner och kommuner, eller genom en förenad anställning är sekundärt. En risk med ökad förekomst av förenade anställningar tidigt i karriären är att kliniskt verksamma personer glider ur den kliniska verksamheten, då försvinner snabbt klinisk kompetens och relevans för den som undervisar och forskar.

### 5.6.3 Satsning på forskarskolor där forskningen är underdimensionerad

Den nationella forskarskolan i allmänmedicin är ett mycket gott exempel på en framgångsrik forskarskola. Ett stort antal doktorander i allmänmedicin har passerat vilket bidragit till stärkt kompetens, nätverksbildande och internationalisering på ett sätt som annars varit omöjligt. För att forskarskolor ska lyckas krävs flera delar: 1) syftet ska vara att möta de forskarstuderandes behov, och inte organisationens behov att visa framfötterna, exempelvis finns flera nystartade forskarskolor inom ämnet "nära vård" som är dåligt definierat ofta utan förankring bland de som forskar och är kliniskt verksamma i primärvården. 2) Forskarskolan ska vara tvärprofessionell för att skapa starkare och bredare nätverk där forskningsfrågor kan belysas ur olika perspektiv. 3) Forskarskolan ska främja internationalisering under tiden som forskarstuderande. 4) Forskarskolan ska främja nätverksbyggande även på handledarnivå.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson  
ordförande SFAM



## Remissvar Nationell plan för kompetensförsörjning (S2023/00256)

### Svensk förening för Anestesi och intensivvård vill lämna följande svar:

#### Allmänt:

Vi anser att en plan som avser 2025-28 har för kort tidsperspektiv. För att justera bla utbildningsplatser inom universitetet är detta alldeles för kort då planeringen för bland annat verksamhetsförlagd utbildning ofta ligger minst 2 år framåt i tiden, dvs redan nu planeras läsåret 2026-27. Planerna behöver ha minst 5 års cykler; 25-28 behöver planeras parallellt med 25-30 och uppstart av planer för 2030-35 behöver ske redan nu.

Vi noterar också att icke-legitimerad personal inte är med i utredningen. Undersköterskorna har istället fått skyddad yrkestitel. Det har även skapats flera specialistundersköterskeutbildningar på eftergymnasial nivå. I vården är undersköterskorna en stor personalgrupp, där det tillsammans med pågående utredning om delegeringar inom Socialstyrelsen, finns stor potential att utveckla undersköterskorna och ge dem arbetsuppgifter som inte är lagstadgad att det ska utföras av legitimerad personal – och därmed frigöra tex sjuksköterskor till arbetsuppgifter enbart dessa kan utföra. Denna stora yrkesgrupp bör inkluderas i utredningen för att skapa trovärdighet även för teamarbete i vården. Vi stöder därför utredningens förslag om att undersköterskor/specialistundersköterskor ska ingå i rådets uppdrag.

Vi önskar också ett tydligt ställningstagande avseende kompetensförsörjning utifrån beredskap och NATO-inträdet – där Sverige har åtaganden som är helt nya och ingen region har dimensionerat sin personal utifrån dessa förutsättningar. Det kan inte skjutas på framtiden, vi är med i NATO nu.

Vi noterar också frånvaro av kopplingen mellan kompetensförsörjningen och Kunskapsstyrningsorganisationen och deras vårdprogram - här planeras framtidens vårdprogram och här bör en beräkning av personalbehov kunna adderas till de olika vårdprogrammen då specialkunskap finns inom respektive programområde.

#### Vi tillstyrker:

Att medicinsk kompetens ska finnas inom kommunal hälso-och sjukvård på alla nivåer.

Att verksamhetschefer inom USV-vården ska ha vetenskaplig meritering.

Att personalen får säkerställd tid och resurser för kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling, stöd av erfarna och att arbetsuppgifterna ska vara prioriterade efter kompetens. Denna skarpa skrivning är utmärkt och behöver kompletteras med tvingande lagstiftning för att inte urvattnas eller tolkas olika i olika regioner. Medel bör tillskjutas från staten till regioner och kommuner för vidareutbildning. Detta är inkluderat i annan utredning men är denna utrednings bästa förslag.



Vi tillstryker VULF-avtal för andra vårdutbildningar, under förutsättning att medel *inte* tas från ALF-avtalet, som behöver räknas upp baserat på 12 –terminers läkarprogram.

Att studenter kan få merkostnadsersättning vid VFU(5.5.4)

### Vi avslår

Att nationella ledarskapsprogram skapas (åtgärd 5.2.4) – det är bättre att definiera kunskaper/förmågor som ska finnas inom verksamheterna men hur dessa införskaffas kan variera.

Att kräva att certifiering av ledningssystem (åtgärd 5.2.5) – det skapar kostnader utan att vi ser nyttan. Regionerna behöver använda så mycket ekonomiska medel som möjligt till personal/att utbilda personalen.

Vi är tveksamma till kopplingen mellan ökad genomströmning på VFUplatser med kliniskhandledning.se ; vi ser att vi kan nyttja dygnets alla timmar för handledning men att uppnå lärandemålen för VFUplatsen är beroende av studenten. Bra med medel för att öka tiden för handledning bedside, men inte för att finansiera en webbplats.

### Förbättringsförslag/oklarhet:

” lärosäten bör enas om de kliniska moment som en student inom en viss hälso- och sjukvårdsutbildning ska kunna genomföra efter genomgången utbildning” – detta definieras av examensordningen för respektive utbildning varför vi inte förstår vad som avses (5.5.5). Texten ger exempel på NKSE samt EPA, men det som egentligen avses är mest förväntad grad av klinisk kunskap hos framförallt sjuksköterskor. Där har ju utbildningarna nationellt ökat andelen VFU sista året, varför texten delvis handlar om ett tidigare utbildningssystem där vi ännu inte har sett effekterna av införda förändringar.

”Rådet föreslår exempelvis att universitet och högskolor, regioner och kommuner i större utsträckning bör inrätta förenade anställningar även för andra yrkesgrupper än specialistutbildade läkare och tandläkare samt att regeringen bör säkerställa att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelserna om förenad anställning”. Detta adresserades i utredningen **U2024/00229**, vilken inkluderade lagförslag. Oklart varför detta är inkluderat i rapporten.

