

Verksamhetsberättelse 2024

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige och dess uppdrag

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige är ett samverkansforum mellan regioner, kommuner och lärosäten. Rådet omfattar verksamheterna i följande sju län: Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro. Övergripande mål med rådets verksamhet är att effektivisera kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvården och tandvården. Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige riktar initialt sitt arbete mot de yrken som kräver högskoleutbildning. Vid förändring av uppdraget för det nationella vårdkompetensrådet anpassas uppdraget för det regionala vårdkompetensrådet. Utgångspunkter för rådets arbete är att en effektivare och bättre samordnad kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården kan bidra till en mer jämlik, säker, effektiv och hållbar hälso- och sjukvård.

Aktiviteter 2024

Rådets medlemmar (n=20) representerar tre huvudmannagrupper (region, kommun och lärosäten). Rådet har haft två möten under året, i mars på Karlstads universitet och i november på Högskolan i Gävle. Arbetsutskottet är ett beredande organ till rådet och representeras av sex ledamöter från rådet, från de tre huvudmannagrupperna. Arbetsutskottet har haft sju möten under året och berett ärenden samt förberett rådets möten. Fokus för 2024 har varit det fortsatta arbetet i rådets arbetsgrupper och att bidra till det Nationella vårdkompetensrådets arbete med en Nationell plan för kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård och tandvård. Arbetsgrupperna representeras av personer från de tre huvudmannagrupperna, men inte nödvändigtvis av ledamöter i rådet.

Under året har följande arbetsgrupper slutredovisat:

- kartläggning av behov av utbildning i intermediärvård för sjuksköterskor,
- inventering och utveckling handledarutbildning för VFU, både inom hälso- och sjukvården och tandvården,
- utredning av behovet av introduktionsfas/etableringsfas för att stärka den kliniska kompetensen,
- kartläggning av befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster /samarbetsmodeller i kommuner och regioner. Se bilaga 1–4.

Arbetsgruppen för sjukvårdsregionalt kunskapsutbyte och samordning av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT) startades upp igen under hösten 2024. Under tidsperioden 2027–2030 planeras en successiv avveckling av AT för läkare i Sverige. Parallellt med det kommer regionerna att behöva utöka sin kapacitet för läkare att genomföra bastjänstgöring (BT). Specialistutbildning enligt 2021 års ST-förordning kommer att vara dominerande från hösten 2027 och goda exempel på organisationsmodeller och kvalitetssäkring av BT är angeläget att dela mellan regionerna.

Arbetsgruppen med uppdrag att kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård slutredovisar under våren 2025.

Arbetsgruppen ”Inventera behov av utbildningar för den primärkommunala hälso- och sjukvårdssektorn” har varit vilande under 2023–2024 och uppdraget avslutas inför 2025.

En arbetsgrupp för samverkan kring specialistsjuksköterskeutbildning tillsattes med uppdrag att utforma förslag på modell för samverkan mellan lärosäten tillhörande det regionala vårdkompetensrådet i Mellansverige för ett hållbart utbud för specialistsjuksköterskeutbildningarna och dess kvalitet. Under året har gruppen bland annat diskuterat möjligheter och utmaningar, kartlagt kompetens i relation till samtliga specialistsjuksköterskeutbildningar på lärosätena och kartlagt behov och förutsättningar i regioner och kommuner. Gruppen arbetar också med att ta fram olika förslag på modeller för samverkan mellan lärosätena avseende specialistsjuksköterskeutbildningarna.

Förutom arbetsgrupper så har rådet en valberedning som tillförsäkrar val av nya ledamöter till rådet och arbetsutskottet. Rådets arbete och arbetsutskott hålls ihop av Sjukvårdsregion Mellansveriges kanslifunktion.

I mars 2023 skickades en skrivelse till Socialdepartementet från Regionala vårdkompetensrådet Södra och Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige för att göra Socialdepartementet uppmärksam på, och inleda en dialog om, behovet att se över de glapp som finns mellan aktörerna lärosäten, region/kommun, Universitetskanslersämbetet, UKÄ, och Socialstyrelsen med flera i ansvarsfrågan om att starta nya utbildningar utifrån utbildningsbehov inom hälso- och sjukvården. Utbildningsbehov som är större än vad varje region/kommun själva kan hantera via uppdragsutbildningar tillsammans med enstaka lärosäten. Frågan lyftes initialt till Nationella vårdkompetensrådet som hänvisade frågan vidare till Socialdepartementet. Socialdepartementet har ännu inte återkopplat.

20 mars Rådsmöte

Vid årets första möte godkändes bland annat rådets verksamhetsberättelse för 2023 och det nationella vårdkompetensrådet informerade om arbetet att ta fram förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Arbetsgruppen för kartläggning av behov av utbildning i intermediärvård för sjuksköterskor rapporterade att de inte ser behov av specifik utbildning inom intermediärvård, utan rekommenderade att det i stället läggs vikt på att utveckla internkompetens och vid behov istället kompetensutveckla via befintliga kurser/utbildningar på högskolor/universitet. Arbetsgruppen ”Kartlägga befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar” slutrapporterade. Informerades även att utredningen ”Förslag till ändringar för att öka mobiliteten tidigt i den akademiska karriären U2024/00229” var på remiss och rådet beslutade tillskriva Nationella vårdkompetensrådet om behovet av att arbetsmarknadens parter löser de arbetsrättsliga frågorna centralt, samt vikten av att sjukvårdshuvudmannens rätt att yttra sig måste kvarstå av patientsäkerhetsskäl. Se bilaga 5.

Utredare Hans Wiklund presenterade slutrapporten av utredningen om samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen. Flera av de inspel Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige gett finns med i utredningen.

14 november Rådsmöte

Vid rådets höstmöte gav arbetsgruppen för samverkan kring specialistsjuksköterskeutbildning en delrapport. Gruppen ser flera vinster med samverkan och har identifierat utmaningar. En kartläggning av lärarkompetens gjorts. Den visar brist på lärarkompetens inom flera av lärosätenas specialistsjuksköterskeutbildningar, men också att sammantaget inom Mellansveriges lärosäten finns kompetens för alla program/inriktningar som ges. En kartläggning av behov och förutsättningar för specialistsjuksköterskeutbildningar pågår.

Informerades att Region Stockholm och Region Uppsala (region, kommun, universitet) arbetar med utveckling av ett IT-baserat verktyg, "Placeringsportalen", för praktikplanering och uppföljning av kliniska placeringar. Verktuget kommer att sjösättas hösten 2025 och det kommer finnas möjlighet för andra att ansluta från och med 2027.

Rådet beslutade om svar på remissen av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11. Se bilaga 6.

Halva mötet ägnades åt en workshop om nationella planen för kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården tillsammans med representant från Nationella vårdkompetensrådet. En dialog om hur råden gemensamt kan arbeta med planen framåt, möjligheter och hinder. Regionala rådets synpunkter finns sammanställda i bilaga 7.

Nationella vårdkompetensrådet slutredovisar sitt uppdrag 28 februari 2025.

Nationella vårdkompetensrådet

Ärenden från Nationella vårdkompetensrådet har rapporterats på Regionala vårdkompetensrådets möten. Rådet har en god samverkan med det Nationella vårdkompetensrådet. Det finns en etablerad struktur för möten mellan ordförande i Nationella vårdkompetensrådet och ordförande för de Regionala vårdkompetensråden, samt mellan Nationella vårdkompetensrådets kansli och kanslierna för de Regionala vårdkompetensråden. Där diskuteras aktuella frågor samt planeras samverkan för gemensamt arbete med vårdens kompetensförsörjning.

Representanter från Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige och dess arbetsgrupper har under året deltagit i aktiviteter ordnade av det nationella rådet, bland annat möte om verksamhetsplan och prioriterade frågor för de regionala råden, diskussionsmöte för nationell samsyn kring avveckling av AT, och möte om synpunkter på förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige har även svarat rådet på frågor angående rapporten Rekommendationer för övergång från utbildning till arbetsliv samt tidig etablering i yrket.

Bilagor

1. Slutrapport arbetsgrupp Inventera och utveckla handledarutbildning för VFU både inom hälso- och sjukvården och tandvården
2. Slutrapport arbetsgrupp Undersöka behovet av utbildning i intermediärvård för sjuksköterskor
3. Slutrapport arbetsgrupp Kartlägga befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster /samarbetsmodeller i kommuner och regioner
4. Slutrapport arbetsgrupp Utred behovet av introduktionsfas/etableringsfas för att stärka den kliniska kompetensen
5. Svar på Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11
6. Synpunkter på vidare arbete med den nationella planen för hälso-och sjukvårdens kompetensförsörjning från Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige 2024-11-14
7. Brev till Nationella utredningen angående remiss om ökad mobilitet tidigt i den akademiska karriären

Rapport

Kartläggning av behov av utbildning i intermediärvård för sjuksköterskor

Inledning/bakgrund

Nationella vårdkompetensrådet anser att huvudmännen i hälso- och sjukvården bör förbättra förutsättningarna för personalens möjlighet att delta i fortbildning och kompetenshöjande insatser för att möjliggöra ett livslångt lärande och säkerställa en hög patientsäkerhet. Bland annat bör regeringen utreda möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner. Huvudmännen bör inrätta planer för att säkra medarbetares kontinuerliga kompetens- och karriärutveckling, inklusive fortbildningsinsatser.

Det finns ett omfattande behov av kompetensutveckling inom hälso- och sjukvårdens samtliga ansvarsområden. Utgångspunkten för rådets arbete är att en kunskapsbaserad och bättre samordnad kompetensförsörjning kan främja en mer jämlik, säker, effektiv och hållbar hälso- och sjukvård.

Intermediärvård är en högaktuell vårdform, mellan intensivvård och vårdavdelning, där patienter med sviktande vitalfunktioner kan övervakas och behandlas. Vårdformen aktualiserades markant i samband med Covid-19 då många patienter hade behov av skärpt övervakning och behandling men utrymmet inom intensivvården var begränsat. Begreppet är dock dåligt definierat och vården bedrivs i många olika former och på ett ökande antal sjukhus runt om i landet. Det finns ett stort behov av specifik kompetens för sjuksköterskor som arbetar med intermediärvård eftersom man bedömer komplexa sjukdomstillstånd, övervakar patienter med hotande organsvikt samt ger avancerad omvårdnad och behandling till patienter i akuta skeden.

Uppdraget

Arbetsgruppen har fått i uppdrag av Mellansveriges regionala vårdkompetensråd att, i dialog med vårdverksamheterna, identifiera behov av ny utbildning för sjuksköterskor som ska arbeta i en vårdform i gränlandet mellan intensivvård och vårdavdelning.

