

Mötesbok: Äldrenämnden (2024-05-23)

Äldrenämnden

Datum: 2024-05-23

Plats: KS mötesrum, Stadshuset (08.30-12.00) Esplanaden, Stadshuset (13.00-15.00)

Kommentar:

Dagordning

Tid: Torsdagen den 23 maj kl. 08.30-15.00

KS mötesrum, Länken, Stadshuset, kl. 08:30-12:00, Esplanaden,
Länken, Stadshuset kl. 13:00-15:00

Upprop

Beslut om justeringstid

Dagordning

53/24 Godkännande av dagordning	4
---------------------------------	---

Allmänna ärenden

54/24 Månadens goda exempel	5
-----------------------------	---

Sekretessärende

55/24 Anmälan av domar	6
------------------------	---

Allmänna ärenden

56/24 Årsbokslut och delårsrapporter äldrenämnden 2024- Yttrande till äldrenämnden över rapport till kommunstyrelsen för perioden januari-augusti 2024	7
--	---

57/24 Avgiftsöversyn	30
----------------------	----

58/24 Remiss - Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen SOU 2024:9	56
--	----

59/24 Motion 20/2023 - Äldreomsorgen behöver fler medarbetare	573
---	-----

60/24 Statistikrapport för ej verkställda beslut kvartal 1	578
--	-----

61/24 Information om slutrapport e-inköp	581
--	-----

62/24 Föreskrift för Umeå kommuns pensionärsråd	596
---	-----

63/24 Revidering av äldrenämndens delegationsordning	601
--	-----

64/24 Anmälan av delegerade beslut/anmälningssärenden maj	614
---	-----

Sekretessärende

65/24 Förfrågningsunderlag LOV	691
--------------------------------	-----

Allmänna ärenden

66/24 Äldreomsorgsdirektören informerar	705
---	-----

Denna behandling '53/24 Godkännande av dagordning' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '54/24 Månadens goda exempel' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '55/24 Anmälan av domar' har inget tjänsteutlåtande.



Tjänsteskrivelse

2024-05-13

Äldreämnden

Diariernr: ÄN-2024/00002

Årsbokslut och delårsrapporter äldreämnden 2024

Förslag till beslut

Äldreämnden föreslår kommunstyrelsen att godkänna nämndens verksamhetsuppföljning för perioden januari-april 2024.

Äldreämnden godkänner ekonomirapporten januari-april 2024.

Äldreämnden godkänner internkontrollrapporten för perioden januari-april 2024 och bedömer att den interna kontrollen är tillräcklig.

Ärendebeskrivning

Äldreämndens rapport till kommunstyrelsen för perioden januari-april beskriver resultatet för årets fyra första månader avseende personal- och ekonomiperspektivet utifrån kommungemensam anvisning.

Den ekonomiska uppföljningen visar nämndens resultat för perioden januari-april 2024.

Äldreämnden beslutar årligen om en internkontrollplan. Uppföljningen som förvaltningen redovisar för nämnden gäller för perioden januari–april 2024.

Beslutsunderlag

Äldreämndens rapport till kommunstyrelsen för perioden januari-april 2024

Ekonomirapport januari-april 2024

Internkontrollrapport januari-april 2024

Beredningsansvariga

Carina Nylander, ekonomichef

Rebecca Andersson, HR-chef

Anna Bergström, kvalitetschef

Anna Karlander, kanslichef

Beslutet ska skickas till

Kommunstyrelsen

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2024/00002

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Anna Karlander
Kanslichef



Äldreämndens rapport till kommunstyrelsen för perioden januari-april 2024

Innehåll:

Personalrapport januari-april 2024

Ekonomirapport januari-april 2024

Personalrapport

Personalpolitiska mål
Mål 5: Umeå kommun ska klara kompetensförsörjningen genom att vara en attraktiv arbetsgivare och spegla mångfalden i samhället.
Mål 6: Umeå kommun ska ha ledarskap som ges och ger förutsättningar för goda resultat, där riktvärdet för antalet medarbetare per chef inte är fler än 30.
Mål 7: Umeå kommuns sjukfrånvaro ska minska genom fokus på friskfaktorer och jämställda arbetsförhållanden.

Kompetensförsörjning och attraktiv arbetsgivare (mål 5)

Under årets första kvartal har det största fokuset gällande kompetensförsörjning och attraktivitet riktats mot att säkra sommarbemanningen. En positiv utveckling har skett jämfört med tidigare år och en högre procentuell andel gällande såväl omvårdnadspersonal som HSL-personal är nu klara för arbete under semesterperioderna. Det är ett högt inflöde av kandidater och det är betydligt fler med erfarenhet som söker till äldreomsorgen. Det långsiktiga arbetet i samarbete mellan rekryteringscentrum, kommunikatörer och enhetscheferna bedöms ligga till grund för det hittills goda resultatet.

Ledarskap (mål 6)

Arbetet med ledares förutsättningar fortgår och bland annat har förvaltningen ett antal unga chefer som går en riktad utbildning för målgruppen. Flera av cheferna deltar i andra utbildningsinsatser så som ”Viktiga och svåra samtal” Äldreomsorgen har fortfarande ett antal chefer med fler än 30 medarbetare och arbetet med att nå riktvärdet är inte klart. Särskilt noteras att flera chefer inom hälso-och sjukvårdsverksamheten ligger på ett högre antal medarbetare och särskild prioritet i arbetet behövs kopplat till den målgruppen.

Friskfaktorer (mål 7)

Under första kvartalet har årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) genomförts. Svarsfrekvensen för 2024 var 85,9 % vilket är högre än föregående år. Axplock ur uppföljningen visar på att arbetsbelastning och krav samt återhämtning och säkerhet och trygghet är fokusområden för verksamheternas OSA-mål. Gällande lika rättigheter och möjligheter så svarar 8,2 % att man har identifierat behov av åtgärder. Åtgärderna har främst handlat om sociala och/eller organisatoriska arbetsförhållanden. De diskrimineringsgrunder som stack ut avsåg kön och etnisk tillhörighet. Äldre nämnden tog del av den årliga uppföljningen på sammanträdet i april.

I samverkan med fackliga parter och huvudskyddsombud har prioriterade områden samt åtgärder för dessa tagits fram kopplat till SAM och aktiva åtgärder. Exempel på prioriterade områden är att förstärka den arbetsplatsnära dialogen på APT, inkludera friskfaktorer i styrning och uppföljning samt att utveckla dialogen kring lika rättigheter och möjligheter. Åtgärder består av att ta fram material att arbeta vidare med på APT, synliggöra friskfaktorerna i verksamheternas måluppföljning samt att ta fram material och underlag för att kunna hålla dialog kring lika rättigheter och möjligheter levande.

Tabell resultatmått

Resultatmått	Målvärde 2024	Utfall jan–april 2024			Utfall jan–april 2023		
		kvinnor	män	totalt	kvinnor	män	totalt
Sjukfrånvaro, totalt i procent av anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid	7,5	9,9	7,5	9,2	9,6	6,5	8,6
Andel långtidsfriska (%)	60	53	57	54	50	57	52
Andel heltidsanställda (%)	95	97	97	97	96	97	96

Kopplat till resultatmåttarna syns försämrat resultat jämfört med föregående år gällande sjukfrånvaro. Andelen långtidsfriska har däremot ökat vilket är positivt. Båda ligger dock lägre än målvärdet för året. Andelen heltidsanställda ligger något bättre än fjolåret och resultatet där är nu bättre än målvärdet.

Ekonomirapport

Budgetavvikelse, åtgärder och årsprognos

Under perioden januari till april har nämnden erhållit intäkter, riktade och generella bidrag om totalt 99,5 mnkr, en minskning med 2% jämfört med samma period 2023.

Intäkter för vårdavgifter, hyror och verksamhetsförsäljning har ökat med 8% jämfört med föregående år och bidragen har minskat med 12% samma period.

Tabell

(mnkr med en decimal)	Budget jan–apr 2024	Utfall jan–apr 2024	Budget- avvikelse jan–apr 2024	Budget- avvikelse jan–apr 2023	Budget helår 2024	Prognos helår 2024	Årsprognos budget- avvikelse 2024
Verksamhetens intäkter	-67,1	-99,5	32,4	44,7	-201,2	-302,0	100,8
Verksamhetens kostnader	505,8	544,5	-38,7	-41,5	1 535,5	1 648,3	-112,8
Verksamhetens nettokostnad	438,8	445,0	-6,3	3,2	1 334,3	1 346,3	-12,0

Verksamhetens kostnader uppgår till 544,5 mnkr under perioden och är en ökning med 6% jämfört med samma period föregående år. De totala kostnaderna utgörs i huvudsak av personalkostnader och visar på liknande andel av totalkostnaderna (78%) som under år 2023. En jämförelse med föregående år samma period visar att personalkostnader ökat med 6%. Orsakerna är framför allt pensionskostnader som en del i ökat personalomkostnadspåslag och redovisningen av prisdifferens semesterlönekostnader, men också en ökning av kostnader för månadslöner jämfört med föregående år med 5%. Övertidskostnader har minskat med ca 40% jämfört med samma period föregående år. Delorsak är att skärpning kring dygnsvilan minskar övertidsarbete då det ställer högre krav på schemaläggning.

Övriga driftskostnader utgör 9% av totala verksamhetskostnader och har ökat med 2% jämfört med samma period föregående år. Kostnaderna ökade generellt under 2023 med anledning av inflationen och kriget i Ukraina. Prisökningarna har varit högst avseende inköp av bland annat hygien- och sjukvårdsmaterial samt livsmedel och transport för att utföra insatser samt ökade kostnader för inköp och förhyrning av hjälpmedel. Prisökningar som uppkom under 2023 ligger till stor del kvar på samma nivå. Verksamheten har sett över volymer kring inköp och lagerhållning.

Köp av huvudverksamhet utgör 13% av totala verksamhetskostnader och de har ökat med 7% sedan samma period 2023. Orsakerna till ökningen beror dels på ett ökat antal utförda timmar och en betydande indexökning på ersättningarna enligt avtal.

Nämndens nettokostnader under perioden uppgår till 445,0 mnkr och innebär att 101 % av budget om 438,8 mnkr, har förbrukats.

Årets prognos bedöms till -12 mnkr i budgetavvikelse.

Nämndens budgetavvikelse för perioden januari-april år 2024 är -6,3 mnkr jämfört med samma period år 2023 då avvikelsen var +3,2 mnkr.

Avvikelsen beror på att kostnaderna inom verksamheterna är högre än budgeterat, på grund av ökning av ärendemängd inom hemtjänst och hemsjukvård. Det beror bland annat på tidigare lagda utskrivningar från sjukhuset som kräver mer personal på grund av dubbelbemanning och det får en fortsatt negativ budgetavvikelse för hemtjänst och hemsjukvård. Ersättningar till utförarna inom hemtjänst har indexuppräknats med definitivt omsorgsprisindex som är högre än det preliminära vilket leder till ökade kostnader och en negativ avvikelse mot budget. Inom vård- och omsorgsboende finns 1 extern utförare där avtalet efterlevs utan kostnadsökningar.

Kostnader för arbetskraft visar ett underskott mot budget och beror som tidigare beskrivits dels på ökad volym insatser inom hemtjänst och hemsjukvård, dels på genomförande av statliga satsningar och prisdifferens på semesterlön som har reglerats inom samtliga verksamheter under årets första månader.

Det förebyggande arbetet med bland annat trygghetsskapande teknik samt införande av nytt verksamhetssystem pågår och innebär ett underskott mot budget, som delvis balanseras med prestationsbidraget från 2023.

Åtgärder för att nå en budget i balans vid årets slut är ständigt pågående och fokus är på fördjupad bemanningsplanering och minskade kostnader för övrig drift.

Investeringar

Fram till april har knappt en fjärdedel av årets investeringsbudget nyttjats. Investeringar avsedda för utrustning och inventarier kommer att förbrukas i sin helhet under året. En stor del utgörs framför allt av planerade investeringar för inventarier och utrustning vid inflyttning till nytt vård- och omsorgsboende på Västteg. Investeringarna inrymmer även verkställande av inventarier till lokaler för hemtjänst och hemsjukvård, som flyttats fram från tidigare års planering. Investeringsbudgeten för välfärdsteknologi och hjälpmedel, beräknas förbrukas under året och några objekt har påbörjats.

Bedömningen är att hela investeringsbudgeten för året kommer att förbrukas. Årsprognos i budgetavvikelse 0 mnkr.

Tabell

(mnkr med en decimal)	Budget 30 april 2024	Utfall 30 april 2024	Budget-avvikelse 30 april 2024	Utfall helår 2023	Budget helår 2024	Prognos helår 2024	Årsprognos budgetavvikelse 2024
Verksamhetens nettoinvesteringar	-14,7	-5,2	9,5	-24,9	-44,2	-44,2	0,0

Flyktingmottagning från Ukraina

Äldreämndens utför insatser inom hemtjänst några timmar per vecka och verkställer insatsen vård- och omsorgsboende för en person. De kostnader som uppstått har ersatts 100% från kommunens gemensamma bidrag för flyktingmottagande från Ukraina

Äldreomsorgen – Ekonomirapport för perioden januari till april 2024

Sammanfattning

Under perioden januari till april har nämnden erhållit intäkter, riktade och generella bidrag om totalt 99,5 mnkr. Det är en minskning med 2% jämfört med samma period år 2023. Intäkterna som består av; avgifter och hyror till medborgare enligt maxtaxan och verksamhetsförsäljning, uppgår till totalt 39,6 mnkr, jämfört med januari-april 2023 är det en ökning med 8%. Statliga bidrag enligt regeringsbeslut uppgår till 39,5 mnkr, har minskat med 5,5 mnkr eller 12% lägre än motsvarande period år 2023.

Bidragen som erhållits för perioden är äldreomsorgssatsning, äldreomsorgslyftet, god och nära vård, och andel prestationsbaserat bidrag inkom år 2023 för minskning av timlöner och ökning av sjuksköterskor.

Verksamhetens totala kostnader uppgår till 544,5 mnkr under perioden och är en ökning med 6% jämfört med samma period föregående år. Personalkostnaderna utgör den betydande andelen med 424,1 mnkr och visar på liknande andel av totalkostnaderna (78%) som under år 2023. Jämförelse med föregående år samma period, visar att personalkostnader ökat med 6%. Orsakerna till förändringen är framför allt pensionskostnader som en del i ökat personalomkostnadspåslag och redovisningen av prisdifferens semesterlönekostnader, men också en ökning av kostnader för månadslöner jämfört med föregående år med 5%. Övertidskostnader har minskat med ca 40% jämfört med samma period föregående år. Trolig orsak är att skärpning kring dygnsvilan minskar övertidsarbete då det ställer högre krav på schemaläggning och kan leda till konsekvenser som blir negativa för kollegor.

Övriga driftskostnader utgör 50,2 mnkr eller 9% av totala verksamhetskostnader och har ökat med 2% jämfört med samma period föregående år. Orsakerna är att kostnaderna under 2023 generellt ökat med anledning av inflationen och kriget i Ukraina. Prisökningarna har varit högst vid inköp av bland annat hygien och sjukvårdsmaterial samt livsmedel och transport mellan medborgarna för att utföra insatser. En ökning av kostnader för inköp och förhyrning av hjälpmedel, finns också med i kostnadsökningarna. De kostnadsökningar som uppkom under 2023 ligger till stor del kvar på samma nivå men verksamheten har vidtagit åtgärder kring volymer.

Köp av huvudverksamhet uppgår till 70,2 mnkr och utgör 13% av totala verksamhetskostnader de har ökat med 7% sedan föregående år samma period. Orsakerna till ökningen beror dels på ökat antal utförda timmar och en betydande indexökning på ersättningarna enligt avtal.

Nettokostnader/ackumulerat utfall/resultat per april år 2024 är 445,0 mnkr och innebär att 101 % av budgeterat resultat har förbrukats, budget 438,8 mnkr.