” Rådet föreslår också att regeringen bör göra en översyn av regelverket för Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning 13 antagning till specialistsjuksköterskeutbildning, eftersom vissa regler i antagningssystemet till högskolan medför hinder för studenter med betald utbildning från arbetsgivaren att genomföra en specialistsjuksköterskeutbildning” . Vi tolkar detta som att individer som inte antas pga svag meritering men som hade kunnat få betald utbildning. Vi värnar en hög kvalitet på de specialistsjuksköterskor som vi arbetar mycket nära – utbildningarna är tuff och genomförs med högt tempo, varför vi är tveksamma till att en regeländring påverkar examinationsgraden på utbildningen (i klartext – kommer de med svagare meritering vid antagning att ta examen?). Den förklarande texten hänvisar mer till organisatoriska problem, som egentligen kan hanteras via studieledighetslagen – förslagsvis genom att ta bort att arbetsgivaren kan skjuta upp utbildningsstarten 6 månader – i verkligheten startar nästan alla specialistsjuksköterskeutbildningar 1

20241102



ggr/år och genom att bevilja start om 6 månader är det i praktiken ett nej. Om arbetsgivaren vet att denne ändå måste släppa sin anställda till utbildning kan det finnas ett incitament att vara välvillig med utbildningstjänst så att den anställda vill komma tillbaka till arbetsgivaren efter avslutad utbildning.

Med vänlig hälsning

Karin Björnström Karlsson

Vetenskaplig sekreterare SFAI





Remissvar från Svensk Förening för Diabetologi

Remiss av förslag till nationell plan för häls- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Dnr: 4.3-10609/2023

5.2

5.2.1 Instämmer.

5.2.2 Instämmer.

5.2.3 SFD är tveksamma till nationell reglering.

5.2.4 SFD instämmer i vikten av ledarskapsprogram, men frågan är om det ska vara nationellt.

5.2.5 SFD instämmer delvis, dock risk att certifiering blir tungrott, och upptar mycket resurser.

5.3.1 Instämmer.

5.3.2 Instämmer.

5.3.3 Instämmer.

5.3.4 Instämmer.

5.3.5 Instämmer.

5.3.6 Instämmer, bör om möjligt konkretiseras mer.

5.3.7 Instämmer.

5.3.8 Instämmer. För SFD otydligt om även pensionärer ingår i detta.

5.3.9 Instämmer.

5.3.10 SFD delvis positiva, men oklart om detta går att styra.

5.3.11 SFD positiva, om genomförbart och resurseffektivt.

5.4.1 Avstår att uttala oss om denna punkt.

5.5.1 SFD försiktigt positiva. Men kanske tveksamt utfall.

5.5.2 Avstår att uttala oss om denna punkt.

5.5.3 Avstår att uttala oss om denna punkt.

5.5.4 Instämmer.

5.5.5 Instämmer.

5.6.1 Instämmer.

5.6.2 Avstår att uttala oss om denna punkt.

5.6.3 SFD delvis positiva, men oklart om detta går att styra.

Sophia Rössner, vetenskaplig sekreterare SFD

Henrik Wagner, suppleant SFD

# Remissvar Nationella vårdkompetensrådet från Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa

## 3.8.4 Behov av nya kompetenser vid omställningen till nära vård

Avseende **kompetenser som behövs för ett ökat fokus på förebyggande arbete samt att skiftet från sjukvård till hälsofrämjande vård, friskvård och prevention kräver en ny syn och nya angreppssätt när det gäller kompetensförsörjning**

Dialoger har skett med en rad professionsförbund (Sveriges Arbetsterapeuter, Logopedförbundet, Psykologförbundet, Dietisterna) och man citerar Kairos Futures, exempel på tänkbara framtida kompetenser såsom omsorgsexperter, hälsopedagoger, egenvårdsexperter.

Det är förvånande att man inte fört någon diskussion med de professioner som i första hand arbetar med dessa frågor, dvs specialister i Socialmedicin och folkhälsa samt Folkhälsovetare.

Vi har i Sverige sedan 2002 ett nationellt mål om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, och från 2017 ”en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård”. Det finns också ett nationellt nätverk som arbetar med dessa frågor [HFS-nätverket: Start \(hfsnatverket.se\)](https://www.hfsnatverket.se). Här finns mycket kunskap om vilka kompetenser som kommer att behövas för denna omställning till nära vård.

**Man citerar också WHO:s resolution med åtgärder för stärkt kompetensförsörjning inom vård och omsorg** i Health and care workforce in Europe: time to act (2022) med uppmaningar att vidta åtgärder inom fem utpekade områden: behålla och rekrytera personal, tillhandahålla ett ändamålsenligt utbildningsutbud, effektivisera arbetet, **stärka strategiska planeringsförutsättningar** samt åtgärder för ökning och optimering av offentlig finansiering

*Vi ser inte att man i sina förslag har synliggjort behovet av kompetens för framför allt strategisk planering. En grundförutsättning för detta är kunskap om sjukdomsbörda och vårdbehov, för att skapa en behovsstyrd vård. Denna form av kunskap finns bland specialister i socialmedicin och framgår av den förnyade målbeskrivningen från 2021 för läkarspecialiteten Socialmedicin och folkhälsa.*

### **Delmål STc1. Kartlägga och analysera hälsoläge och hälsoutveckling**

Läkaren ska

- kunna kartlägga och analysera hälsoläget eller hälsoutvecklingen för en population
- kunna kartlägga och analysera skillnader i hälsa och sjukdom i en population

### **Delmål STc4. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete**

Läkaren ska

- kunna initiera, planera och utvärdera hälsofrämjande insatser på individ-, grupp-, befolknings- och samhällsnivå
- kunna initiera, planera och utvärdera sjukdomsförebyggande insatser på individ-, grupp-, befolknings- och samhällsnivå

**Vi skulle vilja se att man särskilt omnämner specialister i socialmedicin i avsnitt 3.8.4 Behov av nya kompetenser vid omställningen till nära vård.**

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

Förslag till insats: Kommuner bör säkerställa att medicinsk kompetens finns på alla ledningsnivåer inom den kommunala hälso- och sjukvården samt att mandat, innehåll och syfte tydliggörs inom och mellan respektive nivå.

*Hela skrivningen kring detta gäller klinisk medicin, vilket är viktigt. Men idag är också folkhälsoarbetet viktigt. För att primärvården tillsammans med kommunerna ska kunna genomföra förändringen mot nära vård, med områdesansvar och utvecklade förebyggande insatser i lokalsamhället, krävs kompetens för ledning inom detta, dvs specialister i socialmedicin och folkhälsa. Dessa specialister är dessutom experter på samverkan mellan olika aktörer.*

#### **Delmål STc 10. Samverkan**

Läkaren ska  
- uppvisa kunskap om hur samverkan kan främjas mellan olika aktörer för en jämlik hälso- och sjukvård och hälsa i befolkningen

- kunna arbeta tvärvetenskapligt och tvärprofessionellt för en jämlik hälso- och sjukvård och hälsa i befolkningen

**Vi skulle vilja se att man särskilt omnämner specialister i socialmedicin i avsnitt 5.2.1 Stärkt medicinsk kompetens inom kommunal hälso- och sjukvård, med tanke på den särskilda kompetens inom både medicin och samverkan med andra aktörer som specialister i socialmedicin besitter.**

### 5.3.2 Stöd till prioritering av rätt arbetsuppgifter

Förslag till insats: Regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens.