Kopplingar till andra uppdrag

Parallellt har en nationell arbetsgrupp (NAG) fått i uppdrag av Socialstyrelsen att ta fram en nationell definition av intermediärvård. Mathilda Almbacke, som ledamot i arbetsgruppen (se nedan), är medlem även här. Deras arbete slutfördes under hösten 2023 och är publicerad här:

[Vägledning för organisation och kompetens inom intermediärvård \(skr.se\)](#)

Uppdragsgruppens medlemmar

Regionrepresentanter:

Maria Thor, samordnare kompetensutveckling, Utvecklingsenheten HS, Region Örebro län (sammankallande)

2024-04-16

Catrine Björn, övergripande studierektor för sjuksköterskeprogrammet, Region Gävleborg
Mathilda Almbacke, Specialistsjuksköterska MIMA och verksamhetsutvecklare medicinkliniken,
Västerås sjukhus, Region Västmanland

Lärosätesrepresentant:

Anna Letterstål, Akademichef, Mälardalens universitet

Uppdragsgruppen hade sitt första möte i april 2022 och alla möten har varit digitala. Regionala vårdkompetensrådet har fått löpande lägesrapporter såväl i skrift som på plats, fysiskt eller digitalt, vid rådets möten.

Lärdomar och slutsats

Definitioner

Intermediärvård definieras enligt följande:

- Erbjuder organstödande behandling samt avancerad omvårdnad och rehabilitering som genom sin komplexitet inte kan tillgodoses på vårdavdelning.
- Har hög personaltäthet med erforderlig kompetens.
- Kan övervaka vitalparametrar kontinuerligt.

Organisationsperspektivet

En intermediärvårdsenhet kan vara bred och ta emot patienter från många olika specialiteter eller vara mer specialiserad. Patienter på en intermediärvårdsenhet kan snabbt försämrats och samarbete mellan intensivvården och intermediärvården är avgörande för att bestämma rätt vårdnivå. Därför bör en intensivvårdsavdelning finnas på de sjukhus som bedriver intermediärvård. Det behövs också gott samarbete med övriga specialiteter och vårdavdelningar. Patientens individuella behov ska alltid sättas först och gränssnittet mellan intermediärvård och intensivvård är flytande beroende på sjukhusets organisation och resurser. Av dessa anledningar har arbetsgruppen inte definierat riktlinjer för inklusions- och exklusionskriterier för inläggning på intermediärvårdsplats.

Utbildningsbehovet för sjuksköterskor som ska arbeta inom intermediärvård

Arbetet på en intermediärvårdsenhet är komplext och ställer höga krav på självständighet, samarbete och teamarbete. Det är essentiellt att kunna analysera patientens omvårdnadsbehov och medicinska situation, behov av stöd och omvårdnadsinterventioner samt kunna utvärdera dessa. Den kliniska kompetensen för samtliga professioner utvecklas genom att inhämta och reflektera över såväl vetenskaplig som erfarenhetsbaserad kunskap. Verksamhetschef för intermediärvården ansvarar för individuell professionell kompetensutveckling för enhetens personal. Huvudansvaret för internutbildning har medicinskt ansvarig läkare eller övriga ansvariga chefer. Detta lägger stort ansvar på organisationen att utarbeta arbetssätt och avsätta resurser. Kompetensutvecklingen startar med standardiserade och individuella introduktionsprogram och kan vidare upprätthållas och utvecklas genom interna utbildningar, kompetensmodeller, årshjul för kompetensutveckling, certifiering, externa utbildningar, deltagande i nationella och internationella kurser och konferenser.m.m. För att driva intermediärvården framåt, kravsificera och säkerställa kompetens kan den reella

2024-04-16

kompetensen även formaliseras med hjälp av högskoleutbildningar och/eller certifierande utbildningar. Förutom de enskilda professionernas kompetensutveckling är det viktigt att tvärprofessionella utbildningar utarbetas då intermediärvården till stor del består av teamarbete och utgörs av tvärprofessionellt och multidisciplinärt arbete kring patienten.

Idag bedrivs fristående kurser på avancerad nivå för omvårdnadskunskap inom intermediärvård vid olika lärosäten (7,5 hp). För att säkerställa kompetens samt för att driva utvecklingen inom vårdformen framåt finns ett behov av att utarbeta ytterligare utbildningar inom intermediärvård. Detta kan ske på olika sätt med t ex påbyggnadskurser till de redan startade fristående kurserna eller att kurser i intermediärvård tillhandahålls inom de relevanta specialistsjuksköterskeprogram som finns idag. Det finns ett värde i att lärosäten som bedriver samma utbildningar ex Omvårdnad inom intermediärvård 7,5p, samverkar och likriktar utbildningarna samt att ytterligare påbyggnadskurser kan vara specifika och bedrivs utifrån kompetens på befintliga lärosäten. Undervisningsformerna kan gärna anpassas till verksamhetens förutsättningar för att möjliggöra för många att delta.

Nätverk

Arbetsgruppen ser ett stort behov av att skapa ett nätverk för att kunna fortsätta diskutera frågor kring kompetensförsörjning och utveckling inom området. En intresseförening skulle också kunna underlätta enskilda enheters organisatoriska arbete när det kommer till att kravspecificera kompetens, sammanställa och tillhandahålla riktlinjer för arbetssätt, behandlingsrekommendationer, riktlinjer för läkemedelsbehandling, nödvändiga checklistor och rutiner vid uppstartande av en ny intermediärvårdsenhet.

Slutsats

Behovet av utbildning för sjuksköterskor inom intermediärvård kan i nuläget tillgodoses med internutbildning, enstaka kurser och annan kompetensutveckling inom respektive intermediärvårdsenhet. För ytterligare kompetensutveckling bedrivs Omvårdnad inom intermediärvård på avancerad nivå på vissa lärosäten. Utbildningsbehovet för intermediärvården kan komma att förändras och behov av påbyggnadsutbildningar kan bli aktuella i takt med att intermediärvården utvecklas.

Skrivelse från VFU-gruppen till AU Regionalt Vårdkompetensråd Mellansverige (RVKR-M)

Hej!

VFU-gruppen vill härmed avrapportera våra uppdrag för 2024.

Gruppen har bestått av följande personer:

Matts Olovsson, Uppsala universitet (sammankallande)
Annsofi Blomquist, Region Västmanland
Carina Ahlstedt, Uppsala kommun
Maria Gradin, Region Örebro län
Britta Schaar, Orsa kommun

Gruppen har under året haft sex möten, tre under våren och tre i höst.

Annsofi Blomquist lämnar gruppen då hon går i pension vid årsskiftet. AU får ta ställning till om och i så fall med vem hon ska ersättas.

Gruppen skulle må bra av ytterligare en representant från lärosäte. Redan 2023 förlorade vi en lärosätesrepresentant men hon ersattes aldrig.

Gruppen har under 2024 arbetat med tre uppdrag som redovisas nedan.

a.Handledarutbildning under grundutbildning

Rapporteras till AU RVKR Mellansverige

VFU-gruppen skickade en enkät till ansvariga för olika vårdutbildningar inom region Mellansverige, se bifogade enkät och sammanställning av enkätsvar.

Av svaren framgår att det bara är två sjuksköterskeprogram (Högskolan Dalarna och KAU) och ett röntgensjuksköterskeprogram (UU) som har någon form av handledarutbildning på sina program.

På frågan om hur de ställde sig till att införa någon form av grundläggande VFU-handledarutbildning på sina program så var ungefär hälften av programmen positiva (7) till det medan sex program var negativa och två var varken för eller emot. Den huvudsakliga orsaken till att många ställde sig negativa var trängsel på programmen. Tre program angav som orsak till att de var negativa var att de tyckte att studenter på grundutbildningsnivå inte är mogna för en handledarutbildning.

Vår egen sammanfattning är att vårstyrken innebär handledning av patienter, anhöriga och grundstudenter. Alla som jobbar i vårstyrken bör därför veta vad det innebär att handleda och att bli handledd. Grundläggande principer för handledning under VFU, inkluderande bland annat återkoppling och bedömning bör ingå. Vi i gruppen tycker att grunderna i handledning bör ingå i grundutbildning till vårstyrken. Detta skulle kunna ingå som en del av ledarskapsutbildning, lämpligen som en strimma genom utbildningen med progression mot fastställda kunskaps och färdighetsmål.

Sammanställning av enkät om handledarutbildning under grundutbildning, vårdutbildningar

Program	Lärosäte	Har handl utb +/-	Pos/Neg till handl utb +/-	Ant
Sjuksköterske	Högsk Dalarna	+	+	Programträngsel
	KAU	+	+	Programträngsel
	Örebro	-	+	Finns i ny utbildnplan
	MDU	+	+	Kommer införa
	Gävle	-	-	Programträngsel
BMA	UU	-	-	Får de efter grundutb
	Örebro	-	- (+)	Alla bör ha viss handlkomp
Röntgen ssk	Örebro	-	-	Programträngsel, ej grundutb
	UU	+	+	Viktigt
Fysioter	MDU	-	-	Programträngsel, ej grundutb
	UU	-	+	Positiv men programträngsel
Barnmorske	UU	-	+	Programträngsel
Läkarprogr	Örebro	-	+	På gång på 6-åriga progr
	UU	-	-	Bör komma senare
Arbetsterapi	Örebro	-	-	Bör komma senare

- b. Identifiera vad för handledarkompetens som olika typer av VFU-handledare rimligen bör ha för att bidra till VFU av hög kvalitet

Rapporteras till AU RVKR Mellansverige

Alla som jobbar i vården bör ha grundläggande kunskaper i handledning. Det handlar om några timmars utbildning. Helst bör detta ingå i grundutbildningen.

Kraven ska svara mot behoven. Det kan innebära att man utöver grundläggande kunskaper bör gå skräddarsydda modulutbildningar för att nå den kompetens som behövs. Andra som utövar ett formellt pedagogiskt uppdrag kan behöva en bredare teoretisk bas och då kan det handla om utbildningar uppemot 15 hp. För att tillgodose olika behov vore det sannolikt fördelaktigt med en nationellt tillgänglig portal där länkar till olika handledarutbildningar läggs. Digitala utbildningar skulle kunna läggas upp i denna portal. Ett exempel på en sådan portal är kliniskhandledning.se som riktar sig till olika vårdprofessioner.

Vi i arbetsgruppen ser begreppet handledarkompetens som ett centralt, viktigt och komplext begrepp. Handledarkompetens omfattar i huvudsak handledarutbildning, handledningserfarenhet samt yrkeserfarenhet. En samsyn om vad för handledarkompetens som behövs i en given handledarsituation är eftersträvanvärt.

- c. Beskriva förutsättningar för VFU på mindre orter och i randkommuner

Rapporteras till AU RVKR Mellansverige

Här diskuterade vi en rad olika förutsättningar:

Resor till och från VFU ska inte belasta studenten ekonomiskt. Det gör att alla som kan väljer bort dessa VFU-placeringar.