Nämndens budgetavvikelse för perioden januari-april år 2024 är -6,3 mnkr är att jämföra med samma period år 2023 då avvikelsen var +3,2 mnkr. Avvikelsen beror på att kostnaderna inom hemtjänst och hälso- och sjukvård är högre än budgeterat på grund av ökade volymer och att prisdifferens på semesterlön har reglerats inom samtliga verksamheter. En del i det ackumulerade resultatet beror på utbetalning av OB ersättningar och timlöner som avser december föregående år och mars, där antalet "röda dagar" var fler än året innan.

Akkumulerat resultat (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Prognos	Årsbudget	Verksamhetens andel % av total årsbudget
1. Nämnd- styrelseverksamhet	0,0	0,0	0,1	0,2									0,0	2,6	0%
2. Hemtjänst i ordinärt boende över/under 65 år	-3,3	-4,1	-6,4	-9,8									-29,0	490,5	37%
- varav dagverksamhet i ordinärt boende	0,0	-0,2	-0,2	-0,4									0,0	12,0	
- varav hälso- och sjukvård i hemmet	-1,1	-1,9	-2,6	-3,7									-7,0	106,1	
3. Vård- och omsorgsboende inkl korttidsboende	-1,4	1,8	0,9	0,6									2,0	739,9	55%
- varav korttidsboende	-0,7	-0,7	-0,8	-0,6									-2,0	65,3	
- varav hälso- och sjukvård särskilt boende	-0,5	-0,8	-1,9	-2,8									-7,0	123,7	
4. Öppen verksamhet ej bistånd	0,0	-0,3	-0,5	-0,7									0,0	11,0	1%
5. Gemensamma kostnader och handläggare myndighet	1,8	2,5	3,8	3,4									15,0	90,4	7%
Akkumulerad budgetavvikelse 2024	-3,0	0,0	-2,1	-6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-12,0	1 334,3	100%
Akkumulerad budgetavvikelse 2023	-1,0	-3,9	3,2	3,2	3,4	-4,1	-2,2	23,1	26,9	18,1	-0,6	0,3	-5,0		

Nämnd och styrelseverksamhet

Arvoden har betalats enligt plan. Budgetavvikelse efter april +0,2 mnkr och årsprognosen bedöms till 0 mnkr.

Hemtjänst i ordinärt boende inkl. Hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)

Budgetavvikelsen för hemtjänsten inklusive hemsjukvård är -9,8 mnkr är en försämring jämfört med tidigare månader under året. Hemtjänst redovisar en budgetavvikelse om -5,7 mnkr, dagverksamhet -0,4 mnkr och hälso- och sjukvård i hemmet -3,7 mnkr.

I resultatet för hemtjänst ingår verksamheten ”Din kommunala hemtjänst”, ersättning till 8 st externa LOV-utförare samt kostnader för hemsjukvård och biståndsbedömning i ordinärt boende. Förändringen beror till en del på lönekostnader inom din kommunala hemtjänst och hemsjukvården och OB ersättningar och timlöner från fler ”röda dagar” under december och mars, har betalats ut under perioden och semesterlöneskulden har reglerats. Därtill syns en ihållande ökning av timmar och antal individer jämfört med tidigare år. Antal timmar har ökat med 13 000, jämfört med samma period år 2023. En orsak är att patienter blir utskrivningsklara i tidigare skede från sluten vården, det i sin tur medför att personer har ett ökat behov av stöd i samband med utskrivning och har således större behov av hemtjänst, rehabiliteringsinsatser och hemsjukvård. Ökat antal patienter är 187 stycken. Kostnaderna har ökat med 9% inom hemtjänst och 12% HSL ordinärt boende, jämfört med samma period föregående år. Övriga verksamhetskostnader bland annat hygien- och sjukvårdsmaterial, hjälpmedel samt service på fordon till personalen för transport mellan brukarna inom ”Din kommunala hemtjänst” och hemsjukvården, har ökat med 7%, jämfört med föregående år samma period och minskat sedan föregående ackumulerad period då ökningen var 15%. Orsakerna till ökningen är fler ärenden och inflationen.

Köp av huvudverksamhet inom hemtjänst inkl. hemsjukvård totalt, har ökat med 4%. Årsprognosen för hemtjänst i ordinärt boende inklusive hälso- och sjukvård i hemmet, bedöms till ett underskott och en budgetavvikelse om totalt -29,0 mnkr, varav hemtjänst inkl. anhörigvård, ledsagning och externa utförare bedöms till -22 mnkr och hälso- och sjukvården (hemsjukvård) bedöms till -7,0 mnkr. Prognosen och utfallet utgår från att antalet timmar med stöd i förebyggande insatser ökar, men att vårdtyngden till viss del stabiliseras till en budgeterad snittnivå under året och att lönekostnaderna ligger kvar på ungefär samma nivå under året.

Vård- och omsorgsboende inkl. korttidsboende och Hälso- och sjukvård

Överskott, i jämförelse med budget, under perioden om totalt +0,6 mnkr. I budgetavvikelsen ingår förutom vård- och omsorgsboende (särskilt boende) även korttidsboende och hälso- och sjukvård

inom vård- och omsorgsboende. Förändring av avvikelse genom påverkan från redovisning av semesterlönekostnader.

Av det totala överskottet mot budget redovisar särskilt boende en budgetavvikelse om +4,0 mnkr och korttidsboendeplatserna är fyllda och redovisar en negativ budgetavvikelse, -0,6 mnkr. Intäkter för hyror och vårdavgifter minskar mot bakgrund av färre placeringar. Det ger ett nettounderskott mot förväntad intäktsbudget. Utmaningar inom vård- och omsorgsboende är ökade kostnader för sjukvårds- och medicinskt material samt livsmedel, ökning från föregående år med 7%. Åtgärder har vidtagits för att minska kostnaderna och handlar om att se över beställning och lagerhållning.

Inom hälso- och sjukvården krävs mer avancerade insatser och nettokostnaderna överstiger budget för perioden, en budgetavvikelse om -2,8 mnkr för perioden. I underskottet ingår kostnader för hygien- och sjukvårdsmaterial samt fordon och transportkostnader som har ökat med 18% jämfört med föregående år samma period, en liten minskning från föregående månad. Trots uppräknig av budget med ett högre index för dessa kostnader redovisas ett underskott. Lönekostnaderna för hela vård- och omsorgsboende verksamheten ligger 6% högre, jämfört med samma period föregående år. Ambitionen med att fortsätta implementering av trygghetsskapande teknik kommer att fortgå under året, i fokus är såväl vård- och omsorgsboenden som hälso- och sjukvård.

Prognos för året bedöms till en positiv budgetavvikelse om +2,0 mnkr och utgår från att vård och omsorgsboenden kommer att minska kostnaderna på grund flytt från Hemgården till Västteg och att färre platser är nyttjade, Bemanningen på korttidsboende har minskat med anledning av stängda platser i Hörnefors och Sävar som kommer ge avtryck i kostnaderna.

Hälso- och sjukvården har utmaningar med kvarstående personalkostnader trots minskade statliga bidrag jämfört med föregående år samt kostnadsökningar som beror på inflationen.

Öppen verksamhet ej bistånd

Budgetavvikelse för perioden -0,7 beror på ökade kostnader för preventionsarbete, med arbetsterapeuter och sjukgymnast medverkande i insatsbedömningar. Kostnaderna förväntas minska under sommaren. Prognos för året är 0,0 mnkr i förhållande till budget.

Gemensamma kostnader och handläggare myndighet

Överskottet mot budget för gemensamma kostnader +3,4 mnkr, beror på att balanserade bidrag har resultatförts men verksamheternas kostnader och negativa budgetavvikelser, bland annat nytt verksamhetssystem och leasing för trygghetsskapande teknik, ställs mot bidragsöverskottet. Bedömningen att överskottet kommer att minska något. Årsprognos bedöms till +15,0 mnkr.

Budgetavvikelse om -6,3 mnkr och årsprognosen på -12,0 mnkr

Det bedömda underskottet mot budget, vid årets slut för nämnden totalt, utgår från att verksamheten fortsatt kommer att ha större kostnader än budget på grund av volymökningar och ökade kostnader för övrig drift. Kostnaderna för semesterlöneskuld och löneindexökningar enligt avtal kommer troligtvis bli högre än bedömt i budget. Sommarlönebonusar kommer liksom tidigare år att utbetalas till medarbetare vid oktoberlönen. Statliga bidrag fördelas jämnt under året och det förebyggande arbetet med bland annat trygghetsskapande teknik och nytt verksamhetssystem fortgår under året. Uppstart av införande nytt verksamhetssystem bedöms ge ett underskott för året.

Investeringsplan

Resultat för januari-april är 5,2 mnkr. Det är framför allt planerade investeringar för inventarier och utrustning vid inflyttning till nytt vård- och omsorgsboende på Västteg som utgör en stor del. Men även framskjutna lokaler för hemtjänst och hemsjukvård som inte kunnat genomföras enligt plan. Investeringsbudgeten för välfärdsteknologi, beräknas förbrukas under året och några objekt har påbörjats. Investeringsbudgeten kommer att förbrukas i sin helhet under året. Årsprognos i budgetavvikelse 0 mnkr.

Ekonomisk utveckling 2024

Januari – April

Information

Äldrenämnden

Innehåll:

Budgetavvikelse

Prognos

Volymutveckling

Ekonomichef: Carina Nylander

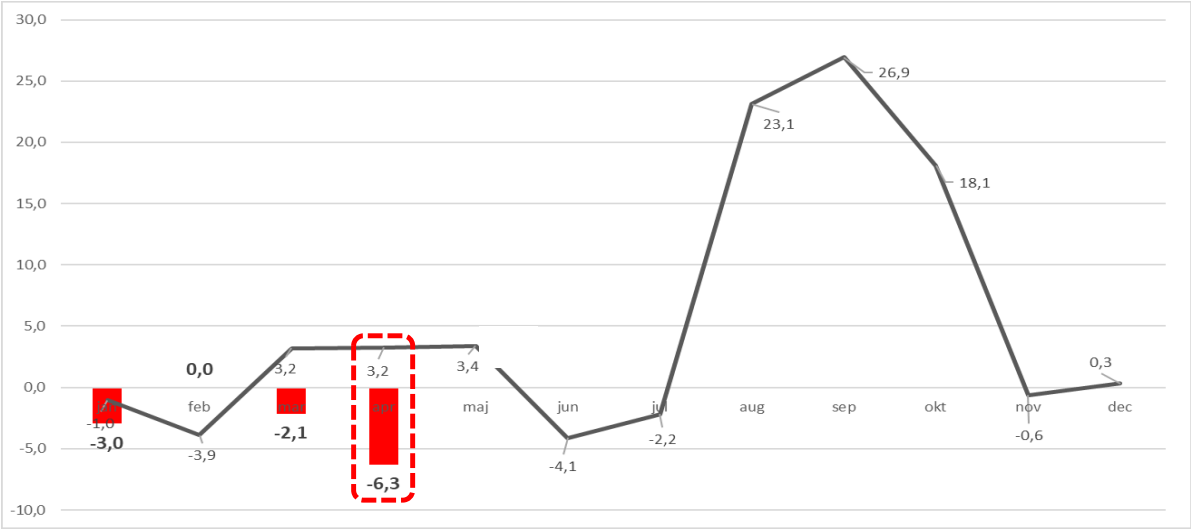


Akkumulerad budgetavvikelse 2024

Äldrenämnden

Periodens budgetavvikelse (-6,3 mnkr) innebär en försämring i jämförelse med april 2023.

Orsak:
Minskade prestationsbidrag 2024 jämfört med 2023 .
Ökade volymer och kostnader för personal inom hemtjänst och hemsjukvård år 2024. Kvarstående hög kostnad för hygien- och sjukvårdsmaterial samt livsmedel på grund av inflationen år 2023.

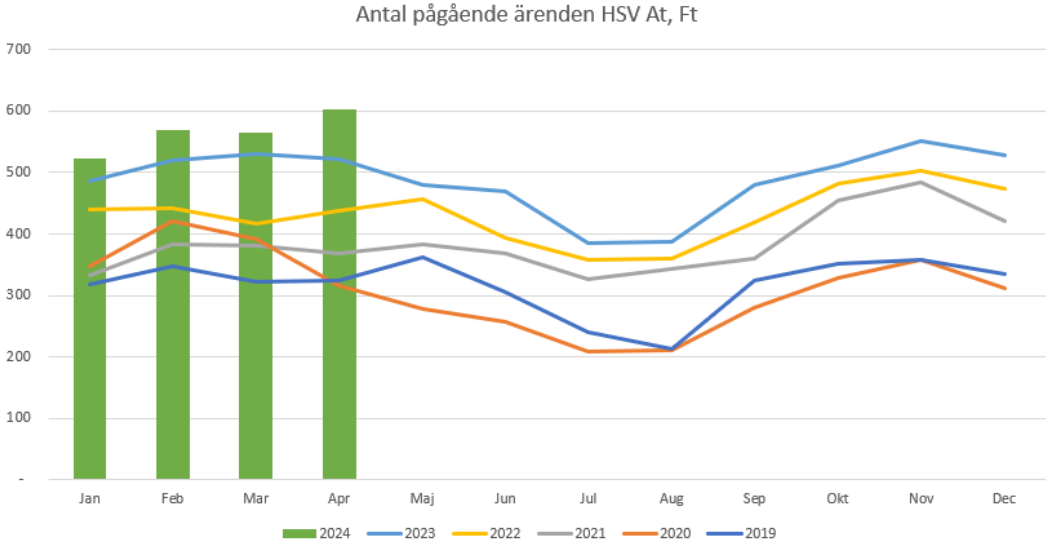


Månadsavvikelse (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
2024	-3,0	0,0	-2,1	-6,3								
2023	-1,0	-3,9	3,2	3,2	3,4	-4,1	-2,2	23,1	26,9	18,1	-0,6	0,3

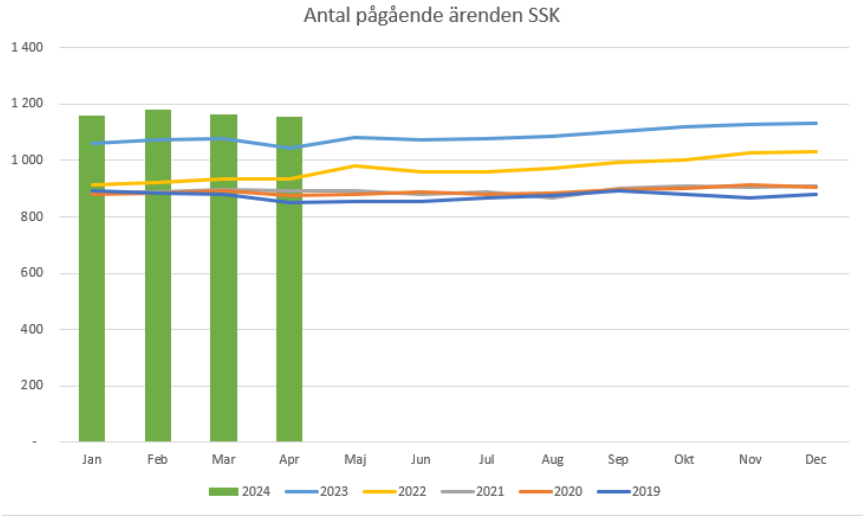
Budgetavvikelse verksamhet 2024 (ackumulerad)