*Vården ska ges efter behov Enligt 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, föreskrivs att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För att primärvården tillsammans med kommunerna ska kunna prioritera, krävs dels kompetens för att kartlägga behoven och dels kompetens för att leda förbättringsarbete mot en mer jämlik vård. Specialister i socialmedicin och folkhälsa har sådan kompetens vilket framgår av ST-målen STc1 och STc6.*

#### **Delmål STc6. Förbättringsarbete**

Läkaren ska  
- kunna identifiera behov av samt leda och utvärdera förbättringsarbeten avseende

verksamheter inom hälso- och sjukvården, särskilt med fokus på en hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård

**Vi skulle vilja se att man särskilt omnämner specialister i socialmedicin i avsnitt 5.3.2 Stöd till prioritering av rätt arbetsuppgifter, med tanke på den särskilda kompetens som specialister i socialmedicin besitter.**

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

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

Man skriver: "Ledarskap i hälso- och sjukvården kräver kunskap och förståelse för kärnverksamheten, ledning, styrning och organisation samt att kunna relatera till strukturella, kulturella och politiska faktorer i sin omgivning", s 274.

Vidare skriver man att : "Rådet bedömer att det i och med denna förflyttning kan komma att kräva en ny typ av ledarskap för att stötta medarbetarna i kommunal hälso- och sjukvård, liksom ett tydliggörande av vem som har det medicinska ansvaret när alltmer avancerad vård flyttas ut från sjukhusen (se avsnitt 5.2.1)", s 277.

*Föreningen menar att läkarspecialiteten socialmedicin innehåller särskilda mål för dessa aspekter av ledarskap som behövs i ett utökat samarbete med kommunen och att leda mot en nära vård:*

### **Delmål STc11. Hälso- och sjukvårdens styrning, ledning och organisation:**

Läkaren ska  
- kunna analysera hur hälso- och sjukvårdens styrning, ledning och förutsättningarna för en jämlik hälso- och sjukvård och hälsa i

befolkningen  
- kunna identifiera åtgärder i fråga om hälso- och sjukvårdens styrning, ledning och organisation för att främja en jämlik hälso- och sjukvård eller hälsa i befolkningen

**Vi skulle vilja se att man särskilt omnämner specialister i socialmedicin i avsnitt 5.3.4 med tanke på den särskilda kompetens som specialister i socialmedicin besitter inom för punkten relevanta områden.**

### **Sammanfattning**

Vi menar att det är särskilt viktigt att omnämna specialister i socialmedicin i dessa avseenden eftersom det idag:

1. Saknas specialister i socialmedicin i många regioner
2. Regionerna hävdar ofta att det inte finns en "naturlig klinisk placering" för socialmedicinare. Vi menar att det är i omställningen till nära vård, i skärningspunkten mellan regioner och kommuner, som socialmedicinare har bästa möjlighet att bidra med sin särskilda kompetens.

I den här typen av vårdkompetensplanering för hälso- och sjukvården framöver finns därför särskilda skäl att lyfta fram en specialitet där det finns specifika kunskaper och kompetens för just de utmaningar som beskrivs. Det finns idag ett stort intresse bland både yngre kollegor och befintliga specialister i flera olika specialiteter att utbilda sig inom socialmedicin, men i stort sett inga ST-tjänster att erbjuda.

Anna Sarkadi, ordförande SFSF

## Remissvar från SIM - Svensk Internmedicinsk Förening (SIM)

Svar till Svenska Läkarsällskapet

### **Angående förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning**

#### **Styrelsen i SIM har följande synpunkter:**

Bra att det tydliggörs om vikten av kontinuerlig fortbildning av vårdpersonal inklusive färdiga specialistläkare.

När det gäller framtida försörjning av läkare räknar man färdiga från utb men tar inte hänsyn att det tar 6-10 år från att man är färdig med grundutbildning tills man är färdig specialist och då formellt behörig att ersätta pensionerade kollegor

Vi saknar diskussion/förslag om läkares specialisering och hur fördelning skall vara mellan generalister kontra superspecialister och vad denna fördelning kan innebära för att möta den åldrade befolkningens multisjuklighet.

Med vänlig hälsning

Henrik Norrsell  
Vetenskaplig sekreterare, SIM

## Remissvar från Svensk Kirurgisk Förening till SLS

Angående Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Underlaget är omfattande, och vi väljer att kommentera valda delar av särskilt intresse.

Vi tycker det är bra att nationella vårdkompetensrådet har fokus på ledarskap i vården. Vi tror att bra ledarskap är centralt för att utveckla vården och dess medarbetare.

Vi bedömer att disputerade läkare ofta har de bästa förutsättningarna för att leda vården, förutsatt att de har goda ledaregenskaper. I praktiken styrs dock allt färre enheter av denna grupp, troligen på grund av att ledarskapet inte uppfattas som tillräckligt attraktivt i förhållande till andra karriärmöjligheter.

Vi tycker det är bra att man eftersträvar att man ska vara disputerad för att leda en klinik eller annan enhet på universitetssjukhus. Vi bedömer dock att ett börkrav är tillräckligt, då vi känner till flera exempel där det helt enkelt inte varit möjligt att rekrytera rätt kompetens. I sådana fall bör det dock förtydligas att ledningsgrupp ska inkludera personer med hög vetenskaplig kompetens med särskilt ansvar för forskning, motsvarande medicinsk ansvarig när verksamhetschefen inte är läkare. Vi ser annars en risk för att man tvingas välja ledare med formell vetenskaplig kompetens men utan god kännedom om verksamhetens övriga uppdrag. Vi tror att läkares kompetens är av stor vikt när man ska utveckla vården.

Vi ser fördelar med att medicinsk kompetens finns i kommunal sjukvård och stödjer detta förslag. Vi anser också att man bör förtydliga att även inom hälso- och sjukvården bör medicinsk kompetens, företrädesvis läkarkompetens, finnas. Idag finns ledningsgrupper på strategisk nivå inom hälso- och sjukvården, på nivå under regionledning, där läkarkompetens saknas. Drygt hälften av hälso- och sjukvårdsdirektörer i Sverige är läkare; av de övriga har de flesta, men inte alla, medicinsk kompetens. Vi tror att det är av stort värde att hög läkarkompetens finns i en ledningsgrupp för hälso- och sjukvård, och anser att det bör förtydligas att detta ska finnas i någon form.

Det är utmärkt också att man berör frågan om storleken på arbetsgrupper. Förslaget om normspann kan göra ledarrollen mer attraktiv och på sikt förstärka ledarskapet i vården.

