Socialutskottets offentliga utfrågning om kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-87541-96-4
Riksdagstryckeriet, Stockholm, 2017

Förord

Socialutskottet anordnade den 6 april 2017 en offentlig utfrågning i riksdagen på temat Tillgången på kvalificerad personal ökar men bristen kvarstår i vården – hur löser vi kompetensförsörjningen i sluten vård och primärvård?

I det följande redovisas programmet med de inbjudna deltagarna och en utskrift av de stenografiska uppteckningar som gjordes vid utfrågningen. De bilder som visades av föredragshållarna under deras presentationer finns med som en bilaga i rapporten.

Program och deltagare

Offentlig utfrågning i socialutskottet

Tillgången på kvalificerad personal ökar men bristen kvarstår i vården – hur löser vi kompetensförsörjningen i sluten vård och primärvård?

Torsdagen den 6 april 2017 kl. 8.30–12.00

Riksdagens förstakammarsal

8.30–8.35	Emma Henriksson, ordförande i socialutskottet, inledning
8.35–8.45	Socialdepartementet Gabriel Wikström, hälso- och sjukvårdsminister Karin Boman Röding, pressekreterare Petra Zetterberg Ferngren, tjänsteman
8.45–8.55	Anna Ingmanson, sekreterare i utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14)
8.55–9.15	Oili Dahl, specialistsjuksköterska intensivvård, med dr, Karolinska universitetssjukhuset Hans Winberg, generalsekreterare, Stiftelsen Leading Health Care Anna Krohwinkel, Stiftelsen Leading Health Care
9.15–9.25	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) Agneta Jöhnk, avdelningsdirektör Anna-Clara Olsson, utredare
9.25–9.35	Vårdföretagarna Inga-Kari Fryklund, förbundsdirektör Karin Liljeblad, näringspolitisk expert
9.35–9.45	Vårdförbundet Lisbeth Löpare Johansson, strategisk chef Johan Larson, vice ordförande Cecilia Sandahl, presschef
9.45–9.55	Sveriges läkarförbund Heidi Stensmyren, förbundsordförande Mattias Eriksson, politisk sekreterare
9.55–10.05	Sveriges yngre läkares förening Jonas Ålebring, ordförande Shervin Vahedi, utredare
10.05–10.25	PAUS

10.25–10.35	Socialstyrelsen Lars-Torsten Larsson, avdelningschef Martin Sparr, enhetschef
10.35–10.55	Länssjukhuset Kalmar Arne Sjöberg, verksamhetschef vid geriatriska kliniken, Bollnäs sjukhus Kina Rubensson, HR-chef Aleris Sjukvård Norra Sverige Henrik Kennedy, kommunikationschef Aleris
10.55–11.15	Tybble vårdcentral Örebro Annsofi Jansson, verksamhetschef Ewa-Lena Sjöberg, områdeschef Region Örebro Län Therese Triumf, kommunikatör Region Örebro Län Christian Törnqvist Sidsjö och Fränsta vårdcentraler, båda i Västernorrland Eva Jaktlund, delägare och verksamhetschef Familjeläkarna Mitt AB
11.15–11.55	Frågor från utskottets ledamöter
11.55–12.00	Anna-Lena Sörenson, vice ordförande i socialutskottet, avslutning
	Deltagare beredda att svara på frågor
	Anna Nergårdh, särskild utredare i Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården (dir. 2017:24) Nina Viberg, utredningens kontaktperson

Offentlig utfrågning

Ordföranden: Jag ber att få öppna dagens offentliga utfrågning i socialutskottet. Mitt namn är Emma Henriksson, och jag är riksdagsledamot för Kristdemokraterna och socialutskottets ordförande. Jag är den som ska försöka lotsa oss igenom denna förmiddag.

Vi ska få lyssna på många intressanta personer som har många olika perspektiv om att tillgången på kvalificerad personal ökar men att bristen kvarstår i vården och om hur vi löser kompetensförsörjningen i sluten vård och primärvård. Detta är som ni förstår något som engagerar många, och det finns kanske inget helt enkelt och givet svar.

En person som har förekommit i många olika roller är Anders Lönnberg. Han tittade in här för en liten stund sedan. För närvarande är han ersättare i riksdagen för Socialdemokraterna. Han sa: När jag började med vård 1978 fanns det 8 300 läkare i Sverige. I dag har Läkarförbundet 50 000 medlemmar. Bara i Stockholms läns landsting finns 9 500 läkare anställda. Från 8 300 i hela landet till 9 500 i Stockholm – det är nog inte bara antalet utbildade läkare som är en utmaning. Vi kommer säkert att komma in på mer om detta under förmiddagen.

Som alltid pågår livet, vilket gör att allt inte alltid blir som man har tänkt sig. Någon har drabbats av det som vi alla ibland drabbas av, nämligen ohälsa, och kommer därför inte att delta utan ersätts av någon annan. Någon annan sitter fast i trafiken, vilket ju kan inträffa på morgonen. Vi kastar om programmet lite grann och börjar med att hälsa Anna Ingmanson välkommen. Hon har varit sekreterare i utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

Hon får äran att i dag inleda och har tio minuter till sitt förfogande. Mitt ansvar är att vara sträng och se till att alla under dagens lopp håller tiden så att vi hinner med allt.

Anna Ingmanson, utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården: Mitt namn är alltså Anna Ingmanson, och till vardags är jag chef för närsjukvården i Stockholms läns landsting. Jag har dock en bakgrund som sekreterare i utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Vi lämnade ifrån oss två betänkanden. Jag kommer framför allt att tala utifrån vårt huvudbetänkande, *Effektiv vård*, som kom i januari förra året.

Vår utredning var ingen specifik kompetensförsörjningsutredning, men om man tittar brett på hela hälso- och sjukvårdens effektivitet, vilket vi gjorde, blir personalens kompetens och kompetensförsörjningen en viktig fråga.

Låt mig väldigt kort sammanfatta innehållet i *Effektiv vård*. Vi tittade på hur det ser ut i den svenska sjukvården i dag. Fokus för oss låg på att studera ineffektivitet. Varför ser det ut som det gör, och vad kan vi göra åt det?

Vad menas då med ”vi”? Utredningen har lämnat många förslag, rekommendationer och vägledande bedömningar som riktar sig till olika nivåer i hälso- och sjukvårdens styrsystem. Många av dessa förslag riktar sig till nationell nivå och några riktar sig till huvudmannanivå. Många förslag kan dock användas direkt på vårdgivarnivå.

Vi i utredningen var noga med att vi inte ville bidra till en dystopisk bild av svensk hälso- och sjukvård, för det har den inte förtjänat. I Sverige har vi en bra hälso- och sjukvård med bra kvalitet, oavsett vad vi tittar på. Akilleshälen handlar mer om hur vi använder resurserna. Om styrkan är de medicinska resultaten och den medicinska kvaliteten är vi lite sämre på organisering av vården.

Jag visar nu en Powerpointbild över andelen personer som har en fast läkare. Kontinuitet är ingen svensk paradgren.

Vi tittade lite på de långa linjerna när det gäller vilken kompetensförsörjning som finns. Hur ser personalmixen ut inom svensk hälso- och sjukvård? Emma tog i inledningen upp hur den långa utvecklingen ser ut vad gäller antalet läkare. På bilden jag nu visar ser vi antalet läkare per capita.

De långa linjerna för sjuksköterskor ser ungefär ut på samma sätt.

På nästa bild ser vi däremot motsvarande trend som går nedåt, och det gäller specialistsjuksköterskor. Detta är ingen följd av något nationellt eller medvetet beslut. Det är inte så att vi som nation har satsat på att vi ska få färre specialistsjuksköterskor. Det här har bara hänt ändå.

För undersköterskor och vårdbiträden är trenden en svag minskning, sett över lång tid.

Vad gäller vårdadministratörer ser vi något intressant på bilden som jag nu visar. I denna kontext handlar det om väldigt vårdnära administratörer, till exempel medicinska sekreterare. Det är personalkategorier som ger service till personalkategorier med högre formell kompetens.

Dessa kategorier har alltså minskat under de senaste tio åren. Man kan då fundera lite: Den administrativa bördan i vården har inte minskat, snarare tvärtom. En slutsats som därmed kan dras är att vi har personal med högre formell kompetens som gör administrativa uppgifter, eftersom sådana personalkategorier har minskat. Detta bedömer vi vara ett ganska stort strukturellt problem.

Naturligtvis spelar inte bara kompetensmixen och kompetensförsörjningen roll för effektiviteten. Många andra saker påverkar möjligheten att använda personalens kompetens på det mest effektiva sättet. Det kan handla om den administrativa bördan, vilket var ett av utredningens huvudfokus. Det finns även undermåliga it-system.

Vidare används inte kompetenser enligt BEON-principen. Vi har en tendens att låta personal med högre formell kompetens göra för enkla arbetsuppgifter. Jag vill även lyfta fram arbetsplatskultur som en viktig påverkan för hälso- och sjukvårdens effektivitet. Vi kan konstatera att dålig arbetsmiljö påverkar möjligheterna att använda personalen och dess kompetens på bästa sätt.

Tungt arbete och brist på variation är något som primärvården ofta framhåller som en viktig faktor som påverkar möjligheten att rekrytera och behålla kompetent personal. Dessutom har naturligtvis ledarskapet stor betydelse.

Vi har även tittat på hur det faktiskt ser ut och hur man hamnar i ett visst läge. Varför ser det ut som det gör? Vi konstaterade att effektivitetsproblemen hänger samman med större strukturella faktorer. Det finns ingen lågt hängande frukt om man ska åtgärda detta. Vi tror heller inte att detta går att åtgärda genom enkla medel. Det handlar i stället mer om strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården och det sätt på vilket både staten och huvudmännen styr.

Vi gjorde en analys av hur staten styr. Vi tyckte då oss se att staten har styrt mycket på detaljnivå med handläggning och administrativa krav men har kanske inte tagit ett systemansvar. Staten riktar mycket av sin styrning direkt mot verksamheter och så att säga ”bypassar” huvudmannanivån. Man kan ifrågasätta om detta är det bästa sättet att styra när det gäller systemeffektiviteten.

Låt oss titta på statens styrning och vad som är karakteristiskt för den juridiska styrningen. Om man strukturerar denna styrning sett över en tioårsperiod ser vi att staten har lagt styrambitionerna mycket på detaljnivå och inte så mycket på strukturnivå.

Vi tyckte i vår slutsats att staten kanske har styrt för mycket på fel nivå. Vi menar inte att staten ska styra mer men kanske styra på en annan nivå och ägna sig mer åt strukturerna inom hälso- och sjukvården med en mer långsiktig strategi för de styråtgärder man vidtar.

I en kontext av kompetensförsörjning, som vi talar om i dag, behöver man på ett annat sätt få ihop huvudmännens styrning med statens styrning. Utredningen lämnade ett förslag om en nationell kommitté för kompetensförsörjning för att ytterligare förstärka arenorna så att de olika styrformerna passar ihop på ett bättre sätt.

Ordföranden: Det börjar utmärkt, både innehållsmässigt och tidsmässigt, vilket är viktigt en dag som denna. Vi går vidare och hälsar hälso- och sjukvårdsminister Gabriel Wikström välkommen. Även han har tio minuter till sitt förfogande.

Statsrådet Gabriel Wikström (S): Jag vill börja med att tacka för initiativet till denna dag om kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. Detta är ett område som regeringen alltsedan regeringsskiftet 2014 har fokuserat på från i princip första stund. Vårt första initiativ på området var att kalla samman alla relevanta aktörer på området för att diskutera hur den nuvarande ansvarsfördelningen ser ut, vilka utmaningar vi står inför och vad vi gemensamt kan göra för att ta oss fram.

Innan jag går in på vad dessa dialogmöten resulterade i och vad regeringen har gjort sedan dess vill jag lyfta blicken något och knyta an till det som Anna

just sa. Svensk hälso- och sjukvård står egentligen inför mycket större utmaningar. Om vi på allvar ska kunna lösa kompetensförsörjningsfrågan behöver vi egentligen genomföra en stor kulturomställning av hela vården.

Vi har ett hälso- och sjukvårdssystem som är anpassat för en annan tid, som är väldigt sjukhustungt jämfört med andra länder och som inte tar till vara patienternas erfarenheter och kunskap i tillräckligt stor utsträckning. Det säger sig självt att ett sådant system inte använder resurserna på det mest effektiva sättet. Om vi på allvar ska kunna göra något åt detta krävs som sagt en genomgripande förändring på alla nivåer. Det kommer inte att räcka med ett enskilt regeringsbeslut, ett enskilt riksdagsbeslut eller ett enskilt beslut på landstingsnivå eller kommunal nivå. Vad som krävs är allt detta sammantaget för att få en förändring av den kultur som genomsyrar hela den svenska hälso- och sjukvården.

Vi kan dock inte bara ha ögonen på det långsiktiga målet, utan vi måste göra saker här och nu för att förbättra både resursutnyttjandet och hela kompetensförsörjningskedjan. Jag tror att de samtal som regeringen kallade till resulterade i en ökad samsyn mellan alla de relevanta aktörerna på området. Detta är inte oviktigt. Svensk hälso- och sjukvård berömmer sig gärna för att vara ett enhetligt system, men i realiteten handlar det mer om en form av nätverk med ett antal olika huvudmän på både lokal och regional nivå. Till det kommer staten som på senare år har tagit ett allt större ansvar för åtminstone delar av hälso- och sjukvårdssystemet.

Till detta ska läggas den svenska kulturen på området. Den bygger på en nära samverkan med fackförbund, professionsföreningar, patient- och brukarföreningar och många ytterligare aktörer. Att börja bygga en samsyn om problemen har varit helt avgörande för att vi skulle kunna komma framåt, och jag tycker att vi har uppnått det.

Regeringens arbete resulterade dessutom ganska snart i att vi presenterade en så kallad professionsmiljard. Det handlar om pengar som går ut som stimulansmedel till landstingen för att framför allt stötta upp på tre områden och se till att förändringar sätts igång på dessa tre områden. Det gäller hur it-stöden och administrationen fungerar, naturligtvis med fokus på att medarbetarnas tid ska frigöras och kunna användas på ett effektivare sätt. Det handlar vidare om hur vi generellt ska kunna använda medarbetarnas kompetens smartare. Dessutom ska pengarna användas till att bidra till att bygga upp stöd för planering av den långsiktiga kompetensförsörjningen. Totalt har som sagt 1 miljard använts till detta.

Dessa pengar har sedan specificerats. Senast i januari ingick vi en överenskommelse med SKL om att vikta 300 miljoner kronor av miljarden till studielön till dem som väljer att utbilda sig till specialistsjuksköterskor. Inom vårdsektorn är det något helt unikt att staten på detta sätt viker pengar som kan gå till lön för den som väljer att vidareutbilda sig. Vad jag har förstått är detta väldigt uppskattat ute i sektorn. Jag tror att detta kommer att bidra till att vi får fler som väljer att utbilda sig till just specialistsjuksköterskor, eftersom de ekonomiska incitamentet nu ökar.

Som ni förstår har vi en blandning av både kortsiktiga och långsiktiga insatser. Till det mer kortsiktiga kan nämnas att vi också har byggt ut sjuksköterske-, specialistsjuksköterske- och barnmorskeutbildningarna. Vi vet att söktrycket är högt till dessa utbildningar, och därför har det varit viktigt att bygga ut antalet platser. Söktrycket är kanske lite lägre när det gäller utbildningen för specialistsjuksköterskor.

Till den mer långsiktiga horisonten hör att vi har gett Socialstyrelsen i uppdrag att se över stödet till landstingens planering av kompetensförsörjningen. Vi har haft ett nationellt planeringsstöd under lång tid. Men vi har fått flera signaler, inte minst inom ramen för kompetensförsörjningssamtalen, på att det inte används i den utsträckning som det skulle behövas. Mycket av den mer långsiktiga planeringen på lokal och regional nivå saknas.

Vi tror att ett moderniserat planeringsstöd skulle innebära att det används i praktiken men framför allt att det tar hänsyn till att vi lever i en föränderlig tid och har en föränderlig sektor. Det räcker inte med att statiskt räkna fram hur många läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter med mera som kommer att behövas om fem, tio eller femton år. I stället behöver vi i större utsträckning ta hänsyn till vad som sker i vår omvärld och inte minst i den medicinska utvecklingen och vilka kompetenser den kommer att kräva inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Dessutom har vi gett ett uppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet, vilket nog kommer att betyda väldigt mycket. Det rör samarbetet på både nationell och regional nivå mellan å ena sidan lärosätena och å andra sidan huvudmännen. Detta kom återkommande upp i kompetensförsörjningssamtalen. Man uppfattade att det fanns brister här. Det handlade bland annat om bristande dialog när lärosätena gjorde förändringar i antalet utbildningsplatser eller huruvida utbildningar över huvud taget skulle finnas kvar. Det kunde också gälla utbildningars innehåll.

Det fanns också brister som handlade om att lärosätena inte fick rätt signaler från huvudmännen vad gäller möjligheten till praktik, tillgången till handledare och samverkan i stort.

Vi tror att man genom att formalisera, eller institutionalisera om man så vill, denna samverkan på både nationell och regional nivå får en möjlighet att kunna föra en dialog om alla de aspekter som är viktiga för att klara av en kompetensförsörjning i praktiken. Exempelvis hoppas jag att det ska bidra till att vi får bort flaskhalsar i form av brist på handledare eller att vi slipper se enskilda lärosäten lägga ned en utbildning på grund av egna ekonomiska eller andra överväganden. Sådant kan påverka en hel sjukvårdsregion och även den nationella kompetensförsörjningen, vilket vi har sett exempel på under de senaste åren.

Socialstyrelsen har gjort ett hästjobb när det gäller validering av utländsk utbildning. Vi såg inte minst under den akuta flyktingkrisen hur handläggningstiderna sköt i höjden. Handläggningstiderna är bara en del av de ledtider som finns när det handlar om att utländsk utbildad arbetskraft ska kunna komma in i vården. Samtidigt är kanske detta lättast att göra någonting åt. Vad

gäller specialistläkare har vi gått från en situation med handläggningstider på uppemot 18 månader till att nu ha kommit ned till i genomsnitt två månader. Socialstyrelsen har gjort ett fantastiskt arbete.

Visserligen har regeringen bidragit med pengar, men det stora arbetet har handlat om att man på myndigheten har lagt om rutiner och arbetssätt samt förbättrat samarbetet med andra relevanta aktörer. Detta har varit den stora bidragande faktorn.

Till den långsiktiga horisonten hör också att vi har gett ett uppdrag att lämna förslag avseende läkares specialisttjänstgöring. Detta uppdrag har Jens Schollin fått. Vi tror att detta är den sista pusselbit som behöver komma på plats för att vi ska kunna få en förändrad läkarutbildning. En förändrad läkarutbildning kommer naturligtvis inte i sig att lösa de problem som vi står inför i dag.

Den kommer säkert heller inte att lösa problemen under de närmaste 10–15 åren, men allt detta kommer att vara oerhört betydelsefullt för hur vi på lång sikt ska kunna förändra svensk hälso- och sjukvård och få en bättre kompetensförsörjning. Kan vi göra det här kommer det att vara en av de största förändringarna av inte bara läkarutbildningen utan också svensk hälso- och sjukvård generellt.

Till detta kan läggas att det just nu förekommer diskussioner utifrån bland annat Stiernstedts utredning *Effektiv vård* om nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer. Vi har också ett arbete igång med det betänkande som kom för ett par veckor sedan och som handlar om äldre. Vi ser nu över om en undersköterskeexamen ska införas. Därtill pågår ytterligare ett antal arbeten.

Tack för möjligheten att få komma hit!

Ordförande: Anna lämnade någon extra minut som nu har använts. Vi fortsätter med några andra perspektiv. Först kommer ett perspektiv från forskningen. Jag lämnar över ordet till Oili Dahl, som är specialistsjuksköterska med inriktning på intensivvård och medicine doktor på Karolinska universitetssjukhuset.

Oili Dahl, Karolinska universitetssjukhuset: Tack för möjligheten att få komma och tala om en så viktig sak som vi behandlar i dag! Jag är för övrigt också ledamot i styrelsen för Svensk sjuksköterskeförening. Till vardags finns jag dock på Karolinska.

Vad vet vi? Ett forskningsprojekt, kallat LUST, har följt närmare 7 000 sjuksköterskestudenter longitudinellt och följt dem från utbildningsåren och minst tre år efter examen. Utifrån detta vet vi att sjuksköterskor är ganska väl utrustade att efter utbildningen klara sitt yrke och sin profession. De möts dock av en hög arbetsbelastning och hög omsättning av personal. Andelen sjuksköterskor som någon gång under de tre första åren upplever höga nivåer av utmattningssyndrom är så hög som 30 procent. 20 procent har tankar om att lämna yrket inom fem år efter examen.

Det handlar om motstridiga och otydliga krav i yrkesrollen. Som nyutexaminerad sjuksköterska får man ta för stort ansvar. Man får axla ett ansvar som egentligen krävs specialsjuksköterskor för. Man har även dåligt stöd. Tyvärr avtar tilltron till att arbeta i team under de tre första åren efter att man påbörjat sin profession.

Vi har ingen kultur för regelbunden återkoppling av uppnådda vårdresultat eller diskussioner med kollegor, vilka skulle kunna stötta sjuksköterskorna. 55 procent använder sig av forskningsresultat i låg eller mycket låg grad efter två år i yrket. Det man har lärt sig i skolan fortsätter man inte med; man fortsätter inte i hög utsträckning att utveckla evidensbaserad omvårdnad efter examination.

För att vända den rådande situationen krävs strategiska förändringar som ger förutsättning för en omvårdnad av hög kvalitet samt möjlighet till professionsutveckling. Man kan inspireras av en modell från USA som heter magnetmodellen med magnet hospitals, vilket är certifierade amerikanska sjukhus. Detta fenomen uppmärksammades på 1980-talet då forskare började titta på sjukhus som låg nära varandra. Man studerade sjukhusens förmåga att rekrytera och behålla välutbildade sjuksköterskor och leverera god omvårdnadskvalitet. Efter det har forskningen om magnet hospitals exploderat.

Jag visar nu en Powerpointbild med en sammanställning av de goda resultat som magnetsjukhus uppvisar. Vi ser att de har minskat personalomsättningen bland sjuksköterskorna. Färre sjuksköterskor har utmattningsdepression på magnetsjukhus. Det är nästan en helt motsatt situation i förhållande till den jag nyss berörde. Kostnaderna har minskat eftersom man anlitar bemanningsföretag i lägre grad. Även operations- och vårdkapaciteten har förbättrats. Vårduppdraget klaras på bättre sätt.

Vi vet ju att sjukvården här i Sverige ständigt får stryka operationer.

Man har en ökad patienttillfredsställelse. Arbetstillfredsställelsen för sjuksköterskor är också högre.

Om man tittar på den nationella patientenkäten ser vi att vi har en bit kvar för att få samma resultat där patienterna medverkar och känner sig delaktiga i vården.

Vad gäller kvaliteten har man på magnetsjukhusen påvisat minskad dödlighet med fler specialistsjuksköterskor. Det förekom ett lägre antal patienter med olika grad av trycksår, fallskador och vårdskador.

Siffrorna för sådant ökar i Sverige. SKL:s studie *Vårdskador. Vad trodde vi då – Vad vet vi nu?* från 2016 visar att andelen vårdskador är dubbelt så hög hos patienter som inte kan vårdas på en enhet där det finns specifik kompetens, vårdplatsbrist och delvis sjuksköterskebrist.

Fem områden är nyckelkomponenter för en organisation som tillämpar magnetmodellen. Nu talar jag ur ett omvårdnadsperspektiv, men detta kan gälla även i andra professioner.

På magnetsjukhus har man mätbara resultat. Man mäter resultat, och det har betydelse. Man mäter strukturprocesser och resultatkriterier och kopplar det till ekonomi. Tonvikten ligger på att mäta omvårdnadens resultat, och man gör det över tid. I detta arbete finns stora likheter med svenskt utvecklings- och förbättringsarbete, särskilt baserat på mätningar av kvalitetsregister. Flera av dessa register saknar dock omvårdnadsindikatorer. Vi saknar också värdebaserade linjer för utfallet för vårdpatienten, alltså vad som är viktigt i vården för patienten.

Ett annat område handlar om personlig utveckling och auktoritet för sjuksköterskor. Man skapar förutsättningar för hög omvårdnadskvalitet men efterfrågar också resultat och skapar stöd och möjlighet för professionsutveckling.

Kärnan i hela magnetmodellen handlar kanske om den högkvalitativa patientnära omvårdnaden. Alla strukturer på magnetsjukhus stöder en struktur, nämligen den viktigaste: patientvården. När det gäller det organisatoriska måste teamet förstå omvårdnadens betydelse för patient och familjer. Sjuksköterskor ansvarar för sin egen yrkesutövning och förväntas att göra det. Sjuksköterskor tillämpar olika modeller för personcentrerad vård och gör systematiska bedömningar av vården. Det finns ingen motsättning i modellen för teamsamverkan, utan här handlar det om att alla professioner bidrar till utvecklingen och till bra vård.

Det finns strukturella fortbildningsprogram för omvårdspersonal och för specialister. Sjuksköterskor har olika roller beroende på yrkeserfarenhet men även utbildningsnivå, och de kan även arbeta mer konsultativt i organisationen.

Självklart förväntas magnetsjukhusen bidra med kunskap, innovation och utveckling av vården. De ska inte bara klara dagen och fixa trasiga system, utan hela tiden ”redesigna” organisationen för att möta morgondagens krav samt implementera vårdvetenskapliga förhållningssätt.

Kanske är ett utvecklande ledarskap det viktigaste. En allvarlig brist i Sverige är att det oftast inte finns omvårdnadskompetens i ledningen av avdelningen eller på enhets- och kliniknivå. Det måste finnas omvårdnadskompetens närvarande i alla beslut som tas när det gäller prioriteringar för att få en helhetssyn på vården och använda resurser på bästa sätt. På magnetsjukhusen är sjuksköterskor med i alla kommittéer, i råd och på ledningsnivå. Det handlar om kunniga, starka och modiga ledare som är närvarande, som kan omvårdnad och som kan leda omvårdnad och stötta i det patientnära arbetet.

Ledarskap har alltid varit en nyckel för en stabil och högkvalitativ organisation. I dag finns en avsaknad av omvårdnadskompetens på många ledningsnivåer när vi talar om vårdens utveckling och hur vi använder resurser på bästa sätt. Detta är delvis en förklaring till det problem vi har med att rekrytera och behålla sjuksköterskor.

Vi behöver skapa en långsiktig plan för livslångt lärande för sjuksköterskor, och då menar jag inte bara högskoleutbildning, utan jag menar forum, kultur, omvårdnad och samtal tillsammans med patienterna. Vi behöver också säkerställa omvårdnadsrepresentationen i alla ledningsnivåer.

Det finns många förslag till kompetensmodeller, men nu behöver de implementeras. För detta behövs ledningens stöd och resurser.

Vi behöver skapa förutsättningar för kollegor som läser vidare eller forskar för att de ska stanna i den patientnära vården. Man ska utveckla vården och man ska handleda yngre kollegor och vara en expert i teamet vid omvårdnad.