Ackumulerat resultat (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Prognos	Årsbudget	Verksamhetens andel % av total årsbudget
1. Nämnd- styrelseverksamhet	0,0	0,0	0,1	0,2									0,0	2,6	0%
2. Hemtjänst i ordinärt boende över/under 65 år	-3,3	-4,1	-6,4	-9,8									-29,0	490,5	37%
- varav dagverksamhet i ordinärt boende	0,0	-0,2	-0,2	-0,4									0,0	12,0	
- varav hälso- och sjukvård i hemmet	-1,1	-1,9	-2,6	-3,7									-7,0	106,1	
3. Vård- och omsorgsboende inkl korttidsboende	-1,4	1,8	0,9	0,6									2,0	739,9	55%
- varav korttidsboende	-0,7	-0,7	-0,8	-0,6									-2,0	65,3	
- varav hälso- och sjukvård särskilt boende	-0,5	-0,8	-1,9	-2,8									-7,0	123,7	
4. Öppen verksamhet ej bistånd	0,0	-0,3	-0,5	-0,7									0,0	11,0	1%
5. Gemensamma kostnader och handläggare myndighet	1,8	2,5	3,8	3,4									15,0	90,4	7%
Ackumulerad budgetavvikelse 2024	-3,0	0,0	-2,1	-6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-12,0	1 334,3	100%
Ackumulerad budgetavvikelse 2023	-1,0	-3,9	3,2	3,2	3,4	-4,1	-2,2	23,1	26,9	18,1	-0,6	0,3	-5,0		

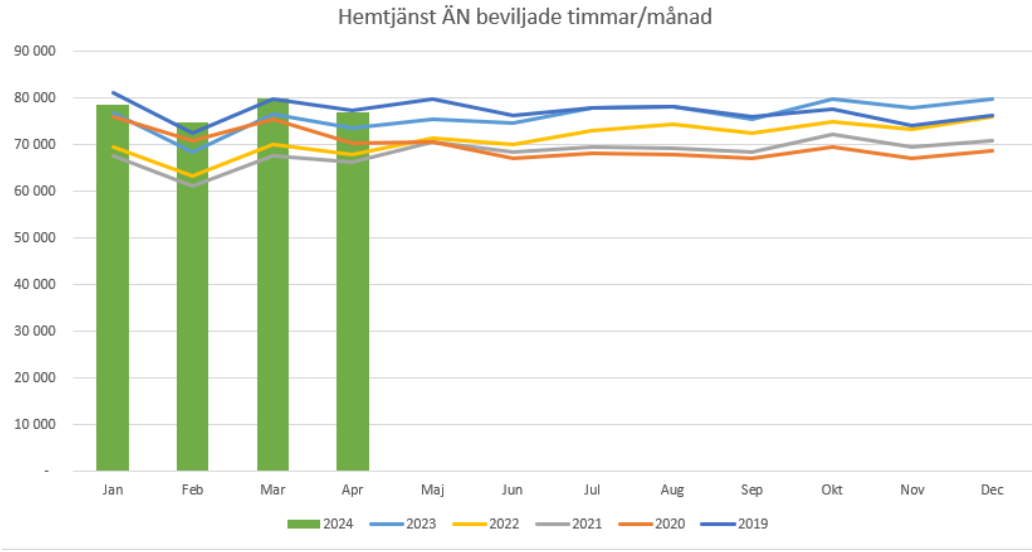
Antal pågående ärenden HSV At, Ft	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2019	318	348	323	325	363	306	240	213	325	351	358	334	317
2020	348	421	391	316	277	256	209	211	279	328	357	312	309
2021	333	383	381	369	383	369	326	343	361	455	484	421	384
2022	439	443	416	438	457	393	357	360	419	482	503	474	432
2023	486	521	531	523	480	469	385	387	480	511	552	529	488
2024	524	570	565	603									566



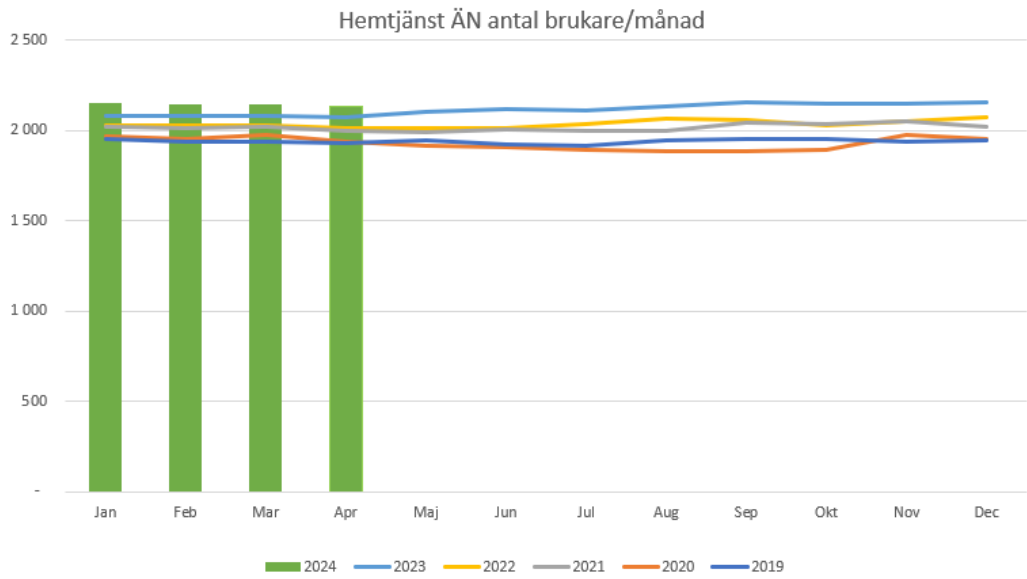
Antal pågående ärenden SSK	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2018	846	838	857	850	858	851	836	831	847	866	878	882	853
2019	894	883	881	851	853	856	868	874	891	879	868	879	873
2020	879	886	893	874	879	889	881	885	895	900	913	906	890
2021	887	887	895	893	893	878	887	869	901	910	905	909	893
2022	915	920	933	933	980	959	962	973	993	1 000	1 026	1 033	969
2023	1 060	1 072	1 076	1 046	1 082	1 073	1 079	1 088	1 104	1 122	1 127	1 132	1 088
2024	1 160	1 179	1 164	1 155									1 165



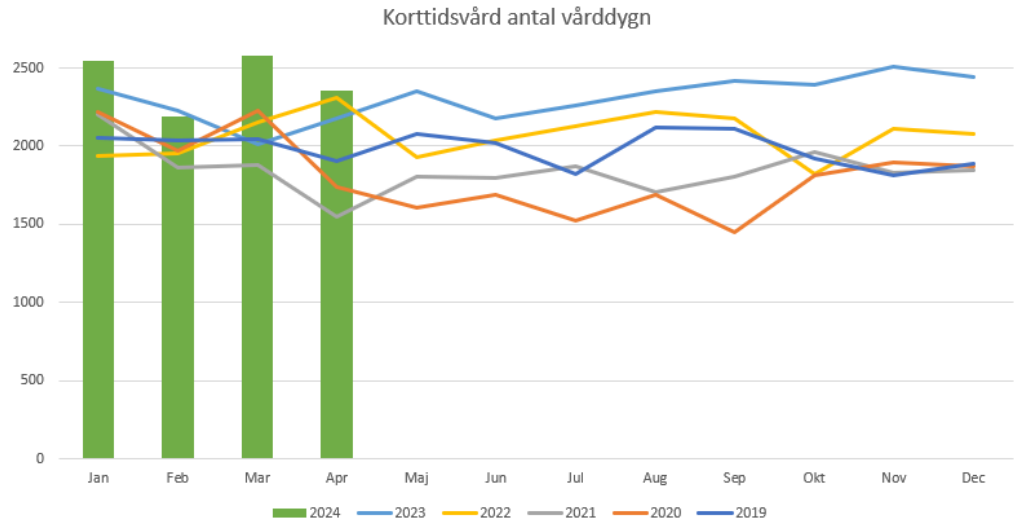
ÄN beviljade timmar/månad	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2019	81 202	72 550	79 940	77 421	79 957	76 272	77 982	78 311	75 999	77 577	74 247	76 349	77 317
2020	76 074	70 980	75 504	70 418	70 594	67 010	68 210	67 990	67 236	69 515	67 114	68 768	69 951
2021	67 674	61 215	67 751	66 290	70 592	68 355	69 684	69 166	68 542	72 210	69 508	70 849	68 486
2022	69 560	63 357	70 078	67 966	71 517	70 031	73 081	74 369	72 661	74 844	73 465	76 036	71 414
2023	76 812	68 362	76 674	73 491	75 565	74 591	77 835	78 141	75 465	79 820	78 001	79 806	76 213
2024	78 743	74 708	80 060	76 874									77 596



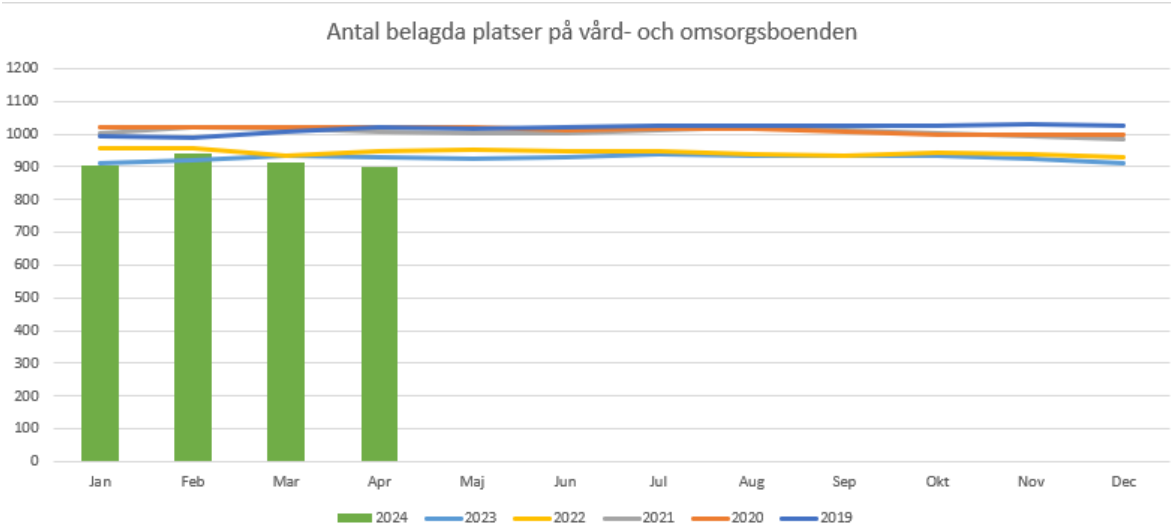
Antal brukare per månad	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2019	1 949	1 939	1 939	1 928	1 943	1 919	1 917	1 944	1 954	1 954	1 937	1 945	1 939
2020	1 965	1 954	1 974	1 940	1 916	1 905	1 893	1 887	1 885	1 891	1 973	1 950	1 928
2021	2 021	2 009	2 019	2 000	1 991	2 006	1 998	1 995	2 039	2 034	2 053	2 022	2 016
2022	2 026	2 024	2 026	2 009	2 016	2 016	2 036	2 065	2 056	2 028	2 048	2 076	2 036
2023	2 082	2 082	2 081	2 074	2 101	2 114	2 110	2 129	2 153	2 147	2 148	2 155	2 115
2024	2 151	2 141	2 144	2 134									2 143



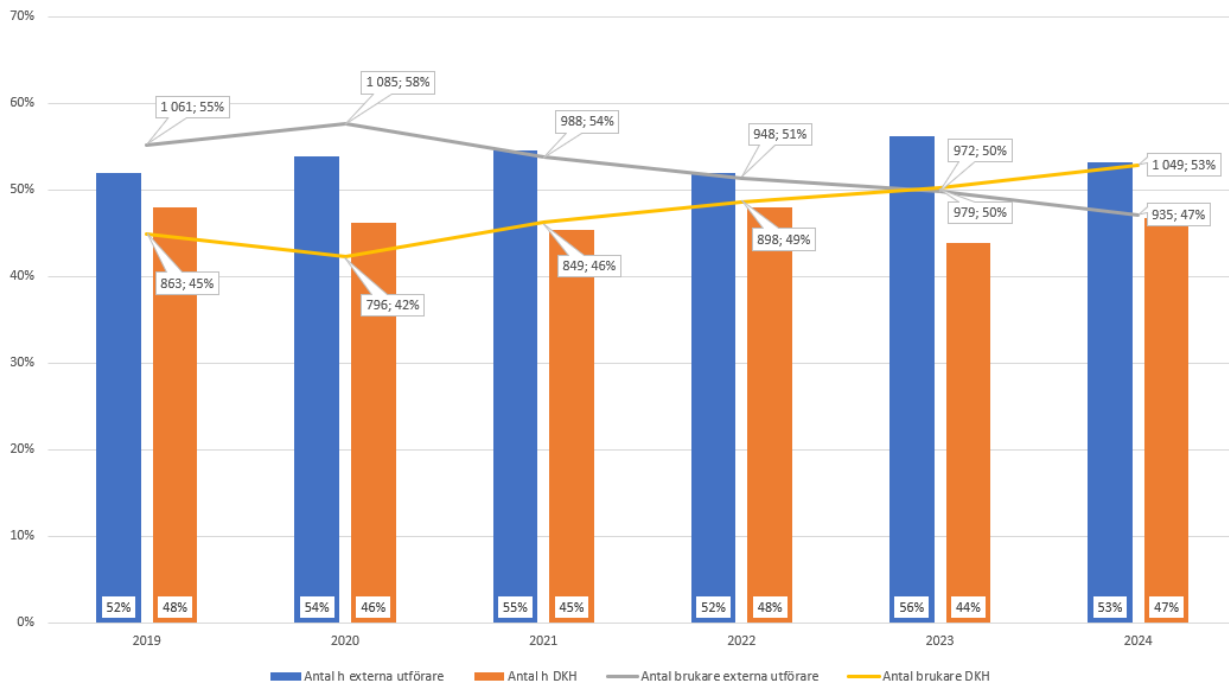
Korttidsvård antal vårddygn	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2019	2055	2034	2044	1902	2082	2019	1818	2119	2108	1918	1812	1887	1983
2020	2223	1968	2227	1737	1605	1685	1527	1688	1448	1813	1898	1874	1808
2021	2204	1862	1876	1546	1802	1799	1868	1703	1801	1966	1833	1844	1842
2022	1938	1954	2151	2306	1932	2036	2130	2217	2180	1818	2115	2079	2071
2023	2370	2226	2013	2177	2354	2178	2263	2353	2414	2390	2509	2440	2307
2024	2549	2193	2577	2352									2418



Antal belagda platser på VoB	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2019	993	990	1009	1020	1016	1019	1027	1025	1024	1026	1031	1026	1017
2020	1019	1020	1020	1020	1020	1011	1015	1015	1009	1000	1000	998	1012
2021	1005	1019	1016	1008	1003	1005	1011	1021	1014	1003	995	982	1007
2022	957	955	936	949	954	949	946	939	932	944	941	927	944
2023	911	922	936	928	925	927	937	936	933	934	925	911	927
2024	905	942	913	901									915



Äldrenämnd - Fördelning timmar och brukare intern och extern hemtjänst 2019-2024



Internkontrollrapport Äldrenämnden för perioden januari - april 2024

Samtliga kontrollmoment/aktiviteter som planerats utifrån identifierade risker har påbörjats under perioden. Långsiktiga insatser för rekrytering har gett resultat på sommarrekryteringen. Det är ännu för tidigt att göra långtgående analyser, men bedömning är att flera kontrollområden utgörs av risker som bedöms följa med även framåt. Det gäller framför allt kompetensförsörjning samt det systematiska arbetsmiljöarbetet där en viss ökning av rapporterade tillbud kopplat till hot och våld har skett jämfört med samma period föregående år. En förskjutning av tidplan för nytt verksamhetssystem gör att nämnden behöver vara uppmärksam och följa risken och dess fortsatta aktiviteter under året.