Det hade varit önskvärt att man gick längre i sitt resonemang och gav konkreta förslag om förutsättningarna för medicinsk rådgivare där verksamhetschefen inte är läkare. Här finns inte sällan otydlig gränsdragning och ansvarsfördelning, vilket inte gynnar ett välfungerande ledarskap.

Vi stöder tanken om reglerad fortbildning, men förslaget i handlingsplanen är vagt, troligen eftersom en annan utredning pågår i frågan.

Vi vill också påpeka att karriärsteg är viktiga, men att god löneutveckling även om man väljer att inte avancera i karriären har mycket stort värde. Sjukvården skulle ibland tjäna på att behålla erfarna medarbetare i sina befintliga roller, istället för att lockas till att ta karriärsteg av löneskäl snarare än av intresse.

Förslaget att se över regelverket för antagning till specialistsjuksköterskeutbildning, som idag är dysfunktionellt, är positivt. Det är utmärkt att nationella vårdkompetensrådet uppmärksammat detta.

Vi ser också att förslagen som stimulerar forskning är bra.

Med vänliga hälsningar

Linus Axelsson

Ordförande

Svensk kirurgisk förening

Överläkare

Kirurgkliniken, Blekingesjukhuset

[linus.axelsson@svenskkirurgi.se](mailto:linus.axelsson@svenskkirurgi.se)

[linus.axelsson@regionblekinge.se](mailto:linus.axelsson@regionblekinge.se)

0455-736742

0708-552227



# Svensk Medicinsk Audiologisk Förening

2024/11/06

Linköping

Till Svenska Läkaresällskapet,

Angående remissvar till Nationella Vårdkompetensrådets förslag på plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

I egenskap av vetenskaplig sekreterare av Svensk medicinsk audiologisk förening (SMAF) svarar till remissen efter diskussion med styrelsen.

Vi ser kompetensförsörjning för specialistläkare, speciellt för grenspecialiteter som ett relevant område för utredningen. Insats förslag på att öka möjligheter för fortbildning (5.3.5), för karriärutveckling (5.3.6), och för att behålla seniora medarbetare (5.3.8) som handledare skulle även bidra till kompetensförsörjning för grenspecialiteter.

Hälsningar,

Sumru Keceli MD PhD

Överläkare Hörsel och Balansrubbnings

SMAF vetenskaplig sekreterare

[Sumru.keceli@regionostergotland.se](mailto:Sumru.keceli@regionostergotland.se)

073-8431856



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

Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256)

*Remissyttrande från Svensk Ortopedisk Förening*

Tack för möjligheten att inkomma med synpunkter på denna rapport.

## Svensk Ortopedisk Förening bifaller

- Behovet av en samlad kompetensförsörjningsplan som involvera *alla* i vården aktiva yrkesgrupper. Vi har svårt att förstå vald avgränsning.
- Vikten av långsiktiga förutsättningar för planering men anser perspektivet i rapporten 2025-2028 som alltför kort.
- Betydelsen av kontinuerlig uppföljning. Det saknas dock tydliga mätbara effektmål och uppföljningen kommer enligt skissat förslag att kräva betydande (ej beräknade) administrativa insatser som kan komma att flytta resurser från kärnuppdragen utan att det skapar ett säkert värde inom ramen för uppdraget att lösa hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Det saknas risk- och nyttoanalyser som stöd.

## Svensk Ortopedisk Förening saknar

- Konkreta förslag på de privata vårdgivarnas roll i kompetensförsörjningen. Vi anser att vi bättre måste utnyttja den samlade kapaciteten inom offentligt finansierad vård (i regional och upphandlad privat regi). Samtliga aktörer som i dag bedriver vård i Sverige behöver samlas för att tillsammans ta ansvar för att erbjuda en god och jämlik vård, med rätt vård i rätt tid och av rätt kompetens. För att nå dit krävs nationellt framtagna avtalsmallar som tydligt reglerar samarbete mellan privata och offentliga vårdgivare kring utbildning och kompetensförsörjning.
- Kostnads, risk- och nyttoanalyser för flera av förslagen (se exempel nedan). Sjukvården är en verksamhet där man redan idag vänder på varenda krona. Då inga medel förväntas tillföras utifrån måste alla förslag kostnads, risk- och nyttoanalyseras före brett införande. Det förefaller inte vara gjort eller åtminstone inte presenterat som stöd till förslag till beslut.
- Visionära och konkreta förslag. Rådet har bara delvis levererat enligt angett uppdrag. Även om det förs en diskussion i texten inom vissa av nedanstående områden saknas det både visionära och skarpa förslag inom många områden. SOF saknar flera områden som vi tror kan bidra till att underlätta kompetensförsörjningen inom svensk hälso- och sjukvård tex; nationella prioriteringar, kloka kliniska val, effektiviseringar, nya arbetssätt, i avtal reglera utbildningsansvar för den allt större privata skattefinansierade vården och en utvecklad styrning och organisation med minskad fragmentering av vården.

*Nedan följer SOFs specifika kommentarer på lagda förslag:*

### **5.2.2 (vetenskapligt meriterade verksamhetschefer).**

Hur definieras ”vetenskapligt meriterad”? Insatsen kan bidra, men inte i en avgörande del, till att lösa kompetensförsörjningen. Det är visat att hög medicinsk kompetens (läkare) hos verksamhetschef i vården bidrar till en bättre styrning och trivsel hos personal, men oss veterligen är det inte visat att ytterligare vetenskaplig merit förbättrar utfallet.

### **5.2.3 (normalspann antal medarbetare).**

I grunden bra men svårt då verksamhetens komplexitet skiljer sig stort. Därav stort spann. Hur mycket skiljer sig rådets rekommendation att den verksamhetsnära chefen har ansvar för 10-35 medarbetare från dagens praxis?

### **5.2.4 (nationellt ledarskapsprogram).**

Sannolikt bättre med riktlinjer vad vårdriktade ledarskapsprogram bör innehålla? Ett nationellt ledarskapsprogram riskerar att bli resurskrävande och kostnadsdrivande och det saknas risk- och nyttoanalyser som stöd. Vad ska det nationella ledarskapsprogrammet innehålla kopplat till olika chefsnivåer, vem ska tillhandahålla det och hur omfattande i tid skall det vara?

### **5.2.5 (certifierat ledningssystem).**

Detta förslag väcker fler frågor än det ger svar. Vårdgivare har redan idag en skyldighet att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vilken effekt kommer en årlig certifiering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ha för att förbättra kompetensförsörjningen och på vad baseras detta antagande? Hur är det tänkt att certifieringen ska gå till? Förslaget riskerar att bli resurskrävande och kostnadsdrivande och det saknas risk- och nyttoanalyser som stöd.