Kommunikationerna måste vara så pass ordnade att restiden inte blir orimligt lång om man väljer att resa kommunalt.

Om studenten måste övernatta på den ort där hen gör VFU ska inte boendekostnaden belasta studenten ekonomiskt.

De flesta vårdmiljöer har inte plats och utrustning för studenter. Alla utrymmen är upptagna redan och som regel är man väldigt trångbodda. Det här gör att man kanske tvingas säga nej till studenter eller att studenterna inte känner sig välkomna och därför väljer bort dessa VFU-placeringar. Arbetsmiljömässigt gäller samma villkor för studenter vilket gör att det ställs samma krav på arbetsmiljön som för anställda.

Vi i arbetsgruppen skulle vilja se att när byggen av vårdcentraler och andra vårdinrättningar, så borde studentperspektivet beaktas genom att man redan från början planerar in fullgoda utrymmen för studenter. Därför borde representanter från utbildningsansvariga delta i varje byggprocess. Samma problematik finns för övrigt vid byggen av sjukhus.

Uppsala 25 november 2024

Vänliga hälsningar

Matts Olovsson

Rapport

Kartläggning av behovet av introduktionsfas/etableringsfas för att stärka den kliniska kompetensen för sjuksköterskor i Sverige

Inledning/bakgrund

Det kliniska arbetet för grundutbildad sjuksköterska har, i takt med hälso- och sjukvårdens framsteg, utvecklats mycket det senaste decennierna. Grundutbildning till sjuksköterska har innehållsmässigt också utvecklats över tid, både gällande teoretiskt innehåll och verksamhetsförlagd utbildning.

Höstterminen 2024 kommer grundutbildningen till sjuksköterska i Sverige att anpassas till EU-standard vilket bland annat innebär ökad andel verksamhetsförlagd utbildning, utbildningens längd påverkas inte.

För att underlätta den nyutexaminerade sjuksköterskans ingång i den nya professionen ges i regioner och kommuner yrkesintroduktion i olika former. En arbetsplatspecifik introduktion på några dagar upp till 10 veckor kombineras i vissa fall med en mer övergripande introduktion från ett fåtal dagar upp till ett 20-tal dagar. Den mer övergripande introduktionen samlar flera nyutexaminerade sjuksköterskor vilka genomför utbildningen tillsammans enligt förutbestämda program.

Uppdraget

Arbetsgruppen har fått i uppdrag av Mellansveriges regionala vårdkompetensråd att utreda behovet av introduktionsfas/etableringsfas för att stärka den kliniska kompetensen för sjuksköterskor i Sverige.

Kopplingar till andra uppdrag

För att utveckla introduktionen för nyutexaminerade sjuksköterskor och utbyta kunskap bildades 2023 ett Nationellt nätverk för introduktionsprogram för sjuksköterskor [1]. Nätverket hade sitt första möte under hösten 2023 och nästa möte planeras hösten 2024. Kommande möte har fokus på att bredda innehållet från att ha fokuserat på slutenvård till att gälla även regional och kommunal primärvård.

Uppdragsgruppens medlemmar

Regionrepresentanter:

Patrik Jonsson, utbildningssamordnare Region Västmanland, Sammankallande
Catrine Björn, övergripande studierektor för sjuk- och specialistsjuksköterskeprogrammen, Region Gävleborg

Kommunrepresentant:

Maria Dannert, MAS och utvecklingsledare, Uppsala kommun

Lärosätesrepresentant:

Ingen lärosätesrepresentant har tyvärr kunnat medverka i uppdraget.

Uppdragsgruppens medlemmar har bytts ut ett flertal gånger, gruppen har använts sig av digitala möten.

Rapport

Definitioner

Introduktion, även kallat onboarding på engelska, är ett begrepp som används för att tala om den första tiden som sjuksköterska på en ny arbetsplats. Introduktion beskriver den formella process som organisationen tillhandahåller när en individ påbörjar sin anställning för att skapa kunskap och förståelse kring rollen, organisationen och sin arbetsgrupp. Vanligtvis har introduktionen en tidsbegränsning (Klein, Polin och Sutton, 2015). Introduktionsfasen fungerar som en strategi i syfte att få nyanställda att utvecklas och integreras på den nya arbetsplatsen. Det huvudsakliga syftet med introduktionsinsatser är att minska nyanställdas osäkerhet och stimulera deras lärande (Gustafsson et al., 2023). Tre fokusområden har identifierats för att stärka detta; rollklarhet, handlingskraft och social inkludering. Rollklarhet fungerar som en kompass över arbetsplatsens struktur och procedurer och innebär att nyanställda förstår vilka kunskaper och beteenden som behövs för att utföra sina arbeten i enlighet med organisationens arbetsprocesser. Handlingskraft innebär att den nyanställda bemästrar sina arbetsuppgifter och får erfarenheter av att klara fler och alltmer komplicerade uppgifter. Social inkludering innebär att den nyanställda känner sig inkluderad och accepterad i sin nya arbetsgrupp (Gustafsson et al., 2023).

Etableringsfas innebär fortsättningen på introduktionsfasen, där sjuksköterskan under en längre period ges möjlighet att utveckla sin handlingskraft, rollklarhet och uppleva högre grad av socialisering. En positiv utveckling av dessa tre områden antas på sikt leda till arbetstillfredsställelse, tilltro till egen kompetens, intention att stanna på arbetsplatsen och inom yrket, samt en god hälsa och återhämtning (Gustafsson et al., 2023).

Både introduktions- och etableringsfas är viktiga för att underlätta en smidig övergång från utbildning till arbetsliv för nya medarbetare och för att maximera deras framgång och bidrag till organisationen.

En bild av yrkesintroduktionsutbildning idag

Verksamhetsnära arbetsplatsspecifik yrkesintroduktion

Denna form av introduktion ses som självklar i både regioner och kommuner. Huvudfokus ligger på att introduceras på arbetsplatsen och mindre på att introduceras i den nya professionen. Hur denna introduktion utformas är oftast upp till varje enskild enhet.

Generell och övergripande yrkesintroduktion

Ofta ligger fokus på att kliniskt öva vissa moment med komplement av att få reflektera i grupp och få information om exempelvis hälsosamt arbetsliv och vikten av återhämtning.

Denna form av introduktion erbjuds eller är obligatorisk i de flesta regioner men förekommer mer sparsamt i kommunerna. Kommunerna ser gärna anställning av mer erfarna sjuksköterskor och har utifrån detta satsat mindre på generella och övergripande yrkesintroduktionsutbildningar. Mindre kommuner med få sjuksköterskor och begränsade resurser (ex. Kliniskt träningscentrum) har också svårigheter att själva bedriva denna typ av yrkesintroduktionsutbildningar. Samverkan mellan kommuner eller mellan kommuner/regioner kring detta har vi inte sett i vår omvärldsinventering.

Vägar framåt

Utveckling av den verksamhetsnära och arbetsplatsspecifika yrkesintroduktionen

I den verksamhetsnära yrkesintroduktionsutbildningen ser vi framgångsfaktorer i att arbeta med mentorskap, där mentorer får utbildning och coaching, att uppdraget för den nytexaminerade sjuksköterskan är tydligt, att introduktionen om möjligt utförs i par (Pålsson et al., 2022) och att det finns en definierad tidsperiod utan eget patientansvar som löper över i en definierad tid med exempelvis halverat patientansvar.

Utveckling av den generella och övergripande yrkesintroduktionsutbildningen

Utifrån tidigare (Gustafsson et al., 2023) och pågående forskning (Asp M., 2022) sker på många håll en utveckling av yrkesintroduktionsutbildningen. Vår bild är att yrkesintroduktionen går från ett fokus på klinisk momentträning för att öka den praktiska kompetensen mot ett bredare syfte att stärka tilltron till den egna kompetensen för att snabbare kunna ta ansvar och bidra till verksamheten, höja kvaliteten på omvårdnads- och patientsäkerhetsarbetet samt att stimulera till ett hållbart arbetsliv och behålla nytexaminerade sjuksköterskor. Innehållet i yrkesintroduktionsutbildningen ses gå mot att tydliggöra exempelvis roll och ansvar, att finna sin plats i arbetsgruppen, återhämtning och att utveckla färdigheter och erfarenhet för att kunna hantera sitt uppdrag. Kollegial handledning framgår även det vara ett moment som många introduktionsinsatser lägger mer fokus på.

Slutsats

Att gå från utbildning till ett komplext kliniskt arbete med stort ansvar kommer alltid att innebära påfrestningar för den enskilda sjuksköterskan och behov av investeringar från arbetsgivarperspektiv. Den enskilda sjuksköterskans förutsättningar att komma in i den nya arbetsrollen ser olika ut beroende på en mängd faktorer, både individuella och organisatoriska. För att göra övergången så smidig och effektiv som möjligt ses vikten av både den verksamhetsnära arbetsplatsspecifika yrkesintroduktionen och den generella och övergripande yrkesintroduktionen. Stödet de första 12 månaderna är extra viktigt, men vi behöver möta behov och ge förutsättning för livslångt lärande. Forskning visar att oddsens att stanna kvar i yrket är

mer än 2 gånger högre för nya medarbetare som tagit del av en strukturerad introduktion (Liu et al., 2023).

Framförallt kommunerna kan behöva stöd för att kunna erbjuda den generella och övergripande yrkesintroduktionsutbildningen. Eventuellt skulle en utökning av de allt oftare förekommande gemensamma VFU avtalen (kommuner/region/lärosäte) kunna innebära fortsatt samverkan för att stödja nyutexaminerade sjuksköterskor under första året efter examen.

Att fortsätta utveckla yrkesintroduktionsutbildningar utifrån *Nationellt nätverk – introduktionsprogram för sjuksköterskor* [1] och kommande nationella forskningsresultat, där modeller för yrkesintroduktion utvärderas ser vi också som framgångsfaktorer.

Referenser

Asp Margareta (2022). Introduktionsprogram kan minska stressen för nyanställda sjuksköterskor [Pressrum \(afaforsakring.se\)](#)

Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education Nursing*, 39(10), 441-450; quiz 451-442, 480. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>

Gustavsson, P., Agrenius, B., Frögéli, E., & Rudman, A. (2020). Nya professionella: Organisatoriska strategier för att stödja vitalitet och lärande under första anställningstiden i yrken med höga emotionella krav. Sammanfattning av utgångspunkter och resultat 2017–2020. Rapport 9 2020:11. Karolinska Institutet, Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Avdelningen för psykologi.

Gustavsson, P., Jenner, B., Blomqvist, H., Göransson, S., Sjöström-Bujacz, A. & Frögéli, E. (2023). Vilka introduktionsinsatser stödjer nyanställdas lärande och minskar deras osäkerhet? En intensiv longitudinell studie av 21 olika insatsers effektivitet. Rapport 2023:1. Karolinska Institutet, Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Avdelningen för psykologi.