Kontrollområde	Identifierad risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Kontrollmoment/uppföljning	Kommentar
SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	Åtgärder utifrån klagomål tas ej tillvara brett i organisationen	Möjlig	Kännbar	9	Genomförda sprdnings-och lärandeseminarium, statistik klagomål	Framtagande av former för spridningsseminarium i verksamhet pågår. Klagomål sammanställs i kvalitetsberättelsen för året.
	Brister utifrån revisioner/tillsyner åtgärdas ej	Mindre sannolik	Kännbar	6	Sammanställs i årsbokslut	Uppföljning vid årsbokslut
MYNDIGHETSUTÖVNING	Svårt att nå handläggare	Möjlig	Kännbar	9	Genomförd utredning T1, enkät med inkomna synpunkter	Utredning och enkät genomförd. Beslut att inrätta en egen mottagningsenhet med start oktober.
PATIENTSÄKERHET	Brister för patienten i vårdövergångar mellan regionens slutenvården och kommunal vård - och omsorg	Möjlig	Kännbar	9	Sammanställning avvikelser mellan Umeå kommun och region. Reviderat uppdrag till samverkansråd för patientsäkerhet är implementerat	Gemensamma avvikelser med primärvård hanteras i dialog på avvikelseforum. Nytt uppdrag för samverkansråd för patientsäkerhet beslutat. Implementering pågår
INFORMATIONSSÄKERHET	Brister i skydd av personuppgifter	Möjlig	Kännbar	9	Kontroll av rapporterade personuppgiftsincidenter	Införande och utbildning i säker e-post pågår. Tydligare information på hemsida, Framtagen utbildning med exempel på personuppgiftsincident. Ingen personuppgiftsincident avseende e-post under perioden.

KOMPETENSFÖRSÖRJNING	Brist på personal - ej tillräckligt med personer att rekrytera, förändrade krav på försörjning för permanent uppehållstillstånd	Sannolik	Allvarlig	16	Antal rekryteringar i förhållande till prognos, uppföljning av digitaliseringstakt, framtagna scenarios, andel personal som påverkas av förändrade försörjningskrav	Långsiktiga insatser för sommarrekrytering har gett resultat. Rekryteringsläget gynnsamt första kvartalet, både gällande omvårdnadspersonal och HSL-personal. Scenarioarbetet för att hantera de demografiska utmaningarna pågår och synkroniseras med kommunövergripande arbete. För närvarande 20 medarbetare med arbetstillstånd som upphör i närtid samt 10 medarbetare som redan avslutat sin anställning.
	Låg andel utbildade undersköterskor	Sannolik	Kännbar	12	Andel utbildade undersköterskor, andel genomförda utbildningar	För närvarande 48 procent utbildade undersköterskor (gäller tillsvidareanställda medarbetare). Äldreomsorgslyftet pågår och genererar nya undersköterskor löpande. Ingår i utbildningsplanen för året
SYSTEMATISKT ARBETSMILJÖARBETE	Hot och våld mot medarbetare	Möjlig	Allvarlig	12	Antal genomförda Resima-utbildningar, antal stjärnmärkta verksamheter, resultat medarbetarenkät, tillbud och arbetsskador	En viss ökning av rapporterade tillbud där hot och våld ingår har skett jämfört med samma period föregående år. Aktiviteter pågår, hittills i år så har 75 personer gått Resima-utbildning. Alla utbildningsplatser fyllda. Stjärnmärkningsprocessen pågår intensivt. En process som beräknas ta 9-12 månader per verksamhet. En verksamhet - dagverksamheten - har fått sin certifiering.
	Mindre inflytande och delaktighet i schemaläggning utifrån förstärkta arbetsbidsregler	Möjlig	Kännbar	9	Resultat i medarbetarenkät, uppföljning vid årsboksut	Uppföljning vid årsboksut
INFÖRANDE AV NYTT VERKSAMHETSSYSTEM	Ej förväntad effekt av införandet	Möjlig	Kännbar	9	Uppföljning av effekthemtagning	Tidplan förskjuten från höst 2024 till vår 2025 i syfte att öka tidmarginalen för tester och konfigurerings av systemet innan driftsättning för äldreomsorgen baserat på erfarenheter från driftsättning inom Individ- och familjeomsorg.
	Ökad arbetsbelastning i verksamheten	Möjlig	Kännbar	9	Månatlig uppföljning i äldreomsorgsdirektörens ledningsgrupp	Utifrån projektets reviderade tidplan kan belastningen komma att öka under hösten. Prioritering av personalresurser sker löpande utifrån projektets tidplan.

EKONOMI	Tilldelad budgetram överskrids	Sannolik	Kännbar	12	Ekonomiuppföljning verksamhet och nämnd	Uppföljning månatligen sedan årets början visar på underskott inom hemtjänst, hemsjukvård, hälso- och sjukvård inom särskilt boende och digitalisering. Åtgärder vidtas.Följs löpande
	Brister i regelefterlevnad	Möjlig	Kännbar	9	Stickprovskontroll varje tertiäl	Antal transaktioner på representationskonton under perioden är totalt 4 729 st. Av 72 stickprov bedöms 25% ha brister kring regelefterlevnad där 18% utgörs av att syfte saknas och 7% av felhanterad moms. Utbildning av berörd personal genomförs regelbundet.



Tjänsteskrivelse

2024-04-09

Äldrenämnden

Diarienumr: ÄN-2024/00008

Översyn avgifter inom hemtjänst och hemsjukvård

Förslag till beslut

- Äldrenämnden föreslår kommunfullmäktige att:
- Avgifter för hemtjänst enligt SoL förändras enligt beslutsunderlag och verkställs från 1 januari 2025.
 - Avgifter för hemsjukvård inklusive hjälpmedel enligt HSL utreds och beslutas hösten 2024.
 - Avgifter för övriga insatser fortlöper enligt tidigare beslut

Ärendebeskrivning

Kommunen har rätt att ta ut avgifter för hemtjänst, dagverksamhet samt hemsjukvård.

Avgifterna fastställs med stöd av socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt kommunallagen (självkostnadsprincipen och likställighetsprincipen).

Den enskildes avgifter får för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i hälso- och sjukvårdslagen, per månad uppgå till högkostnadsskydd/maxtaxa som utgörs till högst en tolfedel av 0,5392 aktuellt prisbasbelopp.

Avgift för kost/måltider ingår inte i högkostnadsskyddet.

Under 2023 har en översyn av avgifter genomförts, där lagstiftning, jämförelser med andra kommuner och påverkan på aktuella nämnder och verksamheter samt Umeå kommuns invånare, har varit i fokus.

Beslutsunderlag

Bilaga - Avgifter hemtjänst, dagverksamhet samt hemsjukvård

Presentation - Avgiftsöversyn

Beredningsansvariga

Carina Nylander/Ekonomichef Äldreomsorgsförvaltningen

Simon Blomberg/Ekonomichef Stöd- och omsorgsförvaltningen

Beslutet ska skickas till

Äldrenämnden

Individ och familjenämnden

Äldreomsorgsdirektör

Socialdirektör

2 av 2

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2023/00149

Carina Nylander
Ekonomichef/Äldreomsorgsförvaltningen

Simon Blomberg
Ekonomichef/Stöd- och
omsorgsförvaltningen



Umeå kommun 2024-04-09

Äldrenämnden

Individ- och familjenämnden

Kommunfullmäktige

Avgifter hemtjänst, dagverksamhet samt hemsjukvård

Bakgrund

Kommunen har rätt att ta ut avgifter för hemtjänst, dagverksamhet samt hemsjukvård.

Avgifterna fastställs med stöd av socialtjänstlagen (SoL), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt kommunallagen (självkostnadsprincipen och likställighetsprincipen).

Den enskildes avgifter får, för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med vårdavgifter som avses i hälso- och sjukvårdslagen, per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 aktuellt prisbasbelopp (maxtaxa).

Avgift för kost/måltider ingår inte i maxtaxan, utan ska rymmas i förbehållsbeloppet.

Under 2023 har en översyn av avgifter genomförts, gemensamt, inom äldreomsorgsförvaltningen och stöd- och omsorgsförvaltningen. I översynen har lagstiftningen varit en central del men även hur avgifter tas ut i andra kommuner och hur olika avgifter påverkar Umeå kommun och dess invånare. Avgifterna står för en liten del av finansieringen av äldreomsorgens kostnader. Finansiering från avgifter för hemtjänstens kostnader utgörs av 6%.

Avgifter tas ut på olika sätt i landets kommuner; nivå och timkluster alternativt per utförd eller beslutad timme. Umeå har valt att fortsätta med nivåer då det är samstämmigt med biståndsbeslut om insatsschabloner och på grund av att aktuellt verksamhetssystem inte stödjer mätning per timme.

Förbehållsbelopp, minimibelopp och avgiftsberäkning

Regelverket, om avgifter, anger även ett förbehållsbelopp och minimibelopp för beräkning av den enskildes avgiftsutrymme. Förbehållsbeloppet innefattar den faktiska boendekostnaden samt minimibelopp för övriga levnadsomkostnader. Minimibeloppet ska täcka normalkostnader för livsmedel, kläder, skor, fritid, hygien, dagstidning, telefon, radio- och TV-avgift, hemförsäkring, öppen hälso- och sjukvård, tandvård, hushållsel, förbrukningsvaror, resor, möbler, husgeråd och läkemedel. Även minimibeloppets styrs av prisbasbeloppet.

Enligt 8 kap. 8 § första stycket SoL ska en kommun höja minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp än det som anges i 8 kap. 7 § SoL. Eftersom en person kan ha faktiska kostnader som överstiger minimibeloppet enligt 8 kap. 7 § SoL så kan ett höjt

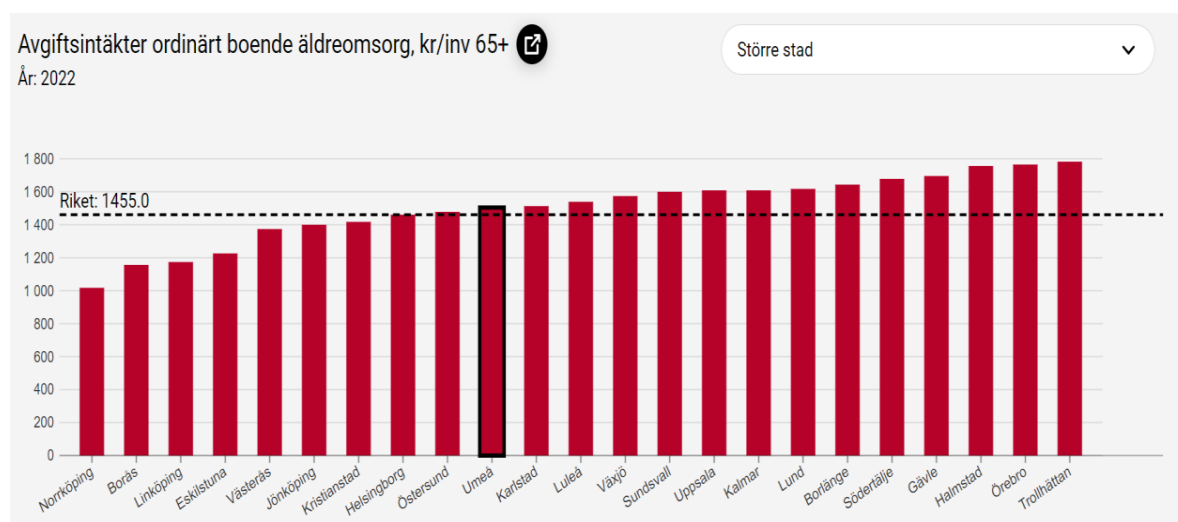
minimibelopp fastställas efter en individuell prövning. Kostnader som kan beaktas är t.ex. fördrade kostnader för resor, för viss typ av kost eller på grund av funktionshinder. Kommunen bör godta den faktiska merkostnaden om den inte är oskäligt hög. Kommunen får även i vissa fall minska minimibeloppet enligt 8 kap. 8 § andra stycket SoL. Om kostnadsposten som föranleder minskningen ingår i Konsumentverkets beräkningar för hushållsbudget så bör minskningen baseras på deras beräkningar. Det beror på att även den schablonmässiga delen av minimibeloppet i huvudsak grundas på Konsumentverkets beräkningar. Avgiften bestäms sedan utifrån den enskildes avgiftsutrymme och förbehållsbelopp som är en fastställd nivå som garanterar vad den enskilde ska ha kvar. Om beloppet den enskilde har kvar är lägre än förbehållsbeloppet reduceras avgiften.

Avgiftsutrymmet (månadsinkomsten), maxtaxan och kommunens avgiftssystem bestämmer den enskildes avgift. Avgiftsutrymmet beräknas utifrån den månadsinkomst den enskilde kan antas få per månad under den närmaste 12-månaders perioden. Avgiften beräknas individuellt grundat på inkomst samt eventuella bidrag. Det är frivilligt att lämna uppgifter om sin inkomst. Om den enskilde inte vill lämna uppgifter så görs ingen beräkning och denne betalar maxtaxa. För makar ska den enskildes inkomst anses vara hälften av makarnas sammanlagda inkomster.

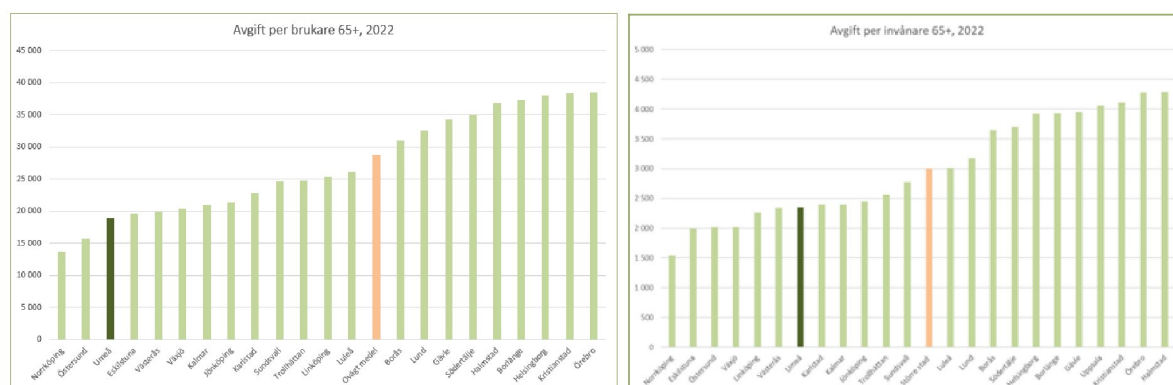
För 2024 är maxtaxan 2 574,70 kr/månad, vilket är den maximalt högsta avgift den enskilde betalar, om avgiftsutrymme finns.

Nuläge

I jämförelser med kommuner i gruppen "Större stad" placerar sig Umeå ungefär mitt i gruppen och strax över snittet för riket, vad gäller avgiftsintäkter totalt i ordinärt boende. (se stapeldiagram nedan från Kolada). Det omfattar alla intäkter genom avgifter såväl omvårdnadsavgifter som serviceavgifter och avgifter för hälso- och sjukvårdsinsatser exkl. hyror och kost.



Vid fördjupade studier av avgift för vård- och omsorg och service per invånare och per brukare 65 år och äldre, i ordinärt boende och särskilt boende tillsammans, exkl. hyror och kost (Diagram nedan), syns att Umeå placerar sig under snittet för gruppen "Större stad".



Om man lägger till direkta avgifter per timme, per månad eller per dygn, för att svara på frågan; - Hur förhåller sig avgifterna i Umeå i jämförelse med flertalet andra kommuner?

Så blir svaret att avgiften för hemtjänst per timme är lägre än för jämförbara kommuner. (se tabellen nedan hämtat från resp. kommuns hemsida).

Avgiftsuttagets utformning skiljer sig åt mellan kommuner. Några har, liksom Umeå, nivåtaxor och andra debiterar den enskilde per utförd eller beviljad timme. I ett stort antal kommuner i landet nås maxtaxan vid 6 - 7 timmars hemtjänstinsats per månad, vilket innebär en medelavgift på 397 kr per timme, för den enskilde.