### **5.3.4 (nationell samordning av fortbildning).**

Riskerar att bli resurskrävande och kostnadsdrivande och det saknas risk- och nyttoanalyser som stöd. Vi har svårt att se hur en nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner kan bidra. Behöver konkretiseras och ansvar och medel tilldelas för att fungera.

### **5.3.5 (kontinuerlig fortbildning).**

Verksamhetschefer har redan idag ett uppdrag att säkerställa tid och resurser för systematisk och fortlöpande fortbildning och kompetensutveckling. På vilket sätt bidrar detta förslag till att underlätta kompetensförsörjningen jämfört med idag?

### **5.3.6 (kompetensutveckling och karriärvägar).**

Mycket bra förslag att öka möjligheterna till kompetensutveckling och karriärvägar för respektive profession. Vi saknar konkreta förslag på hur det är det tänkt att detta ska ske.

### **5.3.11 (nationell informationsinsats).**

Riskerar att bli resurskrävande och kostnadsdrivande och det saknas risk- och nyttoanalyser som stöd. Har detta genomförts i något annat land? Med vilken insats och med vilken effekt?

### **5.4.1 (VULF avtal).**

Det är bra att det finns VULF avtal för sjuksköterskor samt att Rådet föreslår VULF avtal för vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar. Formuleringen behöver dock förtydligas inte minst kring de privata vårdgivarnas roll inom fortbildning.

För Svensk Ortopedisk Förening

Anne Garland, Ordförande

Angående remissförslag av nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11 dnr. 4.3–10609/2023

Remissvar från Svensk Plastikkirurgisk Förening

## **5.2 Hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning**

5.2.1 Stärkt medicinsk kompetens inom kommunal hälso- och sjukvård Förslag till insats: Kommuner bör säkerställa att medicinsk kompetens finns på alla ledningsnivåer inom den kommunala hälso- och sjukvården samt att mandat, innehåll och syfte tydliggörs inom och mellan respektive nivå. Förslag till uppföljning: Framgår av kommuners beslutade styrdokument

Svar: Instämmer

5.2.2 Verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter behöver ha vetenskaplig kunskap och kompetens Förslag till insats: Regioner bör säkerställa att verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter är vetenskapligt meriterade. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners beslutade styrdokument

Svar: Instämmer

5.2.3 Ett rimligt antal medarbetare ger bättre förutsättningar för ett gott ledarskap Förslag till insats: Regioner och kommuner bör besluta om ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer

5.2.4 Stärk ledarskapet i hälso- och sjukvården genom ett nationellt ledarskapsprogram Förslag till insats: Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag

Svar: Instämmer

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

Förslag till insats: Kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska kompletteras med krav på att ledningssystemet ska vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan. En certifierad vårdgivare är en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet som har ett kvalitetsledningssystem som anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning samt identifierar, beskriver och fastställer de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och som framgår av föreskrifter som har meddelats med stöd av hälso- och sjukvårdsförordningen. Vårdgivaren bör kunna styrka detta

med ett certifikat. Frågor om certifiering av vårdgivare bör prövas av organ som har ackrediterats för detta ändamål. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör få meddela föreskrifter om vad som krävs av certifierade vårdgivare i fråga om kunskap, erfarenhet och certifiering. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag

Svar: Instämmer. **Man behöver t ex räkna fram måltal för hur många plastikkirurger man behöver, dvs den kritiska massan, för att klara uppdraget per region.**

### **5.3 Personal inom hälso- och sjukvården**

5.3.1 Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är nödvändigt för en hållbar kompetensförsörjning Förslag till insats: Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och följa verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete, bl.a. genom att utveckla insatser som främjar en god arbetsmiljö. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer.

5.3.2 Stöd till prioritering av rätt arbetsuppgifter Förslag till insats: Regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer.

5.3.3 Användarvänliga digitala verktyg en förutsättning för en effektiv hälso- och sjukvård Förslag på insats: Regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer.

5.3.4 Vårdens medarbetare bör i ökad grad ges möjlighet att delta i fortbildning Förslag till insats: Regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag

Svar: Instämmer.

5.3.5 Tid och resurser behöver säkerställas för att möjliggöra fortbildning för personalen Förslag till insats: Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för verksamhetschefen att säkerställa tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för professionerna inom hälso- och sjukvården. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer.

5.3.6 Samverkan för att tydliggöra karriärvägar och kompetensstegar som tillvaratar erfarenhet och kompetens Förslag till insats: Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör öka möjligheterna till kompetensutveckling och karriärvägar för respektive profession. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners, kommuners och universitet och högskolors beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer.

5.3.7 Samverkan för fler forskarhandledare genom karriärutvecklingsprogram Förslag till insats: Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör samverka för att stimulera karriärutvecklingsprogram i syfte att öka antalet erfarna forskarhandledare inom regioner och kommuner. Förslag till uppföljning: Framgår av regioner, kommuners och universitet och högskolors beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer.

5.3.8 Ta tillvara seniora medarbetares kompetens Förslag till insats: Regioner och kommuner bör genomföra insatser i syfte att öka förutsättningarna för att seniora medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer.

5.3.9 Inför strukturerad introduktion och mentorskap av nya medarbetare för att rekrytera och behålla personal Förslag på insats: Regioner och kommuner bör införa introduktions- och mentorskapsprogram för nyutexaminerade professioner i hälso- och sjukvården. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer.

5.3.10 Främja rekrytering av underrepresenterat kön Förslag till insats: Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör genomföra insatser för att främja rekryteringen av underrepresenterat kön till yrken inom hälso- och sjukvården. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners, kommuners, universitet och högskolors beslutade styrdokument.Svar: Instämmer.

Svar: Instämmer.

5.3.11 Information till ungdomar om yrken i hälsooch sjukvården för att främja rekryteringsmöjligheterna Förslag till insats: Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att genomföra en nationell informationsinsats som visar på värdet och innebörden av olika yrkesroller i hälso- och sjukvården. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag

Svar: Instämmer.

## 5.4 Universitet och högskolors verksamhet

5.4.1 Inför VULF-avtal Förslag till insats: Regeringen bör säkerställa att VULF-avtal införs för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag

Svar: Instämmer.

## 5.5 Utbildning och forskning vid universitet och högskolor

5.5.1 Samordning av utbildningar med få studenter ger utbildningen bättre ekonomisk bärkraft Förslag till insats: Regeringen bör tillföra medel för att stimulera universitet och högskolor att samordna vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar med få studenter. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag

Svar: Instämmer.

5.5.2 Regelverket för antagning till specialistsjuksköterska bör ses över Förslag till insats: Regeringen bör göra en översyn av regelverket för antagning till specialistsjuksköterskeutbildning. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.