Klein, H. J., Polin, B., & Sutton, K. L. (2015). Specific onboarding practices for the socialization of new employees. *International Journal of Selection and Assessment*, 23(3), 263–283. <https://doi.org/10.1111/ijsa.12113>

Liu, Songqi & Watts, Daniel & Feng, Jie & Wu, Ying & Jingfeng, Yin. (2024). Unpacking the Effects of Socialization Programs on Newcomer Retention: A Meta-Analytic Review of Field Experiments. *Psychological Bulletin*. 150. 1-26. 10.1037/bul0000422.

Pålsson, Y., Engström, M., Leo Swenne, C. & Mårtensson, G. (2022). A peer learning intervention in workplace introduction - managers' and new graduates' perspectives. *BMC, BMC Nursing*, 21 (), 10.1186/s12912-021-00791-0

[1] ”Nationellt Nätverk - Introduktionsprogram för sjuksköterskor” är ett nationellt forum som uppkom som ett resultat av att initiativtagare från Västra Götalandsregionen. Första sammankomsten hölls i Göteborg mars 2023 under arbetstiteln *Nationell nätverksträff - introduktionsprogram inom sjukhusvården*. Den andra omgången av nätverksträff har nu ägt rum oktober 2024 i samverkan mellan KTC Akademiska sjukhuset i Uppsala och Metodikum i Region Jönköpings län. En tredje nätverksträff planeras att hållas i Västerås 2025/2026, då som ett samarbete mellan Kliniskt Träningscentrum (KTC) Västerås och KTC Örebro. Nätverksträffen arrangeras för att optimera introduktion av nya sjuksköterskor inom den sjukhusbaserade verksamheten. Det är ett forum där kunskap och lärande ger inspiration och spridning.

Rapport

Kartläggning av befintliga anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster och samarbetsmodeller i kommuner och regioner

Inledning

Samverkan mellan universitet och högskolor och regioner och kommuner blir allt viktigare för att klara verksamhetsutvecklingen och de kompetensförsörjningsutmaningar som råder.

Under 2021 genomförde Nationella vårdkompetensrådets arbetsgrupp kring klinisk forskning en enkätundersökning gällande förenade anställningar; Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020. I sin sammanfattande slutsats slår arbetsgruppen fast att ”Förenade anställningar är helt oundgängliga både för hälso- och sjukvårdsutveckling, via klinisk och vårdvetenskaplig forskning, och för att professionsutbildningarna ska vara relevanta för samtiden och framtiden. Utan tillräckligt antal forskare och lärare med hög kompetens inom vårdprofessionerna kan inte grundutbildning, vidareutbildning och forskarutbildning drivas av tillräcklig omfattning och kvalitet för att kunna bygga basen för framtidens hälso- och sjukvård”.

Vidare gavs Utbildningsdepartementet ett uppdrag att se över eventuella hinder för ökad mobilitet mellan högskolan och andra sektorer under våren 2022. I uppdragsbeskrivningen redogörs för behovet av samverkanslösningar för fler kategorier av läraranställningar och för ytterligare yrkesgrupper. I uppdraget ingår bl.a. att identifiera fungerande modeller för samarbete mellan högskolan och externa parter samt ge förslag på åtgärder för att komma till rätta med identifierade hinder för mobilitet och, i sina förslag, särskilt beakta om identifierade hinder kan lösas i avtal mellan arbetsmarknadens parter eller på annat sätt som inte innebär författningsändringar men att också, vid behov, ge förslag på relevanta författningsändringar. Utredarens förslag har gått ut på remiss i februari i år, 2024.

I dagsläget finns förenade anställningar och olika modeller av kombinationstjänster i flertalet av våra regioner och kommuner i samverkan med universitet och högskolor. I regionerna kopplat till forskning och utbildning inom hälso- och sjukvård och i kommunerna främst till forskning och utbildning gällande skolan och skolans verksamheter.

I statens styrning mot nära vård blir det allt viktigare att akademiseringsprocessen i kommunerna underlättas för att vara framgångsrika i omställningen mot nära vård. Behovet av rättssäkra samverkansmodeller och villkorslösningar blir allt viktigare för lyckas med detta.

Regionala vårdkompetensrådet Västra har gjort ett arbete med att kartlägga befintliga typer av anställningar och ersättningsmodeller för förenade anställningar och andra modeller av kombinationstjänster med fokus på det framtida behovet av kompetensförsörjningen i omställningen till nära vård.

Arbetsgruppen kommer bland annat fram till att ”olika former av förenade anställningar bidrar till att upprätthålla och främja kvaliteten på utbildning och klinisk forskning, till kunskapsöverföringen i den

patientnära vården med en ökad patientsäkerhet, samt till framtidens kompetensförsörjning för både lärosäten och sjukvårdshuvudmännen genom tydliga karriärvägar.” Man säger också att särskilda insatser behöver riktas mot de olika huvudmännen (lärosäten, kommuner och regioner) för att utveckla samverkanstjänsterna så att de uppfyller det tidigare angivna i omställningen till nära vård.

Uppdraget

Inom ramen för Mellansvenska vårdkompetensrådets fokusområde ”Stimulera och integrera klinisk forskning i den kliniska verksamheten” har arbetsgruppen som jobbat med rapporten haft i uppdrag att kartlägga befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster och samarbetsmodeller mellan lärosäten, kommuner och regioner. I uppdraget har även ingått att ta fram en hållbar struktur för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster och samarbetsmodeller mellan lärosäten, kommuner och regioner, inklusive kombinationer såsom klinisk verksamhet och undervisning.

I arbetsgruppen finns representation från regionerna Örebro län, Uppsala och Västmanland samt Uppsala universitet och Örebro kommun.

I den kartläggning som gjorts har utgångspunkten i huvudsak varit att beskriva befintliga anställningar och kombinationsmodeller som finns hos de arbetsgivare som varit representerade i arbetsgruppen samt att beskriva den problematik som finns gällande främst anställningsvillkoren kopplat till förenade anställningar och kombinationstjänster.

Någon heltäckande bild på nationell nivå kring de lösningar som finns kan således inte ges då bristen på reglering i området (förutom anställningar enl. högskoleförordningen) innebär att Regioner och Kommuner i landet kommit fram till olika modeller tillsammans med respektive lärosäte. De beskrivningar som ges i rapporten får därmed ses om exempel på lösningar och en problematisering kring vad denna hantering kan innebära vad gäller bland annat anställningsvillkor, rättssäkerhet och administration. Det illustrerar också väl hur villkoren kan variera och bristen på likvärdighet för anställda med förenade- och kombinationsanställningar. Redovisningen och rapporten har alltså ett huvudsakligen arbetsrättsligt perspektiv

Störst fokus i rapporten ligger på att beskriva förenade anställningar då dessa är reglerade i högskoleförordningen och en etablerad form som används av några universitetssjukhus även om en övervägande del inte har en egentlig förenad anställning. I takt med hur arbetslivet utvecklats övertid har dock behovet av kombinations- och samarbetsanställningar rörande andra yrkesområden mellan olika arbetsgivare ökat, vilket inneburit en framväxt av lokala lösningar. Sannolikt kommer behovet av olika kombinationsanställningar för olika akademiska nivåer öka ytterligare då utmaningarna inom vården är stora och nyttjande av olika kompetenser behöver ske i samarbete mellan olika aktörer.

Sammanställning av anställningsmodeller

Anställning enligt högskoleförordningen

Förenade anställningar

Förenade anställningar regleras i 3 kap. 8 § i högskolelagen och 4 kap. 2 § i högskoleförordningen. En förenad anställning innebär en anställning som professor eller lektor vid universitet förenad med en anställning för kliniskt arbete vid Regionen. Syftet är att främja forskning, upprätthålla utbildningsprogram för vissa professioner samt den kliniska kompetensen hos universitetets lärare. En sådan anställning kan endast bli aktuell för en sökande som uppfyller de specifika behörighetskraven för båda anställningarna. Huvudprincipen för förenade anställningar är att två

tredjedelar av anställningen omfattas av en professur eller universitetslektor och en tredjedel är knuten till klinisk tjänstgöring såsom specialistutbildad läkare eller annan legitimerad vårdprofession inom någon av regionens verksamheter.

Den vanligaste formen är att anställningsavtalet är skrivet mellan universitet och medarbetaren och att Universitet och Regionen upprättar ett avtal mellan arbetsgivarna som reglerar den kliniska delen. Det finns emellertid exempel på arbetsgivare som upprättar två olika anställningsavtal med medarbetaren, d.v.s. ett hos respektive arbetsgivare.

I praktiken innebär lösningen två anställningar där utgångspunkten är att arbetsgivarna tillämpar de kollektivavtal som gäller hos respektive arbetsgivare men att anställningsförhållandet betraktas som en hel anställning varför semester, sjukfrånvaro, föräldraledighet mm ska tas ut proportionerligt men att medarbetarna får lön och andra ersättningar utbetalad från båda arbetsgivarna. Regler gällande semester, ledigheter och vissa ersättningar finns i Läkares specialbestämmelser (bilaga 3 HÖK 20)

Biträdande universitetslektor

Befattningen biträdande lektor regleras i 4 kap 4 a, 12 a §§ högskoleförordning. Vid Örebro universitet benämns denna befattning som biträdande universitetslektor i kombinationsanställning.

Syftet med anställningen är att en biträdande universitetslektor ska ges möjlighet att under ett visst antal år utveckla sin självständighet som forskare och meritera sig såväl vetenskapligt som pedagogiskt för att uppfylla kraven på behörighet till en förenad anställning. Anställningen omfattas av undervisning, klinisk tjänstgöring och forskning. Medarbetaren omfattas av universitetets kollektivavtal men uppkommer så kallad jourkomp regleras denna enligt Regionens kollektivavtal. Medarbetaren får sin löneutbetalning från universitetet och fakturering sker mellan universitetet och regionen för reglering av lönekostnaden.

Problem och utmaningar vid förenade anställningar

I kartläggningen har det identifierats ett antal problemområden kopplat till förenade anställningar. I praktiken är en förenad anställning två anställningar hos två huvudmän där det finns olika kollektivavtal som styr anställningsvillkor och ersättningar. Kollektivavtalen inom staten och regionerna innehåller exempelvis olika arbetstidsnormer och regleringar vid sjuk- och föräldraledigheter där ersättningen ska fördelas proportionellt mellan huvudmännen och administreras inom respektive personaladministrativt system. Det leder dels till att medarbetaren har svårt att förstå förutsättningar och villkor för anställningen, dels att hanteringen och det praktiska handhavandet för arbetsgivaren blir omständligt och rättsosäkert.