Umeå har, nu liksom vid tidigare avgiftsöversyn, ambitionen att anpassa sig till större städers nivå. Aktuella avgiftsnivåer i Umeå ger för 15 timmar/månad en avgift om 34 kr/timme.

Stad	Hemtjänst	Trygghetslarm	Korttids-boende	Hemsjukvård	Dag-verksamhet
Umeå		306 kr/månad	78 kr/dygn	472 kr/månad	Fri
Norrköping	389 kr/timme	334 kr/månad		444 kr/månad	Fri
Jönköping	459 kr/timme	123 kr/månad	78 kr/dygn	408 kr/månad	Fri
Helsingborg	373 kr/timme	264 kr/månad	79 kr/dygn	572 kr/månad	Fri
Örebro	364 kr/timme	254 kr/månad	79 kr/dygn	472 kr/månad	52 kr/dag
Växjö	436 kr/timme	300 kr/månad	86 kr/dygn	436 kr/månad	Fri
Nacka	306 kr/timme	255 kr/månad	80 kr/dygn		120 kr/dag
Uppsala	391 kr/timme	236 kr/månad	79 kr/dygn	400 kr/månad	Fri
Sundsvall	403 kr/timme	288 kr/månad	79 kr/dygn	403 kr/månad	Fri
Gävle	456 kr/timme	287 kr/månad		456 kr/månad	Fri
Östersund	129/361 kr/timme	220 kr/månad	86 kr/dygn	129 kr/timme	Fri
Medel	397 kr/timme	260 kr/månad	80 kr/dygn	451 kr/månad	

Under 2019 genomfördes en avgiftsöversyn som resulterade i nuvarande avgifter och nivåer. Den förväntade uppskattningen vid avgiftsöversynen år 2019 var att cirka 34 % av brukarna över 65 år, skulle komma att betala i nivå 3, förutsatt att betalningsutrymme finns. I tabellen nedan redovisas att det aktuellt är 36% av brukarna som återfinns i gruppen fler än 35 timmar.

	Timmar efter frånvaro exkl. städ (februari 2024)								Total
	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	35-	
Antal brukare	342	254	173	98	108	82	91	632	1780
% av brukare	19%	14%	10%	6%	6%	5%	5%	36%	100%

Tabellen visar även att timmar upp till 15 timmar/månad utförs till ca 43% av brukarna. Det är aktuellt, den lägsta avgiften (nivå 1)

Aktuell avgift

I nedanstående tabell ses kommunens nuvarande (år 2024) hemtjänsttaxa och städavgift. Några exempel på avgift per timme är; vid 4 timmar/månad 129 kr, vid 20 timmar/månad 77 kr.

Avgifter hemtjänst

- Nivå 1: upp till 15 timmar per månad, 515 kronor per månad
- Nivå 2: mellan 15,01 och 35 timmar per månad, 1 545 kronor per månad
- Nivå 3: mer än 35,01 timmar per månad, 2 575 kronor per månad

Avgift för städning

- Städ 1 gång per vecka, 1 312 kronor per månad
- Städ 1 gång per månad, 540 kronor per månad
- Städ var tredje vecka, 798 kronor per månad
- Städ varannan vecka, 1 056 kronor per månad

Ny avgiftsnivå/taxa från 1 januari 2025

Den nya taxan innebär oförändrat tre nivåer för hemtjänst. Timkluster i respektive nivå förändras och avgiften per nivå likaså. I maxtaxan ingår även ledsagning SoL, avgift för telefonservice samt matdistribution.

Avgifter SOL hemtjänst
Nivå 1: Upp till 5 timmar per månad, 1 500 kronor per månad
Nivå 2: Mellan 5,01 och 15 timmar per månad, 2 000 kronor per månad
Nivå 3: Mer än 15,01 timmar per månad, 2 575 kronor per månad (Maxavgift)

Städ insatser har, som tidigare, en egen avgift och den föreslås höjas med 25%.

Avgifter städning

Städning en gång per månad, 675 kronor per månad

Städning var tredje vecka, 998 kronor per månad

Städning varannan vecka, 1 320 kronor per månad

Städning en gång per vecka, 1 640 kronor per månad

Avgift för trygghetslarm förändrades i den föregående översynen och ligger i nivå med andra kommuner. Detsamma gäller för avgift för kost. Dessa avgifter föreslås inte någon förändring av.

Avgift för hemsjukvård och hjälpmedel ska genomgå en fördjupad utredning. Med anledning av det kommer ett förslag till avgifter för dessa under hösten 2024.

Förväntade effekter

Den enskildes avgift bygger på dennes avgiftsutrymme som i sin tur bygger på inlämnad inkomstuppgift, vilket innebär svårigheter att beräkna intäkter av avgiftshöjningen. En uppskattning av intäktsökningen efter justering av föreslagen hemtjänsttaxa beräknas till cirka 15 mnkr per år för äldreomsorgen och utgår från att det är lika många timmar och brukare som under februari 2024. Sannolikt blir intäktsökningen lägre eftersom den enskilde inte har avgiftsutrymme (se bilaga).

Avgiftsförändringen kommer sannolikt att resultera i en minskning av personer med få timmar per månad och där behovet av vissa insatser, kan komma att lösas på annat sätt ex genom digitalisering, trygghetsskapande teknik och förbyggande insatser med arbetsterapeut och fysioterapeut.

Förändring kan även komma att förändra behovet av serviceinsatser utförda av äldreomsorgens verksamheter och bidra till att vård- och omsorgspersonalens kompetens används där det behövs vård- och omsorg. Det möter delvis verksamhetens utmaningar med kompetensförsörjning åren framåt.

Måltider

Kost och måltidsavgifter förblir enligt tidigare beslut. De ingår inte i maxtaxan men tas hänsyn till i minimibelopp och förbehållsbelopp (se ovan).

Carina Nylander

Simon Blomberg

Ekonomichef Äldreomsorgsförvaltningen

Ekonomichef Stöd- och omsorgsförvaltningen

Bilaga 1: Olika exempel



Så här mycket betalar Berit för sin hemtjänst

Berit är 72 år och ensamstående och har en nettoinkomst på 10 800 kronor per månad. Hon har även ett bostadstillägg på 2 000 kronor. Hennes hyra, exklusive hushållsel, är 4 700 kronor i månaden och hennes minimibelopp, det vill säga hennes beräknade levnadskostnader, är 7 062 kronor. Räknar vi på detta får hon 1 038 kronor över varje månad. Detta är Berits avgiftsutrymme. Berit betalar alltså inte mer än 1 038 kronor i omvårdnadsavgift per månad, oavsett hur mycket hjälp hon får.

Berits avgiftsutrymme – det hon max betalar i avgift

10 800 kr Nettoinkomst
 + 2 000 kr Bostadstillägg
 - 4 700 kr Hyra (exklusive hushållsel)
 - 7 062 kr Minimibelopp
 = 1 038 kr Avgiftsutrymme

Beräkning av avgiftsutrymme – räkneexempel



Erik Eriksson som fyllt 65 år är ensamstående och bor i egen lägenhet med en hyra på 6 300 kronor per månad. Hans nettoinkomst (efter skatt) är 12 000 kronor per månad och han har 3 200 kronor per månad i bostadstillägg.

Erik Erikssons avgiftsutrymme beräknas på följande sätt:

Uträkning inkomster

Nettoinkomst (efter skatt): 12 000 kronor
 Bostadstillägg för pensionärer: 3 200 kronor
Inkomster (avgiftsunderlag): 12 000 + 3 200 = 15 200 kronor

Uträkning förbehållsbelopp

Minimibelopp (ensamstående): 7 062 kronor
 Hyra: 6 300 kronor
Förbehållsbelopp: 7 062 + 6 300 = 13 362 kronor

Uträkning avgiftsutrymme

Inkomster: 15 200 kronor
 Förbehållsbelopp: 13 362 kronor
Avgiftsutrymme: 15 200 – 13 362 = 1 838 kronor

Erik Eriksson ska betala högst 1 838 kronor per månad i hemtjänstavgift.

Exempel på hur utrymmet beräknas för Ester som är ensamstående över 65 år

Inkomster och utgifter per månad	Belopp
Inkomst efter skatt	12 600 kr
Inkomst av kapital	150 kr
Bostadstillägg	1 000 kr
Hyra	- 6 500 kr
Minimibelopp	- 7 062 kr
Esters avgiftsutrymme	= 188 kr

Enligt exemplet i tabellen blir avgiftsutrymmet för Ester 188 kronor. Det betyder att det är den högsta avgift hon kan få betala för sin hemtjänst.

10 timmar hemtjänst per månad kostar i nivå 2 2 000 kronor städ insats varannan vecka kostar 1 320 kronor. Totalt 3 320 kronor. Men hon behöver bara betala 188 kronor.

Men för detta krävs att en inkomstblankett är inlämnad så att en individuell bedömning kan göras, annars blir kostnaden enligt maxtaxan 2 575 kronor per månad.

Avgiftsöversyn



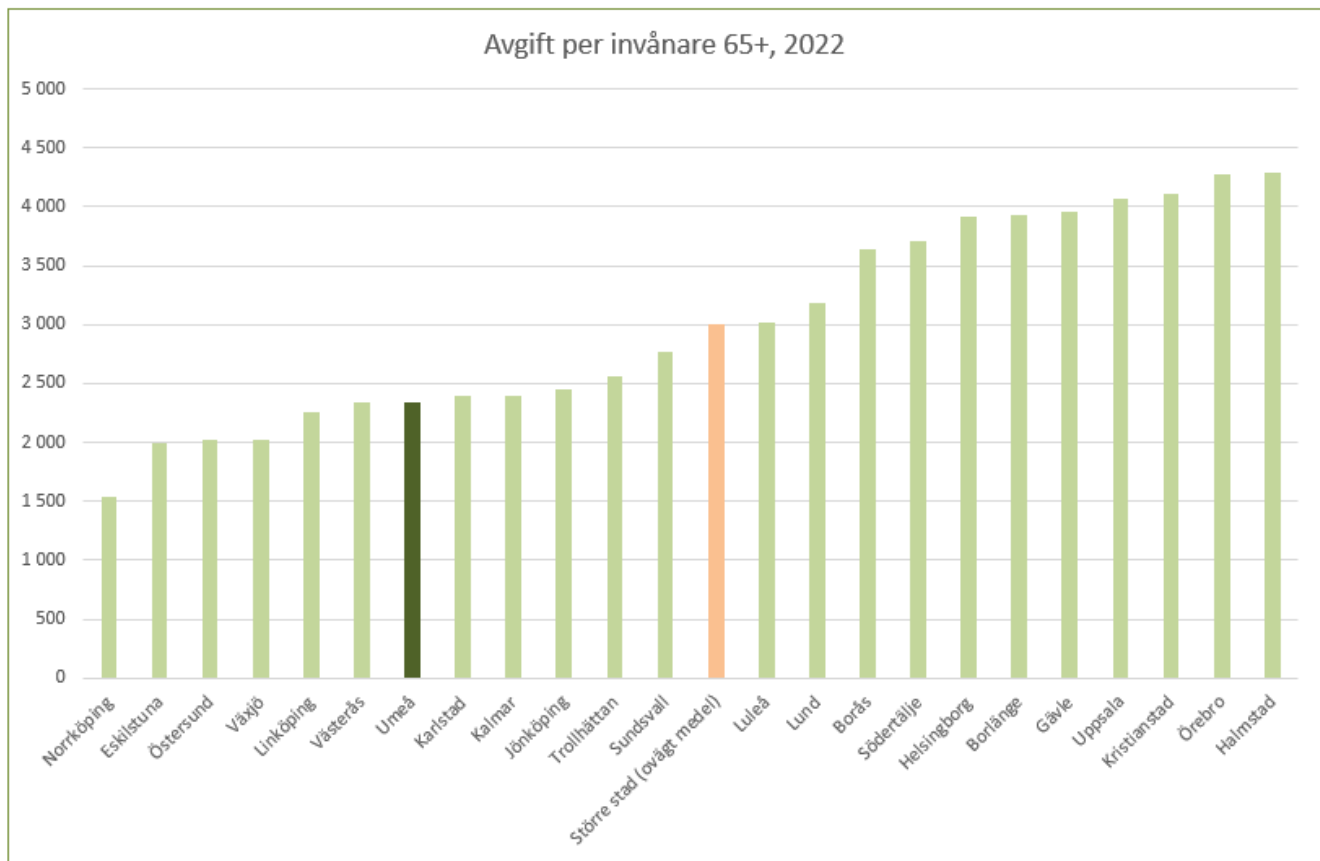
Beslut:

Äldrenämnd och Individ- och familjenämnd i maj
Kommunfullmäktige i juni

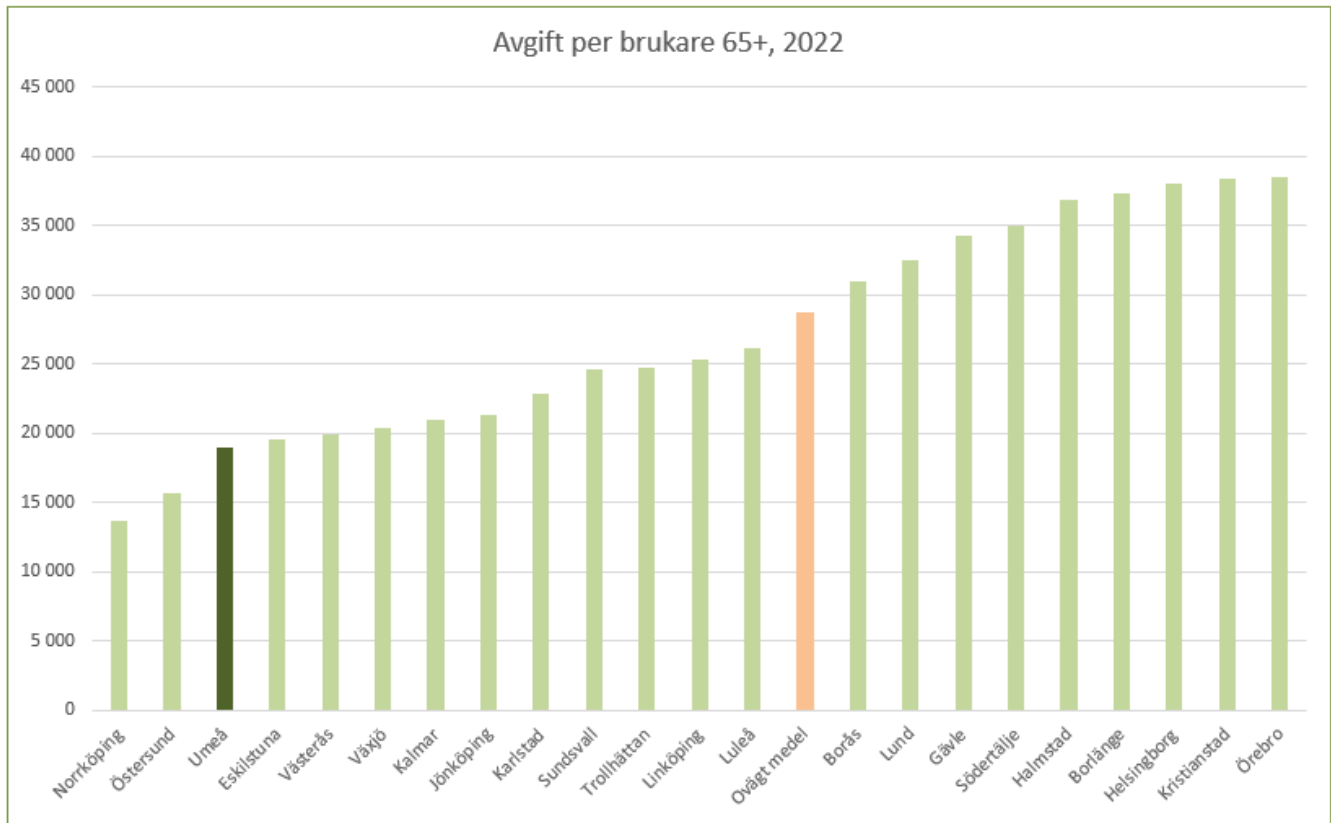
Olika avgifter

- Måltider
- Trygghetslarm
- Hjälpmedel
- Hemtjänst





Avgifter är exklusive hyror & kost



Avgifter är exklusive hyror & kost

Omvårdnadsavgifter

Stad	Hemtjänst	Trygghetslarm	Korttids- boende	Hemsjukvård	Dag- verksamhet
Umeå		306 kr/månad	78 kr/dygn	472 kr/månad	Fri
Norrköping	389 kr/timme	334 kr/månad		444 kr/månad	Fri
Jönköping	459 kr/timme	123 kr/månad	78 kr/dygn	408 kr/månad	Fri
Helsingborg	373 kr/timme	264 kr/månad	79 kr/dygn	572 kr/månad	Fri
Örebro	364 kr/timme	254 kr/månad	79 kr/dygn	472 kr/månad	52 kr/dag
Växjö	436 kr/timme	300 kr/månad	86 kr/dygn	436 kr/månad	Fri
Nacka	306 kr/timme	255 kr/månad	80 kr/dygn		120 kr/dag
Uppsala	391 kr/timme	236 kr/månad	79 kr/dygn	400 kr/månad	Fri
Sundsvall	403 kr/timme	288 kr/månad	79 kr/dygn	403 kr/månad	Fri
Gävle	456 kr/timme	287 kr/månad		456 kr/månad	Fri
Östersund	129/361 kr/timme	220 kr/månad	86 kr/dygn	129 kr/timme	Fri
Medel	397 kr/timme	260 kr/månad	80 kr/dygn	451 kr/månad	