Svar: Instämmer. **Här ser vi ett ökat behov av anestesi- och operationssjuksköterskor, varför denna specialistutbildning behöver synliggöras.**

5.5.3 Stöd till ökad genomströmning och kvalitet i den verksamhetsförlagda utbildningen genom evidensbaserade handledarmodeller Förslag till insats: Regeringen bör ge stöd till ökad genomströmning inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom långsiktig finansiering till projektet med utveckling av webbplatsen kliniskhandledning.se, som bör breddas till fler vårdprofessioner än för läkare. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag

Svar: Instämmer.

5.5.4 Kostnadsneutralitet för studenter vid VFU Förslag till insats: Universitet och högskolor bör ta fram principer för ersättning för studenters merkostnader i samband med verksamhetsförlagd utbildning i syfte att uppnå kostnadsneutralitet för studenterna. Förslag till uppföljning: Framgår av universitet och högskolors beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer.

5.5.4 Kostnadsneutralitet för studenter vid VFU Förslag till insats: Universitet och högskolor bör ta fram principer för ersättning för studenters merkostnader i samband med verksamhetsförlagd utbildning i syfte att uppnå kostnadsneutralitet för studenterna. Förslag till uppföljning: Framgår av universitet och högskolors beslutade styrdokument

Svar: Instämmer.

5.5.5 Enhetlighet behövs kring vilka kliniska färdigheter en student bör ha Förslag till insats: Universitet och högskolor bör enas om de kliniska moment som en student inom en viss hälso- och sjukvårdsutbildning ska kunna genomföra efter genomgången utbildning, oberoende av vilket lärosäte som utfärdar examen. Förslag till uppföljning: Framgång av universitet och högskolors beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer.

## **5.6 Professorer och andra lärare vid universitet och högskolor**

5.6.1 Förenade anställningar för fler yrkesgrupper Förslag till insats: Universitet och högskolor, regioner och kommuner bör i större utsträckning inrätta förenade anställningar även för andra yrkesgrupper än specialistutbildade läkare och tandläkare. Förslag till uppföljning: Framgång av regioners, kommuners och universitet och högskolors beslutade styrdokument.

Svar: Instämmer helt

5.6.2 Förenade anställningar även för biträdande lektorer Förslag till insats: Regeringen bör säkerställa att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelserna om förenad anställning. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag

Svar: Instämmer.

5.6.3 Satsning på forskarskolor där forskningen är underdimensionerad Förslag till insats: Regeringen bör säkerställa en långsiktig finansiering av forskarskolor med inriktningar mot särskilda områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag

Svar: Instämmer.

För Svensk Plastikkirurgisk Förening

Anna Elander

Ordförande

Bästa Susann Asplund, SLS

Svensk Lungmedicinsk Förening (SLMF) tackar för möjligheten att inkomma med synpunkter gällande Nationella vårdkompetensrådets 25 förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning som rådet föreslår i den nationella planen. Samtliga förslag kommenteras nedan.

1) Förslag till insats §5.2.1:

SLMF:s bedömning och svar: förslaget tillstyrkes.

2) Förslag till insats §5.2.2:

SLMF:s bedömning och svar: förslaget tillstyrkes.

3) Förslag till insats §5.2.3:

SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes med följande kommentar. Verksamhetens- och uppdragets natur bör definiera antalet i kombination med den tilltänkte chefens erfarenhetsgrad av ledarskap.

4) Förslag till insats §5.2.4:

SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes med följande kommentar. Ett sådant nationellt ledarskapsprogram bör utgöra grunden; regionala skillnaderna bör belysas förslagsvis på lokal eller regional nivå.

5) Förslag till insats §5.2.5:

SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes med följande kommentar. Sverige saknas formellt krav på kompetensutveckling för specialister och flertalet regioner har i skrivande stund dragit in eller påtagligt försämrat förutsättningarna för specialister att förkovra sig. Rådets förslag att kvalitetssäkra enheter kan förhoppningsvis underlätta för läkarnas vidareutbildning. I annat fall ser vi detta som ännu en administrativ börda som riskerar att ta fokus från våra kärnverksamheter, dvs att bedriva god och säker vård samt kvalitativ utbildning av flertalet yrkeskategorier.

6) Förslag till insats §5.3.1

SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.

7) Förslag till insats § 5.3.2

SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.

8) Förslag på insats § 5.3.3

SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.



- 9) Förslag på insats § 5.3.4  
SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.
- 10) Förslag på insats §5.3.5  
SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.
- 11) Förslag på insats § 5.3.6  
SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.
- 12) Förslag till insats § 5.3.7  
SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.
- 13) Förslag till insats § 5.3.8.**  
SLMF:s bedömning och svar: Förslaget välkomnas.
- 14) Förslag till insats § 5.3.9  
SLMF:s bedömning och svar: Förslaget välkomnas.
- 15) Förslag till insats § 5.3.10  
SLMF:s bedömning och svar: Rekrytering bör ske efter kompetens och ta hänsyn till personliga egenskaper. Underrepresenterat kön kan utgöra en merit vid lika kvalifikation.
- 16) Förslag till insats § 5.3.11  
SLMF bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.
- 17) Förslag till insats § 5.4.1  
SLMFS bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.
- 18) Förslag till insats § 5.5.1:  
SLMFs bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.
- 19) Förslag till insats § 5.5.2:  
SLMF:s bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.
- 20) Förslag till insats § 5.5.3  
SLMFs bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.
- 21) Förslag till insats §5.5.4  
SLMFs bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.

22) Förslag till insats § 5.5.5

SLMFs bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.

23) Förslag till insats § 5.6.1

SLMFs bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.

24) Förslag till § 5.6.2

SLMFs bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.

25) Förslag till § 5.6.3

SLMFs bedömning och svar: Förslaget tillstyrkes.

Å SLMF:s vägnar,

Stephanie Mindus

Vice Ordförande och Remissansvarig

**Från:** [Hillevi Susanne Pendleton](#)  
**Till:** [Susann Asplund](#)  
**Ärende:** Remissvar från Läkaresällskapet i Lund (LiL) ang Förslag till Nationell Plan för Hälso- och Sjukvårdens kompetensförsörjning  
**Datum:** den 3 oktober 2024 10:28:27  
**Bilagor:** [image.png](#)

---

Hej!

Förslaget diskuterades på LiLs styrelsemöte 241001 och fördrogs styrelsen av Stefan Lindgren efter att samtliga i styrelsen har fått möjlighet att läsa hela dokumentet innan mötet.

Vi ställer oss bakom samtliga förslag och tycker att det gjorts en noggrann och gedigen genomgång/genomlysning av situationen.