Skyldigheten för medarbetarna att rapportera till båda arbetsgivarna vid exempelvis sjukdom och andra ledigheter som semester och ledighet för vård av barn med mera leder till att det kan ske missförstånd och bli fel. Arbetsgivarnas administration blir svår och tung då det krävs manuell hantering och "speciallösningar" för beräkningar av respektive frånvaro baserat på olika kollektivavtal. För avstämning mellan huvudmännen behöver omfattande samordning ske löpande. Dessutom blir utbetalning av ersättningar delade och svåra för medarbetarna att förstå och känna tillit inför.

Det finns också oklarheter kring den arbetsrättsliga tillämpningen vid en förenad anställning. Då det finns olika regelverk och kollektivavtal hos de olika arbetsgivarna är det inte givet vad som gäller när en medarbetare tex missköter sig i sin anställning. Det kan både handla om möjligheten att vidta

disciplinära åtgärder samt säga upp en medarbetare på grund av personliga skäl. I praktiken så finns en risk att arbetsgivarna utifrån det oklara rättsläget upplever ett begränsat handlingsutrymme att komma till rätta med brister eller säga upp en medarbetare med förenad anställning som missköter sina åtaganden i anställningen.

Beskrivna utmaningar och svårigheter är gemensamma i samtliga regioner men den praktiska hanteringen och de avtalsmässiga lösningarna av förenade anställningar ser olika ut beroende på tradition, kunskapen hos enskilda handläggare och samverkan mellan huvudmännen. Det innebär att lika / likvärdiga uppdrag har olika villkor och förutsättningar beroende på hos vilka huvudmän man arbetar för.

Olika avtalslösningar med huvudsanställning hos en huvudman och faktureringslösningar utifrån fördelning av arbetstid

Förutom de etablerade modeller som beskrivits ovan med förenade anställningar och biträdande universitetslektor finns en rad andra exempel på kombinationstjänster och samarbetstjänster mellan olika arbetsgivare. I bilaga finns några av dessa beskrivna närmare. En gemensam nämnare kring dessa lösningar är att huvudanställningen ligger hos en huvudman och att man fakturerar kostnaden för den tid som utförs hos den andra arbetsgivaren.

Generellt kan man säga att avsaknaden av regleringar för den här typen av tjänster gör att varje arbetsgivare behöver försöka lösa situationen själv, vilket kan upplevas som komplext och i slutändan även rättsosäkert.

Slutsats

Det framstår som helt klart att komplexiteten kring anställningar som ingåtts mellan olika arbetsgivare och huvudmän är stor. Sammanfattningsvis kan man beskriva de problem och utmaningar som är kopplat till förenade anställningar enligt nedan:

- Anställningsförhållande hos två huvudmän
- Anställningsvillkor utifrån två kollektivavtal som är olika i sin konstruktion vilket leder till:
 - *osäkerhet vad gäller beräkningar av ersättningar och ledigheter*
 - *felaktiga skatteavdrag och krav på den anställda att själv säkerställa att rätt skattebetalningar görs genom att begära extra skattebetalningar*
 - *omfattande administration med mycket manuell hantering och samverkan mellan huvudmännen*
 - *rättsosäkerhet och oförutsägbarhet för den anställda*
- Olika hantering och administrativa lösningar hos olika lärosäten/regioner
- Olika villkors- och regelverk som ger oklarheter kring arbetsrättslig tillämpning bland annat genom:
 - *olika regleringar vad som gäller disciplinära åtgärder*
 - *möjligheter till uppsägning p.g.a. personliga skäl*
 - *att man som arbetsgivare / huvudman inte "äger" beslutet i sin helhet*

Mot bakgrund av detta bedöms det som helt nödvändigt att förutsättningar och villkor för förenade anställningar enligt högskoleförordningen regleras genom centrala kollektivavtalslösningar eller andra samarbetsavtal mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Arbetsgivarverket. Exempel på sådant som behöver regleras i ett gemensamt avtal är modeller och lösningar gällande hantering av ersättningar, ledigheter, förmåner samt hantering av skatt så att medarbetare inte lider skada av den proportionerliga hanteringen som gäller förenade anställningar. Ett samordnat ställningstagande gällande arbetsrättsliga villkor och åtgärder är också viktigt.

Då vi kan konstatera att formerna för hur förenade anställningar upprättas skiljer sig åt mellan olika Regioner och Universitet behöver även den frågan klargöras centralt mellan parterna. Ska det enskilda anställningsavtalet med individen upprättas med huvudmannen enbart, eller ska det upprättas två separata anställningsavtal med respektive arbetsgivare? Båda varianterna förekommer idag. Om och i så fall på vilket sätt den ena eller den andra hanteringen påverkar bedömningen i olika arbetsrättsliga frågor är oklart.

Förutom det som redan nämnts finns även andra delar av anställningen som kanske löper på i den vardagliga hanteringen genom samarbete mellan medarbetaren och de båda arbetsgivarna, men som vid ett skarpt läge kan framstå som otydliga och oreglerade. Det kan handla om arbetsgivarnas arbetsmiljöansvar men också gällande arbetstidsregler där reglerna i regionernas och kommunernas kollektivavtal skärpts på senare tid.

Förutom centrala regleringar och avtal för förenade anställningar är det också mycket önskvärt med underlag och mallar, framtagna av centrala arbetsgivarorganisationer, för andra typer av kombinationstjänster mellan högskola/universitet och kommuner och regioner. Grundprincipen är den samma som för förenade anställningar, att säkerställa anställningsvillkor och samarbetslösningar som är kvalitetssäkrade, rättssäkra och möjliga för huvudmän och anställda att förstå och känna sig trygga i.

Avslutningsvis...

I februari i år (2024) kom till sist Utbildningsdepartementets förslag från uppdraget att se över hinder för mobilitet mellan högskolan och andra aktörer; Förslag till ändringar för att öka mobiliteten tidigt i den akademiska karriären, på remiss. Där konstateras att en hög mobilitet mellan högskola och andra sektorer i samhället är av största vikt både för att Sverige ska kunna stärka sin ställning som ett av världens främsta forsknings- och innovationsländer samt att det också är en förutsättning för att för verksamhetsutveckling, förbättrad förankring i utbildningar samt stärkt kompetensförsörjning och konkurrenskraft. Vidare anger man att en ökad mobilitet mellan olika huvudmän också bidrar till utveckling och meritering av den enskilda individen.

Förslaget har inte belyst det arbetsrättsliga perspektivet annat än att man redogör för Karolinska institutets ställningstagande i en skrivelse till Utbildningsdepartementet (KI, U2023/02560) gällande möjligheterna för fler grupper att inneha förenade anställningar, framför lösningar med två separata deltidsanställningar, då pensionsfrågan är reglerad i förenade anställningar. Vidare redogör man för ett antal rapporter inom skolområdet där man konstaterar att det finns svårigheter att inrätta tjänster för lärare som ska dela sitt uppdrag mellan skola och högskola bl.a. på grund av svårigheter med att utforma bra villkor. I betänkande av Utredningen om praktisknära skolforskning i samverkan anger Sveriges universitets- och högskoleförbunds (SUHF:s) expertgrupp för lärarutbildning att

”samverkan mellan högskola och skola skulle kunna förbättras om det fanns etablerade strukturer för mobilitet”. De lyfte också svårigheter kopplade till arbetsrättsliga frågor, pensionsfrågor och arbetsmiljöansvar som försvårande omständigheter.

Det kan konstateras att rapporten inte redovisar identifierade hinder som hade varit önskvärda ur ett arbetsrättsligt perspektiv gällande förenade anställningar och i och med det så redovisas heller inte huruvida åtgärder i form av avtal mellan arbetsmarknadens parter hade kunnat förenkla hanteringen av förenade anställningar och garanterat en rättssäker hantering. Det hade varit mycket önskvärt och var också en del av uppdraget från början.

Slutligen kan konstateras att det redan för 20 år sedan lades fram ett betänkande rörande förenade anställningar (SOU 2004:42 Lärare, forskare och läkare – tre kompetenser i en befattning) som konstaterar i princip samma sak som vi kommit fram till i vårt arbete. D.v.s. att systemet med kombinerade anställningar bl. a. ” innehåller ett antal olägenheter som inte utan vidare låter sig lösas genom informella överenskommelser på lokal nivå”. Även där lyfts problematiken kring att arbetstagaren tjänstgör under dubbla kollektivavtal med olika villkorlösningar samt arbetsgivaransvaret och förutsättningarna att hantera arbetsrättsliga åtgärder.

Referenser

Nationella vårdkompetensrådets rapport:

Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018-2020

Regionala vårdkompetensrådets rapport:

Samverkanstjänster mellan lärosäten och regional och kommunal vård – med fokus på omställning till nära vård

Regeringskansliet uppdrag till Utbildningsdepartementet:

Uppdrag att se över eventuella hinder för mobilitet mellan högskolan och andra sektorer (U 2022/02088)

Utbildningsdepartementets förslag

Förslag till ändringar för att öka mobiliteten tidigt i den akademiska karriären.

SOU 2004:42

Betänkande; Lärare, forskare och läkare – tre kompetenser i en befattning.

Bilaga

Olika avtalslösningar med huvudsanställning hos en huvudman och faktureringslösningar utifrån fördelning av arbetstid.

Region Örebro län

Meriterande överbryggande tjänst – MÖT

En tjänstekonstruktion mellan Örebro universitet och regionen. Medarbetare med medellång vårdutbildning kombinerar en klinisk tjänst med att undervisa och handleda studenter samt meriterar sig genom kompetensutveckling inom pedagogik och sitt ämnesområde. Tjänstgöringen delas mellan universitet och region där regionen är huvudarbetsgivare med 51% anställning. Resterande tjänstgöring, 49%, genomförs på universitetet där uppdraget innefattar undervisning inom främst grundutbildning men även på avancerad nivå, handledning samt examination.

Avtalsperioden är två år med möjlighet till förlängning. Under denna tid förväntas medarbetaren meritera sig genom att erlægga en magister-/masterexamen inom sitt professionsämne samt genomföra Örebro universitets behörighetsgivande kurs i högskolepedagogik. För den akademiska/pedagogiska meriteringen ingår 20% kompetensutvecklingstid. Kostnaden delas lika mellan arbetsgivarna. Medarbetaren erhåller ett lönetillägg som belastar universitetet och mellan universitetet och regionen sker en fakturering för reglering av lönekostnaden. Medarbetaren får en samlad löneutbetalning från regionen.

Adjungering - adjunkt eller lektor

Inom region och lärosäten ser man adjungeringar som ett viktigt komplement för att knyta ihop hälso- och sjukvården med universitetet när det finns anställningsbehov av mindre omfattning och så sätt ge fler medarbetare möjlighet att forska och undervisa samtidigt som de bibehåller sitt kliniska arbete. Adjungeringarna sker i olika omfattning och för varje medarbetare skrivs en separat överenskommelse.