Kost

Stad	Matdistribution <i>kr/portion</i>	Dagverksamhet <i>kr/dag</i>	Korttids- boende <i>kr/dygn</i>	Särskilt boende <i>kr/månad</i>
Umeå	58	78	138	4217
Borlänge	74	76	130	3918
Borås	62	76	155	4650
Eskilstuna	67	67	140	4189
Gävle	58	72		3345
Halmstad	68	64	127	3810
Helsingborg		80		4014
Jönköping	64		128	3840
Kalmar	72	70		3597
Karlstad	66			4200
Linköping	68	73	118	4720
Luleå	69	68		4203
Norrköping	73	73	141	4232
Sundsvall	61	86	119	3631
Södertälje	62	75	103	3106
Västerås	65	93	132	4027
Växjö	79	71	151	4533
Örebro	77	92	123	3689
Östersund	67		155	4712
Medel	67	76	133	4033

Hjälpmedel

Borlänge
Borås
Eskilstuna
Gävle
Halmstad
Helsingborg
Jönköping
Kalmar
Karlstad
Kristianstad
Linköping
Luleå
Lund
Norrköping
Sundsvall
Södertälje
Trollhättan
Uppsala
Västerås
Växjö
Örebro
Östersund

Fortsatt utredning:

- Utblick till ett urval av andra kommuner visar att det ser väldigt olika ut
- Hitta en modell som är hållbar
- Viktigt att det inom regionen är lika för medborgaren
- Samverkan med region Västerbotten och kommuner inom regionen

Aktuella avgifter

Nuläge

Avgifter hemtjänst

- Nivå 1: upp till 15 timmar per månad, 515 kronor per månad
- Nivå 2: mellan 15,01 och 35 timmar per månad, 1 545 kronor per månad
- Nivå 3: mer än 35,01 timmar per månad, 2 575 kronor per månad

Avgift för städning

- Städ 1 gång per vecka, 1 312 kronor per månad
- Städ 1 gång per månad, 540 kronor per månad
- Städ var tredje vecka, 798 kronor per månad
- Städ varannan vecka, 1 056 kronor per månad

Alternativ under utredningen

Mål att komma närmare större stad med avgift per utförd timme

Avgift per utförd timme?:

- Nuvarande verksamhetssystem mäter inte utförd tid endast beslutad
- Snitt per timme 397 kr/timme från liknande kommuner innebär att maxtaxan 2 575 kr/månad nås efter 6-7 timmars hemtjänst/månad

Fler nivåer?:

- Tills vi har möjlighet att genomföra avgift per utförd timme vill vi ha samma nivåer som redan är inarbetade men närmare oss nivån per timme för större städer

Nytt förslag avgifter

Förslag till **förändrade avgifter** från 1 januari 2025:

- Nya timkluster och avgifter i nivåerna
- 25% höjning av städavgift

Avgifter SOL hemtjänst

Nivå 1: Upp till 5 timmar per månad, 1 500 kronor per månad

Nivå 2: Mellan 5,01 och 15 timmar per månad, 2 000 kronor per månad

Nivå 3: Mer än 15,01 timmar per månad, 2 575 kronor per månad (Maxavgift)

Avgifter städning

Städning en gång per månad, 675 kronor per månad

Städning var tredje vecka, 998 kronor per månad

Städning varannan vecka, 1 320 kronor per månad

Städning en gång per vecka, 1 640 kronor per månad

Oförändrade avgifter från 1 januari 2025:

- Trygghetslarm
- Måltidsavgifter

Fortsatt utredning med förslag i september:

- Hjälpmedelsavgifter

Volymer – timmar SOL hemtjänst

Timmar efter frånvaro exkl. städ (oktober 2023)

	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	35-	Total
Antal brukare	330	233	236	95	90	87	81	662	1814
% av brukare	18%	13%	13%	5%	5%	5%	4%	36%	100%

Intervall timmar	Antal brukare	Timmar/månad Totalt	Timmar/månad Service	Andel Service %
1-5	330	993	591	59,6%
6-10	233	1 811	786	43,4%
11-15	236	3 044	859	28,2%

Timmar efter frånvaro exkl. städ (februari 2024)

	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	35-	Total
Antal brukare	342	254	173	98	108	82	91	632	1780
% av brukare	19%	14%	10%	6%	6%	5%	5%	36%	100%

Intervall timmar	Antal brukare	Timmar/månad Totalt	Timmar/månad Service	Andel Service %
1-5	342	909	436	47,9%
6-10	254	2 040	544	26,7%
11-15	173	2 228	410	18,4%

- Antal brukare & timmar exklusive insatsen städ.
- I benämningen service/andel ingår; tvätt, inköp och hushållsgöromål.

Äldrenämnden hemtjänst 65 år och äldre

Underlag: Simuleringen är gjord på faktiska volymer/timmar under oktober 2023 som sedan har räknats om till förslag till ny avgift per nivå

Simulering intäkt:

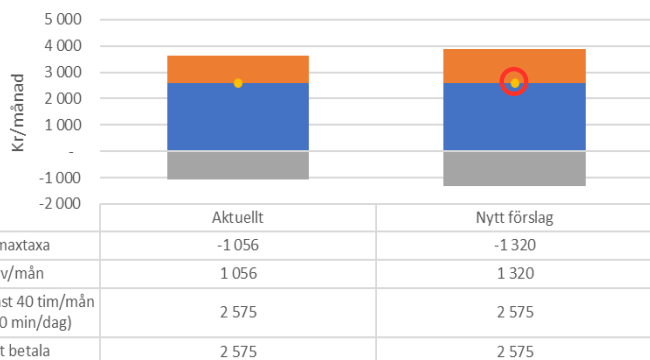
Aktuella avgifter intäkt per månad: 3 272 556 kr

Nytt förslag avgifter intäkt per månad: 4 533 676 kr

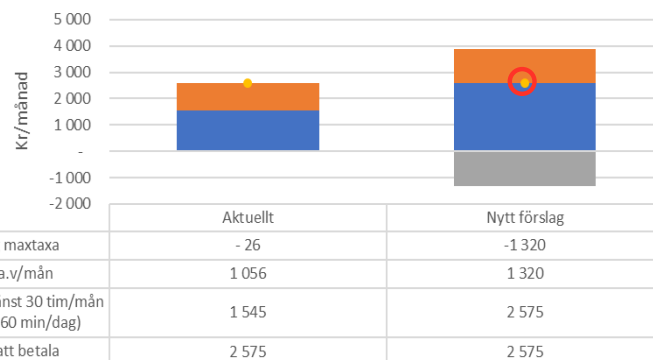
Ökning intäkt per år jämför nuläge: 15 133 443 kr

Olika exempel på faktisk avgift för en brukare med fler än 15 timmar (plus städ v.a.v)

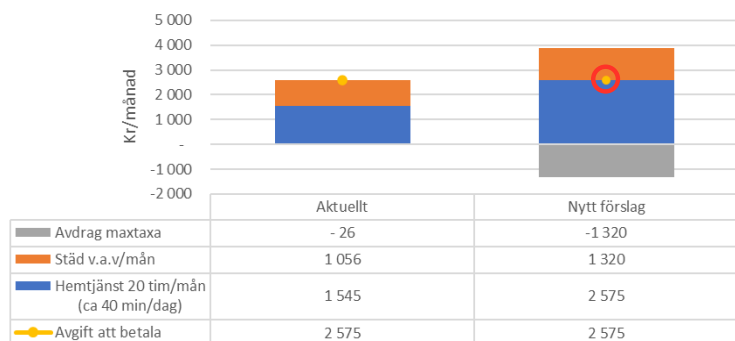
40 timmar/månad inkl. städ v.a.v



30 timmar/månad inkl. städ v.a.v



20 timmar/månad inkl. städ v.a.v



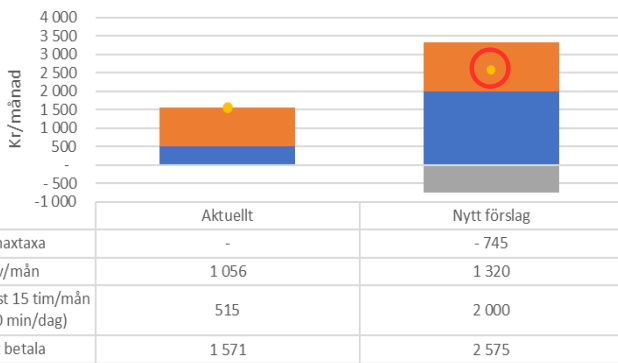
Snittavgift/timme (ej städ)

	Aktuellt	Förslag
40 timmar/månad –	64 kr	64 kr
30 timmar/månad –	52 kr	86 kr
20 timmar/månad –	77 kr	129 kr

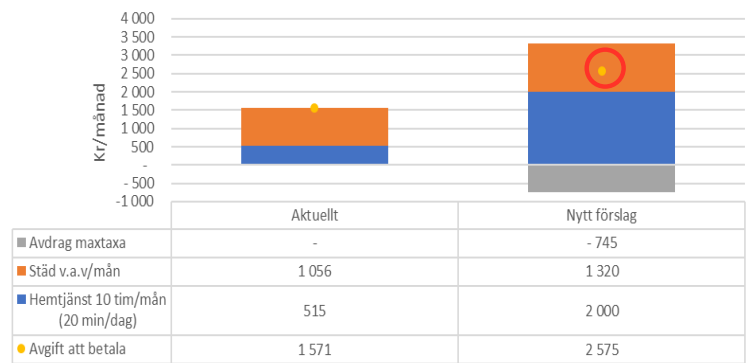
OBS! I exempel ovan har inte förbehållsbelopp/betalningsförmåga hos den enskilde beaktats

Olika exempel på faktisk avgift för en brukare med beslut upp till 15 timmar (plus städ v.a.v)

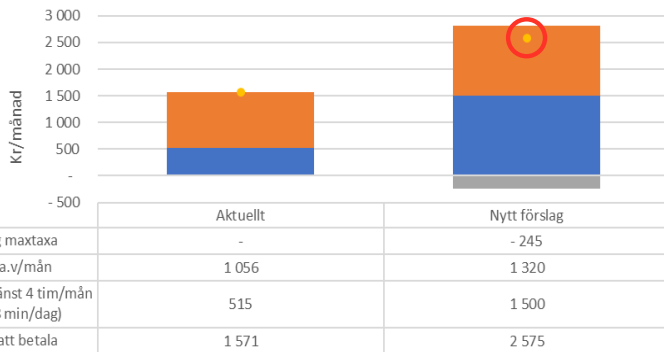
15 timmar/månad inkl. städ v.a.v



10 timmar/månad inkl. städ v.a.v



4 timmar/månad inkl. städ v.a.v



Snittavgift/timme (ej städ)

	Aktuellt	Förslag
15 timmar/månad –	34 kr	133 kr
10 timmar/månad –	52 kr	200 kr
4 timmar/månad –	129 kr	375 kr

OBS! I exempel ovan har inte förbehållsbelopp/betalningsförmåga hos den enskilde beaktats

Exempel avgiftsutrymme Berit



Så här mycket betalar Berit för sin hemtjänst

Berit är 72 år och ensamstående och har en nettoinkomst på 10 800 kronor per månad. Hon har även ett bostadstillägg på 2 000 kronor. Hennes hyra, exklusive hushållsel, är 4 700 kronor i månaden och hennes minimibelopp, det vill säga hennes beräknade levnadskostnader, är 7 062 kronor. Räknar vi på detta får hon 1 038 kronor över varje månad. Detta är Berits avgiftsutrymme. Berit betalar alltså inte mer än 1 038 kronor i omvårdnadsavgift per månad, oavsett hur mycket hjälp hon får.

Berits avgiftsutrymme – det hon max betalar i avgift

10 800 kr Nettoinkomst
+ 2 000 kr Bostadstillägg
- 4 700 kr Hyra (exklusive hushållsel)
- 7 062 kr Minimibelopp
= 1 038 kr Avgiftsutrymme

Exempel avgiftsutrymme Ester

Exempel på hur utrymmet beräknas för Ester som är ensamstående över 65 år

Inkomster och utgifter per månad	Belopp
Inkomst efter skatt	12 600 kr
Inkomst av kapital	150 kr
Bostadstillägg	1 000 kr
Hyra	- 6 500 kr
Minimibelopp	- 7 062 kr
Esters avgiftsutrymme	= 188 kr

Enligt exemplet i tabellen blir avgiftsutrymmet för Ester 188 kronor. Det betyder att det är den högsta avgift hon kan få betala för sin hemtjänst.

En timme hemtjänst kostar 427 kronor. Om Ester får hemtjänst 10 timmar per kalendermånad blir kostnaden 4 270 kronor per månad. Men hon behöver bara betala 188 kronor eftersom det är hennes avgiftsutrymme.

Men för detta krävs att en inkomstblankett är inlämnad och en individuell beräkning kan göras annars blir kostnaden enligt maxtaxan 2 574 kr per månad.

Exempel avgiftsutrymme Erik

Beräkning av avgiftsutrymme - räkneexempel



Erik Eriksson som fyllt 65 år är ensamstående och bor i egen lägenhet med en hyra på 6 300 kronor per månad. Hans nettoinkomst (efter skatt) är 12 000 kronor per månad och han har 3 200 kronor per månad i bostadstillägg.

Erik Erikssons avgiftsutrymme beräknas på följande sätt:

Uträkning inkomster

Nettoinkomst (efter skatt): 12 000 kronor

Bostadstillägg för pensionärer: 3 200 kronor

Inkomster (avgiftsunderlag): $12\,000 + 3\,200 = 15\,200$ kronor

Uträkning förbehållsbelopp

Minimibelopp (ensamstående): 7 062 kronor

Hyra: 6 300 kronor

Förbehållsbelopp: $7\,062 + 6\,300 = 13\,362$ kronor

Uträkning avgiftsutrymme

Inkomster: 15 200 kronor

Förbehållsbelopp: 13 362 kronor

Avgiftsutrymme: $15\,200 - 13\,362 = 1\,838$ kronor

Erik Eriksson ska betala högst 1 838 kronor per månad i hemtjänstavgift.