Vi behöver utveckla multiprofessionella omvårdnads- och vårdprogram tillsammans med patientmedverkan och implementera kunskapsbaserad vård. För detta krävs det omvårdnadsledare som vet hur man värderar kunskap och evidens, var man hämtar det och hur man implementerar det.

Hans Winberg, Stiftelsen Leading Health Care: Vi står onekligen inför olika utmaningar. Här är några rubriker från pressen under de senaste månaderna – jag skulle kunna ta samma klipp från den senaste veckan.

Det verkar som att vårdplatsbrist och kompetensförsörjningsbrist är skriande akut och som att vi inte har någon ordning på någonting, om man läser i tidningarna. Men vården är mycket bättre än så. Det händer massor med olika bra saker varje dag tack var en mycket kompetent personal, som vi hörde redan i inledningen.

Ett problem är att alla inte riktigt är där de ska vara, och just nu pågår det en parallell utskottsutfrågning i socialförsäkringsutskottet. Den handlar om sjukskrivningar, och det är den andra sidan av det här myntet. Mitt enkla förslag är att ni nästa gång anordnar dessa utfrågningar tillsammans.

Vad är det som gör att det ser ut som det gör i dag? Vad är det för utveckling som har gjort att vi befinner oss i en situation där resurserna, trots att de är utökade, inte räcker till. Personalen går på knäna, slits ut och blir utbränd. Det finns uppenbarligen något fel här.

Ett förslag är att man inte bara ska prata om vårdplatsbrist och kompetensförsörjning. Vi ska kanske titta på strukturerna, som Anna pratade om i inledningen här och som Stiernstedtutredningen föreslår. Vi ska kanske också titta på förutsättningen för att göra ett bra arbete.

Jag tänkte bara dra en kort historia. Vi på Leading Health Care pratar ganska ofta om organisatoriska mellanrum. Leading Health Care är ju en akademisk tankesmedja. Vi bygger på forskning om ledning, styrning, organisering och hur systemet samverkar mellan policyverksamhet och en strategisk ledningsnivå. Vi bygger på forskning om det.

Sahlgrenska består ju av tre olika sajter: Sahlgrenska, Mölndal och Östra. In på Sahlgrenskas akutmottagning kommer Sven. Han har brutit armen, men aj, Sven är på fel ställe. På Sahlgrenska-Sahlgrenska tar man bara hand om traumatiserade patienter. Patienter med en bruten arm ska åka till Mölndal. Sagt och gjort. Sven skickas till Mölndal, men nu råkar han komma dit på en väldigt dålig dag. Utanför ingången till akutmottagningen finns det en liten rondell, och där är det någon som har parkerat en ambulans olyckligtvis med nycklarna i.

I denna ambulans sätter sig en psykotisk och något påtänd man och kör runt med den. Det vill sig inte bättre än att han kör in i den vägg som råkar vara väggen till väntrummet. På andra sidan väggen sitter Sven, och nu är han potentiellt traumatiserad, eller hur?

Då kör vi tillbaka Sven till Sahlgrenska-Sahlgrenska för där tar man hand om traumatiserade patienter. Men Sven är av bättre virke än så. Han har fortfarande en bruten arm, men han är inte traumatiserad i vårdens egentliga mening, vilket innebär att han ska tillbaka till Mölndal.

Nu är det en klok person som bryter mot den här regeln och gipsar armen på Sven och säger att om Sven är traumatiserad beror det på att han hela dagen med en bruten arm har fått åka fram och tillbaka mellan våra sjukhus. Det är möjligtvis en annan typ av traumatisering, men den har vi väldigt dålig organisation för. Då är det psykisk ohälsa som vi pratar om.

Det här är ett exempel på hur det kan se ut när vi ska planera våra organisationer. Man måste komma ihåg att skilja på den typen av kunskap och evidens som gör en viss behandlingsmetod stabil och den typen av kunskap, evidens och forskning som gör att organisationen kan bli stabil för att man ska kunna hantera varierade situationer.

Den modell som från början kommer från militären och som vi har använt under hela industrialiseringsprocessen går ut på en uppdelning i små enheter. Därmed skapar vi gränser mellan dessa enheter för att alla ska ha sitt eget ansvar. Det är väldigt viktigt när man ska definiera ansvaret, och vi hör hela tiden talas om otydliga roller. De måste definieras mer, och ju mer vi definierar, desto otydligare blir samspelet.

Det som händer i kunskapsintensiva tjänsteverksamheter är att man behöver foga samman kompetenser. I sådana patienthistorier som jag berättade här är det ofta så att patienter lever väldigt mycket i dessa mellanrum. Där får man lita till helt andra saker för att koordinera vården än till vården.

Vi måste börja att titta på relationerna. När vi bygger ihop kompetenserna med hjälp av relationer och frågar oss vilka som man behöver för att lösa problemet, då skapar vi relationer, och i de relationerna kan man lösa väldigt många problem.

För att undvika organisatoriska mellanrum har vi en väldigt stor innovations- och förnyelsepotential. Men den kräver att vi tänker om. Den kräver också att vi går från att bara fostra rollkultur till att också fostra relationskultur. Jag ska ta upp ett alldeles färskt exempel från ett forskningsprojekt som vi har.

I Skåne ville man flytta ut lymfödempatienterna från sjukhuset. Det är 200 patienter som har behandlats i Lund. Man gjorde en utredning och såg att det fanns folk som man inte behövde ha inom den kliniken. Sedan bestämde man sig för att flytta dessa patienter till primärvården. Sagt och gjort. Patienterna blev tillsagda och kom sedan och knackade på i primärvården. Där sa man:

– Va, är du här? Du har ju alltid varit på sjukhus.
– Ja, men nu har de skickat mig hit.
– Va? Har de?

Det är ett enkelt exempel på ett mellanrum som är fullständigt onödigt och som löses med ett telefonsamtal och med ett möte med några från primärvårdsstaben som säger att man funderar på att flytta 200 patienter i hela Skåne. Det är inte någon big deal, men om man inte berättar hamnar man i mellanrummet, och det är alltid patienterna som hamnar där.

Det kan vara bra att se vilka olika patienter som man har. Här pratar vi väldigt mycket om slutenvård, öppen specialistvård och primärvård. Det finns en massa gamla hierarkier i vårt system som dessutom Socialstyrelsen har bestämt. Det håller inte längre. Det är fel på den strukturen. Den fungerar inte.

I ett forskningsprojekt i Skåne, där exemplet kommer ifrån, försökte man flytta vården till rätt vårdnivå, och det rasar ihop när man hade den enkla logiken varenda gång. Nu har vi lagt ned dessa projekt, men vi har tagit vara på lärdomarna – ett misslyckat projekt kan också vara väldigt lärorikt – och började om på ett annat sätt. Den boken kom för en månad sedan och kan läsas på Leading Health Cares hemsida. Den har titeln *Från flytt till förändring*.

En viktig sak att titta på är hur det ser ut. Vissa saker som vi gör i vården är faktiskt stabiliserade. Vi har ganska bra koll och vi vet hur det ska vara. Det är så som vi har organiserat vår vård. Man kommer till en silo. När man kan göra allt inom den silon blir allting fantastiskt bra. Det har tagit oss till världsklass när det gäller vård, medicinska resultat, befolkningens hälsa och kostnader.

Men nu visar det sig att det kommer andra patienter. Vi har blivit så specialiserade att olika saker behöver kopplas ihop.

Det kallas för lean. Det senaste modeordet är värdebaserad vård som innebär ett flödestänkande. Det är det som är revolutionerande i vården, att man tänker på patienten. Det är inte lika revolutionerande för oss andra.

Det funkar jättebra när det passar till det som vi ska göra. Men sedan har vi kroniker och multisjuka äldre. Tre procent av patienterna behöver 50 procent av resurserna, som också Göran konstaterade i sin utredning. Dem har vi ingen organisation för. Där krävs det helt andra saker. Där kommer det in faktorer som livsstil, social situation och en massa olika störande variabler för vårt vanliga sätt att tänka, och dem måste vi ta tag i.

Det blir lite läskigt med trådlös teknologi om alla våra modeller handlar om att man ska sitta på en tråd. Ungefär här behövs det en stor mental omsvängning. Bara för att vara tydlig vill jag säga: Jag vet att det är väldigt jobbigt att jobba ute i vården i dag. Vi har en struktur som inte passar för arbetssätten, och det sliter otroligt mycket. Det sliter stressmässigt och samvetsstressigt eftersom man vet att man inte gör rätt. Men det är inget resursproblem, det är ett organiseringsproblem.

Agneta Jöhnk, Sveriges Kommuner och Landsting: Jag är ansvarig för arbetsgivarfrågor på SKL. Tack för att vi blev inbjudna. Det här verkar att bli en jättespännande förmiddag.

I dag har vi svårt att hitta utbildad personal till flera av våra välfärdsyrken. Eftersom välfärden hela tiden behöver utvecklas behöver vi medarbetare med nya kompetenser. Digitaliseringen, nya metoder och arbetssätt ställer andra krav på utbildningarna.

Om man ska ha ett längre arbetsliv kommer det inte att räcka med att utbilda sig en gång för alla i unga år för ett helt yrkesliv. Det här ställer stora krav på utbildningssystemet.

För att möta rekryteringsbehoven måste kommuner, landsting och regioner tillsammans med staten bygga och trygga kompetensförsörjningen i välfärden.

Rekryteringsläget är problematiskt. Demografin är en utmaning. Vi som arbetsgivare på Kommuner och Landsting kan göra väldigt mycket själva. Man kan jobba mer, jobba längre, använda ny teknik, men vi behöver också tillsammans med arbetsmarknadens parter och staten hitta lösningar.

Staten måste också ta sitt ansvar för kompetensförsörjning. Väldigt mycket av det som har gjorts under de senaste åren är bra. Jag tänker på det som ministern nämnde om professionsmiljarden, dialoger och andra satsningar.

Vi har frågat kommuner och främst landsting hur det ser ut med tillgången. Men trots att det är svårt att rekrytera lyckades man anställa totalt 1 300 fler än året innan. Då handlar det mest om undersköterskor. Den kurva som Anna visade här för ett tag sedan har nu börjat att vända uppåt när det gäller undersköterskor. Det är också 500 fler läkare än det var året innan. Dock minskar antalet sjuksköterskor.

Då kommer vi in på kompetensmix, men jag tänkte återkomma till det.

SKL har tittat på hur tillgången ser ut. Alla landsting uppger att det är svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor. Åtta av tio landsting tycker att det är svårt att rekrytera grundutbildade sjuksköterskor. Sökandetrycket till sjuksköterskeutbildningen är ändå stort. Det behövs ännu fler utbildningsplatser än den utökning som hittills har skett. Det gäller även specialistutbildningar, och där gör vi nu en satsning.

Samtliga landsting betalar i dag någon form av utbildningsförmån med utbildningslön eller med det som finns i professionsmiljarden. I vissa fall betalar man även utbildningsplatser.

Vad kan vi då göra för att lösa rekryteringsutmaningarna? Kloka arbetsgivare ligger steget före och utvecklar nya arbetssätt som kommer både brukare och medarbetare till gagn. Många har börjat att se över arbetsorganisationen och identifiera arbetsuppgifter som kan utföras av andra kompetenser. Exempelvis kan fler undersköterskor avlasta sjuksköterskor. Fler vårdadministratörer kan avlasta läkare och sjuksköterskor. Införandet av vårdnära tjänster kan avlasta undersköterskor.

En konsekvens blir då att man får använda sin kompetens till uppgifter som man har utbildat sig för och som inte kan utföras av andra.

Vi har tagit fram nio strategier som handlar om vad vi som arbetsgivare själva kan göra. Här handlar det väldigt mycket om att orka jobba längre och att kunna jobba mer, men det handlar också om att utnyttja teknik. Det underlättar lönekarriär och visar vilka karriärmöjligheter som finns.

Vi har också tagit fram en ny rapport som jag tänkte dela ut till er i dag. Den handlar om utbildning för framtidens välfärd och om statens roll - förstås i samarbete med oss – i kompetensförsörjningen. Här fokuserar vi på sex områden. Vår förhoppning är att den här rapporten ska utgöra ett underlag för dialog och ökad samsyn. Jag har med mig några ex, så jag hoppas att alla ledamöter kan få varsitt.

Vi behöver fler utbildningsplatser på fler ställen. Välfärdsjobben finns i hela Sverige, och då behövs det möjlighet att studera till dem på fler ställen. Därtill behövs också möjligheter till fjärr- och distansundervisning.

Ministern nämnde att det skulle behövas mer samarbete, och det tycker jag är väldigt bra. Vi behöver en bättre statistik regionalt och nationellt över prognoser för arbetslivets behov. Över huvud taget ska statistiken vara av sådan kvalitet att den kan ligga till grund för dimensionering av utbildningsplatser.

Fjärrutbildning finns bland annat i Lycksele. Där finns det sedan 2000 en sjuksköterskeutbildning som är otroligt lyckad. Flera av dem som har gått den uttrycker att de aldrig skulle ha kunnat gå en sjuksköterskeutbildning om den inte var nätburen och om man inte kunde ha bott kvar i sin hemstad och ändå studera. Detta är någonting som staten verkligen måste börja att fundera ännu mer på, att ge universiteten sådana uppdrag.

Vi har som arbetsgivare tyvärr också dåliga erfarenheter. Det finns ett skriande behov av tandhygienister och BMA. Då har man lagt ned de utbildningarna i Karlstad. I Katrineholm lade man ned sjuksköterskeutbildningen trots att den var full. I Umeå har man starka funderingar på den centraliserade läkarutbildningen som gynnar kompetensutbildning i glesbygd, men som är hotad eftersom universitetet tycker att den är för dyr.

Sedan ska man anpassa utbildningarnas innehåll efter arbetslivets behov, främja nära samarbete mellan utbildningsanordnarna och arbetsgivarna. Jag tror att den forskning som vi har varit med att finansiera beskriver vikten av att man har mycket praktik medan man studerar.

När man kommer ut som sjuksköterska får vi satsa cirka ett år för att man ska vara helt fullärd som sjuksköterska. Det innebär att utbildningen och arbetslivet skulle behöva ta mycket större gemensamma tag för att utveckla utbildningen och anpassa den till arbetslivet.

Vi har väldigt många praktikplatser. När jag jobbade i Stockholms läns landsting räknade vi ut att vi hade 80 000 praktikveckor per år. Allt detta behöver samordnas. Vi har duktiga handledare, men vi skulle behöva att jobba ännu mer med den delen tillsammans med universiteten. Vi behöver även utvärdera utbildningarna och modernisera dem.

Sedan handlar det om att samordna utbildning och arbetsmarknadspolitik. Även här handlar det om utbildningsträngseln. Vi ska ta emot elever från gymnasiet till sjuksköterskeutbildningarna och läkarutbildningarna. Det handlar om att man ska ha en bättre planering.

Sedan handlar det också om det livslånga lärandet, det vill säga att man ska ha flera vägar till välfärdsjobben, öka möjligheterna att studera parallellt när

man jobbar, utveckla distansutbildning, styra upp behörighetskraven på utbildningarna och ha ett mer flexibelt studiestödssystem. Det är några av de viktigaste sakerna för att man ska kunna ha ett livslångt lärande.

Av våra medarbetare är 80 procent kvinnor. Vi är glada för den kompetensen, men vi skulle nog vinna mycket på att bredda rekryteringen. Det handlar om att regeringen behöver ge sina lärosäten i uppdrag att bredda rekryteringen avseende kön inom utbildningar med stod snedfördelning.

Studie- och yrkesvägledare måste också ha en större medvetenhet. Både Skolverket och UHR skulle kunna få i uppdrag att höja kompetensen hos studie- och yrkesvägledarna gällande genusmedvetna val.

När det gäller nyanländas kompetens handlar det om att individualisera etableringstiden. Vi hörde av ministern att snabbspåren går väldigt bra, och det är mycket tack vare det goda samarbetet med Socialstyrelsen.

Avslutningsvis: Vi kan göra mycket själva, men vi måste göra saker gemensamt.

Inga-Kari Fryklund, Vårdföretagarna: Vi är också väldigt glada över att få komma hit. Det här är otroligt viktiga frågor som vi måste lösa tillsammans. Jag tror att alla parter behövs för att man ska kunna lösa dessa frågor.

Vi är en arbetsgivarorganisation vilket innebär att vi sluter kollektivavtal. Alla våra medlemsföretag – ungefär 2 000 – har kollektivavtal och ca 100 000 årsanställda. Inom hälso- och sjukvården har vi drygt 500 medlemsföretag, allt från små till stora företag, allt från icke vinstdrivande till vinstdrivande företag. Det är alltså hela spektrumet som är medlemmar hos oss. Inom hälso- och sjukvården är det främst primärvård och öppen specialistvård som är medlemmar. Det är få verksamheter som har slutenvård.

Jag kan instämma i mycket av det som har sagts här tidigare, i synnerhet det som SKL nämnde. Men jag tänkte att ta ett lite annat perspektiv med tanke på de företag som jag representerar för att visa hur den sektorn bidrar på det här området.

Både de privata och offentliga arbetsgivarna står inför utmaningen att säkra att det finns attraktiva arbetsplatser som gör att folk vill stanna, jobba där och söka sig till sådana utbildningar.

Privata arbetsgivare har oftast haft lite lättare att rekrytera, men även vi får signaler nu att det kärvar på flera håll. Vi har fått signaler från våra medlemmar om att det är svårare inom sjuksköterskeområdet. Men det tycks ändå som att de privata vårdgivarna i vissa avseenden har lättare att rekrytera och har en stabilare personalbemanning.

SNS har i forskningsstudie bedömt kvaliteten på styrningen inom ett antal verksamheter. Man har tittat på vårdcentralen och bedömt det som man kallar för managementkvalitet. Enligt den här studien har de privat drivna vårdcentraler något högre lednings- och styrningskvalitet än de offentligt drivna vårdcentralerna. Man har tittat på olika faktorer, men den största skillnaden avser hur man hanterar personalfrågor.

De privat driva vårdcentralerna lyckas i högre grad attrahera och behålla duktig och kunnig personal i sin verksamhet. Det är naturligtvis en viktig del. Vi vet att det finns en brist på allmänläkare, och det är ju otroligt allvarligt med tanke på att – som det är organiserat i dag – det är en basverksamhet inom hälso- och sjukvården.

Läkarförbundet har gjort olika undersökningar bland sina medlemmar. Man har tittat på hur det ser ut inom primärvården och med bemanningen. Det är åtta av tio läkare på privat drivna vårdcentraler som säger att alla läkartjänster är besatta. Men på den landstingsdrivna primärvården är drygt hälften av vårdcentralerna bemannande med läkare. Det är naturligtvis jätteviktigt att tjänsterna är besatta. Om man inte lyckas med det ökar ju trycket på övrig personal.

När det gäller styrning och ledning finns det lite olika undersökningar. Det finns något som heter Jobbhälsobarometern där man frågar de anställda bland annat hur de uppfattar ledaregenskaperna hos sin chef. Siffran ligger runt 40 procent, men den är lite högre hos privata vårdföretag.

Man kan tycka att dessa siffror ser ganska låga ut, men jämfört med övriga arbetsmarknaden ligger man runt 40 procent, alltså i paritet med vad som gäller för landstingen. Inom de privata enheterna uppfattas cheferna att de är bättre på att leda och styra sin verksamhet. Det är en viktig faktor för att man ska kunna behålla sin personal.

Vad kan det finnas för förklaringar? Som jag tidigare har sagt tycks man att vara lite bättre på ledning och styrning, i synnerhet när det gäller att hantera personalfrågor.

För ett litet vårdföretag handlar det om överlevnad. Det är grunden att man har personal som kan utföra viktiga uppgifter. Därför måste man jobba med personalfrågor. Annars överlever man inte. Det som gäller är att leva eller dö, både för patienter och för företaget.

Många söker sig till privata vårdgivare därför att man vill ha närhet till arbetsledare och chefer. Man vill kunna påverka, se beslutsvägar och kännas att det finns möjlighet att få ett beslut. Många säger att det är väldigt nära till närmaste chef. Det är någonting som vi inom den privata vården och omsorgen ofta får höra. Många säger att det finns en skillnad och att man kan påverka sitt jobb.

I en del av verksamheterna där personalen går in som delägare innebär det att man kan få ett ökat inflytande och ett ökat ansvar, men den kombinationen uppskattas av många. Det är också tydligt vem som är ansvarig för vad. Vi kommer senare att få höra några av våra medlemsföretag som pekar på att detta kan vara en del i att man lyckas.

Vad har vi för rekommendationer? Vilka medskick vill vi göra? De privata vårdgivarna är en viktig del av det svenska sjukvårdssystemet. Det är ett misstag att se dessa vårdgivare som underleverantörer. Jag tänker på det som Hans nämnde här, att vi måste se varandra som parter, att man är en del av ett system och att man måste prata med varandra för att hitta lösningar.

I dag ses man många gånger som en underleverantör som befinner sig någon annanstans. Men de privata vårdgivarna både vill och kan vara med och utveckla vården, och då måste man hitta de formerna. Man måste bli partner.

Det här kan vi se inom andra delar. Många gillar inte när man jämför vården med annan industri, men det är den här utvecklingen som sker i många andra delar av industrin – man har gått från att vara underleverantör till att bli partner och arbeta i nätverk.

Som jag nämnde tycks de privata vårdgivarna i lite olika avseenden ha bättre resultat än den landstingsdrivna vården när det gäller att attrahera och behålla kompetens i vården. Därför är det helt bakvänt att nu försöka sätta käppar i hjulet och stoppa de privata vårdgivarna från att kunna finnas med och påverka. Vi måste ta till vara det positiva som finns där och inte stänga ute den delen.

Det är viktigt att kunna välja och inte minst kunna välja bort, inte bara för patienten, utan även för medarbetare. Det måste finnas alternativa arbetsplatser. Man kanske passar och trivs på en arbetsplats men inte på en annan. Det är det är vi måste ta till vara på ett bra sätt. Skulle det förslag om vinstbegränsningar som nu ligger på regeringens bord sättas i verket skulle det få allvarliga konsekvenser för utvecklingen av den svenska sjukvården. Det är vi helt övertygade om.

Ett annat problem som våra medlemsföretag brottas med är att landstingen inte behandlar sin landstingsdrivna vård och privata vårdgivare lika. Där kan ett exempel där vi nu får lite oroande signaler vara de här kompetenssatsningarna som görs. Det är staten som går in med kompetenssatsningar, och landstingen måste ta sitt huvudmannaansvar och säkra att de kan komma hela sektorn till del. Där får vi signaler om att det inte fungerar, och vi har sett i andra sammanhang inom äldreomsorgen och liknande att man har gjort satsningar som inte kommit alla till del. Det är inte så det är tänkt. Det är en viktig del.

Vad tycker vi då? Som jag visade tidigare är personalbemanningen i vissa fall något mer stabil hos privata vårdgivare. Vi måste hitta de här möjligheterna till utveckling, och vi tycker att det är viktigt att se att även de privata vårdgivarna kan vara en del av utbildningsuppdraget. De både vill och kan ta en roll där. Men det finns vissa speciella förtecken man måste tänka på då. Man måste ha ersättningssystem som täcker det här – man måste se det som ett uppdrag att leda utbildning också. Det är ett dubbelt uppdrag. Man ska utföra vård, men man ska även utföra utbildningsuppdraget. Det vill vi trycka på.

En annan del som har varit uppe här tidigare och som jag snabbt vill nämna är att man inte är färdigutbildad när man kommer ut från utbildningen. Det kanske inte är tanken heller. Men många säger nu att man inte är redo för att möta patienterna. Vi tycker att det är väldigt allvarligt om de som är utbildade inte känner sig redo för patienterna. Det kan också påverka de anställda, så att man känner att det blir för tufft när man kommer ut i vården.

Jag tycker att vi måste göra det här tillsammans. Både de privata och de offentliga måste bli mer generösa när det gäller inställningen till att kunna

kombinera olika former av anställningar och uppdrag. Det tror vi är en viktig del för att kunna lägga det här pusslet.

Sist men inte minst får vi inte glömma det här med infrastrukturen runt digitaliseringen. Vi måste se till att vi har stöd där. Vi måste ta ett jättekliv framåt. Vi måste använda personalens resurser på rätt sätt. Det gör vi inte i dag, och då behöver det här klivet tas. Det är otroligt viktigt.

Ordföranden: Då går vi från arbetsgivarna till att lyssna på företrädare för några av de viktiga professioner som finns i vården.

Johan Larson, Vårdförbundet: Tack så mycket för inbjudan till denna offentliga utfrågning i socialutskottet! Jag är vice ordförande i Vårdförbundet. Jag har också med mig Lisbeth Löpare Johansson, som är vårdstrateg i förbundet.

Vårdförbundets yrken – barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor – är livsviktiga för Sveriges invånare. Vi legitimerade har också ett samhällsuppdrag som bygger på principen om alla människors lika värde. Kompetensförsörjningen av våra yrken har avgörande betydelse för hur vården fungerar.

Hur ser det då ut? Många hänvisar till att det aldrig har funnits så många läkare och sjuksköterskor i Sverige som nu. Men det ställs inte i relation till vare sig befolkningsökningen eller att fördelningen av kompetensen förändrats dramatiskt under 20 år. Vården har dessutom förändrats ordentligt.

Sverige har ett mindre antal sjuksköterskor per capita än våra nordiska grannländer och Tyskland. Tittar vi på antalet sjuksköterskor kontra läkare ser vi att Sverige också avviker ordentligt. Det är stora skillnader mellan Sverige och övriga nordiska länder.

Vad gör det här då för skillnad i praktiken? En studie visar på vikten av sjuksköterskors utbildningsnivå såväl som arbetsbelastningen. Forskningen visar att sparåtgärder som utgår från att minska andelen legitimerade sjuksköterskor på akutsjukhusen bör tänkas över. De åtgärderna är inte särskilt smarta. Man skulle kunna säga att experimenterande med antalet och andelen sjuksköterskor är som att spela rysk roulett. Det är bara det att man gör det med andras liv än sitt eget.

Den här studien betyder till exempel att på sjukhus där 60 procent av sjuksköterskorna har motsvarande kandidatexamen och varje sjuksköterska ansvarar för i genomsnitt sex patienter är risken att patienterna avlider efter ett vanligt kirurgiskt ingrepp närmare en tredjedel lägre jämfört med sjukhus med hälften så många högutbildade sjuksköterskor där varje sjuksköterska ansvarar för i genomsnitt åtta patienter. Studien omfattar 422 730 patienter på 300 sjukhus i nio europeiska länder. Ni som gillar mer grafik kan kanske förstå det bättre på bilden jag visar. Varje sjuksköterska på sjukhus ett har sex patienter. Ni ser ungefär andelen sjuksköterskor också. Där har vi alltså en tredjedel lägre förväntad dödlighet. Det här gäller för patienter som genomgått vanliga

kirurgiska ingrepp med låg förväntad dödlighet – man kommer för vård och tänker att det ska gå bra, men det går inte alltid bra.