Kombinerade anställningar – lokala inom Uppsala Universitet och Region Uppsala

Anställning med kliniska arbetsuppgifter:

Anställningen är en anställning som universitetslärare vid universitetet (lektor, professor eller adjunkt). Personen utför också kliniska arbetsuppgifter hos någon vårdgivare. Universitetet ingår ett avtal med motparten om att fakturera motparten (region eller kommun) universitetets lönekostnader i proportion till det kliniska arbete som utförs.

Denna form används för många olika yrkeskategorier, exempelvis sjuksköterskor, fysioterapeuter och logopedier.

Det kliniska arbetsuppgifternas omfattning varierar mellan olika anställda, som mest 50 % och som lägst 20 %.

Svagheter i lösningen är att det i kollektivavtalet (Villkorsavtal T) saknas reglering kring bland annat ersättning för jour och beredskap.

Adjungerade professorer

I högskoleförordningens 4 kapitel § 11 regleras anställning som adjungerad professor. Adjungerade professorer ska ha sin huvudsakliga sysselsättning utanför högskolan, därför kan anställningen maximalt vara 49 % och annat arbete måste vara 51 %, exempelvis arbete inom hälso- och sjukvården. Anställningen är tidsbegränsad till högst 12 år. Normalt 3 år per period, och därefter förnyad anställning. Anställningsformen inrättades för att öka samverkan mellan universitetet och det omgivande samhället.

Det finns två huvudsakliga varianter:

1. All ersättning utgår från regionen eller kommunen där personen är anställd. Regionen eller kommunen kan antingen fakturera universitetet för dess kostnader, eller finansiera kostnaderna själv med egna forskningsmedel.
2. Universitet utbetalar lön för den adjungerade, tjänstledighet på deltid för arbete hos universitetet hos huvudarbetsgivaren. Denna lösning är problematisk eftersom flera tjänstepensionsavtal missgynnar arbetstagare som inte arbetar heltid inom tjänstepensionsavtalets område.

Övriga adjungerade

Samma som för professorer men som är kollektivavtalsreglerade. Tidsbegränsad högst två år men kan förnyas därefter.

Syftet är oftare relaterat till undervisning än forskning.

Omfattningen är densamma som ovan – måste vara mindre än hälften.

S.k Gullstrandsanställningar

Ej anställningsform i egentlig mening. Pengar från ALF-systemet för forskning ett visst antal procent av arbetstiden under en begränsad period – upp till 4 år. Universitet betalar regionen för att läkaren forskar. Hela anställningen och lönen utgår från regionen men läkaren knyts till universitet genom en adjungering enligt ovan.

Gullstrand – fortsättning:

Ett fåtal omfattas, max pågående upp till två år.

Kombinerade anställningar inom Örebro Kommun

Samarbetsavtal, Region – kommun (ex medicinsk strateg med läkarkompetens):

Avtal finns om ekonomisk lösning. Tjänsten finns i sin helhet i regionen men är verksam i kommunen. Lösning för att få tillgång till kompetensen även om man inte får anställa läkare.

Örebro Kommun har disputerad dietist som man "säljer" till regionen och universitet. Fakturerar vid aktualitet.



Till:

Nationella vårdkompetensrådet

Gällande remissvar på "Förslag till ändringar för att öka mobiliteten tidigt i den akademiska karriären (U2024/00229)" och vikten av att säkerställa rättssäkra anställningsvillkor för förenade anställningar.

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige, bestående av kommuner, lärosäten och regioner i länen Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro, har arbetat med området Stimulera och integrera klinisk forskning i den kliniska verksamheten genom uppdraget att kartlägga befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster/samarbetsmodeller i kommuner och regioner. I arbetet har problemområden och utmaningar kopplat till administration och hantering av de olika huvudmännen, huvudmännens arbetsgivaransvar samt olika grader av rättsosäkerhet för de anställda kartlagts och beskrivits.

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige vill i samband med remissförfarande av Utbildningsdepartementets Förslag till ändringar för att öka mobiliteten tidigt i den akademiska karriären (U2024/00229) föreslå Nationella vårdkompetensrådet att i sitt remissvar beakta att inom följande områden behöver gemensamma nationella lösningar och fastställda principer säkerställas för att överbygga hinder för att förenade anställningar ska fungera rättssäkert och på det sätt som avses i remissförslaget:

- Anställningsvillkor och andra frågor som rör arbetsgivaransvaret
Exempelvis hantering av arbetsrättsliga frågor och arbetsmiljöansvar, ersättningar, hantering av ledigheter och förläggning av arbetstider.
- Rättssäkerheten för den anställde
Exempelvis kring inkomstbeskattning och skattefria förmåner samt brist på förutsägbarhet kring ersättningar och andra villkor för den anställde.

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige föreslår som åtgärd är att:

1. Arbetsmarknadens parter ges i uppdrag att utreda förutsättningarna för att lösa ovan identifierade hinder i ett gemensamt avtal och vad som inte går att reglera i avtal utan kräver författningsändringar.
2. Utifrån resultat av utredning teckna avtal och / eller föreslå författningsändringar.

Vidare föreslår regionala vårdkompetensrådet att bestämmelsen i kap. 3 8 § högskolelagen (1992:1434) om sjukvårdshuvudmannens rätt att yttra sig av patientsäkerhetsskäl kvarstår. Det är fundamentalt viktigt att sjukvårdshuvudmannen får yttra sig om de som ska arbeta i verksamheten.

För Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige



Karin Blomberg (Mar 22, 2024 16:11 GMT)

Karin Blomberg
Ordförande



Till:
Nationella vårdkompetensrådet

Svar på Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning- DL 21/11 (dnr. 4.3–10609/2023)

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige, bestående av kommuner (80), lärosäten (6) och regioner (7) i länen Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro, vill härmed lämna synpunkter på förslaget till en nationell plan för hälso-och sjukvårdens kompetensförsörjning dnr. 4.3–10609/2023.

Allmänt

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige välkomnar det övergripande angreppssättet som kombinerar kommun, region och universitet/högskolor för att skapa en integrerad plan för den nationella kompetensförsörjningen på området. Kompetensförsörjningsplanen stämmer väl överens med den bild som vårdkompetensrådet i Mellansverige har. Flera av de föreslagna åtgärderna är aktuella i pågående aktiviteter i våra arbetsgrupper och diskuteras löpande.

Vi ser positivt på att förslagen lyfter att det inte bara handlar om att utbilda fler då antalet legitimerade hälso-och sjukvårdspersonal inte alltid är den viktigaste faktorn. Det har stor betydelse med kompetens, erfarenhet i yrket, administrativt stöd, om det finns fungerande dokumentationssystem, tillgänglighet av utbildning, med mera. Framtida utbildningar bör kunna erbjudas på distans, för att öka möjligheterna att kompetensförsörja i glesbygd. Det är oerhört viktigt att en nationell kompetensförsörjningsplan tar höjd även för de mindre kommunernas förutsättningar. Flera av förslagen är främst tillämpbara i de större orterna såsom storstäderna. Det behöver finnas en flexibilitet i förslagen så att de föreslagna aktiviteterna kan anpassas utifrån regionala och lokala förutsättningar. Exempelvis är en viktig del för kommuner att hänsyn tas till hela socialtjänsten och den kommande nya socialtjänstlagen.

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige saknar i planen en analys över följande områden:

- icke legitimerade yrken,
- kompetensväxling,
- de som kommer från annat EU-land eller 3:e land och utgör en stor rekryteringsbas i dagens vård.

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige ser även att tandvården bör synliggöras genomgående i planen.

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige förordar att en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning även lyfter fram och ger exempel på "hur" föreslagen ska realiseras. Vi föreslår därför att antalet punkter i planen med fördel komprimeras genom att fokusera på det som idag inte regleras eller hanteras någon annanstans, exempelvis i lagstiftning eller andra regelverk.

Rådet vill också uppmärksamma att det behöver säkerställas att varken genomförande eller uppföljning av planen ökar administrationen för kommuner, regioner och lärosäten. Vi ser en farhåga att den administrativa delen kan öka ytterligare och medföra att arbete förflyttas från den dagliga verksamheten till mer administrativa arbetsuppgifter. En utveckling vi behöver motverka.

För att förverkliga planen på bästa möjliga sätt, med hänsyn till både stora och små kommuner/regioner/lärosätens unika behov och förutsättningar krävs fortsatt dialog och samverkan. Här ser vi att de regionala vårdkompetensråden spelar en stor roll för att konkretisera och förverkliga planen genom samverkan och dialog.

Rådet har noterat att det är få kommuner som erbjudits möjlighet att i den officiella remissrundan ha synpunkter på förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Vi anser att det borde vara fler med tanke på utmaningarna med kompetensförsörjningen inom bland annat Nära vård.

Nedan redovisas Regionala vårdkompetensrådet Mellansveriges synpunkter på de förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning som anges i rapportens femte och sjätte kapitel, sorterat efter om det är aktiviteter som behöver tydliggöras eller aktiviteter som föreslås tas bort från planen.

Aktiviteter som behöver tydliggöras i en nationell plan

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

Synpunkter: Det bör definieras vad som menas med alla ledningsnivåer och med medicinsk kompetens för att syftet med förslaget ska framgå. Det finns exempelvis redan idag lag om medicinskt ansvarig sjuksköterska. En tolkning som kräver att chefer på alla ledningsnivåer själva måste besitta den medicinska kompetensen ser vi som problematisk.

5.2.3 Regioner och kommuner bör besluta om ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för

Synpunkter: Det är viktigt att tydliggöra att detta är ett spann som beslutas av respektive region och kommun, och inte ett värde som kan jämföras mellan regioner och kommuner. Det beror på många faktorer vad som är ett lämpligt antal medarbetare per chef precis som det anges i rapporten.

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

Synpunkter: Det bör definieras vilka nivåer av chefer som avses, samt vad som avses med ledarskap. Generellt ledarskap eller specifikt för hälso- och sjukvård? Det finns även en risk för parallella spår, exempelvis är en ny socialtjänstlag på gång och i samband med införandet diskuteras ledarskapsutbildning. Vi föreslår att ta lärdom av utbildningsmodellen för kommunernas koncept Yrkesresa, ett nationellt samarbete mellan SKR, Socialstyrelsen och Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS). Yrkesresan erbjuder introduktion och kompetensutveckling som utgår från bästa tillgängliga kunskap, på ett samlat och pedagogiskt sätt.



5.3.4 Regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner

Synpunkter: Det bör införas incitament så att distans- och deltidsutbildningar erbjuds för att förenkla kombinationen av arbete och studier. Det finns en väl utbyggd organisation med lärcenter i kommunerna, som kan stödja den utvecklingen.

5.3.6 Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör öka möjligheterna till kompetensutveckling och karriärvägar för respektive profession

Synpunkter: Det ses som en stor risk att ordet "karriärvägar" styr fel. Karriär ska även innebära att vara erfaren inom sitt yrke, och därför föreslås användandet av ordet kompetensmodeller i stället.