Tjänsteskrivelse

2024-04-24

Äldrenämnden

Diariennr: ÄN-2024/00085

Remiss - Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen SOU 2024:9

Förslag till beslut

Umeå kommun ställer sig positiv till förslagen i remissen.

Ärendebeskrivning

Umeå kommun tar emot mellan 270 och 300 studenter årligen från sjuksköterskeprogram, vilket motsvarar totalt ungefär 700 till 800 praktikveckor. Denna omfattande mängd praktik ger studenterna möjlighet att omsätta teoretiska kunskaper i praktiken och skaffa sig värdefull erfarenhet inom hälso- och sjukvårdsområdet. Genom att erbjuda sådana möjligheter bidrar Umeå kommun till att utbilda kompetenta sjuksköterskor och stärka vården samt att det stärker möjligheterna att klara kompetensförsörjningen i regionen.

Beslutsunderlag

Yttrande 2024-04-24

Missiv SOU 2024:9 U2024/00226

Betänkande - SOU 2024:9

Beredningsansvariga

Jonatan Söderström, Praktksamordnare

Marie Eriksson, HR-strateg

Carina Lindberg, Utredare HR-enheten

Beslutet ska skickas till

Rebecca Andersson, HR-chef

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Carina Lindberg
Utredare HR-enheten

2024-04-24 Dnr: ÄN-2024/00085-3

Utbildningsdepartementet

103 33 STOCKHOLM

Remiss - Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen SOU 2024:9

Umeå kommun tackar för förfrågan om yttrande till betänkandet *Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammet (SOU 2024:9)*.

Umeå kommun tar emot mellan 270 och 300 studenter årligen från sjuksköterskeprogram, vilket motsvarar ungefär 700 till 800 praktikveckor. Denna omfattande mängd praktik ger studenterna möjlighet att omsätta teoretiska kunskaper i praktiken och skaffa sig värdefull erfarenhet inom hälso- och sjukvårdsområdet. Genom att erbjuda sådana möjligheter bidrar Umeå kommun till att utbilda kompetenta sjuksköterskor och stärka vården samt att det stärker möjligheterna att klara kompetensförsörjningen i regionen.

Umeå kommun ser flera fördelar med att ta emot en stor volym studenter för praktik inom hälso- och sjukvården:

- Studenter bidrar med nya perspektiv, aktuell teoretisk kunskap och forskningsbaserade metoder. Detta främjar ett dynamiskt kunskapsutbyte mellan studenter och befintlig personal.
- Utbildning av kompetent personal: Genom att erbjuda praktikplatser ger Umeå kommun blivande sjuksköterskor möjlighet att omsätta sina teoretiska kunskaper i praktiken. Detta är avgörande för att utbilda kompetent vårdpersonal som kan möta framtidens utmaningar.
- Attraktiv arbetsgivare: Genom att vara en aktiv del av studenternas utbildning blir Umeå kommun en attraktivare arbetsgivare. Studenter erbjuds anställning efter praktikens avslut, vilket gynnar kommunen både på kort och lång sikt.
- Förbättrad vårdkvalitet: Genom att involvera studenter i vården ökar möjligheten till handledning och reflektion. Detta kan leda till

förbättrad vårdkvalitet och säkrare patientvård.

Umeå universitets avtalsområde omfattar många kommuner i Västerbotten. Utmaningar som Umeå kommun har gällande verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor är den höga efterfrågan från studenterna på Umeå universitet om att få vara kvar på studieorten under sin praktikperiod. Om en student får en praktikplats på annan ort än studieorten så innebär det i många fall att studenterna själva måste ordna eget boende och resa till annan ort. En kostnad som de många gånger får stå för själva. Av naturliga skäl vill så många som möjligt vara kvar på studieorten där bostaden redan finns. Således har Umeå kommun fått ta ett stort ansvar att maximera volymer av platser för sjuksköterskestudenter. Många gånger innebär det en svår avvägning där vi å ena sidan vill ta emot så många som möjligt men utan att tumma på målen om god kvalitet på den praktik vi erbjuder eller kraven på vårdssäkerhet.

Umeå kommun har en intern samordning av praktikplatser. Där sker det fortlöpande inventering av praktikplatser och möjligheter att utöka antalet platser utvärderas också kontinuerligt och i dialog med verksamheten. Dagens utmaning ligger i att lokaler och personalutrymmen inte är dimensionerade för att hålla fler personer än de gör för närvarande. Som arbetsgivare tar vi även emot studenter och praktikanter från andra utbildningsanordnare och yrkesutbildningar. Det innebär ytterligare en dimension och ökar komplexiteten när alla olika praktikplatser ska inrymmas i verksamheten, många gånger samtidigt. Umeå kommun samverkar externt med Umeå universitet där befintligt avtal löpande utvärderas och information utbytes. Samordningen mellan lärosäte och kommun fungerar väl.

Detta remissvar har kommit till i dialog med verksamhet och särskilt för vi fram våra synpunkter utifrån de erfarenheter vi har från vårt praktikcentrum. Synpunkter har också samlats in från medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) samt kompetensförsörjningsperspektivet från Äldreomsorgens samt Stöd och omsorgs HR-enheter.

Remissvar

Umeå kommun ställer sig i stort positiv till förslagen i remissen och skickar med följande kommentarer sorterade under rubrik;

Förändring av artikel 31 i yrkeskvalifikationsdirektivet gällande klinisk utbildning

Umeå kommun ställer sig tveksam till att förändra artikel 31. Det finns en risk med att ersätta praktisk träning på KTC/lärcentrum i alltför stor utsträckning. Fortsatt måste studenterna träffa patienter och vara i olika

verksamheter för att få tillräckliga färdigheter för att arbeta som sjuksköterska när de är klar med utbildningen. Däremot ser vi positivt på förslaget om det blir möjligt att ersätta klinisk utbildning med simulering. Klinisk träning över lag är en viktig del i utbildning till sjuksköterska.

Harmonisering av bedömningsmetod och bedömningskriterier för verksamhetsförlagd utbildning

I betänkandet framhålls vikten av att främja harmonisering av bedömningsmetoder och bedömningskriterier för verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeutbildningen. Umeå kommun ställer sig bakom detta förslag.

Genom att harmonisera bedömningsmetoder skapas en mer enhetlig och rättvis bedömning av studenters prestationer under den verksamhetsförlagda utbildningen. Detta kan bidra till att höja kvaliteten på utbildningen och säkerställa att alla studenter bedöms på likvärdiga grunder.

Det finns fördelar med att standardisera bedömningsmetoder. Det kan leda till ökad transparens, tydlighet och jämförbarhet. En gemensam metodik kan också underlätta samarbete mellan olika vårdgivare och utbildningsinstitutioner, vilket i sin tur gynnar studenternas lärande och utveckling.

Det är viktigt att betona att harmoniseringen inte innebär en "one-size-fits-all"-lösning. Istället handlar det om att skapa en grundläggande gemensam förståelse och metodik för själva bedömningen, samtidigt som det finns utrymme för anpassningar och lokala variationer i själva praktiken.

Generisk modulbaserad handledarutbildning

Umeå kommun ser positivt på förslaget att utformningen av handledarutbildningarna ska vara likvärdiga oavsett lärosäte. Detta kan höja kvaliteten på handledarutbildningen och på sikt även den verksamhetsförlagda utbildningen. Umeå universitets medicinska fakultet ligger i framkant och håller redan på att ta fram en digital handledarutbildning. En sådan utbildning är viktigt för att säkerställa kvaliteten på verksamhetsförlagd utbildning och för att stärka kompetensen hos vårdpersonal som fungerar som handledare. Detta skulle i sin tur kunna bidra till en bättre utbildningsmiljö för sjuksköterskestudenter och andra inom hälso- och sjukvårdsområdet. Umeå kommun betonar vikten av att handledarutbildningen är tillgänglig och anpassningsbar för att möta de olika behoven inom vården. En sak att ha i beaktande är den komplexa situationen hälso- och sjukvården är i. Det är många gånger svårt för verksamheterna att kunna avvara sin personal för att gå en handledarutbildning. Hög kvalitet på innehållet är en viktig punkt men lika

viktigt är förutsättningarna för en god inlärningsituation. Hur kan man underlätta för verksamheterna att skapa det? Finns det sätt att förbättra inlärningsmiljön och skapa utrymme, kan vi tänka nytt tillsammans?

Ett nationellt IT-stöd för hälso- och sjukvårdsutbildningar bör utvecklas och implementera

Umeå kommun ser positivt på ett nationellt IT-stöd för att förenkla samverkan kring platser. Dock har redan Umeå universitets Medicinska fakultet infört ett IT-stöd, Praxia, som används tillsammans med samverkansparter för att fördela volymer och utbyta information. Det är positivt att få nationell överblick på praktikplatserna. Det är lätt att se fördelarna för lärosätenas arbete med att fördela platser. För en kommun är däremot användbarheten mer begränsad eftersom det föreslagna IT-stödet enbart ser på platser för SSK-studenter. I kommunen behöver vi ha flera olika praktikplatser för olika yrken i beaktande och har därför fler planeringsparametrar att ta hänsyn till än detta IT-stöd erbjuder.

VULF-avtalet

Gällande VULF-avtalet har Umeå kommun inga synpunkter på avtalets utformning. Däremot finns en förhoppning att avtalet kommer innebära en skälig kompensation för de studenter som får fördyrade levnadsomkostnader när de gör praktik i en annan kommun än studieorten. Det skulle vara gynnsamt för hela Västerbotten, då vi tror att det skulle ge en jämnare fördelning av studenter i ett län med stora avstånd.

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Carina Lindberg
HR äldreomsorg

Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning

– långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen

*Betänkande av
Utredningen om samordnat arbete för fler platser för
verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen*

Stockholm 2024



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2024:9

SOU och Ds finns på [regeringen.se](https://www.regeringen.se) under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](https://www.regeringen.se/remisser).

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2024

ISBN 978-91-525-0856-5 (tryck)

ISBN 978-91-525-0857-2 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Utbildningsdepartementet Mats Persson

Regeringen beslutade den 30 juni 2022 att uppdra till en särskild utredare att i egenskap av nationell samordnare stödja universitet och högskolor, hälso- och sjukvårdsmän och vårdgivare i deras arbete att tillhandahålla ändamålsenliga lärandemiljöer av hög kvalitet i hälso- och sjukvården och samordna arbetet i landet. Syftet var att öka tillgången till platser där studenter i sjuksköterskeutbildningen kan genomföra sin verksamhetsförlagda utbildning så att fler utbildningsplatser kan erbjudas.

Hans Wiklund, fil. dr och universitetsdirektör vid Umeå universitet, utsågs den 30 juni 2022 till särskild utredare och nationell samordnare.

Den 7 december 2023 fattade regeringen ett beslut om tilläggsdirektiv för utredningen enligt vilket utredningstiden förlängdes från den 15 december 2023 till den 31 januari 2024.

Som sekreterare anställdes från och med den 1 december 2022 till och med den 31 december 2022 på halvtid och från och med den 1 januari 2023 på heltid Ida Asplund, jur. dr och universitetslektor i rättsvetenskap vid Umeå universitet. Som sekreterare var även Jonas Thörnqvist, utredare vid Region Norrbotten, anställd på deltid från och med den 13 mars 2023 till och med den 31 augusti 2023. Därefter anställdes som sekreterare från och med den 14 augusti 2023 på heltid och från och med den 1 januari 2024 på halvtid Inger Duchek, it-strateg på Brottsoffermyndigheten. Som sekreterare anställdes från och med den 12 september till och med den 11 november 2023 samt från och med den 4 december 2023 även Mikael Sandlund, med. dr, senior professor i psykiatri vid Umeå universitet och överläkare på deltid.

Den 23 februari 2023 förordnades som experter i utredningen departementssekreterare Martina Bergström vid Socialdepartementet och kansliråd Gerd Mörck vid Utbildningsdepartementet. Som ersättare för Gerd Mörck förordnades den 11 september 2023 som expert i utredningen departementssekreterare Joel Westlund Hult vid Utbildningsdepartementet.

Därutöver har den särskilde utredaren och nationelle samordnaren bildat en referensgrupp till stöd för utredningens arbete, se bilaga 3.

Utredningen, som har antagit namnet Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen, får härmed överlämna betänkandet *Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen* (SOU 2024:9).

Utredningens uppdrag är därmed avslutat.

Umeå i januari 2024

Hans Wiklund

/Ida Asplund
Inger Duchek
Mikael Sandlund

Innehåll

Sammanfattning	15
1 Utredningens uppdrag och arbete	31
1.1 Utredningens uppdrag	31
1.1.1 Avgränsningar i uppdraget	32
1.1.2 Om utredningens förslag	33
1.2 Nationell samordning	34
1.2.1 Samverkan och dialog med aktörer	35
1.2.2 Stöd till utveckling	37
1.2.3 Yrkeskvalifikationsdirektivet	37
1.2.4 Prognos för verksamhetsförlagd utbildning	38
1.2.5 Samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner	38
1.3 Utredningsarbetet	39
1.3.1 Analys av rättsliga frågor	40
1.3.2 Undersökning av avtalen ALF, TUA och ULF	40
1.3.3 Undersökning av förhållanden rörande privata vårdgivare	40
1.3.4 Universitetskanslersämbetets stöd till utredningen	41
1.3.5 Universitets- och högskolerådets stöd till utredningen	45
1.4 Betänkandets disposition	46
1.5 Begrepp	47

2	Bakgrund	49
2.1	Grundläggande förutsättningar för högskoleutbildning i Sverige	49
2.1.1	Rättslig reglering, styrning och finansiering av högskoleutbildning.....	49
2.1.2	Om högskoleutbildning.....	51
2.1.3	Examenstillstånd och examina	53
2.1.4	Kontroll och främjande av högskoleutbildningen genom myndigheter och domstol	54
2.2	Sjuksköterskeutbildningen i Sverige	55
2.2.1	Kortfattad historik om sjuksköterskeutbildningen	55
2.2.2	Tidigare utredningar om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen	57
2.2.3	Utbildningsanordnare av sjuksköterskeutbildningen i Sverige.....	59
2.2.4	Sjuksköterskeutbildningens innehåll och omfattning.....	62
2.2.5	Statliga insatser för fler sjuksköterskor	64
2.2.6	Andra näraliggande utbildningar på grundnivå och avancerad nivå.....	66
2.2.7	Universitetskanslersämbetets tematiska utvärdering av sjuksköterskeutbildningen.....	69
3	EU-rättslig reglering av sjuksköterskeutbildningen i Sverige.....	71
3.1	Sverige bör arbeta för en förändring av artikel 31 i yrkeskvalifikationsdirektivet	71
3.2	EU-rättslig reglering av sjuksköterskeutbildningen	73
3.2.1	Europeiska unionens reglering på fördragsnivå	73
3.2.2	Yrkeskvalifikationsdirektivet	74
3.2.3	Yrkeskvalifikationsdirektivets krav på klinisk utbildning	76
3.2.4	Genomförandet av yrkeskvalifikationsdirektivet i svensk rätt	81
3.2.5	Yrkeskvalifikationsdirektivets genomförande i några andra länder	87