Den här bilden har ni sett förut: specialistsjuksköterskor per 1 000 invånare. Men det är inte bara antalet utan även andelen specialistutbildade sjuksköterskor som har minskat. Den har minskat med ca 20 procent de senaste 20 åren. Den inklippta kurvan som ni ser är förväntningen fram till ungefär 2020. Det här är väldigt svårt att utbilda bort, kan man säga. Inom psykiatrin sjönk under perioden 1995–2014 antalet specialistutbildade med 1 300.

Hur ser då villkoren ut i vården? Det här har ju nämnts tidigare. Omsättningen av sjuksköterskor är ett stort problem. Många byter jobb, framför allt inom organisationen, och en del lämnar vårdyrket. Försäkringskassan har visat att barnmorskor och sjuksköterskor tillhör de grupper som har de största bristerna vad gäller psykosocial arbetsmiljö. Det ser ni på bilden jag visar längst upp till höger. Sjuksköterskor har vidare högst relativ risk att drabbas av sjukskrivningar på grund av psykiska diagnoser, exempelvis stress eller utmattningsdepressioner.

I början av 2000-talet hade lite drygt 2 000 sjuksköterskor sökt och fått legitimation för att kunna jobba i Norge. I dag är det ungefär 24 000.

Vad kan vi då göra? Vi kräver jämställda löner. Undervärderingen av kvinnodominerade yrken i främst offentlig sektor måste få ett slut. Man ska värderas utifrån sin utbildning, inte utifrån kön och bransch. Jag träffade förra veckan ett antal gruvarbetare. Jag ställde frågan vad som skulle få dem att börja jobba i vården, att göra det här otraditionella valet. Jag hade kanske förväntat mig att de skulle säga någonting om att de överlåter det där åt kvinnorna eller något sådant, men de svarade bara på frågan. Det handlade om lönen och om arbetstider. Då kan även en gruvarbetare tänka sig att jobba i vården.

Jag kan dra en parallell – man behöver inte gå längre än till sin egen familj. Min äldsta dotter är brandingenjör med tre och ett halvt års högskoleutbildning. Redan som nyanställd fick hon lika mycket lön som sin mor, som har över 30 års erfarenhet inom sjukvården och är intensivvårdssjuksköterska med fyra års högskoleutbildning. Nu har hon jobbat som brandingenjör ett år och tjänar ungefär 3 000 mer än sin mor.

En god arbetsmiljö är en del av det vi menar är en hälsosam vårdmiljö. Här värnar vi både vår egen hälsa och förutsättningarna för att uppnå en god och säker vård. I en hälsosam vårdmiljö tar man vara på både vårdtagarens behov och våra behov. Sedan har vi arbetstiderna. Hälsosamma arbetstider med möjlighet till vila och återhämtning mellan arbetspassen är en nödvändig förutsättning för att man ska kunna göra ett bra jobb och arbeta patientsäkert. Men sedan har vi också en till del, som handlar om att vi ska bidra till vårdens utveckling.

Svensk vård behöver ställa om. Det är lätt att förstå de utmaningar som vården står inför. Allt fler blir allt äldre, och antalet personer som lever med långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar ökar. Samtidigt blir andelen yrkesverksamma färre, och vår gemensamma budget för vård står under ökat tryck. Om vi ska kunna ge en vård av hög kvalitet till alla måste vi tänka om.

För sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor är det viktigt att vården är en modern organisation att jobba i, där teamarbeten, utveckling och möjligheten att göra ett gott jobb värderas högt. Om vi fortsätter att göra som vi alltid har gjort får vi det resultat vi alltid har fått. Det är inte hållbart ur något perspektiv och spelar stor roll för kompetensförsörjningen av våra yrken.

Vi vill se en personcentrerad vård. Vårdförbundet ser det som särskilt viktigt att lägga kraft på att planera hälsofrämjande insatser och en sammanhållen vård för de personer som har de största vårdbehoven – personer med multisjuklighet, långvarig sjukdom eller omfattande funktionsnedsättning. Det är dessa personer som den traditionella vården ofta sviker.

Vi måste också prata om kommunerna som stora vårdhuvudmän. I inbjudan hit till exempel handlar det om kompetensförsörjningen i primärvård och slutenvård. Vi måste ta ett helhetsgrepp. Den kommunala vården ökar i omfattning och betydelse. Antalet äldre blir allt fler, och vi lever allt längre. Vi bor kvar hemma allt längre. Mer avancerad vård utförs i hemmen. Men kompetensen har inte följt med. Bara 1,8 procent av specialistsjuksköterskorna har en inriktning mot vård av äldre. Många distriktssköterskor har gått eller är på väg att gå i pension. Antalet sjuksköterskor har minskat under den senaste 20-årsperioden.

Dagens utbildningar håller generellt hög klass, men där det utbildas jobbar man också efter utbildningen, och det innebär att verksamhetsförlagda utbildningar måste ske i primärvården och i den kommunala hälso- och sjukvården. Mer interprofessionellt lärande mellan yrkesgrupperna behövs under studierna. Jag kan inte nog understryka hur viktigt det är med specialistutbildning för biomedicinska analytiker. Vi behöver också samma sak för röntgensjuksköterskor.

Vi föreslår en strukturerad yrkesintroduktion på nio till tolv månader. Vi föreslår också att specialistutbildningen ska ske inom ramen för anställning och kollektivavtal. Dessutom behöver huvudmännens ansvar för att inrätta utbildningsanställningar lagregleras. Vi kan inte ha vilda västern längre. Slutligen: 8 av 15 yrken med högt rekryteringsbehov tillhör Vårdförbundets professioner.

Ordföranden: Jag ger ordet till Sveriges läkarförbunds förbundsordförande.

Heidi Stensmyren, Sveriges läkarförbund: Jag tackar så mycket för inbjudan och initiativet, som är mycket bra. Som föregående talare har visat är problematiken mångfasetterad. Det handlar om utbildning – dimensionering av våra universitet och högskolor och andra utbildningar. Det handlar om arbetsmarknad. Det handlar om organisation. Jag kommer att belysa några frågor.

Som ministern tidigare sa behövs det sannolikt stora strukturella förändringar. Men på vägen dit och före de strukturella förändringarna finns det en rad delmoment som behöver göras.

Läkarbrist är ett relativt begrepp. Som flera har visat tidigare har vi ökat antalet läkare och sjuksköterskor. Vi har fler än någonsin i Sverige i dag. Men vi har bara en total numerär bild på en stor homogen massa. Så är det inte riktigt; den här massan måste delas upp i segment. Som mina kollegor inom Saco som tillhör Försvarsmakten brukar säga: Utan spaning ingen aning. Det stämmer. Har man bara en totalbild men ingen uppdelning på segment har man heller inga styrinstrument för att göra riktade insatser.

I dag utexamineras fler läkare än någonsin. Det är bra. Där har Sverige gjort insatser. Vi har bekymmer med handledarkapaciteten på utbildningarna. Läkare arbetar mer än normalarbetstid på svensk arbetsmarknad. Vi har alltså ingen generell läkarbrist, men en stor brist på vissa specialister.

I tidigare tabeller delar man upp sjuksköterskor i till exempel sjuksköterskor med specialistutbildning, sjuksköterskor som har vidareutbildat sig till barnmorskor och så vidare, medan läkare ligger som en homogen grupp. Det Sverige saknar är exempelvis allmänläkare. Vad vi ser är att vi står inför stora pensionsavgångar där, så vi kommer att få större bekymmer, och då ska man se det i perspektivet att Sverige har satsat på primärvården i 40 år men ingenting har hänt.

Problem kommer att drabba till exempel cancervården. Vi har redan problem med brist på patologer. Vi har brist på skolläkare exempelvis. I dag har man i Eksjö jätteproblem med att hålla igång verksamheten, för det saknas anestesiologer. Här har vi alltså problem, och vi behöver en mer diversifierad statistik på nationell nivå. Under åren 2008–2013 ökade antalet läkare med 15 procent, men antalet specialister sjönk. Jag flaggar alltså för stora problem framöver. Vi har också stora pensionsavgångar.

Tittar man på vad som är den nära vården som befolkningen ska ha och vad som också är kostnadseffektivt handlar det om att erbjuda primärvård till befolkningen. Där befolkningen anser att den har en god tillgång till vård finns det en väl utbyggd primärvård. I Sverige ligger vi dåligt till. Vi har få allmänläkare relativt den totala andelen läkare. 16 procent av läkarna i Sverige är specialister i allmänmedicin.

Sverige har problem med patienternas tillgång till en egen läkare och möjlighet att träffa sin läkare. Sverige har problem med tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Sverige ligger lågt. Det är bara 64 procent av patienterna som anser att de har en fast läkarkontakt. Vi kommer att spalta ned det ytterligare lite, för i Sverige listar vi oss på hus. Vi kanske inte alltid tittar på om det finns någon fast anställd personal. Men vi måste kunna titta på möjligheten till kontinuitet i vården och möjligheten att återkomma till samma läkare, så att man som patient slipper dra sin sjukdomshistoria varje gång. Tittar man lite bättre på statistiken ser man att det enbart är 42 procent som har en fast läkarkontakt som de är listade på. Då ska man titta över gränsen till Norge, där den populäraste reformen de senaste åren varit just fastläkarreformen.

Vi anser att det behövs en politisk utfästelse som säger att vi ska ha en fullt utbyggd primärvård till hela Sveriges befolkning. Detta måste man sätta politiskt. Sedan handlar det om att åstadkomma det också. Vi anser att man ska få

listning på läkare i stället för listning på hus. Det handlar om att allmänläkaren ska kunna känna sina patienter, ta tillbaka sina patienter och ta det medicinska ansvaret. Som vi hörde från tidigare talare handlar det också om att öka incitamenten för fler småskaliga professionsdrivna vårdcentraler. Vi vet att de som driftas småskaligt och driftas av professionen också har lättare för att rekrytera, få fast personal och ha en stabil bemanning. Återigen: Det handlar kanske inte om det numerära antalet yrkesutövare i landet, utan om hur man organiserar vården.

Jag nämnde nyss den populäraste reformen i Norge. Inom ett par år ökade de läkarförsörjningen i primärvården enormt och var i princip fullbemannade. Det blev den första linjens sjukvårdsinstans. Om vi ska klara omställningen från slutenvård till mer öppenvård, som ministern sa, behövs detta. I Norge har man också rätt till en egen läkare.

Men vi behöver fler specialister än allmänläkare. Skolläkare och skolhälsovården nämnde jag tidigare. Patologer har jag nämnt. Det behövs företagsläkare och anestesiologer. Vi måste också ha en statistik som kan ge oss en diversifierad bild.

Det nationella planeringsstödet är på väg att byggas ut. Det har fått resurser, men det har inte fått tillräckligt med resurser. Vad vi hör från Socialstyrelsen är att resurserna inte räcker till. De ligger efter och skulle behöva ytterligare stöd för att ha ett bättre nationellt planeringsstöd.

Som SKL nämnde måste man få en bra överblick över hur många vi har och inte bara titta på den totala läkargruppen utan se hur många patologer vi har, hur många skolläkare vi har och så vidare för att göra riktade insatser. Det är väldigt glädjande att Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utöka planeringsstödet vad gäller andra yrkesgrupper, exempelvis fysioterapeuter. Det är alltså något som kommer. Det ligger i pipelinen, men det måste bli av också. Det är viktigt. SK-kurser är också viktigt. 23 miljoner går i år till riktade insatser till SK-kurser. Det är väldigt lite när de ska försörja specialiseringstjänstgöringen.

Ska vi ha en bra kompetensförsörjning måste vi också reglera fortbildningen. Sverige är ett av få länder i världen som inte har någon reglerad fortbildning. Det finns inga skarpa krav eller föreskrifter om garanterad fortbildning i Sverige. Det behövs att Socialstyrelsen får detta i uppdrag. Man kan tänka sig olika modeller, men det snabbaste och enklaste är en reglerad föreskrift om krav på fortbildning.

Detta är också ett statligt ansvar. Det är klart att landstingen ska säkerställa att vi har rätt antal specialistläkare. De har genom lagstiftning möjlighet att dimensionera, och det är viktigt, för det är i mycket en regional fråga. Men kompetensförsörjning är också ett statligt ansvar. Om man önskar ha en välfungerande cancervård måste man kanske ha ett stöd i att få fram tillräckligt många specialister.

Det medicinska ansvaret måste tydliggöras. Som jag sa handlar det om utbildning och organisation. Men det handlar också om att ge yrkesutövarna mandat och möjligheter. Man har ett personligt yrkesansvar, som vi hörde Johan nämna här, och en yrkesstolthet. Låt oss få ta ansvaret ute i hälso- och

sjukvården! Vi ska ha nationella regleringar och styrningar, men också ett personligt yrkesansvar. Det handlar om medarbetares och entreprenörers möjlighet att planera och utforma sin vardag.

Verksamhetschefens roll och ansvar måste stärkas. Verksamhetschefen nämns ofta, men ledarskapet och verksamhetschefen är viktiga. Vi på golvet måste kunna lyfta ett professionellt problem till verksamhetschefen. Det måste också vara möjligt att definiera det medicinska ansvaret, så att alla patienter har en patientansvarig läkare. Att patienter får träffa 16 olika läkare på en inläggning eller en ”homerun”, som Hans visade oss här förut, går inte.

Fler AT-platser behövs. Det kommer säkert SYLF att återkomma till efter mig. Det är i dag en flaskhals i systemet att bara hälften av de läkare som behöver AT-plats får det. Vi behöver en moderniserad grundutbildning som säkrar vägen fram till färdig specialist.

Sammanfattningsvis: Genomför en nationell primärvårdsreform! Stärk det nationella planeringsstödet! Stärk resurserna till SK-kurser! Reglera fortbildningen! Stärk det medicinska ansvaret! Korta ledtiderna till specialistkompetens!

Ordföranden: Sist men inte minst ska vi, innan vi bryter för paus, få lyssna på Sveriges yngre läkares förenings tämligen nyvalde ordförande.

Jonas Ålebring, Sveriges yngre läkares förening: Jag är rätt så ny ordförande för föreningen. Ni kanske inte tycker att jag ser så där jätteung ut, men det är ett relativt begrepp. Vi organiserar läkare från det att man tar examen från universitet till dess att man blir färdig specialist. Tyvärr är det så att man är runt 40 när man blir färdig specialist i dag. Vi har drygt 12 000 medlemmar, och vårt medlemsantal ökar jättesnabbt. Det kan man tycka är jätteroligt för oss, men det här är faktiskt ett av de stora problemen inom läkarförsörjningen i dag – de kommer liksom inte vidare.

Så här ser vägen till att bli specialistläkare ut. Det är en ganska lång väg, som ni ser på bilden jag visar. Det är en universitetsutbildning på fem och ett halvt år. Efter det är tanken att man ska börja sin AT, som ska vara ett och ett halvt år. Därefter ska man göra sin ST på fem år, det vill säga specialisera sig inom ett område, till exempel primärvård eller som i mitt fall anestesi. Den totala tiden ska vara tolv år – på papperet i alla fall. Det har nog aldrig hänt än i dag att det har sett ut på det sättet.

Så här ser det mer ut. Efter läkarutbildningen har vi en härlig väntetid. Det är det som möter Sveriges högst utbildade människor i dag. Man går på osäkra anställningar, har inte rätt till handledning och har inte någon form av utbildning. Detta beror på att vi inte har tillräckligt många AT-platser. Det är en stor flaskhals som möter våra medlemmar när de kommer ut från universitetet. Vi ska återkomma till konsekvenserna av detta. När man väl får en AT är den inte på ett och ett halvt år, som den ska vara. Det som våra folkvalda har bestämt är att den ska vara på ett och ett halvt år, men den är inte det. 16 procent av

AT-platserna är på ett och ett halvt år. Det är alltså väldigt få. Detta är en ytterligare fördröjning.

Ni ser också ett frågetecken mellan AT och ST. Det beror på att vi inte riktigt vet hur det ser ut. Vi har alldeles för dålig statistik. Det tar sedan ungefär sex till åtta år att bli klar med en ST. Det finns såklart olika förklaringar till det, men fördröjningen innebär att den verkliga tiden blir ungefär 15 år, kanske 14–17 år, för att få en specialist. Någonting som ni behöver ha med er här är att saker man gör på grundutbildningsnivå nu får effekter om 15 år. Vi måste alltså kunna se in i framtiden. Jag återkommer till det också.

De här tre åren som vi uppskattar blir fördröjningen är tre år då varje läkare inte arbetar som specialist och inte möter patienter som specialist. Det är ett enormt resursslöseri. I dessa dagar när vi pratar om effektiv vård är detta någonting vi verkligen måste tänka på. Låt oss fokusera på väntetiden på AT-platserna! 9,1 månader låter inte så farligt, eller hur? Det är som en graviditet. Det är flera som har väntat den tiden på någonting någon gång i livet. Men det leder till att vi förlorar 1 000 specialistår per år. Det är väldigt många.

Det vi behöver för att lösa de här problemen är en ny läkarutbildning, precis som Läkarutbildningsutredningen har kommit fram till. Den ska vara sexårig och legitimationsgrundande. Vi behöver komma vidare med de förslagen. Jag blev väldigt glad när Gabriel sa att vi behövde det. Det var härligt att höra. Vi behöver även en bastjänstgöring. Jens Schollin behöver i sin utredning komma fram till att vi behöver en bastjänstgöring som ersätter AT. Men även om man gör de här förändringarna kommer det att ta tid innan något faktiskt händer. Ni ser ju de här tolv åren. Det tar tid innan man kommer vidare. Det vi behöver nu är ett tillräckligt antal AT-platser, och vi behöver detta i går, eller i förrgår, rättare sagt, för vi måste sluta förlora specialistår redan i dag.

När det gäller det här frågetecknet mellan AT och ST som ni såg på den första bilden vet vi inte så mycket. Det är flera som har sagt det nu – alla verkar rätt så överens om att vi vet alldeles för lite, och det är inte kul att inte veta så mycket när man ska ta beslut om hur våra patienter ska ha det i hälso- och sjukvården i morgon.

Vi måste ha ett nationellt planeringsstöd som är av värde och som vi faktiskt kan använda till någonting som vi kan fatta beslut om. Det behöver på något sätt inkludera en utveckling av hälso- och sjukvården. Hur kommer det att se ut i framtiden? Vad kommer vi att behöva där och då? Vi ska inte bara titta på antalet personer. Hur mycket jobbar de? Vad har de för andra uppdrag? Det är väldigt mycket som ska in i detta. Vi behöver fördjupa det nationella planeringsstödet och öka kvaliteten.

Vi behöver också en nationell arena att diskutera dessa frågor på. I dag sker väldigt mycket av kompetensförsörjningen lokalt eller i bästa fall regionalt. När vi tittar på antalet ATT-platser i Sverige ser vi att exempelvis landstinget i Uppsala, som är det femte största i landet, har färre AT-platser än Kronoberg, som är det femte minsta. Så kan vi inte ha det, utan vi måste ha ett ansvarstagande från alla regioner och landsting när det gäller ATT-platserna. Men vi

behöver också en arena dör vi kan diskutera de här frågorna för att komma fram till en väg framåt tillsammans.

Vi tror att det bästa stället att diskutera frågor om kompetensförsörjning när det gäller läkare är Socialstyrelsens ST-råd, som behöver få i uppdrag att inkludera dimensioneringsfrågor och inte bara prata innehåll.

Vi har också ett uppdrag vi läkare, sjuksköterskor och alla professioner inom hälso- och sjukvården tillsammans, nämligen att ge en god vård i hela landet. Vi kan inte ha det bara i vissa delar av landet. Vi har en geografi som är utmanande, och det finns vissa specialiteter som är bristspecialiteter, som det är svårt att rekrytera till. Här har vi ett gemensamt ansvar.

Ett litet tips på vägen är dock att det är väldigt få som söker tjänsten som primärvårdsläkare på vårdcentralen i Kallinge i Blekinge, där jag kommer ifrån, om de inte får veta att den finns. I dag utlyses väldigt få tjänster. Vi har inte en öppen och transparent rekrytering. Vi vet inte riktigt på vilka grunder folk anställs. Men först och främst måste man veta att det finns en tjänst att söka. Sedan är det väldigt få som flyttar – även om Kallinge kan vara trevligt är det få som flyttar dit om de bara får erbjudande om ett tremånaders vikariat med möjlig förlängning. Våra medlemmar behöver riktiga tjänster, ST-tjänster, för att de ska våga rota upp sig och flytta med sin familj.

Jag tror också att det är viktigt att vi tittar på individuella lösningar. Alla patienter i Sverige ska vara individer, vi ska se dem som individer och de ska vara delaktiga i vården. Då behöver vi också se medarbetarna i vården som individer. Det är jätteviktigt, särskilt om man vill ha en bra rekrytering till bristspecialiteter och bristområden.

Vi kan ta forskning som ett exempel. Många av våra medlemmar vill forska. Tyvärr är det alldeles för få som gör det. Alla vill inte bo på universitetsorterna för att få forska, utan de vill bo på andra håll i landet, men de blir tvungna till det om forskningsintresset tar överhanden. I dag är det svårt att jobba på ett mindre sjukhus och samtidigt ha en forskning. Detta behöver vi överbrygga.

En god vän till mig som heter Adina har suttit i SYLF:s styrelse tidigare. Hon är jätteintresserad av ledarskap och chefsskapsfrågor. Hon ville bli psykiater. Det är ett bristyrke, så det passade perfekt. Men hon ville också göra en chefskarriär, för hon tyckte att de frågorna var viktiga. Hon kunde dock inte riktigt få utrymme av sitt landsting att göra detta på ett bra sätt. Hon letade utbildningar i olika delar av landet, men det fanns ingen som riktigt passade henne. Hon har i dag gjort en fantastisk chefskarriär i det privata näringslivet. Jättekul för henne och det privata näringslivet, men det hade varit jätteroligt om hon hade fått göra det nom hälso- och sjukvården, där hon i dag hade kunnat vara en av våra höga chefer.

Vi vet att det finns goda exempel där man har skräddarsytt utbildningar till individer som är jätteintresserade. Ett exempel är Martin, som först sökte i en av Sveriges större städer utan att få det han ville, men i Sundsvall fick han ett fantastiskt erbjudande, där han nu jobbar som primärvårdsläkare samtidigt som han går en hård ledarskapsutbildning och siktar på att bli ledare inom

hälso- och sjukvården. Jag är jätteglad över att han är kvar inom hälso- och sjukvården. Vi behöver jobba mer med sådana lösningar, som ser oss som individer.

Ordföranden: Tack för detta. Då har vi klarat av den första delen och ska bryta för en liten paus.

(PAUS)

Ordföranden: Då är det dags att återuppta den offentliga utfrågningen. Vi är redo att gå vidare i programmet. Nu kommer Martin Sparr, enhetschef vid Socialstyrelsen, att få använda tio minuter. Var så god!

Martin Sparr, Socialstyrelsen: Tack för möjligheten att få vara här! Det är en lite otacksam roll att ersätta Olivia och också gå igenom ungefär samma saker som sas före kaffepausen. Jag börjar dock med några repetitioner av delar av de data jag tagit del av. Vi behöver kanske inte uppehålla oss så mycket vid det.

Som vi ser ligger Sverige bra till. Som man har konstaterat i en OECD-jämförelse har vi ett solitt och bra hälso- och sjukvårdssystem. När det gäller allmänläkare vet vi att primärvården relativt sett är en lite svagare del i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet i jämförelse med många andra länder. Man ska dock notera att det handlar om 0–1,5 ungefär, så man ska inte dra för stora växlar på detta. Snittet för Sverige blir ungefär en läkare per 1 500 personer. I Norge är det ungefär en per 1 300. Det är inte jättestora skillnader.

Sjuksköterskor har vi redan pratat om. Däremot kan vi stanna upp vid den här bilden lite grann. Den visar antalet patientbesök per läkare. Den har vi också fått förklarad för oss tidigare. Det vi ser är att trenden är nedåtgående för flera länder, inklusive Sverige. Här låg Sverige redan från början på en betydligt lägre nivå än jämförbara andra länder. Om man skulle extrapolera skulle det ta ungefär 20 år tills vi är nere på noll besök per läkare. Jag hoppas att vi inte kommer dit.

Här är en annan sammanställning som vi delvis har fått ta del av tidigare i dag, där vi kan notera att den procentuella förändringen är positiv i princip i alla grupper utom för specialiserade sjuksköterskor, där vi ser en minskning.

Vi har inte talat så mycket om tandhygienister och tandläkare. Där kan vi dock konstatera en positiv förändring vad gäller tandhygienister och en oförändrad utveckling när det gäller tandläkare.

Den här bilden tror jag att Agneta visade. Den visar tillgång och efterfrågan när det gäller ett antal olika specialistläkare. Vi kan se att efterfrågan överstiger tillgången i en majoritet av landstingen och regionerna. Inget landsting uppger att tillgången överstiger efterfrågan.

Låt mig säga något kort om Socialstyrelsens arbete. Flera har här tagit upp idéer och synpunkter om vad vi jobbar med och ska jobba med. Precis som statsrådet inledningsvis konstaterade har vi gjort ett stort arbete när det gäller legitimationer. Vi har fått se nästan en tredubbling av ansökningstrycket under de senaste sex sju åtta åren. Nu har vi vänt en negativ trend för att hantera ett stort antal ansökningar om legitimation på kort tid.

Vi håller på att utveckla det nationella planeringsstöd som har nämnts flera gånger. Vi har fått särskilda pengar från regeringen tidigare, och vi lade under förra hösten fram förslag om hur det nationella planeringsstödet ska utvecklas. Vi har ett aktivt samarbete med, tror jag och hoppas, alla berörda parter när det gäller hur detta ska gå till. Vi har ett utvecklingsuppdrag tillsammans med UKÄ, som statsrådet också nämnde. Det handlar om att få till en struktur av mötesplatser nationellt och regionalt för att få en utökad och bättre dialog både mellan huvudmännen och högskolorna och mellan staten, huvudmännen och högskolorna med tanke på den långsiktiga kompetensförsörjningen. Vi kommer bland annat att ha en stor konferens den 15 juni där vi fortsätter att diskutera de här frågorna just med avseende på kompetensförsörjning.

ST-rådet nämndes också här tidigare. Det är något som vi tittar på och bedriver ett utvecklingsarbete om. Vi tror också att det finns en stor potential i att fortsätta jobba med ST-rådet, med en breddning av frågorna.

Det nationella planeringsstödet utvecklar vi även på andra sätt. Vi har en breddning av grupperna. Vi kommer över tid, senast 2018–2019, att ha data över alla professioner och alla legitimerade yrken. Vi tittar också lite mer på de olika prognosmetodiker som vi tror att vi kan utveckla ytterligare, där man kan ta hänsyn till fler faktorer och göra modellen mer dynamisk. Det finns många spännande arbeten både inom EU och i närliggande länder som vi tittar närmare på just när det gäller detta.

När det gäller stöd till chefer gör vi konkreta stödinsatser; nu senast håller vi bland annat på med en webbutbildning som riktar sig till första linjens chefer och handlar om hur man ska kunna jobba med e-hälsolösningar och annat i sin verksamhetsutveckling.