Bästa hälsningar

Hillevi Pendleton  
Ordförande  
Läkaresällskapet i Lund



Svensk förening för glesbygdsmedicins styrelse har tagit del av

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

**(S2023/00256)**

Den beskrivning och de slutsatser som förslaget innehåller är gediget och stämmer i stora delar med vår erfarenhet och verklighet. Något vi särskilt vill instämma i och poängtera är den (otroligt idag 2024!) bristen på översikt och planering för bemanning hos sjukvårdshuvudmännen, i såväl region som kommun.

I de "landsbygd/glesbygds" områden vi verkar i, där förslaget slår fast att 1,6 miljoner invånare ska ha tillgång till jämlik vård, är vakanser t ex på läkarsidan ingalunda 10%, utan betydligt större. Detta givetvis utifrån hur man räknar. Flertalet enheter i de områden vi verkar i har en helt konsultberoende mottagning, det i sin tur påverkar framtiden på ett mycket negativt sätt. En enhet utan anställda specialister har inte möjlighet att handleda framtida kollegor och den negativa spiralen består då AT/ST samt VFU är viktiga rekryteringsgrunder för läkare att överväga ett arbete i landsbygd/glesbygd.

Vi skulle önska - och hoppas att förslagen kan realiseras - dvs. att det blir självklart med statistik över aktuell och framtida situation med bemanning av alla sjukvårdspersonalkategorier, som skiljer ut tätbefolkade områden med utbyggd samhällelig service, tillgängligt kultur- och föreningsliv och tillgång till högre utbildning - för att bara nämna några av hälsans bestämningsfaktorer. Detta för att kunna hävda att det behövs specifik stimulans, att varje vårdgivare som stannar i landsbygd/glesbygd måste få kosta mer genom att det behövs avtal som säkrar fortbildning och kollegialt stöd även om man är den enda i sitt yrke på orten (t ex psykolog, barnmorska, BVC sköterska), seniort stöd även efter avslutad formell utbildning etc.

Om inte staten är tydlig med att denna extra stimulans är nödvändig för att bemanna landsbygd/glesbygd och intar en tydlig ståndpunkt att även glesare befolkade områden ska ha god och kvalitativ vård, så säger huvudmannen alltför ofta att alla tjänster i regionen ska ha samma villkor och där tar flyttplanerna och rekryteringen stopp för någon som skulle vara intresserad av att arbeta i glesbygd. Vi hävdar även att villkoren, kraven och kompetensen är olika och att det i sig har en pull faktor inom professionerna som lockar till ett alternativt yrkesliv i landsbygd/glesbygd. Vi som arbetar i glesbygd har ofta valt det för de förutsättningar som finns där.

Hänvisar till Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

### **5.1.2 Om uppföljning av förslag till insatser**

Insatser som sker för att säkra en jämlik vård i glesbygd/landsbygd bör bedömas med just glesbygdens perspektiv. Jämför "Rural Lens" Kanada [What do you see when you look through the rural lens? : guide to using the rural lens \(publications.gc.ca\)](https://www.healthcanada.gc.ca/what-do-you-see-when-you-look-through-the-rural-lens-guide-to-using-the-rural-lens-publications.gc.ca) eller EU kommissionens [Rural proofing - European Union \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/europa.eu)

Detta att se landsbygdsperspektivet när man genomför en större förändring är särskilt viktigt i förslaget och att ledare och chefer inom organisationen har kännedom och kompetens inom glesbygdens specifika förutsättningar och behov. För en jämlik vård.

### **5.2.1 Stärkt medicinsk kompetens inom kommunal hälso- och sjukvård**

Det är såklart av största vikt att stärka den medicinska kompetensen inom kommunal hälso- och sjukvård där de mest sköra och äldre multisjuka patienterna finns, men det är också av vikt, framförallt på glesbygds- och landsbygdsvårdcentraler, att se över den medicinska kompetensen hos sköterskor och erbjuda och ffa. underlätta för redan befintlig personal att vidareutbilda sig till ASV (Avancerad specialistvårds sköterska).

Här finns också frågan kring vårdens organisation med olika huvudmän, läkare i regional regi och sköterskor i kommunal. Läget kompliceras ytterligare av att det på många håll är olika journalsystem och kommunikation utan tydlig gemensam linje och verksamhetsutveckling. Här tror vi att detta kan lösas på många olika sätt, både konkret för patienten och tekniskt. Detta för att göra överflyttningen mellan regional- och kommunalvård enklare och bättre för patienterna.

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

En ackreditering skulle mycket väl kunna missgynna mindre enheter som behöver vara flexibla utifrån lokala förhållanden även gällande ledningsfunktioner. Det är risk att fokus läggs på checklistor och inte på vårdens kvalitet. Sådana system ska alltid utvecklas i nära samarbete med verksamheten för att inte lägga på ytterligare måsten utan systemet ska underlätta att göra rätt.

### **5.3.1 Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är nödvändigt för en hållbar kompetensförsörjning**

Vi noterar som särskilt positivt att det under "Goda exempel" finns en av våra förebilder i Alaska, Southcentral Foundation. Deras över trettioåriga arbete med att involvera befolkningen i enormt utsatta och avlägsna områden i sin primärvård, att reducera mycket höga siffror för våld i nära relation, överdödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar och skador och samtidigt ha minskat personalomsättning är verkligen något att lära av.

[Our Story - Southcentral Foundation Nuka System of Care \(scfnuka.com\)](https://www.scfnuka.com)

### **5.3.3**

Detta är en självklarhet men inte vårdens verklighet. Det är av yttersta vikt att de digitala verktyg som används inom hälso- och sjukvården är anpassade för de uppgifter som ska genomföras. Som det ser ut nu är dagens verktyg i väldigt stor grad utformade för att underlätta för slutenvård istället för att vara utformade för den primärvård som är första linjens vård. Det måste också finnas system som är utformade för att underlätta mottagningsarbete, administrativt arbete samt kommunal hälso- och sjukvård med inriktning på rond av stora boenden med många fler patienter per grupp än det som slutenvården handhar. Det sistnämnda är något som idag saknas helt inom rådande IT system och framförallt saknas en bra integrering med kommunala system där bristen på översyn och samordning mellan systemen innebär dubbelarbete på många sätt. Mängden administrativt arbete växer också för varje år som går inom hälso- och sjukvården, och AI system för sortering av provsvar, sammanställningar av tidigare medicinskhistorik samt inbyggda stöd för medicinsk diagnostik är något som borde prioriteras mycket högre.