5.3.7 Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör samverka för att stimulera karriärutvecklingsprogram i syfte att öka antalet erfarna forskarhandledare inom regioner och kommuner

Synpunkter: Föreslås som ovan, att använda ordet kompetensmodeller i stället för karriärutvecklingsprogram.

5.4.1 Inför VULF-avtal

Synpunkter: Viktigt att remissvaren till utredningen Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen (U 2020:07) tas till vara vid förslag om införande av VULF-avtal. Förutsättningar för både större och mindre lärosäten, till exempel de lärosäten som inte omfattas av ALF-avtal, behöver hanteras av ett VULF-avtal.

6.1. Övergripande konsekvenser

Synpunkter: De ekonomiska konsekvenser som nämns i planen behöver tydliggöras och konkretiseras. Vi ser en farhåga i att administrationen ökar. Samverkansarbete bör ingå i allas uppdrag både på regional och nationell nivå.

Förslag på aktiviteter att lyfta ur en nationell plan

5.2.5 Kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska kompletteras med krav på att ledningssystemet ska vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan.

Synpunkter: Bestämmelserna om ledningssystem är redan tydliga och ett sådant krav riskerar att bidra till en onödig administrativ börda och resursåtgång, utan att det är uppenbart hur detta kommer att förbättra den faktiska vårdkvaliteten.

5.3.1 Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och följa verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete, bl.a. genom att utveckla insatser som främjar en god arbetsmiljö

Synpunkter: Detta är redan reglerat i rådande arbetsmiljölöslagstiftning. Ses risk att det kan skapa mer administration som inte tillför mer än vad som redan finns i lagstiftning och mål som kommuner och regioner har.

5.3.2 Regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens

Synpunkter: Att arbetsleda medarbetare ingår i chefernas uppgift. Denna punkt upplevs som alltför detaljerad för en nationell kompetensförsörjningsplan.



5.3.3 Regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva

Synpunkter: Detta är en viktig fråga som kommuner och regioner jobbar med, en annan viktig del är säkerheten med digitala verktyg. Upplevs oklart hur detta ingår i en kompetensförsörjningsplan och det ses risker för onödig administration om detta ska följas upp i en kompetensförsörjningsplan.

5.3.5 Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för verksamhetschefen att säkerställa tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för professionerna inom hälso- och sjukvården

Synpunkter: Det ingår i arbetsledningens uppgifter att säkerställa tid. Det bör definieras vad som ingår i kompetensutveckling, exempelvis lärande på arbetsplatsen.

5.3.8 Regioner och kommuner bör genomföra insatser i syfte att öka förutsättningarna för att seniora medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården

Synpunkter: Regioner och kommuner arbetar för att alla medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården, bland annat genom arbetsfördelning. Denna punkt upplevs som alltför detaljerad för en nationell kompetensförsörjningsplan.

5.3.10 Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör genomföra insatser för att främja rekryteringen av underrepresenterat kön till yrken inom hälso- och sjukvården

Synpunkter: Detta upplevs mer som en samhällsfråga än en del i en kompetensförsörjningsplan.

Önskvärt och viktigt att främja attraktiviteten inom dessa yrken och att bredda rekryteringen.

Mervärdet med att avgränsa till kön är oklart, när det finns andra betydelsefulla faktorer som är minst lika viktiga och som utgör diskrimineringsgrunder. Föreslås att om aktiviteten ska ingå i en kompetensförsörjningsplan behöver den breddas, förtydligas och konkretiseras.

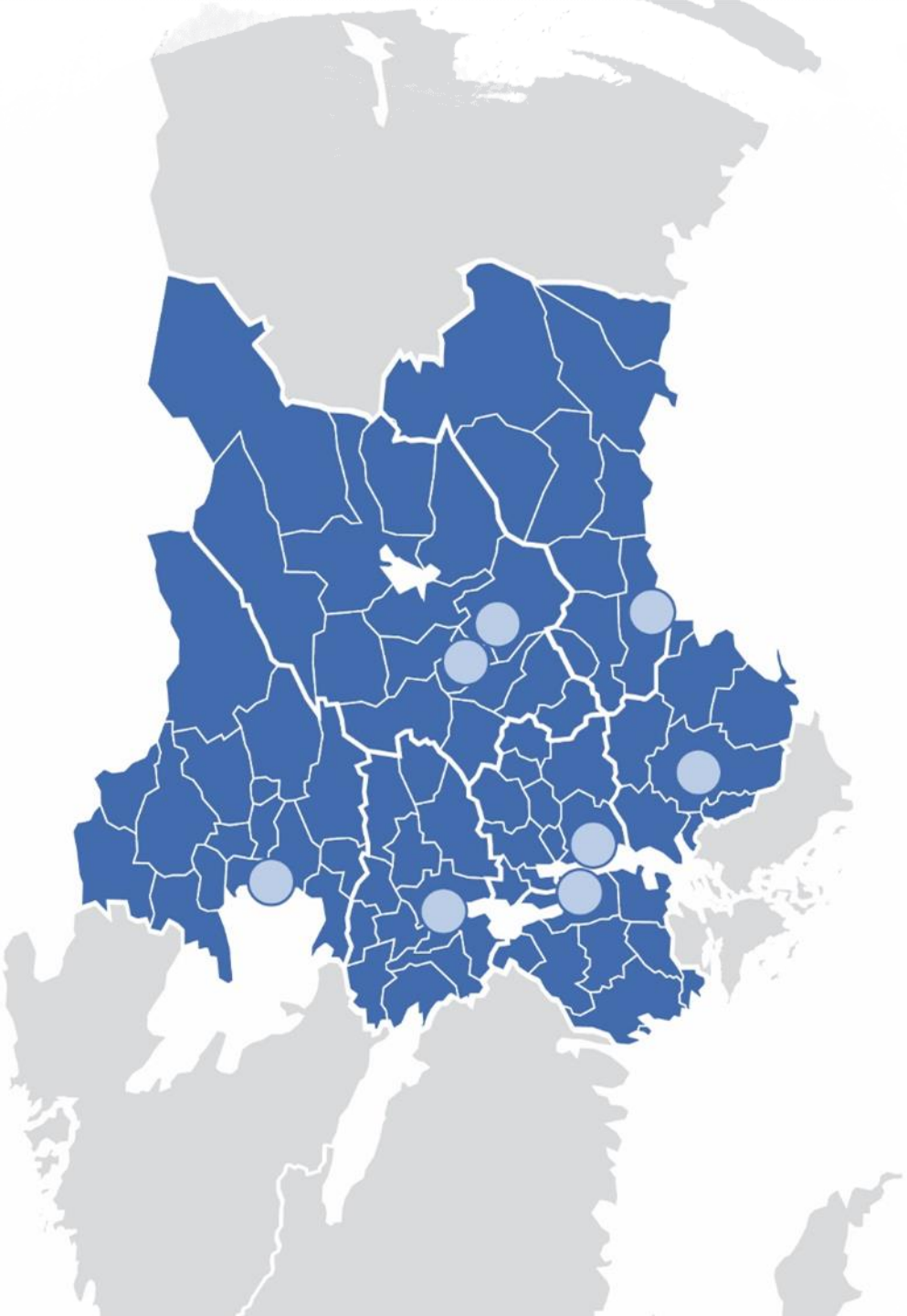
För Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige

Karin Blomberg

Karin Blomberg (Nov 15, 2024 20:13 GMT+1)

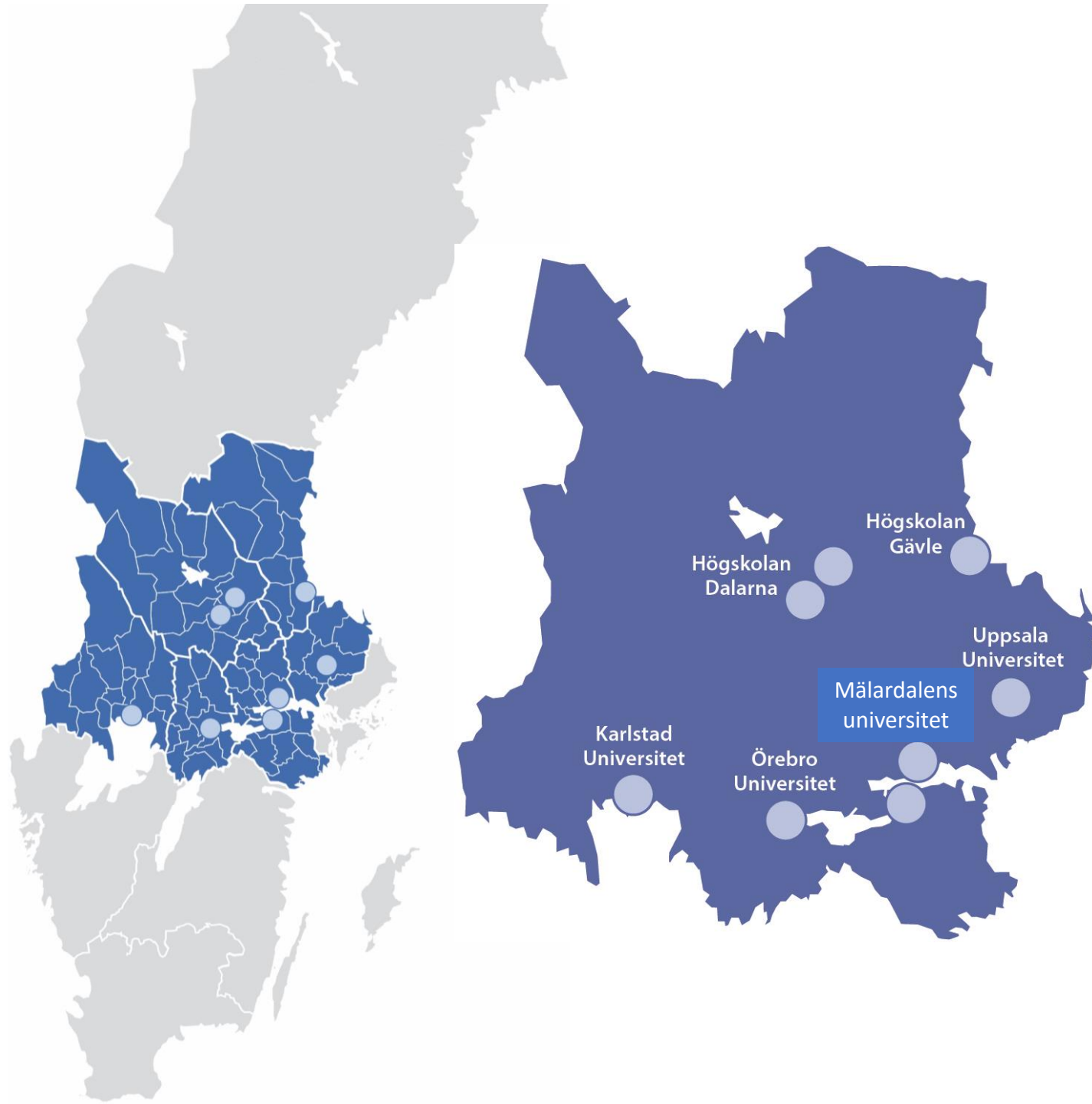
Karin Blomberg

Ordförande



Synpunkter på vidare arbete med den nationella planen för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning från Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige

2024-11-14



7 regioner och 80 kommuner

Region Dalarna, 15 kommuner

Region Gävleborg, 10 kommuner

Region Sörmland, 9 kommuner

Region Uppsala, 8 kommuner

Region Värmland, 16 kommuner

Region Västmanland, 10 kommuner

Region Örebro län, 12 kommuner

6 lärosäten

Hörskolan Dalarna

Hörskolan Gävle

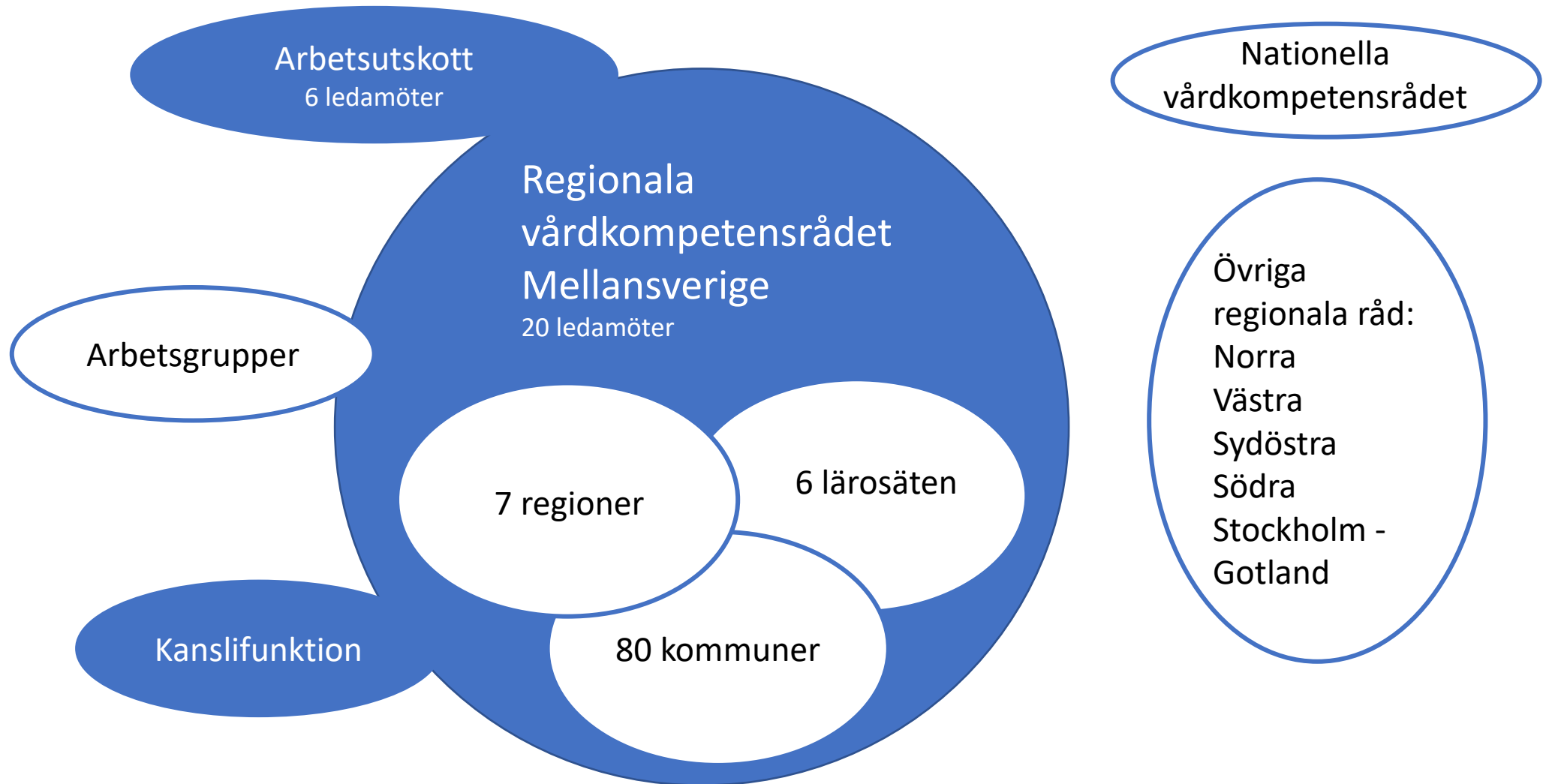
Karlstads universitet

Mälardalens universitet

Uppsala universitet

Örebro universitet

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige



1. På vilket sätt kan Nationella vårdkompetensrådet samordna, stödja och följa upp arbetet med den nationella planen i ert råd?

- Tydliggöra och konkretisera mål och aktiviteter i planen
- Samordna befintlig uppföljning som regioner, kommuner och lärosäten redan lämnar in till olika aktörer
- Synkronisera mål och aktiviteter på nationell nivå med rådets arbete. Ex. kopplingen till det nationella kunskapsstyrningssystemet, Regionala stöd- och samverkansstrukturer, RSS, och SKR
- Tydliggöra uppdrag och roller mellan NVKR och RVKR
- Skapa tydliga och effektiva kommunikationskanaler både mellan NVKR och RVKR men även till andra berörda aktörer
- Optimera dialogen och arbetsformer mellan NVKR och RVKR ex. rådgivande, återkoppling, olika förväntningar
- Skapa arenor för samverkan i sakfrågor



2. Hur kan ert regionala råd arbeta med planen i er samverkansarena? Har ni pågående arbeten som passar in i den nationella planen?

- Fortsätta arbetet i arbetsgrupper:
 - Inventera och utveckla handledarutbildning för VFU både inom hälso- och sjukvården och tandvården.
 - Utred behovet av introduktionsfas/etableringsfas för att stärka den kliniska kompetensen.
 - Kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård.
 - Inventera behov av utbildningar för den primärkommunala hälso- och sjukvårdssektorn.
 - Undersöka behovet av utbildning i intermediärvård för sjuksköterskor.
 - Kartlägga befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster /samarbetsmodeller i kommuner och regioner.
 - Samverka specialistsjuksköterskeutbildning
 - Sjukvårdsregionalt kunskapsutbyte och samordning av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT)
- Fortsätta driva kompetensförsörjningsfrågor enligt planen i befintliga samverkans- och samarbetsforum
- Synkronisera rådets mål och aktiviteter med den nationella planen



Hur går vi från ord till handling?

a) Har ni tankar, idéer och metoder för att framåt få till en förflyttning utifrån den nationella planen?

Vad innebär förflyttning? Vad måste hända som inte händer idag. Förflyttning kan ske genom arbete på de lokala samverkansarenorna, det är i verksamheten det ska bli en förflyttning.

- Arbeta vidare genom arbetsgrupper i relation till problemställningar/mål i nationella planen
- Skapa forum för dialog där mål och aktiviteter kan konkretiseras
- Behöver synka med andra utredningar, vilken status har planen?
- Finansiering
- Samverkan mellan RVKR
- Dialog centralt, förståelse för varandras system
- NVKR ska var rådgivande inte reglerande, men behöver vara konkreta i rådgivandet
- Samverkan mellan departementen central, ex. samverkan med utbildningsdepartementet och socialdepartementet och även med finansdepartementet



Hur går vi från ord till handling?

b) Vilka utmaningar ser ni? Var tar det stopp?

- Ökad administration
- Minskade personella och ekonomiska resurser (inkl. mäktiga prioritera samverkan när resurserna minskar)
- Ökade krav på uppföljning, risk att RVKR blir en kontrollfunktion och då minskar möjligheterna att utveckla verksamheten framåt
- Omfattande och stora övergripande mål i planen som förblir otydliga och svåra att uppnå
- Bristande konkretisering av mål och aktiviteter
- Bristande möjlighet att tillämpa aktiviteter utifrån förutsättningar i de olika kontexterna, ex olika förutsättningar i större och mindre kommuner
- Bristande kommunikationskanaler och utebliven dialog
- Bristande incitament för respektive genomförarverksamhet; kommun, region och lärosäte
- Bristande "mandat" i frågorna
- RVKR är inte en beslutande församling
- Implementeringsplan, hur ser NVKR på det? Implementering överlämnat till utförarna.
- Hur står sig planen i relation till annat som styr regioner, kommuner och lärosäten
- Nya yrkesgrupper saknas helt i planen, en samordning i det arbetet behövs för förflyttning
- Basen i utbildningar behöver definieras och vad som är delar i utveckling av det livslånga lärandet
- Processer för att ställa om utbildningar mot behoven i vården utifrån ex. omställningen till Nära vård
- Kompetensväxling behöver utvecklas, inom professionerna behöver uppgiftsväxling diskuteras. Kan inte komma "ovanifrån" vad som ska skiftas, men samverkansgrupper kan öppna upp för diskussionen
- Bristen på lärare till vårdutbildningar, fler disputerade behövs inom respektive yrkesgrupp



Hur går vi från ord till handling?

c) Har ni några goda exempel på när samverkan har lett till förflyttning?

- Flera arbetsgrupper har bidragit med kartläggning och inlagor till nationella nivå och utveckling lokalt
- Placeringsverktyg VFU, Region Stockholm och Region Uppsala
- Samverkan i RVKR har lett till förflyttning, ex. förståelse för varandras system, stärkt arbetet lokalt
- Dubbelarbete undviks genom att arbete sker i grupper kopplat till RVKR



Övrigt som är viktigt få med

- Planen är inte kostnadsneutral, startavgift för aktiviteterna och i dagens svåra ekonomiska situation är det svårt genomföra
- Vid ett fastställande av planen behöver aktiviteterna kostnadsberäknas/resurssättas och listas i en prioriteringsordning
- Riksdagsledamoten Anna Vikström (S) har lämnat en interpellation till statsrådet Acko Ankarberg Johansson som handlar om hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och om Nationella vårdkompetensrådets arbete.
Länkar till ärendet på riksdagens hemsida. Interpellationsdebatten äger rum den 25/11 kl. 11.00 och kan följas på riksdagen.se.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/interpellation/halso-och-sjukvardens-kompetensforsorjning_hc10146/
https://www.riksdagen.se/sv/aktuellt/kalendersida/kalenderhandelse/interpellationsdebatt/2024/nov/25/interpellationsdebatter_rdhcc120241125ip/