Vi gör också uppföljningar av diverse satsningar, flera av dem som statsrådet nämnde. Bland annat gäller det den om bättre resursutnyttjande, där vi nu har gjort en första kartläggning som vi kommer att publicera i maj. Vi har tittat på hur landsting och regioner arbetar med dessa olika spår, där smartare användning av kompetens och den strategiska kompetensförsörjningen är två viktiga spår.

Där ser vi, precis som flera tidigare talare har tagit upp, att det pågår många olika spännande initiativ för att komma till rätta med de stora utmaningar vi talar om i dag. Det kommer en rapport om detta alldeles inom kort, och där får vi en bättre bild. Vi har gjort en fördjupningsstudie i tio landsting.

För att knyta an lite grann till det Anna och Hans var inne på kan jag slutligen nämna att vi tittar på den komplexitet som hälso- och sjukvårdssystemet består av och den kanske mer grundläggande strukturella omställning som behöver göras, vilket även statsrådet var inne på. Där har vi också en studie på

gång, som vi publicerar i maj, där vi tittar på det vi kallar landstings och regioners utvecklingskraft.

Vi försöker att utifrån ett mer systemdynamiskt perspektiv se på landstingen som just de komplexa organisationer de är. Hur kan man inom respektive landsting och region hitta den dynamik man behöver komma till rätta med för att få igång fler positiva utvecklingssnurror? Där har vi gjort en omfattande intervjustudie med ett sextiotal chefer inom både politiken och tjänstemannakadern för att förstå hur man ser på ledarskap, organisering, styrmodeller med mera – som tjänstedesign och tjänsteutveckling. Hur sitter detta ihop? Har man en helhetsbild eller inte? Hur kan det utvecklas?

Det tänker vi också kan vara ett intressant inspel för att strukturellt jobba med att förstärka innovations- och utvecklingskraft inom hälso- och sjukvårdssystemet – eller de 21 systemen, som vi kanske trots allt snarare borde prata om.

Det är alltså lite grann vad Socialstyrelsen gör inom detta område.

Ordföranden: Tack för det! Vi är glada att nu få lyssna också till företrädare för några verksamheter runt om i landet. Först lämnar jag över ordet till Arne Sjöberg som är verksamhetschef vid den geriatriska kliniken på Länssjukhuset Kalmar.

Arne Sjöberg, Länssjukhuset Kalmar: Tack! Jag är jätteglad att få stå här och tala. Vi får väl se vad ni säger om mitt budskap, för jag är så fascinerad av det jag redan har hört.

Jag är alltså verksamhetschef för en klinik med 150 medarbetare. Vårt uppdrag är att leda och utveckla geriatrik och palliativ medicin i hela landstinget och länet. Jag är en mycket stolt verksamhetschef och ledare för dessa medarbetare.

Inledningsvis vill jag säga att det när man kokar ned allting gällande att rekrytera och få folk till sig, samt behålla dem man redan har, handlar om väldigt enkla saker. Utgångspunkten är värdegrundsfrågor. Några av de tidigare talare jag lyssnat till har haft med detta i sina beskrivningar, men jag tycker att det drunknar i andra rubriker. Värdegrundsfrågorna är A och O för att klara rekrytering och många andra utmaningar, och framför allt för att få ett gott möte med patienten.

Om man har trygga medarbetare som känner tillit och trivs, som bjuder på lite skratt ibland och många leenden och som tar sig lite extra tid oavsett om det är stressigt eller inte blir det mycket lovord när jag lyssnar till patienter och anhöriga. Detta är ju tänkt till medarbetarna i detta sammanhang, men det gäller i lika stor utsträckning patienterna.

Som ni ser på skärmen handlar det om detta: ”Se mig, hör mig, berör mig.” Jag tror att alla i detta rum har samma behov – det är så grundläggande – men om man bygger en verksamhet på det förhållningssättet får man också en kul-

tur och en arbetsmiljö, vilket är begrepp jag har hört nämnas vid ett par tillfällen, som bygger på goda etiska principer och där medarbetaransvaret finns. Man ser inte bara till sina egna behov utan ser sig själv som en del av arbetsmiljön: Jag är mina kollegors arbetsmiljö. Man tar ansvar för sådana bitar.

Då behövs det spelregler, men de kommer också naturligt om man har denna grundläggande syn på varför man går till jobbet och ser sin egen roll. ”Se mig, hör mig, berör mig” betyder ju att jag måste se någon annan, höra och lyssna in någon annan och beröra någon annan.

Jag hann inte gå runt och hälsa på alla här, men när jag kommer in i mötesrum brukar jag försöka ta i hand och känna en annan människas närhet på det sättet – oavsett vad det är för frågor vi ska hantera. Det ger nämligen någonting annat än att bara sitta och vara något slags anonym människa. Det är jag ju egentligen här, till exempel; jag har aldrig stått här tidigare, och jag har inte träffat er heller. Det känns ändå som en stark gemenskap eftersom vi har en gemensam utgångspunkt.

Detta handlar förstås om ledarskap. Jag vill inte framhäva mig själv på något sätt – visst har man gått en massa ledarutbildningar och sådant, men jag vill nog säga att det är den kultur som finns på min klinik och i min verksamhet som har format mig som chef och ledare. Det är ett givande och tagande i det sammanhanget.

Nu visar jag något på skärmen som kanske ser lite lustigt ut; Mattias var riktigt orolig för dessa stora bokstäver. Vad ska de betyda? Jag har dock försökt förenkla en ganska djuplodande, kan man tycka, åsikt om vad en värdegrund är. Finns det flera värdegrunder? Jag menar att det finns *en* värdegrund, och det är de tre uppmaningar som jag talade om innan. Dessa förkortningar är till för att förklara lite mer för nya som kommer till oss, och även för att repetera med till exempel min läkargrupp på tolv personer – när jag slänger upp detta kan de det utantill.

Det är ”HHH”, som står för ”håll i, håll ut i helhetsvård”. Det är helhetsvård vi bedriver, och där finns också kopplingen till värdegrunden. Vi ska se människan utifrån flera olika dimensioner och inte bara titta på en diagnos eller ett organ.

I ”TTTT” kom det till ett fjärde T förra året, och det står för ”ting tar tid i teamarbete”. Ordet ”teamarbete” har jag hört två gånger tidigare i dag. Det är ju liksom ryggraden i arbetssättet, att vi jobbar i team. Det handlar verkligen om ett team och om att man har den här respekten för varandras kompetenser, samt ser värdet av att ett plus ett blir mer än två. Det finns många team som är dysfunktionella men där man ändå säger att man jobbar i team.

”GE” står för att ”ge och erbjuda”. För bara en vecka sedan såg vi att länssjukhuset hemma i Kalmar saknar 43 sjuksköterskor i sommar. Min klinik saknar ingen. Däremot har vi erbjudit – och nu bestämt oss för att ge – akutmottagningen två sjuksköterskor och en undersköterska i sommar, för att lätta deras bekymmer. Alternativet hade ju varit att behålla dem ifall någon extra skulle bli sjuk hos mig, men de har det kärvare där.

Sedan har vi det jag har sagt till barnbarnet Adrian, elva år, sedan han var fyra, nämligen ”en sak i taget” och ”var sak på sin plats”. Och det viktigaste: ”hålla vad man lovat”. Det skapar nämligen tillit.

Jag frågade sex sjuksköterskeelever som kom till oss – de går sjätte terminen nu och går ut i sommar – vad det var som gjorde att de valde att komma till vår klinik. De valde nämligen att komma till geriatriken på sin förlängda praktik, vilket är frivilligt. De hade då varit hos oss i ett par omgångar tidigare, men under kortare tid.

De svarade det ni ser på skärmen nu, och det är långt ifrån lönefrågor, arbetstidens förläggning och så vidare. Jag som verksamhetschef kan påverka sådant väldigt lite – det får andra, högre upp, hjälpa till och stödja mig med – men det var inte detta de nämnde över huvud taget. De talade i stället om det öppna klimatet, frihetsgraderna och närheten till varandra. Någon sa att man var nyfiken på chefen, vilket jag tyckte var kul. Det var inte mig utan avdelningschefen man var nyfiken på och hade träffat tidigare. Vad är det som gör att de fungerar som de gör?

De nya som kommer har varandra, så de känner en viss trygghet, men jag tror ändå att det finns en liten prestationsångest i att komma till ett ställe och vara där i sammanlagt tio veckor med den förlängda delen. Ett sätt att lätta ångesten och avdramatisera det hela är att de har en introduktionsdag. Den är alltid en måndag, och det börjar på morgonen. Det sammanfaller med att mitt läkarmöte slutar, så jag tar med mig läkarna in och ger dem fem minuter för att presentera sig för de nya eleverna och hälsa dem välkomna. Läkarna tycker också att det är jättekul; de får själva uttrycka att eleverna är välkomna med vilka frågor som helst. Redan där märker man hur leendena och skrattet kommer. Det är ett exempel.

Jag tog med detta eftersom jag tänkte att det är konkreta exempel på människor som har *valt* oss. Vi har alltså inte varit ute och rekryterat. Däremot spred sig ryktet att jag behövde två sjuksköterskor i det palliativa rådgivningsteamet. En kom ned från Umeå och kommer att börja hos oss i höst. Sedan var det då sjuksköterskeeleverna, och vi hade ett par distriktsläkare som ville dubbelspecialisera sig. Jag blev så glad när jag hörde begreppet ”magnetsjukhus” – nu ska jag åka hem och peppa mina medarbetare och säga att vi ska kalla oss magnetkliniken!

Ordföranden: Tack! Då tar vi oss norrut till Bollnäs sjukhus. Jag lämnar ordet till Kina Rubensson, HR-chef på Aleris Sjukvård Norra Sverige.

Kina Rubensson, Bollnäs sjukhus: Jag är glad att vara här i dag! På bilden jag visar nu ser ni Amir och Lisa, och det är dem och deras kollegor jag tänkte berätta om.

Amir och Lisa är två av dem som har valt att arbeta med oss på Bollnäs sjukhus. Jag säger ”valt”, och jag säger ”arbeta med oss”. Vi vet nämligen att

människor väljer, och precis som Arne var inne på vet vi att vi måste ha någonting för att vi ska bli valda. Vi tror att uttryckssättet ”arbeta med oss” är en extremt viktig faktor just för att vi ska bli valda. Ibland säger man ”arbeta för”, vilket inte är så modernt, eller ”arbeta under”, vilket är ännu sämre.

Vi ska se vad vi har gjort för att Amir och Lisa ska vilja komma till oss, men låt oss först ta en titt på de förutsättningar vi hade när Aleris fick möjlighet att driva Bollnäs sjukhus. På skärmen ser ni nu vårt fina sjukhus. Det är faktiskt ett av Sveriges senast byggda. Bollnäs sjukhus har egentligen alltid levererat bra kvalitet, även i offentlig regi, men när vi på Aleris tog över Bollnäs sjukhus på ungefär 80 procent från landstinget i Gävleborg – det var i april 2012 – var det faktiskt ganska vilsna medarbetare som kom till oss.

Innan jag går in på det vill jag dock berätta lite om Aleris. Vi ägs sedan 2010 av Investor. Vi har 11 000 medarbetare och finns på 450 platser i Sverige, Norge och Danmark. Vi är ensamma om att ha verksamhet i både omsorg och sjukvård.

Tillbaka till april 2012, då Bollnäs hade en rad tuffa beslut bakom sig. Man hade stängt BB och några år efter det även akutkirurgin. Våra medarbetare hade levt med hot om nedläggning under ett antal år, men till sist valde våra politiker att lägga ut verksamheten på entreprenad. Det var ett beslut som fattades gemensamt av Centerpartiet och Socialdemokraterna. Aleris fick efter en upphandling uppdraget att ta över driften av Bollnäs sjukhus.

Även om vårt övertagande naturligtvis innebar en lättnad var det samtidigt en personalgrupp som hade gått igenom otroligt mycket. Många hade förstås också valt att lämna under de ovissa åren. Det var alltså knappast ett optimalt läge att rekrytera i. Några månader efter övergången till Aleris visade det sig också att vårt sjukhus blödde stort ekonomiskt. Vår kostym var för stor.

Parallellt med att vi visste att vi stod inför stora rekryteringsbehov behövde vi alltså kortsiktigt minska vår personalstyrka. Vi gjorde en stor omställning och minskade personalstyrkan med 45 tjänster, vilket var 10 procent av alla våra medarbetare. Det drabbade sjuksköterskor men framför allt undersköterskor. Det var såklart jättetufft för oss. Så hur gick vi till väga? Man kan säga att vi gjorde en vanlig plus- och minuslista, som på bilden jag visar nu.

På minussidan hade vi att vi är en liten stad med låg inflyttning. Det är svårt för medflyttande att få arbete. Vi kunde inte locka med höga löner, och sjukhuset hade tveksamt rykte givet nedläggningshotet.

Vi hade dock en plussida också: Vi hade bra kvalitet inom flera områden, och trots allt fanns det en stor kämparanda – man ville slåss för sitt sjukhus. Det är också ett lagom stort sjukhus, och vi hade Aleris filosofi att det ska vara stor frihet för den lokala ledningen.

Detta var förutsättningarna – för- och nackdelarna – som vi såg dem. Det ledde oss fram till vad vi skulle kommunicera, men också till vilka krav vi skulle ställa. Den höga medicinska kvaliteten hade vi inom flera områden, och det var ju jätteviktigt för oss att lyfta fram. I Aleris arbetar vi enligt principen om det lokala ägarskapet. Vi fattar beslut så nära vår verksamhet som det går och så nära patienterna som möjligt.

Till exempel bestämde vi oss för att kvalitet och kontinuitet var viktiga faktorer för oss, framför allt när det gäller läkare. Men även bland sjuksköterskor och undersköterskor har vi ökat den interna rörligheten. Det finns nämligen utrymme för kompetensutveckling även på ett litet sjukhus. Till exempel kan en ny sjuksköterska starta sitt arbete på en medicinsk vårdavdelning och sedan vidareutvecklas inom hjärtsjukvård eller liknande. Vi är också en mycket närvarande ledning – det är kort mellan idé och praktisk handling – och vi vågar prova att förändra.

Detta kan låta väldigt allmänt beskrivet, men i praktiken har vi varit jättetydliga med vilken typ av medarbetare vi vill ha och vilket budskap vi vill använda, liksom hur vi ska prioritera mellan olika aktiviteter. Det kan gälla annonsering, deltagande på mässor och så vidare. Vi säger i princip nej till traditionella hyrläkare, men vi är öppna för flexibla anställningsförhållanden och för att uppnå långsiktiga relationer.

Det konstiga är att alla inte vill eller kan flytta till Bollnäs! Betydligt fler är dock intresserade av att arbeta med oss. Vi har därför ett stort antal individuella lösningar, men vi kräver alltid en motprestation: långsiktighet och kvalitetsuppföljningar på samma sätt som om personen vore tillsvidareanställd. Vi kräver också att personen ska bidra till att utveckla vår verksamhet.

Låt mig ta exemplet Amir. Amir bor med sin familj i Uppsala, men från september 2014 har han arbetat 100 procent med oss. Han har dock inte ändrat sin ordinarie bostadsadress till Bollnäs. Han kommer med jämna intervaller till oss och sköter vissa administrativa delar på distans. Han arbetar som överläkare på vårt fyslabb, medicinskt ledningsansvarig inom fyslabb och på vår akutmottagning. Han är studierektor för våra ST-läkare på medicin.

Det finns andra läkare som arbetar 40 procent på samma sätt, kommer var fjärde vecka och så vidare. Det bygger på individuella lösningar utifrån vår verksamhets behov. Vi vill dock, naturligtvis, att så många som möjligt ska välja oss fullt ut, och vi vill också fånga dem som är på väg ut i yrkeslivet. Därför har vi utökat våra praktikplatser för sjuksköterskestudenter och även för undersköterskor i vård- och omsorgsprogrammet. Det är ett sätt att rekrytera på sikt.

Vi arbetar även mycket medvetet med att lyfta fram våra medarbetare i de olika framgångar vi har haft. Det kan handla om kvalitetsmätningar eller vår placering när Dagens Medicin rankar Sveriges bästa sjukhus. Den uppmärksamhet det genererar är på många sätt den allra bästa rekryteringsannons vi någonsin kan få. Det visar att vi är en arbetsplats där det händer mycket och där man kan vidareutvecklas. Det skapar både delaktighet och naturligtvis en stolthet hos våra medarbetare.

På skärmen ser vi nu bilden av vår palett av nationaliteter när det gäller läkare. Vi tog fram den för ungefär ett och ett halvt år sedan. Vi har haft många inflyttade läkare till oss från andra länder, och vi har skapat ett gott samarbete med kommunen för att lotsa de inflyttade familjerna till både skola och bostad. Just vid detta tillfälle hade vi 17 nationaliteter, vilket naturligtvis är väldigt utvecklande i sig. Sjukvården har ju alltid varit öppen, och det är attraktivt att

ha stora delar av världen representerade på den lilla arbetsplats vi är med våra 430 medarbetare.

Lisa har nu arbetat hos oss i fyra år. Lisa ger våra patienter mycket bra sjukvård. Hon är en viktig kugge i vårt team och bidrar till att utveckla vårt sjukhus. Lisa arbetar med våra hjärtpatienter på mottagningen, men eftersom hon tycker om akutvård arbetar hon även extra på vår akutmottagning vissa helger.

De framgångsfaktorer vi har identifierat för att Lisa och Amir ska trivas hos oss är bland annat den lokala ledningen, som finns nära våra medarbetare – vi kan snabbt ta vara på idéer och genomföra förändringar. Vi fokuserar på kvalitet, och vi är överens om att vi finns på sjukhuset för våra patienter oavsett vilken profession vi har. Vi arbetar ständigt för att använda våra resurser och våra medarbetares kompetens på allra bästa sätt på hela sjukhuset. Vår ambition är att vår personal ska ha möjlighet att arbeta och utvecklas.

Detta exempel visar att arbete med kompetens och medarbetare aldrig tar slut. Det är en ständig utmaning och ett hårt arbete – men fantastiskt kul!

Ordföranden: Tack för det! Det var två nedslag i sjukhusvård. Nu går vi vidare till primärvård, och vi börjar i Örebro.

Annsofi Jansson, Tybble vårdcentral: Jag jobbar som verksamhetschef på Tybble vårdcentral i Örebro. Vår vårdcentral befinner sig i ett område som ständigt växer, i en stad som ständigt växer och nära ett universitet som växer. I dag har vi ungefär 16 300 listade patienter, och prognosen visar på en fortsatt ökning.

Vi har en utmaning att klara vårt uppdrag med de resurser vi har och de lokaler vi har i dag, men att jag är här för att berätta i dag tror jag beror på att vi har gjort en fantastisk vändning.

Vårdcentralen tappade en hel del medarbetare under en period. Vi hade också höga sjuktal och en stor personalomsättning. Det kan starta med en pensionsavgång som leder till oro i en arbetsgrupp – rädslan att bli ensam kvar med ännu mer patienter och ingen tid att träffa dem. Den etiska stress som jag tror att framför allt läkargruppen känner vid ett sådant tillfälle gör att fler väljer att sluta, och sedan är den negativa spiralen igång.

Vi var en dåligt bemannad vårdcentral och är i ett mycket bättre läge i dag. Vi fortsatte att utveckla vårdcentralen trots utmaningen, och det tror jag var vår nyckel till framgång. Fortfarande står vi dock inför stora utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen i många yrkesgrupper på vårdcentralen, och de strukturella utmaningar jag ser både lokalt och nationellt är att resursfördelningen mellan primärvård och slutenvård är ojämn. Det är ett otydligt uppdrag och en ganska luddig gränsdragning.

Vi har en stor brist på allmänspecialister och en stor brist på specialistsjuksköterskor. Den psykiska ohälsan ökar också, och vi har dåligt med resurser

och kompetens i första linjen. Avsaknaden av kapacitet och en produktionsplan gör det också svårjobbat. Vi ser även ändrade sökmönster hos befolkningen, liksom ändrade krav och förväntningar på vården. Listan kan egentligen göras hur lång som helst.

Jag vill dock tro att vi kan göra en hel del där vi befinner oss, både som medarbetare och som chefer. Kompetensförsörjning handlar för mig först och främst om att behålla de medarbetare vi har – att få dem att välja att stanna kvar. Sedan handlar det om att fortsätta utveckla verksamheten och *sedan* om att hitta fler medarbetare. Jag tror att det är viktigt att göra det i den ordningen.

När det handlar om att behålla medarbetare eller hålla medarbetare engagerade, så att de väljer att stanna, tycker jag att det är viktigt att dela på ansvaret i alla yrkesgrupper. Det handlar om att utgå från verksamheten och patientens behov, inte från individuella intressen. Det handlar om att ha tillit och att lita på varandra. Som chef måste man lita på sina medarbetare, och de måste känna att man gör det.

Det handlar också om arbetsro. Det finns ingenting vi längtar så mycket efter i primärvården som arbetsro. Vi kan inte ha förändringsarbeten, omorganisationer och möten hela tiden; vården måste få ha produktionstid. Det är också viktigt att kunna känna stolthet över den vård vi ger och känna oss nöjda när vi går hem för dagen.

Jag tror även att det är underskattat att jobba med arbetsglädje, för jag tror att det leder till mer engagemang och större initiativförmåga. Det leder till en ökad förändringsbenägenhet och bättre relationer – ett bättre välmående som leder till att vi håller oss friska, att stressen minskar och att sjukhälsotalen minskar.

En framgångsfaktor hos oss på vårdcentralen har varit kommunikation. Vi har en ständigt pågående dialog som ger en transparens kring vad som händer i organisationen, både i stort och i smått. En annan faktor har varit att få fira segrar och känna stolthet, liksom att kunna få glänsa ibland. Jag tror även att feedback är oerhört viktigt – nästan en livsnödvändighet. Det är också viktigt att få skratta på jobbet och ha humor. Det är allvarliga saker vi jobbar med, men vi måste kunna få skratta.

Det är viktigt att sätta mål som verksamheten klarar av. Klarar vi inte kontinuitet just nu kanske vi ändå kan satsa på tillgänglighet. Vi måste få känna oss nöjda med någonting! Vi måste också försöka jobba bort den felsökande kulturen vi har. Det är jätteviktigt att hitta fel när det gäller det medicinska, men när det gäller hur vi organiserar oss och hur vi väljer att planera dagen måste vi kunna testa lite olika sätt ibland. Det är också viktigt att vårda relationer, för i slutändan handlar vård om möten mellan människor.

När det gäller att utveckla verksamheten och bli en attraktiv arbetsgivare har vi alltid valt att utgå från verksamheten och patienten. Det blir så tydligt för alla.

Vi har ett gemensamt ansvar för att på ett flexibelt sätt lösa uppdraget. Vi använder oss av gemensamma väntelistor så att bördan inte blir så stor för den enskilda personen. Vår schemaläggning sköts faktiskt centralt för att vi ska

kunna se att vi har resurser så att det räcker till. Tidboken är själva hjärtat på vårdcentralen.

Det är viktigt att kunna testa nya arbetssätt utan ett stort förändringsarbete – om det inte fungerar är det bara att backa hem och göra som vi alltid har gjort. Vi måste snabbt och flexibelt kunna ställa om när förändringar sker i bemanning vid till exempel sjukdom. Och vi måste kunna följa upp. Statistik, resultat och utvärderingar är superviktigt, för annars kan vi aldrig veta att vi lägger vår tid på rätt saker.

Jag ska berätta om några av våra projekt, eller om jag ska säga förändrade arbetssätt, som vi är stola över.

På vår vårdcentral har vi en drop in-mottagning där vi lovar en medicinsk bedömning samma dag som man söker. Vi lovar inte en läkartid. Vi har öppet varje dag, måndag till fredag, mellan kl. 8 och 11, och patienten kommer till vårdcentralen och tar en nummerlapp och väntar på sin tur. Det är enkelt och smidigt, och vi tycker att vi sparar läkartider.

Det här startades när vi hade mycket få fasta läkare och fler hyrläkare. Vi klarade inte av att ge patienten kontinuitet, men vi kunde åtminstone vara tillgängliga. Det är roligt att välkomna patienterna i stället för att mota iväg dem, och vi guidar patienterna rätt i systemet. Det ger en variation i arbetet som också är viktig och som ger nöjda medarbetare.

Vi har en distriktssköterskeledd infektionsmottagning som vi också startade när vi hade ganska dåligt med läkartider.

Vi har börjat med föreläsningar för patienter med psykisk ohälsa. Detta startades när väntelistan till kuratorn bara blev längre och längre. Det är en föreläsningsserie som vi ger efter ett bedömningssamtal men innan behandling.

När det gäller rekrytering och att attrahera nya medarbetare handlar det mycket om varumärket. Jag funderar ofta på hur vi pratar om primärvården i medierna. Hur pratar vi om vår arbetsplats? Jag tror att nöjda kunder, nöjda patienter, också lockar medarbetare. Vi måste våga prata om det som vi är bra på och lyfta fram det som vi är stolta över. Vi gör så mycket bra saker i vården varje dag. Det är roligt att jobba i vården.

Min känsla är att vi som arbetsgivare ibland tror att vi ska vända ut och in på oss själva för att rekrytera nya medarbetare. Jag tror inte att det är så, utan jag tror att man ska utgå från verksamheten och sätta tydliga gränser. Lova inte mer än vad du kan hålla i samband med en rekrytering, för det leder bara till besvikelse.

Jag tror heller inte att lösningen på en tuff arbetsmiljö är att alla går ned i tjänst eller skaffar sig en massa sidouppdrag. Lösningen är att alla medarbetare finns på plats på vårdcentralen så mycket som möjligt och jobbar med patienter den största delen av tiden. Vi måste tillsammans dela på ansvaret för att klara det här svåra uppdraget som vi har.

Jag vill avsluta med att säga att de bästa idéerna på min arbetsplats inte kommer från mig. Jag har fantastiska och kompetenta medarbetare som alltid är lösningsfokuserade och jobbar flexibelt tillsammans för patientens bästa.

Ledarskap är för mig att hålla ihop laget, för det tror jag är viktigt, och att faktiskt skapa trygghet, vara tillgänglig och ge en massa energi. Ledarskap ska vara mer stöd än kontroll och skapa lugn och trygghet på arbetsplatsen.

Ordföranden: Vi ger oss norrut igen till Sidsjö vårdcentral och Fränsta vårdcentral – två vårdcentraler i Västernorrland som drivs av Eva Jaktlund som är delägare i Familjeläkarna Mitt.

Eva Jaktlund, Familjeläkarna Mitt AB: Jag heter alltså Eva Jaktlund och är företrädare för Familjeläkarna Mitt AB som jag också är delägare i. Jag är allmänläkare, specialist i allmänmedicin, och jag är också verksamhetschef. Vi driver och äger två vårdcentraler i Medelpad i Västernorrland, och vi är åtta kollegor, åtta läkare, som driver det här tillsammans.

Lite fakta om oss: Vi har drivit vårdcentral sedan 2006. Vi tog över Fränsta vårdcentral som ligger i glesbygd – det är en avfolkningsbygd – eftersom landstinget inte kunde bemanna den. Då var vi tre kollegor. Vi har drygt sju mil till Sundsvalls sjukhus och 4 000 patienter.