### **5.3.4 Vårdens medarbetare bör i ökad grad ges möjlighet att delta i fortbildning**

Att arbeta i glesbygd ställer ännu högre krav på legitimerade vårddyrken och varje profession verksam i glesbygd bör tillfrågas vilken typ av träning man behöver för att bibehålla kompetens för sällan-händelser samt hela bredden i att alltid vara första instans för befolkningens behov vad gäller hälso- och sjukvård. Dessutom att alltid behöva beakta avstånd och kostnader för patient vid remittering. Som ett exempel har Svensk förening för Glesbygdsmedicin utarbetat en rådgivande målbeskrivning för komplettering för de ST-läkare inom allmänmedicin som vill se en framtid som allmänläkare vid en glesbygdsenhet. Den innehåller stöd för att bredda kompetensen och ger diplomering i glesbygdsmedicin. Från 2008 användes den av Region Västerbotten som rekryterande inslag i utlysande av ST-tjänster. Det har därefter spridit sig över landet. På liknande sätt kan man i kompletterande fortbildning och

vidareutbildning för läkare, sjuksköterskor och övriga professioner behöva ta hänsyn till de speciella förutsättningarna för vårdprofessioner verksamma i glesbygd.

Att det i utbildning och kompetensutveckling även bör ingå perspektivet resursbedömning och en förståelse för det. Det bör inte vara så att läkare eller annan personal ställs inför ett personligt ansvar i de fall där enskilda arbetare tvingas ta beslut baserade på de befintliga resurserna. I just glesbygd blir detta speciellt utsatt och rent konkret kan detta röra sig om att läkare på plats i glesbygd behöver välja mellan sin enda ambulans och egen bil/sjukresa för patienter som i en stad alltid får en ambulans. Därför kan de i praktiken frångår praxis och riktlinjer, med de bästa intentioner, bör det finnas förståelse för. Att då också utbilda kring en förståelse för detta är viktigt för att minska etisk stress och förbättra arbetsmiljön.

#### ***5.5.4 Kostnadsneutralitet för studenter vid VFU***

Vi önskar, med tanke på svårigheter att rekrytera, inte bara att det gäller studenters VFU utan även gäller fortbildningsplatser för läkare t ex AT-, BT-, ST-läkare, för psykologer t ex PPT, för sköterskors påbyggnadsutbildning som distriktssköterska, äldrevårdssköterska. Vi önskar även att det ska finnas ett tydligt underlättande regelverk för att stimulera placeringar i glesbygd med stora svårigheter att besätta tjänster.

Detta borde vara en självklarhet och inte kosta något för vårdpersonalen under utbildning och drabba dennes privatekonomi och tid. Detta är inte realiteten för närvarande och avskräcker flertalet till att ta anställning i mindre befolkade områden. Som exempel så innehåller en ST i Allmänmedicin flertalet sidotjänstgöringar på sjukhus på upp till 15 månader beroende på region. Ofta utgår ingen ersättning för dubbelt boende där det behövs, transportkostnader, flexibilitet för deltid eller andra ersättningar. Detta gör en ST i glesbygd/landsbygd kostsammare för den enskilde än en ST i närheten av ett sjukhus. Vårt förslag är att upprätta en tydlig regel för kompensation i form av glesbygdstillägg för alla professioner för att kompensera för detta.

### ***6.3 Konsekvenser av förslag på insatser gällande personal inom hälso- och sjukvården***

Vi vill återigen betona vikten av att när det gäller nuvarande och framtida kompetensförsörjning i glesbygdsmråden ska åtgärderna granskas genom den Rural Lens som hänvisas till under 5.1.2 ovan.



**Glesbygdsmedicin**

I föreliggande

Förslag till en nationell plan för hälso-och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256) finns en tydlig genomgång av behovet av fortsätta stärka landsbygden, men förutom den med kostnadsneutralitet för VFU för studenter berörs inte landsbygdsproblematiken med kompetensförsörjning specifikt i de 25 punkterna.

Vi föreslår ett nytänk kring rekryteringsfrågan:

Hur ska vi i framtiden bemanna en utbyggd, god och nära, primärvård i **hela** Sverige med en jämlik vård för **hela** befolkningen?



*Gemensamt yttrande från eHälsokommittén och SFMI (Svensk Förening för Medicinsk Informatik), Svenska Läkaresällskapet (SLS).*

## **Förslag nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.**

Nationella Vårdkompetensrådet 2024:2 (S2023/00256)

Vi välkomnar översynen av hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och ger nedan synpunkter på området digitala verktyg.

Vi instämmer i förslaget (5.3.3) att regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva.

Vi saknar dock två viktiga delar i förslaget:

1. För att de digitala verktygen ska kunna vara användarvänliga och effektiva måste de baseras på nationellt överenskomna och evidensbaserade krav. Vi bedömer att förslaget att regioner och kommuner ska säkerställa detta själva som realistiskt. Det behövs hjälp av extern oberoende part såsom akademien.

2. Även om väl fungerande digitala verktyg ska vara lättanvända och intuitiva för att minska eller till och med eliminera tid för utbildning i verktygen behövs i dagsläget grundläggande utbildning inom detta område som faller inom benämningen klinisk informatik.

För att använda de digitala verktygen på ett effektivt sätt men också påverka dess utformning behövs utbildning både under grundutbildning och som vidare- och fortbildning inom alla vårdprofessioner.

Dessutom kan klinikers kunskap om och förståelse för digitala verktyg bidra till att fånga upp behov och initiera utveckling av nya funktioner; detta gäller användning av hälsodata i kontinuerlig monitorering och kvalitetsutveckling av den vård som ges samt den kliniska informatikens betydelse i detta.

Utredningen nämner inte akademins viktiga roll för professionens utbildning i digitala verktyg. I den nya sexåriga läkarutbildningen ingår att behärska digitala verktyg för olika syften. De medicinska fakulteterna har tagit fram en gemensam kursplan med 11 olika delmål men har ingen plan för hur dessa mål uppfylls. Vi har fått signaler från läkarstudenter att undervisning i digitala verktyg är gles. Vi skulle gärna se ett samlat grepp och uppföljning av detta krav i läkarutbildningen.

Under läkares vidareutbildning (ST) måste utbildning i klinisk informatik ingå. Svenska Läkaresällskapet har genomfört flera kurser i klinisk informatik för ST-läkare med det behövs betydligt fler. I *Delad hälsodata – dubbel nytta. Regler för ökad interoperabilitet i hälso- och sjukvården*, SOU 2024:33”.

<https://www.regeringen.se/contentassets/f6d51bcad8bc4f6dbc6bb6fc1cecd56d/sou-2024-33.pdf> har utredaren glädjande nog tagit intryck av eHälsokommitténs synpunkter. Våra aktiviteter och förslag finns bl a med i kapitel 15.1.13 Socialstyrelsen ska främja kompetenshöjande insatser i e-hälsa, informatik och infrastrukturens standarder. Vi efterlyser att även NVKR stöder detta förslag.

2024-10-15

Svenska Läkaresällskapet

Göran Petersson, ordförande, eHälsokommittén

Evalill Nilsson, ordförande, SFMI