Sedan 2012 driver vi en vårdcentral i Sundsvall. Det är Sidsjö vårdcentral. Den ligger på det gamla sjukhusområdet vid Sidsjö mentalsjukhus som lades ned på 80-talet. Här har vi på fem år gått från 0 till ca 11 500 patienter.

Vi har ungefär 50 anställda och väldigt låg personalomsättning och låga sjukskrivningstal. Vi har inga problem att rekrytera. Man kan nästan säga att vi har kö – folk hör av sig till oss och vill jobba med oss i alla personalkategorier. Vi har ett mycket brett primärvårdsuppdrag i Västernorrland som innefattar alla personalkategorier.

Vi är helt läkarägda. Vi har inga externa finansiärer alls. Det har talats om korta beslutsvägar här tidigare, och vi har verkligen korta beslutsvägar. Det finns ett stort engagemang i verksamheten från ägarna.

Vi har inspirerats av länder som har en stark tradition av små, professionsdrivna vårdenheter i primärvården. Framför allt har vi tittat på Norge, Danmark, Storbritannien och Kanada som är stora föregångsländer för oss i vårt sätt att organisera oss.

För att vara delägare i Familjeläkarna måste man vara kliniskt verksam; man måste jobba som läkare i verksamheten. Jag har ungefär tre mottagningsdagar i veckan. Alla delägare äger ungefär lika mycket, och vi jobbar ungefär tre fyra dagar i veckan som läkare i verksamheten. Alla ägare är också chefer, och vi har inga mellanchefer, utan det är vi ägare som är chefer i företaget. Man kan inte vara passiv ägare.

Vi driver vårdcentral för att kunna jobba på ett sätt som vi vet av vår egen erfarenhet och av studier som är gjorda är bra för patienten. En viktig drivkraft och fråga i vår verksamhet är: Har det här stor patientnytta? Det är en fråga som vi återkommer till hela tiden.

Vi vill skapa en bra sjukvårdsorganisation. Vi är en sjukvårdsproducerande verksamhet, ingenting annat. Vi vill jobba med hög kvalitet, och vi vill ha en

riktigt god arbetsmiljö, för personalen är vår enda resurs. Vi behöver ha personal med rätt kompetens och rätt inställning till jobbet.

Vi har också jobbat mycket med arbetskultur, företagskultur – arbetsglädje har vi pratat om här i dag – och möjligheten att påverka sitt arbete. Hanterbar arbetsbörda är superviktigt och att man har rätt grejer. Det låter självklart, men det är inte alltid det. Det har varit viktigt för oss att vi har rätt saker så att vi kan göra jobbet på ett riktigt sätt.

När vi startade var ett av målen att ha mer kliniskt arbete och mindre administration. Där kommer frågan om patientnytta in igen. Vad är patientnytta? Vi går inte på några möten där vi inte kan se att det finns patientnytta med i frågeställningen eller att det finns mandat till beslut i gruppen. Vi tycker inte att det är värt att lägga tiden på det.

Kontinuitet är en annan stor drivkraft för oss. Vi jobbar med lista på doktor. Vi har satt en maxgräns som vi nu har fått höja. Vi hade 1 500 fram till för några år sedan. Nu har vi faktiskt 1 600 per doktor när man är färdig specialist. Vi delar listan med sköterska.

Jag satt här tidigare och log för mig själv när jag lyssnade på alla er som talade före mig, för jag kände att vi både är gammaldags och moderna. Vi jobbar på ett gammaldags sätt: doktor och sköterska i team och lista på doktor. Om man tittar ut i världen är det här inga nyheter alls. Ibland kan man tänka att vi tror att vi uppfinner det här arbetssättet i Sverige när vi tänker att vi ska jobba så här, men så är det inte. Det här är ett mycket patientsäkert och ekonomiskt sätt att arbeta på.

Vilka är då våra framgångsfaktorer? Vi har aktivt skapat en företagskultur, ett arbetssätt, en arbetskultur som är jätteviktig. Det har vi kunnat göra för att vi jobbar på golvet *med* våra medarbetare. Det är så viktigt att ledarskapet finns på golvet, nära patienten, och att vi tar våra beslut för patientens skull.

Vi jobbar tillsammans med all personal – städ, receptionen, sekreterarna, undersköterskorna, sjuksköterskorna, fysioterapeuterna och beteendevetarna. Vi är med på samma arbetsplatsträffar. Vi går på samma internutbildningar. Vi jobbar tillsammans.

Vi stimulerar och uppmuntrar fortbildning väldigt mycket hos våra anställda. Det är inte alltid så lätt att få medarbetare att gå fortbildning, därför att man är trött eftersom vi har en hög arbetsbörda på arbetsplatsen. Men vi jobbar på med det. Vi har också hela tiden en pågående dialog om våra värdegrunder i våra informella och formella möten med personalen. Vi har ett aktivt arbete med bemötande. Hur bemöter vi varandra och hur bemöter vi patienterna och andra aktörer som vi träffar på i våra professioner?

Det har pratats mycket om kommunikation i dag, och det är en viktig komponent för framgång att vi har en tydlig kommunikationspolicy – hur pratar vi med varandra? – och att det finns en formell struktur för det när det gäller vårt patientarbete. Men det finns också mycket tydligt uttalat att vi har ansvar för en tydlig och respektfull kommunikation internt och externt.

Jag ska också nämna friskvård, för vi anser, som jag tidigare sa, att medarbetarna nästan är den enda resurs som vi har. Därför försöker vi på många

olika sätt främja frisk- och må-bra-faktorer. Där har vi jobbat en hel del med friskvård.

Varför lyckas vi? Vi har ett mycket tydligt ledarskap med mandat. Våra chefer har mandat och kan ta beslut på plats. Vi har också en mycket enig ledningsgrupp. Vi träffas ofta, och vi prioriterar vad som är viktigt för oss i vår verksamhet. Det är mycket korta beslutsvägar och mycket lätt att påverka arbetssituationen för våra medarbetare. Vi påverkar den tillsammans. Vi har alltid patienten i fokus. Som Annsofi nämnde står verksamheten i fokus. Det är inte mitt eget behov som står i fokus när jag är på jobbet utan vad verksamheten behöver.

Vi gjorde ganska snabbt om tidböcker och schemaläggning så att vi har mest personal på jobbet när patienterna har störst behov av att komma. Det är självklart egentligen, men så var det inte när vi var anställda i den stora landstingsorganisationen.

Vi är inte löneledande. Vi strävar inte efter att vara löneledande, utan vi har en strävan efter att ligga mellan femtionde och sextionde percentilen i Svenskt Näringslivs lönestatistik. Det är ganska viktigt att påpeka det: Vi konkurrerar inte med lön.

Småskaligheten är avgörande för att vi ska kunna jobba på det sätt vi gör. Det ger oss möjlighet att ha överblick. Vi kan se händelser och förutse händelser. Vi kan analysera och planera utefter de erfarenheter och de snabba växlingar som sker i vår verksamhet. Till exempel har vår lilla vårdcentral i glesbygd, som ju har 4 000 patienter, haft mellan 400 och 700 asylflyktingar under ett år. Det ställer ganska stora krav på flexibilitet.

Engagemanget är superviktigt. Vi ägare är naturligtvis mycket engagerade, men vår personal blir också det för att de har möjlighet till påverkan på ett sådant sätt som ges med de här korta beslutsvägarna.

Sist men inte minst måste jag få berätta om hotbilden mot vår verksamhet. Vi har inte möjlighet att i dag sätta ett tak för hur många patienter vi kan ta emot. Det gör att vi inte kan säkra kvaliteten på patientsäkerheten och arbetsmiljön. Det är ett stort problem för oss i vår stadsvårdcentral, därför att vårdcentralerna runt omkring fungerar så dåligt att vi får en kraftig överlistning.

År 2017 blir ett ödesår för oss, för vi måste nu bestämma oss för om vi kan fortsätta driva den vårdcentralen därför att vi får ett obegränsat patienttillflöde. Det är en stor sorg, men vi måste ta ett professionellt beslut.

Reepalus förslag ska jag inte tala så mycket om, men vi måste lägga ned om det går igenom som det ser ut i dag.

Vi har stora brister i konkurrensneutralitet i Västernorrland och även i andra landsting, men framför allt kan jag bara tala om vår situation. Vi har olika ekonomiska förutsättningar. Man har större kostnader och får mindre ersättning som privat vårdgivare.

Ordföranden: Stort tack till alla er som vi har fått möjlighet att lyssna på i dag för att ni så väl har hållit tiden men framför allt för att ni så väl har fyllt er talartid med innehåll.

Vi kommer nu att gå över till den del av denna offentliga utfrågning som innebär att utskottets ledamöter får möjlighet att ställa frågor både till er som har talat och i några fall också till ett antal andra personer. Vi har Anna Nergårdh här som är särskild utredare med uppdrag enligt kommittédirektivet med titeln *Samordnande utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården*.

Statsrådet har inte haft möjlighet att stanna kvar, men från Socialdepartementet finns Petra Zetterberg Ferngren på plats för att svara på frågor om det kommer sådana till departementet.

Från stiftelsen Leading Health Care har vi Anna Krohwinkel här eftersom Hans Winberg, som han nämnde, har gått vidare till ett annat utskott som samtidigt har en utfrågning där han nu talar.

Med detta lämnar jag över ordet till ledamöterna. Jag påminner som vanligt om att ställa korta och koncisa frågor. Nämn också gärna vem ni vill rikta frågan till.

Anna-Lena Sörenson (S): När jag har lyssnat på alla de här intressanta föredragen tycker jag att det finns en stor samstämmighet. För att klara det här svåra och nödvändiga uppdraget med kompetensförsörjningen nu och i framtiden krävs det stora strukturförändringar i vården. Jag lyssnade mycket på Hans Winberg här som talade om silos – det är ju ett nytt sätt att beskriva det, annars talar man om stuprör, men silos är kanske ännu bättre – och om hur vi måste skapa helheter i vården och gärna med patienten i fokus. Alla hade inte med patienterna i sina anföranden, noterade jag, men jag tror ändå att de finns där i bakgrunden. Man bygger verksamheten runt patientens och patientgruppernas behov.

Jag undrar hur vi ska få ihop det här samtidigt som det finns krav på att vi skapar arbetsplatser som liknar de som vi fick höra om alldeles nyligen – alltså tryggheten i Kalmar eller utvecklingskraften i Tybble och på andra ställen. Många gånger är kompetensen hos vårdpersonalen hög och bra – jag tror att det var Johan som var inne på det – men den är hårt knuten till arbetsplatsen, till vår organisation, den gamla strukturen som vi känner igen: kliniken, avdelningen, vårdcentralen eller var vi är någonstans.

Hur ska man få den här kompetensen att följa patienten i stället och samtidigt skapa attraktivitet i arbetsplatsen så att vi kan rekrytera och behålla personal som blir sådär trygg, glad, utvecklings- och förändringsbenägen och professionell som vi vill ha den? Hur ska vi få ihop det?

Jag tror att jag ska rikta min fråga till Anna Nergårdh.

Anna Nergårdh, Socialdepartementet: Tack för frågan! Det är förstås en utmaning. Jag kan tycka att det som blir alldeles tydligt i dag är att det är många

aktörer som behövs, och alla har sin roll i systemet och måste få förutsättningar att utföra sin roll på ett bra sätt. Det tycker jag kopplar till det direktiv som jag har i mitt uppdrag som utgår från förslagen i *Effektiv vård* där vissa saker ska genomföras och vissa saker behöver ytterligare analys eller konsekvensanalyseras.

Men jag tror att det vi ofta gör i svensk hälso- och sjukvård är att vi har en gammalmodig struktur, inte minst vad gäller samverkan mellan olika aktörer. Eftersom vi inte har löst det strukturproblemet trycker vi ut våra bekymmer hela vägen till verksamhetschefsnivån ibland och ganska ofta till medarbetarna. Det är klart att det då inte går att åstadkomma en god arbetsmiljö, och det går heller inte att faktiskt få känna att man gör ett bra jobb, för man har inte riktigt förutsättningarna för det.

Det kan gälla när man står på en akutmottagning och som enskild medarbetare hamnar i att lösa vårdplatssituationen när det egentligen handlar om strukturen för var vårdplatserna finns, hur samverkan mellan landsting och kommun ser ut eller att man faktiskt på en vårdcentral inte har resurser att utföra det uppdrag som man har.

Jag skulle säga att den förändringen när det gäller att ställa om sjukvårdssystemet är jätteviktig. Vi ska ställa om till ett modernt sjukvårdssystem som är mindre akutsjukhustungt och med en ny primärvård utifrån de behov som i dag finns i befolkningen, inte minst när det gäller psykisk ohälsa. Det är den förändringen som skapar förutsättningar för att alla aktörer i systemet kan arbeta på toppen av sin kompetens både som organisationer och myndigheter och som enskilda medarbetare. Det i sin tur leder till att den här goda arbetsmiljön kan skapas där man faktiskt får känna att man gör ett bra jobb. För mig hänger det väldigt tydligt ihop.

Cecilia Widegren (M): Tack för att ni alla har kommit hit i dag och berikat oss med olika erfarenheter! Det framgår tydligt att det ytterst inte är en resursfråga, utan det handlar i mångt och mycket om att behålla medarbetare och att attrahera medarbetare. Det framgår mycket tydligt att det handlar om två saker: styrning och ledarskap.

Jag vill börja med att rikta en fråga till Regeringskansliet. Jag beklagar att sjukvårdsministern inte är på plats för att ta del av de här frågorna och få igång den här dialogen här i riksdagen. Jag tycker ändå att Regeringskansliet kan svara på när det förslag som finns i *Effektiv vård* om den nationella kommittén för kompetensförsörjning kommer att finnas på plats som ett förslag så att vi kan gå vidare med det. Det framgår här att det handlar mycket om att få struktur och styrning på plats nationellt för att också ta tag i de här utmaningarna.

Min andra fråga går till Socialstyrelsen och handlar om det nationella planeringsstödet som det för oss är mycket viktigt att få del av information om hur långt man har kommit med. Saknas det några politiska beslut, eller när kan vi få en bredare bild av hur det här arbetet går framåt för att stärka styrningen

och ledarskapet så att vi också får lite aktion? Jag tror att vi alla är helt klara över vad som behöver göras.

Petra Zetterberg Ferngren, Socialdepartementet: Det är tyvärr regeringssammanträde varje torsdag förmiddag, så Gabriel var tvungen att lämna utfrågningen.

När det gäller förslaget om en nationell kommitté var det, om jag nu minns rätt – jag kan inte varenda sida i detta betänkande – ett förslag om att man skulle inrätta någon form av permanent kommitté. Bland annat tror jag att man sneglade på lösningen för SMER, Statens medicinsk-etiska råd, och att det bland annat skulle handla om samverkansfrågor, utbildningsfrågor och kompetensförsörjningsfrågor, det vill säga huvudmän och lärosäten till exempel både på regional och nationell nivå.

Av olika anledningar fann man inte att just kommittélösningen var den mest lämpliga, och utredningen föreslog också att man annars kunde lägga det som ett myndighetsuppdrag, vilket ju regeringen också har gjort i och med det uppdrag som har getts till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet.

Vi hoppas mycket på att de tillsammans ska få igång samverkansarenor för just de här frågorna: behov, tillgång, antal utbildningsplatser etcetera både på nationell nivå och mellan huvudmännen och de lokala eller regionala lärosätena.

Martin Sparr, Socialstyrelsen: Precis som Petra säger är arbetet igång med UKÄ, och den konferens som jag nämnde är ett led i att samlas kring detta. Vi har också en referensgrupp kopplad till detta, och vi ska lägga ett förslag på den mer permanenta strukturen när uppdraget avslutas 2019, men då hoppas vi redan vara igång. Det är alltså ett successivt arbete.

I övrigt, när det gäller konkretionen i planeringsstödsutvecklingen, lämnade vi en rapport i höstas, 2016, med förslag om hur vi går vidare. Det är det som ligger till grund för vårt utvecklingsarbete nu. Det löper alltså på, och det är en rad olika aktiviteter när det gäller hur vi utvecklar själva statistiken, hur vi utvecklar prognosmodeller och hur vi får till bättre relationer mellan huvudmän och högskola och stat för att på kort och längre sikt få en bättre planeringsgrund.

Det kan också handla om rena it-lösningar: Hur kan vi integrera data från nationell nivå in i landstingens administrativa system? Det är alltså full rulle.

Anders W Jonsson (C): Jag har två frågor. Den ena är till Heidi Stensmyren. Reformen i Norge byggde på att man gick ifrån kravet på att det skulle vara allmänmedicinska specialister och accepterade att legitimerade läkare kunde arbeta i primärvården.

Finns det några erfarenheter från Norge där man ser att det på något vis har äventyrat patientsäkerheten, och finns det några diskussioner i läkarförbundet om att vi borde reformera primärvården åt det hållet även i Sverige?

Min andra fråga är till Eva Jaktlund. Jag tycker att det här är jättespännande. Man ser i statistiken att de privata vårdcentralerna, hälsocentralerna, har betydligt mindre problem att rekrytera personal, och utifrån alla besök som man gör som socialutskottsledamot är också erfarenheten att de privata har inga eller mycket mindre problem att få tag på alla yrkesgrupper.

Vad beror det där egentligen på? Varför är ni mer framgångsrika på den privata sidan än man är på den offentliga?

Heidi Stensmyren, Sveriges läkarförbund: Tack för frågan! Det man gjorde i Norge var att sätta en tydlig politisk ambition att vi ska erbjuda befolkningen och patienterna tillgång till en fast läkarkontakt. Som du har observerat stod det inte specificerad specialitet på den. Vad man ändå sa var att det är viktigt att kunna erbjuda kontakten inom primärvården och att det ska vara en allmänläkare. Dock, precis som i Sverige var man i Norge mycket medveten om sin situation och om bristen. Man hade samma problematik med hyrläkare och bristande bemanning.

Befolkningens största problem var tillgängligheten. Man behövde åstadkomma tillgänglighet till en läkare, men man sa också att det var viktigt att på sikt säkra att det går att lista sig på en allmänläkare och byggde in en incitamentsstruktur i systemet. Läkare som lämnade slutenvården och etablerade sig inom öppenvården utbildade sig och kompetensutvecklade sig successivt och har nu blivit specialister i allmänmedicin.

Man kombinerade målsättningen att erbjuda befolkningen möjlighet att lista sig på en egen allmänläkare med en incitamentsstruktur så att man kunde nå dit.

Ja, vi är villiga att titta på en sådan struktur. I det läge Sverige befinner sig i i dag måste det till strukturella reformer. Då får man vara pragmatisk och säga att det är dit vi vill, att vi inte är där i dag, men det är vår avsikt. Det måste finnas en incitamentsstruktur som säkrar fortbildning. De har byggt in löpande fortbildning i sin modell. Det är inte konstigt internationellt. Det är bara i Sverige som det är lite avvikande så att kompetensutvecklingen inte är inbyggd i de olika modellerna.

Eva Jaktlund, Familjeläkarna Mitt AB: Jag svarar utifrån min elvaåriga erfarenhet. Det är tydligheten i vår organisation som gör att den är rolig att jobba i. Vi har ett tydligt gemensamt mål att tillsammans ta hand om patienten. Det finns också en tydlighet i organisationsstrukturen.

Det finns en stor stolthet bland både oss läkare och annan yrkespersonal i våra verksamheter. Det ger arbetsglädje. Vi är glada på jobbet.

Vi sätter också kvalitet högst. Jag framhärdar i att vi är en medicinsk sjukvårdsproducerande verksamhet. Vi ska inte låta någon tro något annat, att vi

är ett trivselföretag. Det uppskattas också av medicinsk personal att det jobbas hårt och mycket med de medicinska kvalitetsfrågorna. Vi har ett mycket öppet utbildningsklimat. När Arne Sjöberg visade bilden av varför folk vill jobba hos dem hade jag kunnat lägga upp samma bild. Vi är prestigelösa, jobbar patientcentrerat i behovsorsakade team. När vi har behov av att jobba tillsammans gör vi det.

Arbetsglädjen! Jag vet inte om det är så hos andra, men jag kan bara svara för oss.

Karin Rågsjö (V): Tack för en bra förmiddag, även om man kan hamna i svart-vita debatter. Jag har två frågor, och en går till SKL.

Det är inte bara lönen som avgör om man vill jobba kvar. Det syns också att den psykiska ohälsan i gruppen, specifikt kvinnliga sjuksköterskor och läkare, ökar. Jag tänkte höra vad SKL gör för att få alla landsting att gå i samma takt när det gäller bättre arbetsmiljö, förkortad arbetstid, delaktighet – de frågor som gör att man trivs på sin arbetsplats.

Ingen har nämnt digitalisering i dag. Det är annars något som ses som den stora lösningen inom hälso- och sjukvården. Jag tänkte också där höra hur det går. Digitalisering använd på rätt sätt kommer att frigöra mycket tid för personalen. Hur går det med det – så att inte alla landsting kör sitt eget lilla race.

Jag måste förstås säga något om vinster i välfärden. Det vore konstigt annars eftersom jag är vänsterpartist.

Det här kan bli en svart-vit diskussion där man promotar de fantastiska vårdcentralerna, alla är privata eller offentliga. Jag har varit på många vårdcentraler – bra privatdrivna, bra offentliga – och även dåliga.

Aleris – ett jätteföretag – gjorde en vinst på 8,5 miljarder 2015. Det finns lite guld att gräva. Jag vänder mig till Vårdföretagarna. Kan inte vinsten bli en drivkraft, i stället för att utveckla personalfrågor och utveckla välfärd? Det finns många avtal i Stockholms läns landsting.

Agneta Jöhnk, Sveriges Kommuner och Landsting: När det gäller arbetsmiljö och sjukfrånvaro inom vår sektor jobbar vi mycket tillsammans med parterna, alltså de fackliga organisationerna. Vi använder Suntarbetsliv tillsammans. Vi lägger 50 miljoner per år på att jobba med förebyggande arbete. Vi forskar också om arbetsmiljö, och parterna tar ett gemensamt ansvar.

Sedan snart ett år tillbaka finns en avsiktsförklaring som handlar om hur vi ska komma till rätta med den höga sjukfrånvaron. En del i sjukfrånvaron handlar om den psykiska ohälsan. Där jobbar vi också med hjälp av statliga medel tillsammans med vård- och omsorgssidan för att på olika sätt komma till rätta med den psykiska ohälsan. Många av våra medarbetare har en tuff situation. De är längst ut i hierarkin och möter patienter, klienter och brukare på olika sätt som verkligen behöver mycket hjälp. Den psykiska ohälsan är något vi uppmärksammar.

När det gäller digitalisering har vi precis genomfört en stor fusion av Inera, som ägs av landstingen, och kommunerna går också in. Digitalisering av alla våra verksamheter ska ta ännu större fart. Det har tagits över av SKL tillsammans med ägarna, det vill säga alla kommuner och landsting.

Vi ser att det är en bit kvar, men vi har kommit en bra bit på väg.

Ordföranden: Jag uppfattade att den andra frågan var riktad till Inga-Kari Fryklund. Jag vet inte om Kina Rubensson också vill svara eftersom det gällde specifikt Aleris.

Inga-Kari Fryklund, Vårdföretagarna: Jag fick ingen fråga om sjukfrånvaron, men den är 20 procent lägre i de privata vård- och omsorgsföretagen. Det kan vara bra att känna till i diskussionen.

Karin Rågsjö frågade om vinsten kan vara en negativ drivkraft. I de flesta sammanhang innebär bra verksamhet som drivs med kvalitet att arbetet kan göras på ett effektivt och bra sätt. Du behöver bra medarbetare och kompetent verksamhet för att kunna bedriva långsiktig verksamhet. Du måste ha patienter som väljer att komma till dig. Då kan du driva verksamhet ekonomiskt bra, och du kan driva den med människor som vill jobba där och du kan leverera god vård. Då finns det möjligheter till ett överskott. Det är inget som motsätter varandra. Du ska göra rätt och bra saker, och då kommer du att få de som väljer och vill jobba där. Då kan du gå med överskott.

Henrik Kennedy, Aleris: Jag arbetar med kommunikation. Jag tackar så mycket för frågan.

Jag måste kontrollera att jag uppfattade Karin Rågsjö rätt. Sa du att vinsten var 8,5 miljarder? Ja. Det är fråga om omsättningen. Det är stor skillnad på vinst och omsättning.

Om vi över huvud taget ska tala om vinst är vinstmarginalen ungefär 3–4 procent. På 10 miljarder tjänar vi ungefär 300–400 miljoner. Man måste ändå se på fakta.

Inga-Kari Fryklund var inne på att våra medarbetare inte motiveras av vinst, utan de motiveras av att göra ett bra arbete. Många har talat här i dag om att detta att kunna göra ett bra arbete är vad som driver människor i vården.

Med bra kvalitet, som det goda arbetet leder till, brukar det i sin tur leda till vinst. Vi kan inte motivera våra medarbetare genom att säga att det ska vara si och så många procent i vinst. Så fungerar inte vår verksamhet hos Aleris.

Vad är vinst? Det är ett överskott. Det är det överskott som kan användas för att investera i medarbetare, i modern teknik, i bättre organisation. Motsatsen är förlust. Förslut betyder osäkerhet. Kan vi driva verksamheten vidare?

Barbro Westerholm (L): Det finns ett långt gånget kommunalt självbestämmande i Sverige. Det finns vissa gränser för vad staten kan åtgärda för problem i sammanhanget.

Jag har en fråga till SKL. Tillgången till AT-platser och väntan på AT-plats är en propp i systemet. Vad gör ni på SKL-sidan för att undanröja väntetiderna och få bort propparna?

Min andra fråga riktar sig till Läkarförbundet. Den handlar om att utnyttja den läkarprofession som finns. 67-årsgränsen utgör ett hinder. Vad kan man göra beträffande bristspecialiteterna, att få de specialisterna att fortsätta att också bibehålla sin kompetens och utbilda efterträdare så att vi fyller på i bristområdena?

Ordföranden: Jag uppfattar att den första frågan var riktad till SKL.

Anna-Clara Olsson, Sveriges Kommuner och Landsting: Det stämmer att det finns en stor utmaning i att skala upp AT-platserna för att möta behovet. Det har varit en stor utbyggnad av den svenska läkarutbildningen under en lång tid. Den har man tagit höjd för i landstingen, och man har utökat antalet AT-platser de senaste fem åren med ungefär 200 platser.

Det vi har misslyckats att ta höjd för är inflödet av utlandsutbildade läkare. Det är dels utlandsstudenter som återvänder till Sverige och får beslut av Socialstyrelsen att de får göra svensk AT. Det vill de i stor utsträckning göra, framför allt de från Polen. Det är dels ett system där tredjelandsutbildade läkare som inte har varit färdiga specialister ska göra svensk AT. Där har vi misslyckats med att ta med dem i våra prognoser och att fylla upp behovet. I dag finns lite fler AT-platser varje år än vad det finns nyutbildade läkare från de svenska lärosätena.

Det har varit en planeringsram som tar slut i år, och man sitter nu och gör planeringsramar för de kommande tre eller fem åren. Det är på hälso- och sjukvårdsdirektörernas bord. Vi jobbar med frågan, men det är svårt. Den utökade läkarutbildningen tar plats i vården. Det är ett stort utbildningsuppdrag, och vi behöver fler ST-platser i primärvården för att få fram fler specialister i allmänmedicin. Vi behöver också fler AT-platser. Det är stor trängsel i utbildningsuppdraget. Vi måste bli bättre på att samordna och att använda alla våra resurser.

Heidi Stensmyren, Sveriges läkarförbund: Detta är en mycket viktig fråga, inte bara för läkare utan för hela arbetsmarknaden. Jag ska svara på läkarperspektivet.

Föregående talare pratade om inträde på arbetsmarknaden. Det måste gå lite snabbare. När det handlar om äldre yrkesutövare är läkargruppen den grupp som stannar längst i arbetslivet. Uppskattningsvis 38 procent i våra

grupper fortsätter efter 67 års ålder med yrkesverksamhet i varierande omfattning.

Nyckeln för att göra så är flexibilitet på arbetsmarknaden. Det här är inget unikt svenskt problem eller en unik utmaning, möjlighet, för Sverige, utan det är internationellt. Särskilt på europeisk nivå diskuteras det sociala kontraktet för arbetsstyrkan. Från 60, 62, 65 och 67 och framöver – det är lite olika brytningspunkt på ålderskategorierna. Det finns en stor tillgång, och det är fråga om stora pensionsavgångar. Frågan är mycket berättigad eftersom det finns en stor potential här.

Barbro Westerholm berörde två frågor. Det var en fråga om kompetensutveckling. Hur ska vi säkra att de som är kvar och bidrar inom välfärden upprätthåller sin kompetens även efter 65 eller 67. Där saknar vi i Sverige i dag en föreskrift som reglerar fortbildning. Det borde finnas som en säkerhet. Legitimation och specialistbevis är statens garant för att yrkesutövaren håller måttet. Då behövs en föreskrift som reglerar och säkrar att det sker kompetensutveckling. En föreskrift behövs på området.

Sedan var det frågan om tjänster. Vi ser ett behov av att ha en flexibel tjänstestruktur för äldre arbetstagare som kan stanna kvar i ett arbete som rådgivare eller handledare. De ska finnas till hands som en resurs i vården. Frågan diskuteras på Europanivå. Vi borde ta upp diskussionen i Sverige om anpassade arbetsvillkor. Vi skulle gärna se att äldre yrkesutövare inte behöver ägna sig åt tung nattjänstgöring när de inte har förmågan. En del slutar att arbeta för att det blir tungt att hålla igång på natten, men med en anpassad arbets- och tjänstestruktur skulle de kunna hålla på mycket längre. Det är viktigt.

Ordföranden: Flera nämnde vikten av att behålla medarbetare och hålla dem friska. Annsofi Jansson talade om att först och främst behålla medarbetare.

Vi har hört att det är en skillnad i ohälsotalen mellan arbetstagare hos offentliga arbetsgivare och hos privata arbetsgivare. Vi vet också att det är stor skillnad mellan medarbetare inom sektorn jämfört med arbetsmarknaden i övrigt.

Min första fråga är riktad till er som representerar forskarvärlden. Har någon en överblick av hur Sverige står sig i det perspektivet jämfört med andra länder? Finns den här skillnaden även i andra länder? Jag är inte säker på om någon av er har möjlighet att svara på frågan, men om ni har det vore det intressant att få veta.

Sedan har jag en fråga riktad till SKL. Har ni tittat på om huruvida era medarbetare var lika friska och lika mycket på sin arbetsplats som arbetstagare i genomsnitt på den svenska arbetsmarknaden, hur mycket mindre utmaning hade det varit på området?

Har någon forskare något att tillföra? Nej. Då får vi låta den frågan vara obesvarad.

Agneta Jöhnk, Sveriges Kommuner och Landsting: Jag vet inte om jag kan svara på den första frågan, men vi träffar våra nordiska kolleger som jobbar med arbetsgivarfrågor mycket. Norge har en högre sjukfrånvaro än vad Sverige har i offentlig sektor. Danmark och Finland har det inte. Det kanske inte bara beror på arbetsmiljön, utan det beror mycket på vilket försäkringssystem som finns. I Norge har man rätt att vara sjuk i ett antal dagar. De har en högre sjukfrånvaro.

Allt runt sjukfrånvaron kanske inte bara har med arbetsplatsen, ledarskap och arbetsmiljö att göra.

Jag har inga siffror på den första frågan. Nu kommer jag inte ihåg vad den andra frågan var. Om vi har räknat på om vi skulle ha haft samma sjukfrånvaro som privata arbetsgivare? Nej, det har vi inte räknat på. Men vi har olika arbetsuppgifter. Det Inga-Kari Fryklund säger inom hälso- och sjukvården stämmer, men inom omsorgerna är sjukfrånvaron högre på den privata sidan.

Vi kan leka med siffror hela tiden.

Vi har ett ansvar. Som parter tar vi det ansvaret, och som arbetsgivare är man väl medveten om att den korta sjukfrånvaron kostar mycket eftersom vi ständigt behöver ta in vikarier. Vi kan inte låta en förskola stå tom eller ett sjukhus stå tomt. Vi måste ta in vikarier. Det kostar mycket. Det är vi fullt medvetna om.

Det handlar mycket om på vilket sätt arbetsgivarna och politikerna tillsammans väljer att arbeta med frågorna. Om man fokuserar mycket på att sänka sjukfrånvaron brukar det fungera.

Jag vet att våra siffror har planat ut. Jag har kollegor i den andra utfrågningslokalen. Jag håller med om att det hade varit spännande att hålla utfrågningarna tillsammans.

Ordföranden: Vi går in på nästa runda i utskottet.

Lennart Axelsson (S): Det låter som att vi borde åka på en studieresa till Norge.

Min första fråga handlar om patienterna. Det är dem vi har pratat om hela förmiddagen, även om de inte har tagits upp i alla anföranden. Min fråga är kopplad till detta med hyrläkare.

De ökade kostnaderna inte bara dränerar systemet utan även de fasta läkarkontakterna blir nästan omöjliga att upprätthålla vid ständiga byten. Mina frågor riktar sig till Läkarförbundet. Hur ser ni på problemet? Tror ni att man kan göra precis som man gör i Bollnäs, det vill säga i princip säga nej till traditionella hyrläkare?

Jag har en kort fråga till SKL om utbildning. Agneta Jöhnk sa att lärosätena väljer bort utbildningar där det finns behov inom samhället. Borde det vara mer av ett nationellt ansvar för att bestämma vilka utbildningar som ska genomföras?

Heidi Stensmyren, Sveriges läkarförbund: Det här är en mycket viktig fråga om stabil bemanning, specifikt om man kan säga nej till hyrpersonal.

Såsom vi ser på saken är situationen när man hyr in personal ett val man många gånger gör. Vi ser gärna att det ska vara fast personal. Vi tror också att det är möjligt att åstadkomma. Det är bra för arbetsmiljön att det finns en stabilitet. Själva företeelsen att vid behov, vid särskilda situationer, hyra in personal, toppar och dalar, är bra. Det handlar om bemanning och behov. Men att basera sin verksamhet på inhyrd personal som bytes varje vecka är inte bra för kontinuiteten vare sig i gruppen anställda och arbetsmiljön eller för patientsäkerheten. Det vi måste leverera, och som jag tycker att vi ska komma överens om, är att samhället ska garantera att patienterna får återkomma till samma läkare hela tiden. Om vi kan enas om det kan vi sedan enas om vägen dit. Det är möjligt att göra en utfästelse om det målet, det vill säga att det ska vara fast personal. Man ska kunna lista sig på sin läkare och återkomma till den, och denna ska ha en rimlig lista så att det finns tid att träffa patienten.

I Sverige listar vi oss på huset där det inte behöver finnas någon på insidan, och absolut ingen fast personal. Det var inte avsikten. Vi måste kunna lista oss på läkaren för att säkerställa en stabilitet i bemanningen.

I andra länder, Danmark, Frankrike, England, i jämförbara länder, inte bara Norge, är det möjligt. I Norge löstes detta på två år, det vill säga att gå från en situation som liknade den i Sverige, kanske till och med sämre, till att ha en stabil bemanning. Det går absolut att komma överens. Det är viktigt att ha en överenskommelse om målet och att man vågar lista på läkare. Befolkningen har rätt att få lista sig på en läkare och få återkomma till samma läkare för att säkerställa kontinuiteten. Ja, det är möjligt.

Agneta Jöhnk, Sveriges Kommuner och Landsting: Jag pratade lite om den andra frågan sist.

Vi tycker att det krävs en ökad statlig samordning av högskolorna så att utbildningsdimensioneringen bättre matchar behoven. Karlstads universitet bestämmer själv i dag vilka platser man ska ha. Det bestämmer inte UHR. Möjligtvis finns ett regleringsbrev som styr ett antal saker. Vi har autonoma högskolor i dag. Jag tror mer på kraften i det regionala och lokala samarbetet mellan universitetet och respektive region än att exakt bestämma antalet platser här i Stockholm, om jag får uttrycka mig lite slarvigt.

Jenny Petersson (M): Min fråga går till Agneta Jöhnk på SKL.

Du sa att snabbspåren går bra. Jag har eftersökt statistik hos Arbetsförmedlingen. Jag hittar inte detta på hemsidan. Du får gärna utveckla hur statistiken ser ut, siffror och utfall. De ska fungera. Det är vi alla måna om. Hur ser det ut?

Jag kan bara beklaga att Gabriel Wikström inte är på plats, och jag vet att man som politiker ibland måste prioritera. Det är beklagligt. Vi moderater har

eftersökt en långsiktig personalförsörjningsstrategi. Är regeringen nöjd? Finns en sådan eller är man nöjd med utfallet i dag?

Jag riktar mig också till SKL om en långsiktig personalförsörjningsstrategi. Tycker ni att det fungerar som det ser ut i dag eller vad efterfrågar ni på detta område? Det finns stora brister inom vissa sektorer. Vi hörde här om allmänläkare. Hur ser det ut?

Agneta Jöhnk, Sveriges Kommuner och Landsting: När det gäller snabbspår, är det bara inom hälso- och sjukvård och leg-yrken?

Jenny Petersson (M): Nej, det som berör vårt område givetvis.

Agneta Jöhnk, Sveriges Kommuner och Landsting: I dag?

Jenny Petersson (M): I dag.

Agneta Jöhnk, Sveriges Kommuner och Landsting: Då lämnar jag över till Anna-Clara Olsson som har mer färska siffror. SKL är en organisation som tillsammans med Arbetsförmedlingen har kommit längst när det gäller snabbspår totalt sett, både inom leg-yrken och för legitimerade lärare.

Anna-Clara Olsson, Sveriges Kommuner och Landsting: Jag har tyvärr inga siffror på vad som ligger i det som kallas snabbspår och vad som ligger på annat håll.

Socialstyrelsen har lagt en hel del tid och kraft på att ändra processen för att få legitimation om man har en tredjelandsutbildning. Det är egentligen först nu som processen finns. Jag tror att vi har svarat på sju remisser hittills i år om legitimationsgrundande praktisk tjänstgöring för utlandsutbildade i olika legyrken.

Processen finns inte på plats än. Jag tror att fyra personer har klarat ett av de nya kunskapsproven. Tandläkarna skrev det nya kunskapsprovet för första gången förra veckan.

Socialstyrelsens pusselbitar börjar komma på plats. Proven finns. Regelverken för praktiskt tjänstgöring kommer. Det blir en jätteviktig uppgift för våra medlemmar att tillhandahålla de praktiska tjänstgöringarna som då ska leda till legitimation. Det är en handfull personer som har kommit så långt i processen.

Arbetsförmedlingen har börjat upphandla preparandutbildningar som ska förbereda för kunskapsproven och den praktiska tjänstgöringen. Det har gått en omgång i höst. Jag tror att det går två omgångar nu för läkare och en för sjuksköterskor. Det är egentligen först i år som de olika bitarna börjar komma

på plats. Det finns bra lokala initiativ, bland annat i Örebro och även i Stockholm. Men helheten har inte funnits förut. Det är nu vi behöver gå in i detta.

Det finns flera partsgemensamma samarbeten. Vi gick i förra veckan in med en gemensam ansökan med Läkarförbundet om att gå in i nästa fas och utveckla snabbspåret för hälso- och sjukvården. Folk är inte igenom det nya systemet än. Förra året fanns det inte. Nu finns så pass många olika pusselbitar att vi kan börja sätta oss och reda ut vad vi behöver jämka, åtgärda och lägga till för att få till ett rejält fungerande snabbspår för hälso- och sjukvården.

Agneta Jöhnk, Sveriges Kommuner och Landsting: Det var någon fråga om kompetensförsörjning. Jag uppfattade inte riktigt.

Det behövs fler grundutbildningsplatser för sjuksköterskor. Det behövs fler utbildningsplatser för specialistsjuksköterskor. Det behövs en yrkeshögskola som fungerar när det gäller undersköterskor med specialistinriktning. Det behövs bra yrkesvux. De flesta som vill bli undersköterskor är inte 16 år. Är det svar på frågan?

Ordföranden: Vi får hoppas det. Nu börjar vår tid rinna ut. Jag tackar så mycket för ert deltagande. Jag tänkte slutligen lämna över ordet till utskottets vice ordförande Anna-Lena Sörenson för att avrunda denna öppna utfrågning.

Anna-Lena Sörenson (S): Jag kan avsluta där Emma Henriksson började med en historisk jämförelse, som jag förstår att du hade fått via Anders Lönnberg, om antalet läkare.

Jag kan bidra med min egen erfarenhet. Jag började med hälso- och sjukvårdspolitik 1994, och jag hållit på med den mer eller mindre sedan dess. Jag kan inte påminna mig att jag vid någon tidpunkt fått höra att det nu är nog, att det nu är lagom eller att det nu är för mycket. Det har snarare varit mycket tal om brister på olika sätt, olika ställen och på olika specialiteter. Jag har sedan dess hört att primärvårdens roll måste stärkas och strukturerna i sjukvården förändras. Lite grann känns det som att vi är ute och ropar på vargen.

Nu tar vi frågan på allvar i utskottet. Vi har utnyttjat de möjligheter som finns att samla oss till en öppen utfrågning. Vi är mycket tacksamma att ni har kommit hit och bidragit med ert kunnande och er klokskap till oss. Vi har tagit till oss av detta. Vi har samlat på oss bra underlag för att förhoppningsvis fatta kloka och bra beslut i fortsättningen. Hjärtligt tack för att ni har kommit! Jag vill rikta ett speciellt tack till utskottets kansli och vår kanslipersonal som har jobbat mycket med detta och lagt ned mycket arbete och tid på att få ihop detta. De har gjort ett bra jobb – det har ju blivit ett så bra resultat. Tack!

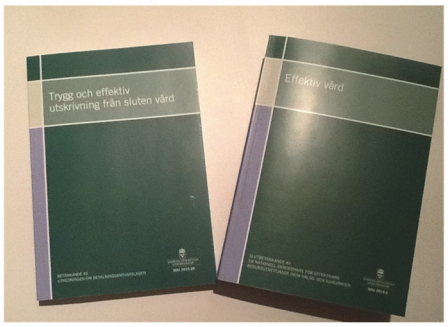
Ordföranden: Med detta avslutar vi dagens utfrågning.

BILAGA 1

Bildpresentationer från offentlig utfrågning

Anna Ingmanson

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (S 2013:14)



- Analys!
- "Ge förslag på åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att säkerställa att professionernas tid, kunskap och engagemang används på bästa möjliga sätt"
- Tilläggsuppdrag: översyn av betalningsansvarslagen

Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

"Innehåll"

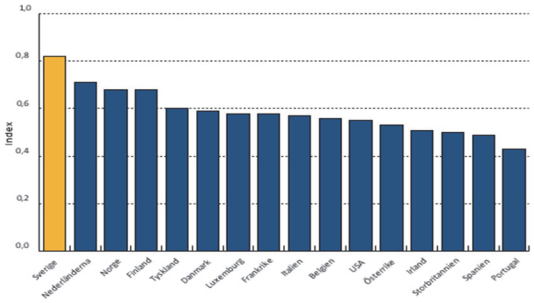
- **Hur ser det ut? (fokus ineffektivitet)**
- **Varför ser det ut som det gör?**
- **Vad kan "vi" göra åt det?**

Utredningen lämnade sammanlagt 26 förslag, 11 rekommendationer och ett hundratal vägledande bedömningar riktade till olika nivåer i sjukvårdens styrsystem.

Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

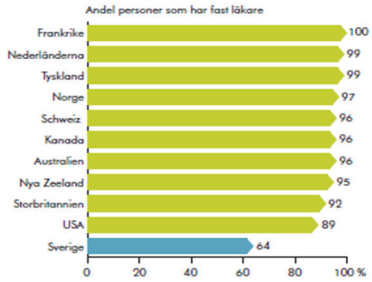
Index kvalitet (SKL)



Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

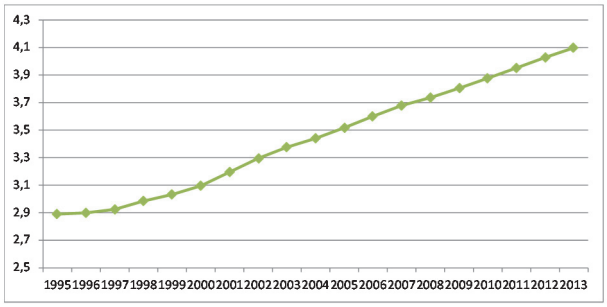
.... men vi är sämre på tillgänglighet, koordinering och service



Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

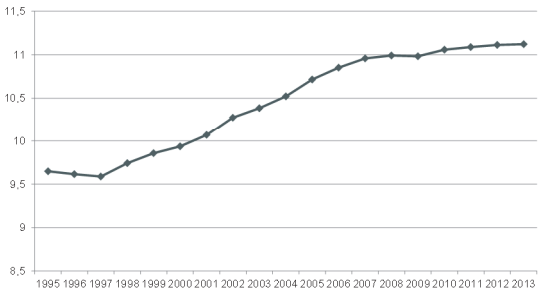
Antal läkare/1000 invånare



Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

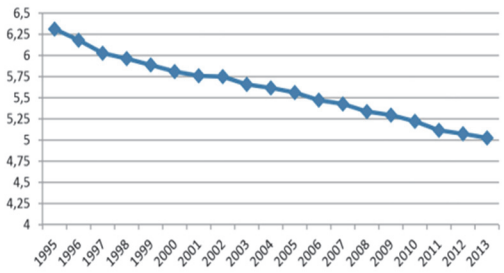
Sjuksköterskor/1000 inv



Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

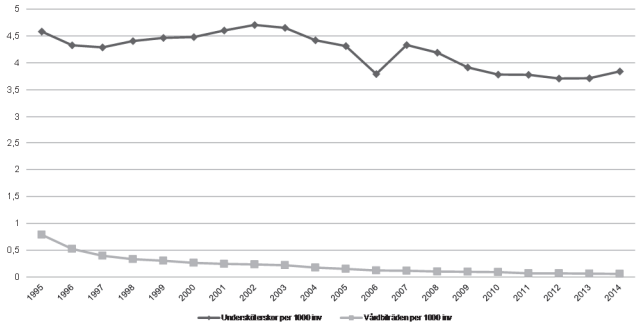
Specialistsjuksköterskor



Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

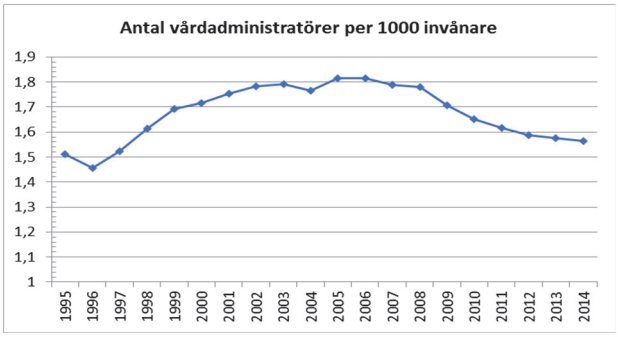
Usk och vårdbitr. landsting



Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

Vårdadministratörer/1000 inv



Många andra saker påverkar möjligheten att använda personalens kompetens på det mest effektiva sättet

- Administrativ börda
- Undermåliga IT-system
- Kompetenser används inte enligt BEON-principen
- Arbetsplatskultur
- Dålig arbetsmiljö
- Tungt arbete och brist på variation
- Ledarskap
- Mer...

Hur hamnade vi här?

- Effektivitetsproblemen hänger samman med större strukturella faktorer.
- Inte möjligt att åtgärda genom ”enkla” medel.
- Lösningarna måste utgå från att förändra dessa strukturella faktorer.

Några iakttagelser

- Staten har styrt mycket på detaljnivå handläggning/administrativa krav
- Staten riktar mycket styrning direkt mot verksamheter
- Styrambitionerna är ojämnt fördelad visavi de olika ”värden” som eftersträvas (ex. tillgänglighet, kontinuitet)
- Statens styrmedel och huvudmännens styrning måste hänga samman i högre utsträckning
- Landstingens förmåga att åtgärda vissa strukturproblem? Staten bör ta ett större anvsvar för sjukvårdssystemet

Statens styrning (karaktäristika)

- ***Strukturskapande styrning***
- ***Styrning genom form- och handläggningskrav,***
- ***Direkt innehållsstyrning***
- ***Indirekt innehållsstyrning***

Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

Strukturskapande styrning	Styrning genom form- och handläggningskrav	Direkt innehållsstyrning	Indirekt innehållsstyrning
välja mellan olika vårdgivare	Rapporteringsskyldighet i vårdgarantin	Vårdgarantin	Vårdgivare får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande.
	Teckna överenskommelser avseende samarbete runt personer med psykiska funktionsnedsättningar resp. personer som har missbruks- eller beroendetillstånd	Pat. ska få den vård för att avvärja fara som akut och	Hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget ansvar för hur arbetsuppgifter utförs
	Varje år ska resultaten i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete redovisas i en patientsäkerhetsberättelse.	välja utförare	personalen bidra till god patientsäkerhet osapportera
	Vårdgivarna får en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada	patientens samtycke krävs	hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att u vetenskap och beprövad erfarenhet
	Vårdgivaren ska göra lex Maria-anmälan.		Pat o närs. inrrtivare s i patientsäkerhetsarb.
	Vårdgivaren ska informera den patient som har drabbats av en vårdskada		barns inflytande över sin vård
	Patienten ska bli informerad om, ersättningen enligt patientskadeförsäkringen eller läkemedelsförsäkringen		
	Patienten ska informeras om klaga på vården hos IVO, och patientnämndens verksamhet fungerar.		
	hälso- och sjukvårdspersonal utgör en fara för patientsäkerheten ska av rapporteras till Socialstyrelsen.		
	Om apotekspersonal har skäl att anta att en läkares eller sandläkares förskrivning av exempelvis narkotiska läkemedel står i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet ska detta anmälas till Socialstyrelsen.		
	Patienten ska få information om sitt hälsotillstånd m.m.		
	Patienten ska få information välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt utförare , ny medicinsk bedömning fast vårdkontakt, vårdgarantin, och vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.		
	Samordnad individuell plan		
	Hälso- och sjukvårdspersonalen bidra till god patientsäkerhet och rapportera både risker för vårdskador och händelser som lett till, eller hade kunnat leda till, vårdskador till vårdgivaren		

Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

Styrning

- Statens styrning: för mycket på fel nivå
- Mer långsiktig styrning.
- Mer helhetstänkande i styrningen. Välj rätt styrmedel! (Varning för att sätta pengar på medicinska resultat).
- Politikens dubbla uppdrag - vem är det egentligen som styr? Horisontell prioritering?
- Administrativ börda och mätning... Mäta är bra – mer för förbättring och mindre för kontroll.
- Mätning är främst till för de som jobbar närmast patienten.

Nationella styrningen behöver förstärkas

- Möten på toppnivå mellan regeringen och huvudmännen.
- Lagstadgad skyldighet för landstingen att samverka när det är motiverat av kvalitets- och/eller effektivitetsskäl.
- Nationell kommitté för kompetensförsörjning
- Nationellt uppdrag för primärvården.
- Nationellt arbete med verksamhetsstöd.

Oili Dahl

Långsiktigt kompetensförsörjning och förutsättningar för sjuksköterskor att vilja stanna kvar i vården

Oili Dahl, Specialistsjuksköterska intensivvård, Med dr
Utbildningschef FoU Omvårdnad
PMI- Perioperativ Medicin och Intensivvård
Karolinska Universitetssjukhuset

Ledamot Svensk sjuksköterskeföreningens styrelse

Vad vet vi idag?

- Nyexaminerade sjuksköterskor är väl utrustade för yrket, har färdighet och kunskap och förmågan att självständigt urskilja, formulera och lösa problem
- Hög arbetsbelastning, hög omsättning av personal - andelen sjuksköterskor som någon gång under de tre första åren upplevde höga nivåer av utbrändhetssymtom 30 %
- ca 20% har tankar på att lämna yrket de första fem åren efter examen
- Ouppfyllda förväntningar på yrket, motstridiga eller otydliga krav i yrkesrollen
- Orimligt höga förväntningar och övermäktiga insatser för att axla samma ansvar som erfarna kollegorna
- Låg grad av regelbunden återkoppling om uppnådda vårdresultat
- Utrymme för diskussioner med kolleger är begränsad
- 55 % av sjuksköterskorna använder sig av forskningsresultat i låg eller mycket låg grad efter två år i yrket

LUST - en Longitudinell Undersökning av Sjuksköterskors Tillvaro, Rapport B:2013:5

The Magnet Program

1983 The American Academy of Nursing (AAN)

- Identifierade arbetsplatser (41 av 163)
- Rekrytera/behålla välutbildade sjuksköterskor
- God omvårdnadskvalitet

- Sjukhus med magnetiska dragninsgrafter
  Forces of Magnetism
  Magnet hospitals

http://www.nursecredentialing.org/Magnet/FindaMagnetFacility

SoU april 2017, Oili Dahl

Goda resultat för dagens Magnetsjukhus i USA

Människor	Kostnader	Service	Kvalitet
Minskad personal-omsättning och fler ssk stannar kvar	Minskat anlitande av bemanningsföretag	Ökad patient-tillfredställelse	Minskad dödlighet med fler specialist-utbildade sjuksköterskor
Färre ssk med utmattnings-depression	Färre arbetsskador av nålstick	Ökad arbets-tillfredställelse bland legitimerade sjuksköterskor	Färre antal patienter med olika grader av trycksår
	Förbättrad operations-kapacitet		Minskat antal vårddagar
			Färre antal patienter med fall/fallskador
			Färre antal vårdskador

SoU april 2017, Oili Dahl

Nyckelkomponenter för Magnetstatus i omvårdnad

1. **Empiriska utfallsmått- mätbara resultat**
   "Vilken skillnad har du gjort?" Magnet organisationer måste använda kvalitetsdata för att mäta utfall och påvisa lösningar på problem I hälso- och sjukvårdssystem.

2. **Structural empowerment- personlig utveckling och auktoritet för sjuksköterskor**
   Strukturer och processer utvecklade av inflytelserika sjuksköterskeledare ger en innovativ miljö där klinisk praktik blomstrar och organisationens mål, visioner och värderingar stödjer värde för patienten. För att nå dit behöver organisationen en strategisk plan, struktur, policy och program.

Stimpfel AW, Sloane DM, McHugh MD, Aiken , L. Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. Health Serv Res. 2016 Jun;51(3):1120-34

SoU april 2017, Oili Dahl

Nyckelkomponenter för Magnetstatus i omvårdnad

3. **Högkvalitativ patientnära omvårdnad**
   Kärnan i Magnet organisationer är den högkvalitativa patientnära omvårdnaden. Organisationen behöver förstå omvårdnadens roll för patienter, familjer, samhället och för det interdisciplinära teamet och sjuksköterskornas implementering av ny kunskap och evidens. Denna komponent fokuserar på vad professionell omvårdnad kan uppnå.

4. **Ny kunskap, innovation och utveckling**
   Magnet organisationer har ansvar för att bidra med ny kunskap, innovationer och utveckling av vården för patienten, vården, organisationen och professionen. Nuvarande system och klinisk praktik behöver redesignas och omdefinieras för att bli framgångsrika. Komponenten innefattar nya vårdmodeller, implementeirng av evidens, ny evidens samt bidrag till vårdvetenskapen

SoU april 2017, Oili Dahl

Nyckelkomponenter för Magnetstatus i omvårdnad

5. **Transformerande ledarskap- utvecklande ledarskap**
   Hälso- och sjukvårdsorganisationer skall inte bara lösa problem, fixa trasiga system, och stödja personal utan transformera organisationer att möta framtiden. Detta kräver visioner, inflytande, klinisk kunskap och expertis relaterad till omvårdnad.

SoU april 2017, Oili Dahl

Högkvalitativ omvårdnad– dynamisk vision för vårdutveckling och forskning

- Skapa förutsättning och långsiktig plan för livslångt lärande för sjuksköterskor i vården
- Säkerställa omvårdnadsrepresentation i alla ledningsnivåer
- Implementera kompetensmodell för professionsutveckling med tydlig koppling till vårdens och patientens behov
- Skapa förutsättningar för utbildning/utveckling/forskning på avancerad nivå
- Utveckling av multiprofessionell vård- och omvårdnadsforskningsprogram
- Integration av disputerade sjuksköterskor i klinisk arbete och i kliniska ledarskapsroller i omvårdnad (förenade tjänster)
- För att implementera kunskapsbaserad vård krävs ledare som har kunskap om hur man söker och värderar evidens samt om strategier för hur den kan införas

SoU april 2017, Oili Dahl

Tack!

oili.dahl@sll.se

Appendix

Litteratur

Aditi D. Rao., Aparna Kumar & Matthew McHugh. (2017). Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *Journal of Nursing Scholarship,* 2017; 49:1, 73–79.

Aiken L., Sloane D., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffiths P., Busse R., Diomidous M., Kinnunen J., Kózka M., Lesaffre E., McHugh M., Moreno-Casbas M., Rafferty AM., Schwendimann R., Scott A., Tishelman C., van Achterberg T., Sermeus, W. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.

McHugh, M., D., Kelly, L., A., Smith, H., L., Wu, E., Vanak, J., S., Aiken, L., H. (2013) Lower Mortality in Magnet Hospitals. *Medical Care*, 51 (5):p. 382-388

Lesley, K., A., McHugh, M., D., Aiken, L., H. (2011) Nurse Outcomes in Magnet and Non-Magnet Hospitals. *Jona*. 41 (10):p. 428-433

Kramer, M., Schmalenberg, C., E. (2005) Best Quality Patient Care. A Historical Perspective on Magnet Hospitals. *Nurs Admin Q*. 29 (10):p. 275-287. American Nurses Credentialing Center. 2014 Magnet®Application Manual.

SoU april 2017, Oili Dahl

Aktuella kvalitetskriterier för Magnet certifiering

1. **Kvaliteten på ledarskap av omvårdnad**
2. **Organisationens struktur**
3. **Chefs- och ledarskapsstil**
4. Medarbetarpolicys och **program för kompetensutveckling**
5. **Modeller för omvårdnadsarbetet**
6. **Omvårdnadskvalitet**
7. Kvalitetsutveckling
8. **Konsultationsmöjligheter och stödresurser**
9. **Autonomi**
10. **Samordnad vårdkedja/-planering**
11. **Sjuksköterskor som lärare och handledare**
12. **Synen på omvårdnadens innehåll och betydelse**
13. Teamarbete och interdisciplinärt samarbete
14. Professionell utveckling

www.swenurse.se

SoU april 2017, Oili Dahl

Hans Winberg

MAN KAN INTE LÖSA PROBLEM MED
SAMMA TÄNKANDE SOM SKAPADE DEM

MELLANRUM PÅ
SAHLGRENSKA US

INTEGRATIONSMODELLER

Hierarkisk integration (1900-talet)

”Dela upp” ➡ Enheter ➡ Gränser

Organisatoriska mellanrum

Nätverks- & projektintegration (2000-talet)

”Foga samman” ➡ Relationer ➡ Sammanhang

INTEGRATIONSMODELLER

Hierarkisk integration (1900-talet)

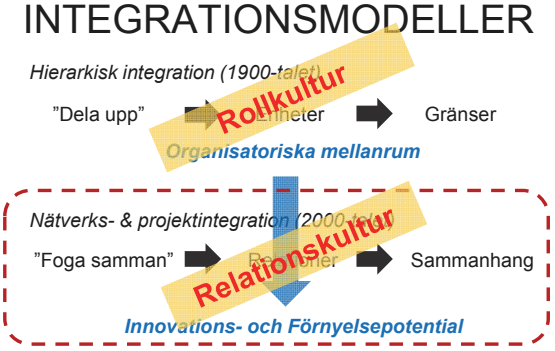
”Dela upp” ➡ Enheter ➡ Gränser

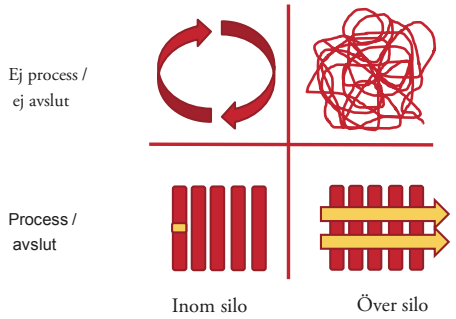
Organisatoriska mellanrum

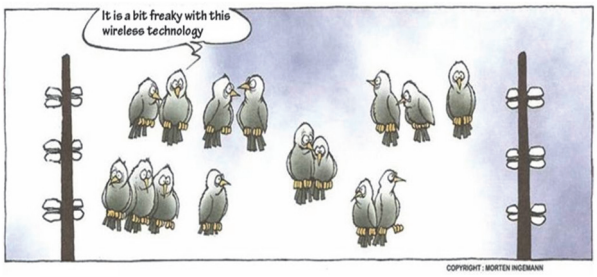
Nätverks- & projektintegration (2000-talet)

”Foga samman” ➡ Relationer ➡ Sammanhang

Innovations- och Förnyelsepotential


INTEGRATIONSMODELLER
Hierarkisk integration (1900-talet)
”Dela upp”
Enheter
Gränser
Rollkultur
Organisatoriska mellanrum
Nätverks- & projektintegration (2000-tal)
”Foga samman”
Relationer
Sammanhang
Relationskultur
Innovations- och Förnyelsepotential


Ej process / ej avslut
Process / avslut
Inom silo
Över silo



Leading Health Care

»Utan tvivel är man inte klok.«

TAGE DANIELSSON

Leading Health Care
Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
hans.winberg@leadinghealthcare.se
Twitter @HansWinberg
LEADINGHEALTCARE.SE • INFO@LEADINGHEALTHCARE.SE

Agneta Jöhnk

Tillgången på kvalificerad personal ökar men bristen består – hur löser vi kompetensförsörjningen i sluten vård och primärvård?

Socialutskottet 6 april 2017

Agneta Jöhnk
Avdelningen för arbetsgivarpolitik
Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning

- Rekryteringsläget är problematiskt för flera av välfärdsyrkena
- Den demografiska utmaningen kommer att öka
- Kommuner/landsting kan göra mycket själva
- …men staten måste också ta sitt ansvar för kompetensförsörjningen

Staten har tagit flera beslut i rätt riktning

Sveriges Kommuner och Landsting

TABELL 2. Andel landsting/regioner som svarar att tillgången är god eller balanserad, 2016 (högskola, nyexaminerade)

Utbildningsgrupp	God eller balanserad tillgång
Arbetsterapeututbildning	59 %
Barnmorskeutbildning	36 %
Biomedicinsk analytikerutbildning	53 %
Distriktssköterskeutbildning	19 %
Läkarutbildning	66 %
Psykologutbildning	32 %
Sjukgymnast-/Fysioterapeututbildning	64 %
Sjuksköterskor, grundutbildning	20 %
Sjuksköterskor, övrig specialistutbildning	4 %
Sjuksköterskor: anestesi-, intensiv-, operationssjukvård	5 %
Tandhygienistutbildning	9 %
Tandläkarutbildning	36 %
Tandsköterskeutbildning	44 %
Vård- och omsorgsutbildning (gymnasienivå)	87 %

50 % eller mer
31–49 %
30 % eller mindre

Källa: SCB

Sveriges Kommuner och Landsting

Utbilda för framtidens välfärd

Fler utbildningsplatser på fler ställen

- Högskola
- Yrkeshögskola
- Gymnasieskola

Anpassa utbildningarnas innehåll efter arbetslivets behov

- Främja nära samarbete mellan utbildningssamordnare och arbetsgivare
- Samordna praktik
- Utvärdera utbildningarna
- Modernisera utbildningarna

Samordna utbildning och arbetsmarknadspolitik

- Ökad dialog med arbetsmarknadens parter
- Minska ”utbildningsträngseln”
- Öka resurser för handledning

Flexiblare vägar till välfärdsjobben

- Utöka och vidga vägarna in i yrkena
- Öka möjligheterna att studera parallellt med jobbet
- Utveckla distansutbildningen
- Styr upp behörighetskraven på utbildningarna
- Ett flexibelt studiestödssystem

Jämställda yrkesval

- Bredda rekryteringen
- Öka medvetenheten hos
  - studie- och yrkesvägledare
  - platsförmedlare

Nyanländas kompetens

- Individualisera etableringstiden efter behov
- Möjliggör ett nationellt sammanhängande system för validering
- Skapa ett etableringsspår för kortutbildade nyanlända
- Följ upp hur tillfälliga uppehållstillstånd påverkar etableringen på arbetsmarknaden
- Bryt könssegregeringen

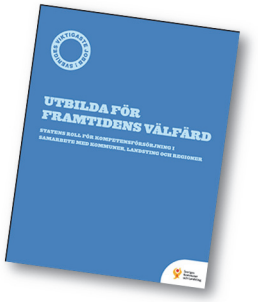
Sammanfattning

- Rekryteringsläget är problematiskt för flera av välfärdsyrkena
- Den demografiska utmaningen kommer att öka
- Kommuner/landsting kan göra mycket själva
- …men staten måste också ta sitt ansvar för kompetensförsörjningen

  Staten har tagit flera beslut i rätt riktning

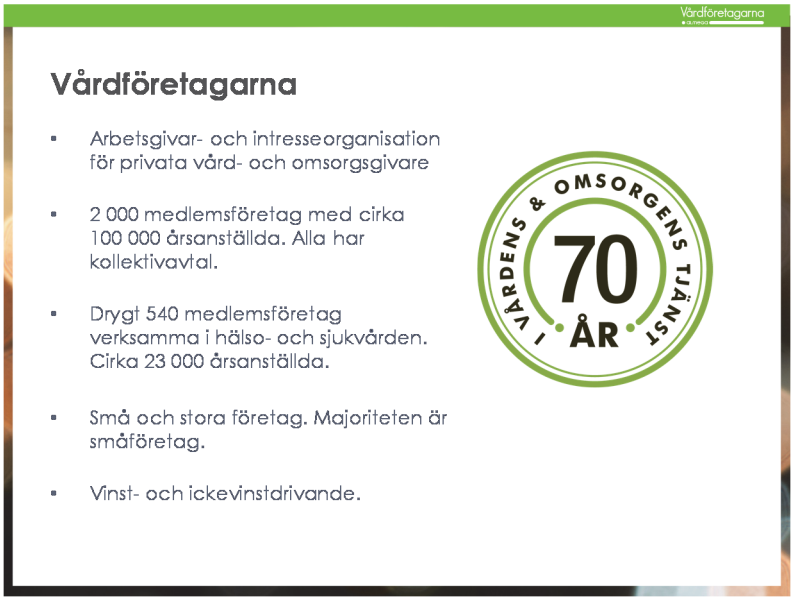
Ny rapport!

Utbilda för framtidens välfärd



Ladda ner eller beställ på
webbutik.skl.se

Inga-Kari Fryklund



Vårdföretagarna

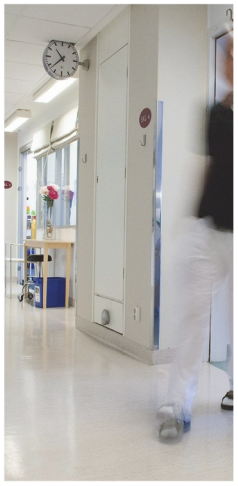
De privata vårdgivarna som arbetsgivare

- Signaler: blivit svårare att rekrytera. I synnerhet specialistsjuksköterskor. Regionala skillnader.
- Lyckas bättre att attrahera och behålla nyckelkompetens i verksamheten. *(SNS)*
- Alla, eller nästan alla, läkartjänster på vårdcentralen är besatta:

  Privat regi:
  82 procent av läkarna instämmer

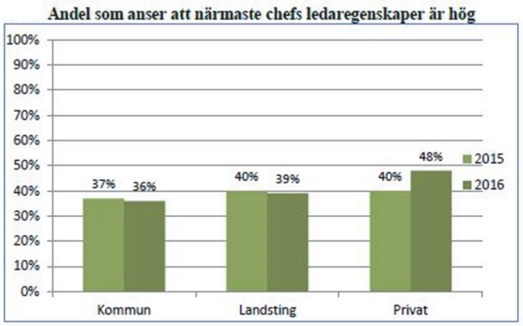
  Landstingsregi:
  53 procent av läkarna instämmer.

  (Läkarförbundet 2015)



Vårdföretagarna

Styrning och ledning

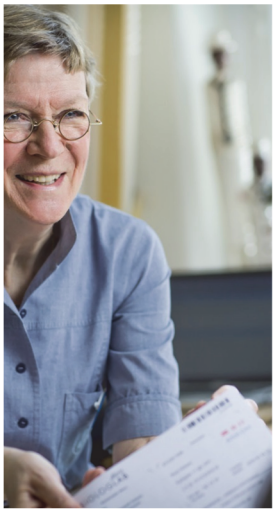


Källa: Jobbhälsobarometern 2016.
(Svenskt Kvalitetsindex och Sveriges företagshälsor)

Vårdföretagarna

Tänkbara förklaringar?

- God styrning, duktiga chefer, personaltrivsel och friska medarbetare avgörande för vårdföretagets överlevnad.
- Inflytande, delaktighet, korta beslutsvägar, "nära till närmaste chef".
- Eventuellt delägarskap.



Vårdföretagarna

Rekommendationer

- Bejaka privata vårdgivare som partners i sjukvården.
- Förslag om vinstbegränsningar skulle få allvarliga konsekvenser - också för kompetens-försörjningen i sjukvården.
- Landstingens huvudmanna-ansvar:
  Lika villkor för alla vårdgivare – oavsett regi.
  Också avseende satsningar på vårdens kompetensförsörjning.

Vårdföretagarna

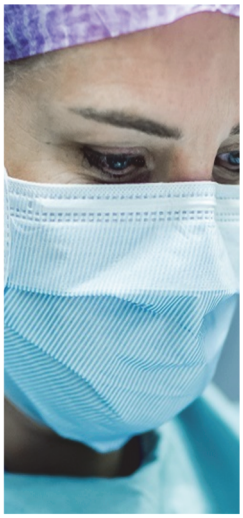
Rekommendationer

- Nyttja privata vårdgivares stabila miljö för utbildning av vårdens professioner.
- Utveckla modeller för ersättning av utbildningsuppdraget.
- Mer nationell styrning i kompetensförsörjningen. Hela sektorns behov.
- Vårdens utbildningar allt mer teoretiska – konsekvenser i vården.

Vårdföretagarna

Rekommendationer

- Generös inställning till att kombinera olika former av anställning och uppdrag.
- Krävs stort kliv när det gäller digitalisering och effektiva informationssystem.
  Vi ska använda personalens resurser till rätt saker.



Johan Larsson

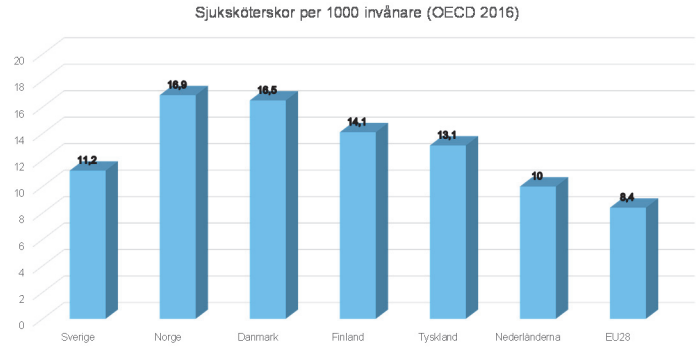
Yrkesutövare inom hälso- och sjukvård

▪ Barnmorskor	7 249	(8 094)*
▪ Biomedicinska analytiker	8 012	(9 964)*
▪ Röntgensjuksköterskor	3 619	(3 954)*
▪ Sjuksköterskor	107 988	(122 962)*

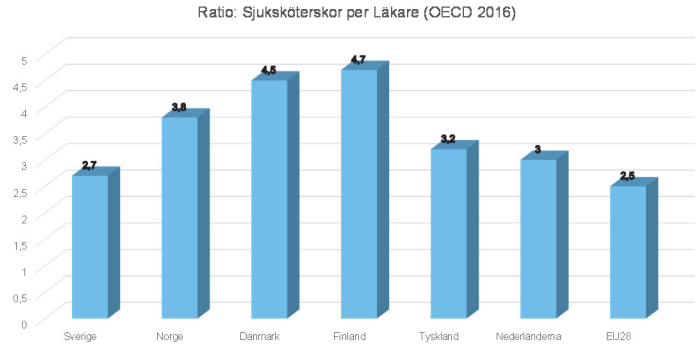
Källa: Socialstyrelsen 2016, statistik år 2014.
* Samtliga legitimerade oavsett bransch inom parentes.

2017-04-26 4

Antalet sjuksköterskor i jämförelse …



Antalet sjuksköterskor i jämförelse …



VÅRDFÖRBUNDET

Våra kunskaper gör skillnad för en säker vård

Nyheter / Forskning

Lyssna

Fler och högutbildade sjuksköterskor minskar risken för dödsfall efter kirurgi

Published 2014-02-26 08:10. Updated 2014-02-26 17:51

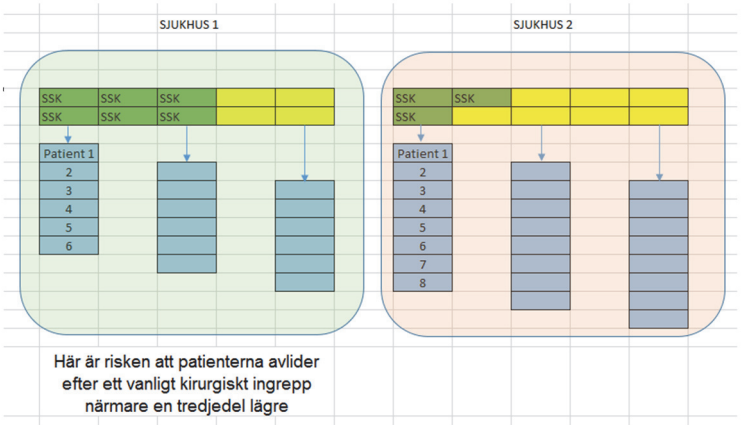
This page in English

En ny internationell studie, där forskare från Karolinska Institutet deltagit, visar att risken för att patienter avlider efter kirurgi minskar om sjuksköterskor har akademisk utbildning motsvarande minst kandidatnivå, enligt nuvarande svensk modell. Men även sjuksköterskors arbetsbelastning har en direkt koppling till risken för dödsfall. Studien, som omfattar närmare en miljon patienter som genomgått vanliga kirurgiska ingrepp i nio europeiska länder, publiceras i den medicinska tidskriften The Lancet.

2017-04-26 7

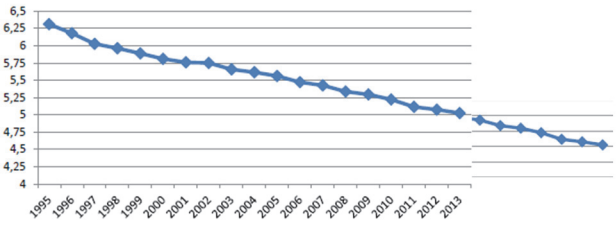
VÅRDFÖRBUNDET

Våra kunskaper gör skillnad för en säker vård



2017-04-26 8

Specialistsjuksköterskor per 1000 invånare 1995-2013



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, från www.socialstyrelsen.se.
Uppgifterna avser personer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården 1 november under det aktuella året. Uppgifter avser personer som är sysselsatta inom såväl privatdriven som offentligt driven verksamhet.

Källa: SOU2016:2, s.87

2017-04-26 9

Exempel på behov: Psykiatri

- Under perioden 1995-2014 minskade antalet specialistutbildade med 1 300. Från 6 237 till 4 937.
- 53 procent av psykiatri-sjuksköterskorna är över 55 år
- År 2014: 51 specialistutbildade sjuksköterskor inom psykiatri per 100 000 invånare (antalet distriktssköterskor var 145 per 100 000 invånare)

2017-04-26 10

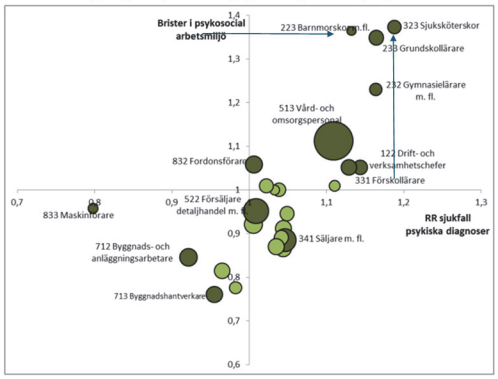
Sjuksköterskors tankar och intentioner på att lämna sjuksköterskeyrket (LUST-studien)

- Översikter på området visar att omsättning av sjuksköterskor är ett stort problem i många länder.
- Byta jobb inom en organisation.
- Lämna vårdyrket.
- Så kallad "yrkesmässig omsättning" av sjuksköterskor betraktas som ett särskilt stort problem eftersom det råder brist på sjuksköterskor i stort.
- Nyfärdiga sjuksköterskor - särskilt utsatta och därför benägna att lämna yrket tidigt i karriären.
- Unga sjuksköterskor tenderar att stanna kortare i yrket.

2017-04-26 12

Risk för sjukdom kopplad till arbetet

Figur 20 Upplevda brister i psykosocial arbetsmiljö 2011 och relativ risk (RR) att påbörja ett sjukfall med psykisk diagnos 2012, per yrke



Källa: Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2014:4

Antal som funderat på att jobba i Norge

- 23 715 sjuksköterskor har skaffat sig en norsk legitimation enligt uppgifter från norska SAK (som kan jämföras med Socialstyrelsen).
- De senaste åren har antalet nya sjuksköterskor som skaffat sig norsk legitimation minskat, men det rör sig fortfarande om nästan 1 000 om året.

Jämställdhet & en hälsosam arbetsmiljö

Jämställda löner

Vårdförbundet kräver jämställda löner. Undervärderingen av kvinnodominerade yrken i främst offentlig sektor måste få ett slut. Du ska värderas utifrån din utbildning, inte utifrån kön och bransch.

Hälsosam vårdmiljö

En god arbetsmiljö är en del av det vi menar är en hälsosam vårdmiljö. Här värnar vi både om din egen hälsa och förutsättningarna för att uppnå en god och säker vård. I en hälsosam vårdmiljö ska både vårdtagarens behov tillgodoses liksom din och dina kollegors rätt att må bra.

Arbetstid

Hälsosamma arbetstider, med möjlighet till vila och återhämtning mellan arbetspassen, är en nödvändig förutsättning för att du ska kunna göra ett bra jobb och arbeta patientsäkert. Det är också en förutsättning för att du med din professionskunskap ska kunna bidra till vårdens utveckling.

2017-04-26 15

Svensk vård behöver ställa om!

- En hälsosam vårdmiljö & en säker kompetensförsörjning.
- En stark välfärd där våra gemensamma resurser tas tillvara.
- En jämlik hälsa.

”Om vi fortsätter att göra som vi alltid har gjort så får vi det resultat som vi alltid har fått.”

Vi vill se en personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär:

- Att vården utgår från den unika personen och dennes rätt till hälsa.
- Att vården efterfrågar personens förmågor och är aktiverande.
- Att vården är sammanhållen.
- Att vården alltid möter varje människa med värdighet, medkänsla och respekt.

2017-04-26 18

Personcentrerad vård

- … ger en hållbar vård och en ökade möjligheter att jobba enligt yrkesetiken, vilket minskar etisk stress och ökar arbetstillfredsställelsen.
- … tar tillvara teamets samlade kompetens.
- … innebär mer mobila arbetssätt och mer vård i hemmet.

2017-04-26 19

Kommunerna är stora vårdhuvudmän

- Den kommunala vården ökar i omfattning och betydelse:
  - Antalet äldre blir allt fler och vi lever allt längre.
  - Vi bor kvar hemma allt längre.
  - Mer avancerad vård utförs i hemmen.
- Men kompetensen har inte följt med!
  - Det finns endast 1,8 procent specialistsjuksköterskor med inriktning för vård av äldre.

2017-04-26 20

Sjuksköterskor i kommunal vård

”En delmängd av det totala antalet sjuksköterskor är sjuksköterskor inom kommunerna där antalet sjuksköterskor minskat under den senaste 20-årsperioden.”

Citat SOU 2016:2, s.85

2017-04-26 21

På universitetet

Dagens utbildningar håller generellt hög klass, men …

- En större andel av den verksamhetsförlagda utbildningen måste ske i primärvården och i den kommunal hälso- och sjukvården.
  - Där man utbildar, där jobbar man också efter utbildningen!
- Mer interprofessionellt lärande mellan yrkesgrupperna under studierna.
  - Det ger grunden för ett kommande fungerade teamarbete!

2017-04-26 23

Utvecklingen kräver …

Specialistutbildning för biomedicinska analytiker

Trots en svindlande teknisk utveckling i vården som revolutionerat laboratorieverksamheterna finns idag ingen reglerad specialistutbildning för biomedicinska analytiker. Det vill vi ändra på.

2017-04-26 24

Utvecklingen kräver också …

Specialistutbildning för röntgensjuksköterskor

Trots att den tekniska utvecklingen inom vården har revolutionerat röntgenverksamheterna finns idag ingen specialistutbildning för röntgensjuksköterskor. Det arbetar vi för att förändra.

2017-04-26 25

Strukturerad yrkesintroduktion

- De första åren i yrkeslivet kan vara utmanande.
- Många upplever att skillnaden mellan utbildningen och den dagliga verksamheten i vården är stor.
- Därför arbetar Vårdförbundet för att en strukturerad yrkesintroduktion ska införas.
- Vi föreslår en strukturerad yrkesintroduktion på 9-12 månader

2017-04-26 26

Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor – AST

- Studier och kliniskt arbete i verksamheten kombineras: Ny kunskap kommer verksamheten till godo direkt.
- Specialistutbildning: Utbildningen sker som idag på högskolan.
- Utbildningsanställning: Specialistutbildningen sker inom ramen för anställning och kollektivavtal.

2017-04-26 27

Akademisk specialisttjänstgöring – AST

- AST sprider sig sakta över landet, men …
- Huvudmännens ansvar att inrätta utbildningsanställningar behöver lagregleras

2017-04-26 28

Inom följande yrken ser Arbetsförmedlingen störst behov första halvåret 2017:

- Operationssjuksköterskor
- Röntgensjuksköterskor
- Sjuksköterskor, psykiatrisk vård
- Socialsekreterare
- Sjuksköterskor (grundutbildade)
- Sjuksköterskor inom akutsjukvård
- Geriatriksjuksköterskor
- Mjukvaru- och systemutvecklare
- Distriktssköterskor
- Förskollärare
- Civilingenjörer, bygg och anläggning
- Specialpedagoger
- Läkare
- IT-arkitekter
- Barnsjuksköterskor

2017-04-26 29

Heidi Stensmyren

#Tryggvård

Så säkerställer vi kompetensförsörjningen
i svensk hälso- och sjukvård

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Läkarbrist är ett relativt begrepp

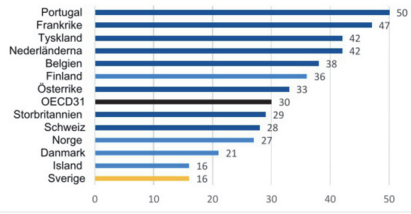
- Sverige är ett av OECDs mest läkartäta länder.
- Idag utexamineras fler läkare än någonsin. Det är bra
- Läkare arbetar mer än normalarbetstid på svensk arbetsmarknad.

Ingen generell läkarbrist, men stor brist på vissa specialister.

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Sveriges tuffaste utmaning; Öka antalet allmänläkare

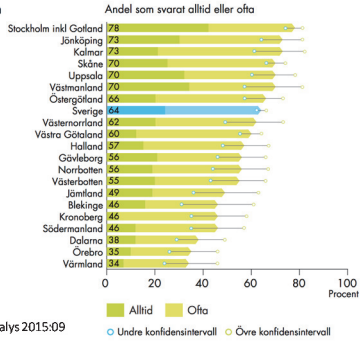
Figur 4. Procentuell andel allmänläkare (generalister) av samtliga kliniskt verksamma läkare 2011



Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Figur 2. Möjlighet till fast läkarkontakt.

I vilken mån kan patienter på din vårdcentral eller motsvarande välja en fast läkarkontakt?*

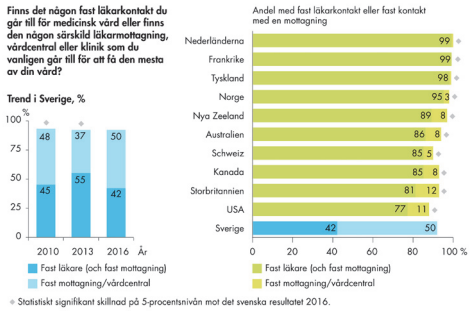


* *Frågan ställdes enbart i Sverige.*

Källa Vårdanalys 2015:09

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Figur 7. Andel som har fast läkare eller mottagning.



Källa Vårdanalys 2015:09

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Norge -ett föregångsland

- Genomdrev en nationell reform.
- Allmänläkaren blev första linjens sjukvårdsinstans.
- Varje norrman har rätt till sin namngivna doktor.
- Primärvården har stort förtroende hos befolkningen.

Stor brist även på andra specialiteter

- Behov av att väcka liv i det nationella planeringsstödet (NPS).
- Skapa ekonomiska förutsättningar för att NPS-utredningens förslag blir verklighet.
- Specialiseringstjänstgöringskurserna är viktiga och behöver få ökade anslag.

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Reglera fortbildningen

- Kompetensförsörjning handlar också om fortbildning.
- Sverige är ett av bara tre länder i Europa som inte har reglerat kravet om läkares fortbildning.
- Kompetensutveckling är också ett statligt ansvar.

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Tydliggör det medicinska ansvaret

- Ansvar och förutsättningar går hand i hand. Även för att säkerställa den lokala kompetensförsörjningen.
- Låt proffsen vara proffs, stärk den enskilda medarbetarens och entreprenörens möjlighet att planera och utforma sin vardag.
- Stärk verksamhetschefens roll och ansvar.
- Säkerställ så alla patienter har en patientansvarig läkare (PAL).

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Fler utexaminerade läkare är bra. De måste också bli klara specialister!

- Snittet för att få en AT-plats är upp emot två år.
- Antalet AT-tjänster svarar inte upp emot antalet utexaminerade.
- Är det ett nationellt intresse att få ut läkare på arbetsmarknaden?

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Sammanfattningsvis

- Genomför en nationell primärvårdsreform
- Stärk det nationella planeringsstödet (NPS)
- Öka anslagen till SK-kurser
- Reglera fortbildningen
- Stärk det medicinska ansvaret
- Korta ledtiderna från examen till specialist

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Slutligen ett tips på vägen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

”Happiness lies in the joy of achievement and the thrill of creative effort.”
/Franklin D. Roosefelt

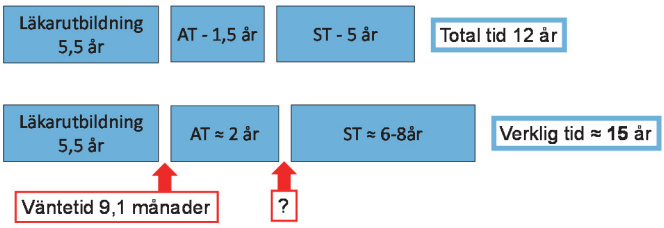
Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Jonas Ålebring

SYLF
SVERIGES YNGRE LÄKARES FÖRENING

Så löser vi framtidens läkarförsörjning
Jonas Ålebring ordförande SYLF

Vägen till att bli specialistläkare



SYLF
SVERIGES YNGRE LÄKARES FÖRENING

En sammanhållen väg från läkarutbildning till specialistläkare

Problem:
Långa väntetider till AT → förlorar **1000** specialistår per år

Lösning:
- Ny läkarutbildning
- Bastjänstgöring
- Tillräckligt antal AT platser

SYLF

Nationell samsyn kring kompetensförsörjning

Problem
Ingen gemensam bild av behov och väg att nå kompetensförsörjning i balans

Lösningar
- Förbättring av det Nationella Planeringsstödet
- Utveckling av Socialstyrelsens ST-råd

SYLF

Hållbar kompetensförsörjning i hela landet

Problem

Finns många läkare i Sverige, brist inom vissa specialiteter på vissa ställen

Lösning

- Öppen och transparent rekrytering
- Individuella lösningar
  - Forskning i hela landet
  - Chefs- och ledarskapsmöjligheter

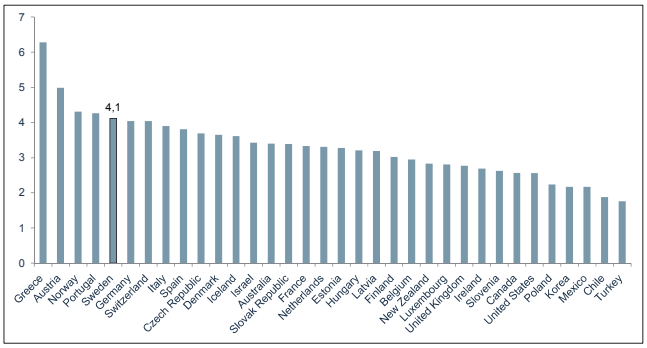
Martin Sparr

Socialstyrelsen

Kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården

2017-04-06

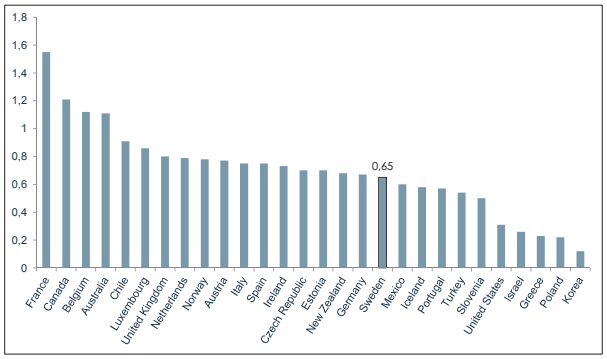
Läkare per 1 000 invånare, OECD-jämförelse



Källa: OECD – Health Statistics 2016

Socialstyrelsen 2017-04-06

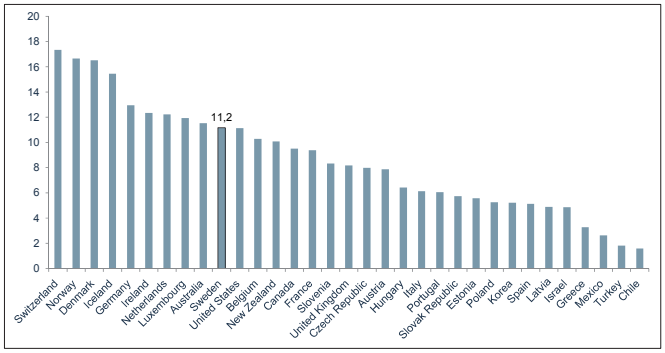
Allmänläkare per 1 000 invånare, OECD-jämförelse



Källa: OECD – Health Statistics 2016

Socialstyrelsen 2017-04-06

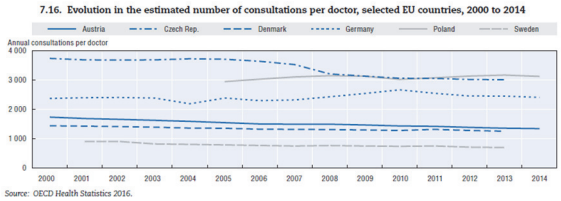
Sjuksköterskor per 1000 invånare, OECD-jämförelse



Källa: OECD – Health Statistics 2016

Socialstyrelsen 2017-04-06

Antalet patientbesök per läkare



Socialstyrelsen 2017-04-06

Antal barnmorskor, läkare och sjuksköterskor i hälso- och sjukvården

Yrke	Antal	Antal per 100 000 invånare	Årlig procentuell förändring, 2013 till 2014	Procentuell förändring, 2009 till 2014
Leg barnmorska	7 249	74	-0,3	1
Utbildade läkare	40 639	417	1,4	10
Därav specialistläkare	27 822	286	0,5	6
Leg. Sjuksköterska	107 988	1 109	-0,3	1
Därav specialiserade	48 115	494	-2,0	-7

Källa: Nationella planeringsstödet 2017, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen 2017-04-06

Antal tandhygienister och tandläkare i tandvården

Yrke	Antal	Antal per 100 000 invånare	Årlig procentuell förändring, 2013 till 2014	Procentuell förändring, 2009 till 2014
Tandhygienist	4 177	43	0	11
Tandläkare	7 777	80	0	0
Därav specialisttandläkare	885	11	0	1

Källa: Nationella planeringsstödet 2017, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen 2017-04-06

Landstingens svar på tillgång och efterfrågan på några specialistläkare

Specialistläkare inom:	Efterfrågan överstiger tillgången	Balans	Tillgången överstiger efterfrågan
Psykiatri	17	0	0
Allmänmedicin	15	1	0
Bild- och funktionsmedicin	15	2	0
Obstetrik och gynekologi	14	3	0
Geriatrik	13	2	0
Akutsjukvård	12	1	0
Internmedicin	12	4	0

Källa: Nationella planeringsstödet 2017, Socialstyrelsen

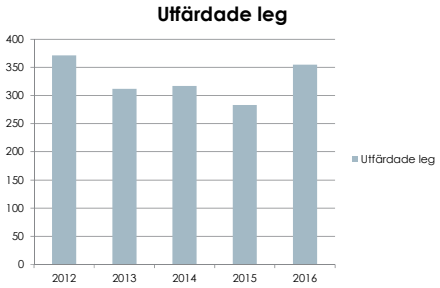
Socialstyrelsen 2017-04-06

Socialstyrelsens arbete i korthet

- Legitimationer och intyg
- Ansvar för SK-kurser (specialistkompetenskurser)
- Prognoser och planeringsstöd
- Ansvar för nationell arena för samtal
- Använd kompetens och kunnande rätt
- Stöd till chefer
- Uppföljningar av satsningar

Ansökningarna för utbildade utanför EU/EES ökar

…det gäller även antalet utfärdade legitimationer



Socialstyrelsen 2017-04-06 11

Mer information finns på: www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen

Arne Sjöberg

Värdegrund I

- Se mig
- Hör mig
- Berör mig

Arne Sjöberg, Geriatriska kliniken Länssjukhuset Kalmar

Landstinget i Kalmar län

Värdegrund II

HHH
TTTT
GE

- Fokus En sak i taget
- Ordning Var sak på sin plats
- Tillit Hålla vad man lovat

Arne Sjöberg, Geriatriska kliniken Länssjukhuset Kalmar

Landstinget i Kalmar län

Arbetsmiljön - Klimatet

De säger själva

- Kan fråga om allt
- Öppet klimat
- Vi hjälps åt
- Tid för reflektion
- ”Man får skratta”
- Frihetsgrader
- Närhet till varandra
- ”Aldrig ensam”
- Teamarbete
- ”Nyfiken på chefen”

Landstinget i Kalmar län

De söker upp oss!

Exempel 1:
Sjuksköterska Umeå (betalade sin egen flygresa)
Hösten 2017 Hög kompetens – adjunkt
– specialistsjuksköterska palliativ vård
Valde oss!

Exempel 2
Vecka 12 Nya sjuksköterskestudenter – 5 stycken, sjätte termin
Nu ”Förlängd praktik” 10 veckor frivillig placering

Valde oss!

Exempel 3
Två distriktsläkare Maj 2016
Sept 2016
Dubbel specialisering, 2½ år

Valde oss!

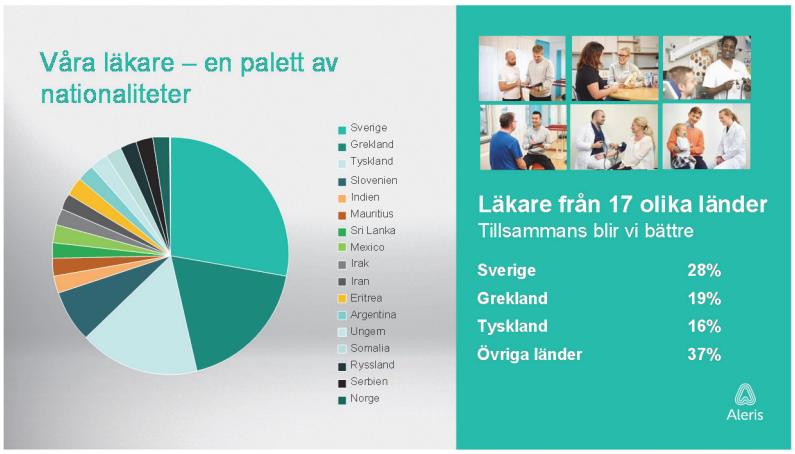
Landstinget i Kalmar län

Kina Rubensson

Aleris
tog över 2012
akutsjukhus och
primärvård, 100 000
åtgärder per år
Utgångsläget…
Tidigare drivits av Landstinget Gävleborg
Varit nedläggningshotat
Rekryteringsbehov och personalminskningar
Aleris

Minus
Liten stad/låg inflyttning
Svårt för medflyttande att få arbete
Kunde inte locka med höga löner
Tveksamt rykte givet nedläggningshot
Plus
Hög medicinsk kvalitet inom ett flertal områden
Trots allt kämpatakter bland medarbetare
”Lagom” stort sjukhus
Aleris filosofi: stor frihet för den lokala ledningen
Aleris

Vad vi erbjuder och vad vi förväntar oss
• Det lokala ägarskapet – att få och ta stort ansvar
• Mycket närvarande ledning – kort tid mellan idé och praktisk handling
• Hög medicinsk kvalitet – goda förutsättningar att skapa stolthet
• Ett stort antal individuella lösningar
• Vi kräver långsiktighet, kvalitet och engagemang
Aleris


Våra läkare – en palett av nationaliteter
Sverige
Grekland
Tyskland
Slovenien
Indien
Mauritius
Sri Lanka
Mexico
Irak
Iran
Eritrea
Argentina
Ungern
Somalia
Ryssland
Serbien
Norge
Läkare från 17 olika länder
Tillsammans blir vi bättre
Sverige 28%
Grekland 19%
Tyskland 16%
Övriga länder 37%
Aleris

Lisa & Amir
Två viktiga personer i vårt team
Resan som aldrig tar slut
• Var tydlig med mandat och förväntningar
• Underskatta aldrig behovet av att känna stolthet och tillfredsställelse
• Våga vara flexibel
• Låt medarbetarna växa – då växer verksamheten
Aleris

Annsofi Jansson

Eva Jaktlund

Framgångsfaktorer kompetensförsörjning

Fränsta och Sidsjö vårdcentraler
Familjeläkarna Mitt AB

Fakta/historik

- **Glesbygd**: Fränsta vc sedan 2006, ca 4000 patienter
- **Stad**: Sidsjö vc sedan 2012, ca 11000 patienter
- Ca 50 anställda, mycket låg sjukfrånvaro, låg omsättning personal
- Helt läkarägt. Inga externa finansiärer
- Korta beslutsvägar
- Stort engagemang i verksamheten för ägarna

Familjeläkarna Mitt AB

- Läkarägd och läkarledd verksamhet
- Inspirerats av Norge, Danmark och Storbrittanien
- För att äga måste man jobba som läkare i verksamheten
- Alla ägare har också chefspositioner, de flesta med personalansvar

Framgångsfaktorer

- Skapat bra sjukvårds- och arbetsmiljö
  - Tydlig organisation
  - Arbetskultur-arbetssätt
  - Hanterbar arbetsbörda
  - Rätt kompetens
  - Utrustning och material
- Mindre administration – mer **klinik**
- Få jobba med **kontinuitet** som ledstjärna – lista på doktor max 1500-1600 patienter/lista. Delas med sköterska.

Framgångsfaktorer

Vi har aktivt skapat en företagskultur:

- Kompetens: Fortbildning, utbildning och handledning
- Tydlig värdegrund med substans
- Aktivt arbete med bemötandekod
- Tydlig kommunikationspolicy
- Friskvård

Framgångsfaktorer

- Tydligt ledarskap med mandat
  - Korta beslutsvägar
- Småskalighet
  - Överblick, kontroll, god arbetsmiljö
- Engagemang
  - Personligt ansvar

Hotbild

- Obegränsat patienttillflöde
  - Patientsäkerhet
  - Arbetsmiljö
  - Ekonomi
- Reepalus förslag om vinstbegränsning
  - Omöjliggör fortsatt drift
- Brister i konkurrensneutralitet
  - Olika ekonomiska förutsättningar

2014/15:RFR1	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Stöd till lokala åtgärder mot övergödning
2014/15:RFR2	TRAFIKUTSKOTTET Hållbara analyser? Om samhällsekonomiska analyser inom transportsektorn med särskild hänsyn till hållbar utveckling
2014/15:RFR3	TRAFIKUTSKOTTET Trafikutskottets offentliga utfrågning om järnvägens vägval
2014/15:RFR4	FÖRSVARSUTSKOTTET Blev det som vi tänkt oss? En uppföljning av vissa frågor i det försvarspolitiska inriktningsbeslutet 2009
2014/15:RFR5	UTBILDNINGSUTSKOTTET Autonomi och kvalitet – ett uppföljningsprojekt om implementering och effekter av två högskolereformer i Sverige Huvudrapport
2014/15:RFR6	UTBILDNINGSUTSKOTTET Autonomi och kvalitet – ett uppföljningsprojekt om implementering och effekter av två högskolereformer i Sverige Delredovisning 3: Enkätundersökning till studieansvariga
2014/15:RFR7	UTBILDNINGSUTSKOTTET Autonomi och kvalitet – ett uppföljningsprojekt om implementering och effekter av två högskolereformer i Sverige Delredovisning 4: Den fallstudiebaserade undersökningens första fas
2014/15:RFR8	TRAFIKUTSKOTTET Seminarium om samhällsekonomiska analyser
2014/15:RFR9	TRAFIKUTSKOTTET Sjöfartsnäringen och dess konkurrenskraft
2014/15:RFR10	SKATTEUTSKOTTET Skattebefriade bränslen i industriella processer, så kallade råvarubränslen
2014/15:RFR11	UTBILDNINGSUTSKOTTET Utbildningsutskottets offentliga utfrågning om idrott och fysisk aktivitet i skolan – ett sätt att stärka inlärning och hälsa
2014/15:RFR12	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Konstitutionsutskottets hearing om journalisters och medie-redaktioners säkerhet och arbetsförutsättningar
2014/15:RFR13	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Finsam – en uppföljning av finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser
2014/15:RFR14	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Socialförsäkringsutskottets offentliga utfrågning om Finsam – finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser
2014/15:RFR15	SKATTEUTSKOTTET Skatteutskottets seminarium om internationellt samarbete mot skatteflykt

2014/15:RFR16 NÄRINGSUTSKOTTET OCH UTRIKESUTSKOTTET
Offentlig utfrågning om ett handelsavtal mellan EU och USA (TTIP)

2014/15:RFR17 CIVILUTSKOTTET
Civilutskottets offentliga utfrågning om unga vuxnas möjlighet att finansiera ett eget boende

2015/16:RFR1 KONSTITUTIONSUTSKOTTET
Statsråds medverkan i konstitutionsutskottets granskning

2015/16:RFR2 FINANSUTSKOTTET
Finansutskottets offentliga utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 24 september 2015

2015/16:RFR3 FÖRSVARSUTSKOTTET
Om krisen eller kriget kommer –
En uppföljning av informationsinsatser till allmänheten om den enskildes ansvar och beredskap
Huvudrapport och Bilagor

2015/16:RFR4 KULTURUTSKOTTET
Är samverkan modellen?
En uppföljning och utvärdering av kultursamverkansmodellen

2015/16:RFR5 FINANSUTSKOTTET
Öppna utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 12 november 2015

2015/16:RFR6 FINANSUTSKOTTET
Utvärdering av Riksbankens penningpolitik 2010–2015

2015/16:RFR7 FINANSUTSKOTTET
Review of the Riksbank's Monetary Policy 2010-2015

2015/16:RFR8 SKATTEUTSKOTTET
Punktskattehöjningar på alkohol- och tobaksprodukter – skatteeffekter och påverkan på den oregistrerade anskaffningen av dessa produkter

2015/16:RFR9 CIVILUTSKOTTET
Miljömärkning av produkter – En översikt över de miljömärkningar av produkter som finns i Sverige och i de övriga nordiska länderna

2015/16:RFR10 KONSTITUTIONSUTSKOTTET OCH JUSTITIEUTSKOTTET
Konstitutionsutskottets och justitieutskottets hearing om radikalisering och rekrytering till våldsbejakande extremism i den digitala miljön

2015/16:RFR11 KULTURUTSKOTTET
Kulturutskottets seminarium om kultursamverkansmodellen

2015/16:RFR12 FINANSUTSKOTTET
Offentlig utfrågning om den aktuella penningpolitiken 23 februari 2016

2015/16:RFR13 SOCIALUTSKOTTET
Cancervården – utmaningar och möjligheter

2015/16:RFR14 TRAFIKUTSKOTTET
Kollektivtrafiklagen – en uppföljning

2015/16:RFR15 CIVILUTSKOTTET
Inventering av forskning inom civilutskottets beredningsområde 2016

2015/16:RFR16	UTBILDNINGSUTSKOTTET Utbildningsutskottets offentliga utfrågning inför proposition om forskning och innovation
2015/16RFR17	KULTURUTSKOTTET Offentlig utfrågning om förutsättningar för svensk film
2015/16RFR18	UTBILDNINGSUTSKOTTET Digitaliseringen i skolan – dess påverkan på kvalitet, likvärdighet och resultat i utbildningen
2015/16RFR19	UTBILDNINGSUTSKOTTET Autonomi och kvalitet – ett uppföljningsprojekt om implementering och effekter av två högskolereformer i Sverige
2015/16RFR20	FINANSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om utvärderingen av penningpolitiken 2010-2015 12 maj 2015
2015/16RFR21	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport 2016
2015/16RFR22	UTBILDNINGSUTSKOTTET Utbildningsutskottets öppna utfrågning om lärarbrist
2015/16RFR23	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets seminarium om cancervården – utmaningar och möjligheter
2015/16RFR24	UTBILDNINGSUTSKOTTET Utbildningsutskottets öppna utfrågning om brist på utbildade inom naturvetenskap och teknik
2015/16RFR25	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga utfrågning om piratkopiering och andra rättighetsintrång på den digitala marknaden
2015/16RFR26	TRAFIKUTSKOTTET Offentlig utfrågning om finansieringsmodeller för transportinfrastruktur
2015/16RFR27	CIVILUTSKOTTET Civilutskottets offentliga utfrågning om familjerätten är i takt med tiden

2016/17:RFR1	TRAFIKUTSKOTTET It-infrastrukturen – i dag och i framtiden
2016/17:RFR2	CIVILUTSKOTTET Uppföljning av den nya fastighetsmäklarlagen
2016/17:RFR3	FINANSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 27 september 2016
2016/17:RFR4	UTBILDNINGSUTSKOTTET Forskarskolor för lärare och förskollärare – en uppföljning av fyra statliga satsningar
2016/17:RFR5	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 15 november 2016
2016/17:RFR6	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Socialförsäkringsutskottets offentliga utfrågning om Finsams fortsatta utveckling - nästa steg
2016/17:RFR7	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Uppföljning av systemet med överlåtbara fiskerättigheter i det pelagiska fisket
2016/17:RFR8	SKATTEUTSKOTTET OCH NÄRINGSUTSKOTTET Konkurrenskraften hos svenska multinationella företag i ljuset av nya regler inom internationell beskattning
2016/17:RFR9	CIVILUTSKOTTET Civilutskottets offentliga utfrågning om marknadsföring i sociala medier
2016/17:RFR10	NÄRINGSUTSKOTTET Uppföljning av handlingsplanen för kulturella och kreativa näringar 2010–2012
2016/17:RFR11	SKATTEUTSKOTTET Skatteutskottets seminarium om Skattereformen 25 år – dess historia och framtid
2016/17:RFR12	KULTURUTSKOTTET Statens idrottspolitiska mål – en uppföljning med inriktning på barn och ungdomar
2016/17:RFR13	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 14 mars 2017