4	Nuläge och framtid för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen	97
4.1	Ett nationellt kunskapsstöd för handledarutbildning bör utformas.....	97
4.2	Ökad enhetlighet i bedömningen av sjuksköterskestudenters lärande bör främjas	99
4.3	Om verksamhetsförlagd utbildning.....	100
4.3.1	Var bedrivs verksamhetsförlagd utbildning?	102
4.3.2	I vilka verksamheter bedrivs verksamhetsförlagd utbildning?	106
4.3.3	Hur placeras studenter i verksamhetsförlagd utbildning?.....	106
4.3.4	Hur bedöms och examineras verksamhetsförlagd utbildning?	107
4.4	Handledning i verksamhetsförlagd utbildning.....	110
4.4.1	Handledarutbildning	111
4.4.2	Åtgärder för fler handledare med rätt kompetens ...	120
4.4.3	Tillgång till handledare	121
4.4.4	Studentperspektiv på verksamhetsförlagd utbildning.....	121
4.4.5	Hur organiseras och utvecklas verksamhetsförlagd utbildning?	125
4.5	Kartläggning av verksamhetsförlagd utbildning genom utbildnings- och kursplaner	129
4.6	Nuvarande avtal.....	131
4.6.1	Avtalen enligt Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska.....	131
4.6.2	Avtalen enligt den tematiska utvärdering av sjuksköterskeutbildningen	131
4.6.3	Nationella vårdkompetensrådets vägledning för trepartsavtal.....	136
4.6.4	Särskilda avtalsmodeller	136

4.7	Behov, omfattning och kostnad av verksamhetsförlagd utbildning.....	139
4.7.1	Nuläge.....	139
4.7.2	Lärosätenas prognos för framtida behov.....	140
4.7.3	Lärosätenas prognos för verksamhetsförlagd utbildning	142
5	Hinder för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet	147
5.1	Brist på samordning mellan aktörer	149
5.2	Utbildningen möter inte hälso- och sjukvårdens utveckling	150
5.3	Verksamhetsförlagd utbildning bedrivs i för få typer av verksamheter	152
5.4	Nuvarande avtal möter inte dagens behov	155
5.5	Tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning utnyttjas inte	157
5.6	EU-rätten begränsar varianter av klinisk utbildning.....	158
5.7	Bristande tillgång till handledare	159
5.8	Brist på lärare med rätt kompetens	161
5.9	Svaga utbildningsstödjande strukturer.....	162
5.10	Bristande harmonisering	164
5.10.1	En enhetlig terminologi saknas	164
5.10.2	Olika och otillräckliga ekonomiska villkor	165
6	En reform för hållbar klinisk utbildning genom samverkan	167
6.1	Ett avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning bör ingås.....	167
6.2	VULF-avtalets konstruktion	177
6.2.1	Ändamål.....	180
6.2.2	Avtalsstruktur och -organisation	180
6.2.3	Avttalets omfattning och innehåll.....	186

6.2.4	Kostnader och finansiering	193
6.2.5	Avtalstid, uppföljning och uppsägning	195
6.3	För- och nackdelar med ett VULF-avtal för sjuksköterskeutbildningen	195
6.3.1	Fördelar med ett VULF-avtal	196
6.3.2	Nackdelar med ett VULF-avtal	198
6.4	Avtalen mellan staten och landstingen om vårdhögskoleutbildning	200
6.5	Principöverenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet om vårdutbildningarna	202
6.6	Ökad nationell styrning av verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen	203
6.6.1	Förslaget om en effektiv vård	203
6.6.2	Förslaget om ett VULF-avtal för specialistsjuksköterskor	205
6.6.3	Synpunkter från remissinstanserna	208
6.7	Besläktade avtalsmodeller	214
6.7.1	ALF-avtalet	214
6.7.2	TUA-avtalet	227
6.7.3	ULF-avtalet	230
6.8	Mobilitet och kompetenshöjande forskningssatsningar inom omvårdnad	237
7	Ett nationellt it-stöd	241
7.1	Ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning bör utvecklas	241
7.2	Ansvarsfördelning och samordning av it inom universitets- och högskolesektorn bör förtydligas	252
7.3	Dagens it-stöd är inte lämpliga att utveckla	253
7.3.1	Sammanfattning och slutsatser	256
7.4	Funktionalitet i ett nationellt it-stöd	257
7.4.1	Läsa in och registrera grunddata	257
7.4.2	Registrera behov av platser för verksamhetsförlagd utbildning	258

7.4.3	Registrera tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning.....	259
7.4.4	Söka platser för verksamhetsförlagd utbildning ...	259
7.4.5	Fördela studenter till platser för verksamhetsförlagd utbildning.....	260
7.4.6	Hantera information och kommunikation kring placering.....	260
7.4.7	Hantera genomförande av verksamhetsförlagd utbildning	260
7.4.8	Ta fram statistik, rapporter och faktureringsunderlag.....	261
7.4.9	Rapportering av statistik.....	262
7.5	Kostnader och finansiering.....	262
7.6	Dataskydd och personuppgiftsbehandling	263
7.7	Formaliserade ansvar för gemensamma it-stöd	267
7.7.1	Ladokkonsortiet.....	267
7.7.2	Sveriges Kommuner och Regioner.....	268
7.7.3	Vetenskapsrådets avdelning Sunet	269
7.7.4	Universitets- och högskolerådet	270
7.7.5	Sammanfattning och slutsatser.....	272
7.8	Tidigare utredningar om it-samordning inom universitets- och högskolesektorn	273
7.8.1	Sammanfattning	275
7.9	Internationella exempel på tydligare samordning	277
7.9.1	Norge.....	277
7.9.2	Nederländerna.....	278
7.9.3	Storbritannien.....	279
7.9.4	Sammanfattning och slutsatser.....	279
8	Regioners och kommuners medverkan i högskoleutbildning	281
8.1	En lagstadgad skyldighet att medverka i utbildning åstadkommer inte fler platser för verksamhetsförlagd utbildning.....	281
8.2	Hälso- och sjukvårdens målsättning	287

8.3	Kommunal självstyrelse	287
8.4	Centrala begrepp i hälso- och sjukvården	288
8.5	Hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden	289
8.5.1	Regioners huvudmannaansvar	290
8.5.2	Kommuners huvudmannaansvar	291
8.6	Hälso- och sjukvårdshuvudmännens medverkan i utbildning, forskning och utveckling.....	292
8.6.1	Huvudmannaskap för sjuksköterskeutbildningen.....	292
8.6.2	Nuvarande medverkan i utbildning.....	299
8.6.3	Huvudmännens medverkan i forsknings- och utvecklingsarbete	303
8.7	Tillsyn av hälso- och sjukvårdshuvudmän och verktyg i tillsynen	305
8.7.1	Sanktionsmöjligheter i tillsynen	307
8.8	Tidigare utredningars syn på en skyldighet för hälso- och sjukvårdshuvudmännens medverkan i utbildning.....	310
8.9	Remissinstansernas bedömning	315
9	Privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning.....	323
9.1	Privata vårdgivares medverkan i utbildning bör främjas men inte regleras i lag	325
9.2	Privata vårdgivarens etableringsfrihet, näringsfrihet och egendomsskydd.....	329
9.2.1	Privata vårdgivares etableringsfrihet och näringsfrihet.....	330
9.2.2	Privata vårdgivares egendomsskydd	333
9.3	Hälso- och sjukvårdshuvudmännens möjligheter att sluta avtal om att utföra uppgifter	337
9.4	Privata vårdgivare i offentlig upphandling.....	339
9.4.1	Hälso- och sjukvårdstjänster utgör sociala tjänster.....	340

9.4.2	Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster över tröskelvärde.....	341
9.4.3	Direktupphandling av hälso- och sjukvårdstjänster	343
9.5	Valfrihetssystem	343
9.6	Läkarvårdsersättning	344
9.7	Två avtalstyper	345
9.7.1	Vårdavtal	345
9.7.2	Samverkansavtal	346
9.7.3	Exempel på reglering av verksamhetsförlagd utbildning i avtal med privata utförare.....	346
9.8	Kontroll och tillsyn av privata utförare.....	352
9.9	Privata vårdgivare med direkta avtal med lärosäten	353
9.10	Privata vårdgivares erfarenheter av medverkan i utbildning i egenskap av utförare	354
10	Konsekvenser	357
10.1	Om inga åtgärder genomförs.....	357
10.2	Alternativ som övervägts	359
10.3	Konsekvenser för universitet och högskolor.....	363
10.4	Konsekvenser för hälso- och sjukvårdshuvudmän samt andra vårdgivare	367
10.5	Konsekvenser för studenter	370
10.6	Konsekvenser för andra myndigheter	371
10.7	Övriga konsekvenser för staten.....	373
10.8	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	374
10.9	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet	374
10.10	Konsekvenser för företag.....	376

10.11 Konsekvenser i fråga om jämställdhet mellan kvinnor och män	380
10.12 Konsekvenser för personlig integritet	383
10.13 Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.....	384
10.14 Konsekvenser för Sveriges internationella åtaganden och förhållandet till EU-rätten	384
10.15 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.....	385
10.16 Ekonomiska konsekvenser och finansiering	385
10.16.1 Kostnader för VULF-avtal.....	386
10.16.2 Övriga kostnader	392
10.16.3 Finansiering av tillkommande kostnader för staten	392
10.17 Ikraftträdande och behov av information	394
Källor och litteratur	395
 Bilagor	
Bilaga 1 Kommittédirektiv 2022:101	427
Bilaga 2 Kommittédirektiv 2023:166	437
Bilaga 3 Referensgrupp.....	439
Bilaga 4 Möten	441
Bilaga 5 Enkät.....	445
Bilaga 6 Förteckning över utbildnings- och kursplaner	459
Bilaga 7 Avtal	495

Sammanfattning

Utredningens uppdrag och arbete

Utredningens uppdrag har varit att på kort och lång sikt öka tillgången till platser där studenter i sjuksköterskeutbildningen kan genomföra verksamhetsförlagd utbildning för att tillgodose behovet av fler utbildningsplatser.

I det nationella samordningsuppdraget har ingått att samla och mobilisera aktörerna för att här och nu möjliggöra fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Utredningen har initierat och genomfört ett stort antal samordnande insatser genom kontakter med samtliga lärosäten som bedriver sjuksköterskeutbildning, merparten av sjukvårdshuvudmännen (samtliga 20 regioner och en betydande andel av landets 290 kommuner), privata vårdgivare, berörda statliga myndigheter, fackliga organisationer, professionsorganisationer och studentrepresentanter. Utredningen har exempelvis träffat nätverk där aktörerna ingår samt enskilda aktörer och även medverkat vid konferenser. Utredningen har också haft ett fördjupat samarbete med några aktörer på nationell nivå.

Vidare har utredningen på olika sätt försökt stödja aktörerna i arbetet med att utveckla modeller för och organisering av verksamhetsförlagd utbildning.

Utredningen har även haft i uppdrag att uppskatta hur omfattningen av den verksamhetsförlagda utbildningen kommer att utvecklas framåt. Prognosen är att volymen kommer att öka med totalt 56 000 veckor eller 35 procent från år 2022 till och med år 2024.

Utöver att samla och mobilisera aktörerna för att på kort sikt uppnå resultat, har utredningen haft i uppdrag att analysera nuvarande ordning för samarbete om verksamhetsförlagd utbildning, att utreda hinder och föreslå åtgärder för fler platser som därigenom möjliggör fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen.

Utredningen har eftersträvat ett kunskapsbaserat och öppet arbets-sätt. I och med att uppdraget har utgått från ett nationellt perspektiv har utredningen föreslagit åtgärder som bedöms gynna sjuksköterskeutbildningen i hela landet. Utredningen har vidare försökt föreslå åtgärder som har stöd hos företrädare för universitet och högskolor, sjukvårdshuvudmän och vårdgivare, studenter samt andra berörda aktörer. Det har också varit utredningens ambition att de föreslagna åtgärderna ska stärka de långsiktiga förutsättningarna för att bedriva sjuksköterskeutbildning av god kvalitet och därigenom lägga grunden för en hållbar kompetensförsörjning av sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården.

Universitetskanslersämbetet har haft i uppdrag att bistå utredningen med sammanställningar och andra underlag, vilket myndigheten gjort på ett förtjänstfullt sätt.

Nedan följer en summering av de hinder relaterade till verksamhetsförlagd utbildning som utredningen har identifierat, och de åtgärder utredningen har föreslagit för att avhjälpa dessa.

Brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning sedan flera decennier

Sjuksköterskeutbildningen omfattar 180 högskolepoäng och resulterar i en medicine kandidatexamen och en yrkesexamen på grundnivå som sjuksköterska. En stor del av sjuksköterskeutbildningen består av verksamhetsförlagd utbildning, som innebär den del av utbildningen som sker i hälso- och sjukvården, till exempel vid sjukhus, vårdcentraler eller i hemsjukvården.

För närvarande finns 25 universitet och högskolor i Sverige som får utfärda sjuksköterskeexamen. Av dessa är 21 statliga lärosäten. De övriga fyra är enskilda utbildningsanordnare. Lärosätena bär det juridiska ansvaret för att bedriva sjuksköterskeutbildningen inklusive den verksamhetsförlagda delen av utbildningen, samtidigt som regioner och kommuner genom avtal med lärosätena svarar för genomförandet av den verksamhetsförlagda utbildningen. För närvarande finns drygt 130 sådana avtal. Det finns ingen lagfäst skyldighet för regioner och kommuner att medverka. Regioner och kommuner ser det dock som självklart att medverka och i de flesta fall utgår genom avtalen viss ekonomisk ersättning från lärosätena.

Privata vårdgivare involveras vanligen i verksamhetsförlagd utbildning i egenskap av utförare av hälso- och sjukvård åt regioner och kommuner under förutsättning att det stipuleras i avtal och upphandlingsdokument. Det förekommer också ett fåtal avtal om verksamhetsförlagd utbildning mellan lärosäten och privata vårdgivare. Privata vårdgivare har inte någon lagfäst skyldighet att medverka i verksamhetsförlagd utbildning, men de uttrycker en tydlig vilja att delta.

Sjuksköterskeutbildning har funnits i Sverige sedan senare hälften av 1800-talet. Historiskt var den svenska sjuksköterskeutbildningen främst praktisk, men successivt ökade de teoretiska inslagen. Under 1960-talet skedde en omfattande utbyggnad av vårdutbildningarna i landet. Dessa bedrevs då i landstingskommunal, primärkommunal, statlig och enskild regi. Merparten av sjuksköterskeutbildningen skedde vid landstingskommunala högskolor, men trots att landstingen på den tiden var huvudmän för både utbildningen och hälso- och sjukvården fanns en brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning som hindrade en utbyggnad av antalet utbildningsplatser.

Frågan om huvudmannaskapet för sjuksköterskeutbildningen och andra vårdutbildningar har varit föremål för diskussion och utredningar under flera decennier. Av kvalitetsskäl förordades under lång tid ett statligt huvudmannaskap för sjuksköterskeutbildningen, men det var särskilt de kostnader relaterade till verksamhetsförlagd utbildning som staten skulle få som föranledde att utbildningen inte kom att omfattas av statligt huvudmannaskap förrän år 2002.

Sjuksköterskeyrket utgör ett legitimationsyrke och är ett av de reglerade yrken som omfattas av EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv. Direktivet medför krav på harmonisering av sjuksköterskeutbildningen i unionen som innebär tydliga ramar för verksamhetsförlagd utbildning. Yrkeskvalifikationsdirektivet drar en gräns mellan teoretisk och klinisk utbildning just i fråga om sjuksköterskeutbildningen. Minst hälften av utbildningen ska bestå av klinisk utbildning och minst en tredjedel av teoretiska studier. Totalt måste sjuksköterskeutbildningen omfatta minst 4 600 timmar. Direktivets definition av klinisk utbildning utesluter vissa former av verksamhetsförlagd utbildning, exempelvis simulering. För att till fullo implementera yrkeskvalifikationsdirektivets krav på att ange utbildningens omfattning i timmar införde regeringen i februari 2023 en ny bestämmelse i högskoleförordningen. Förtydligandet genom den nya bestämmelsen har

inneburit att behovet av ytterligare platser för verksamhetsförlagd utbildning har uppmärksammats än mer av lärosätena.

Sjuksköterskeutbildningen är en av de största högskoleutbildningarna som leder till yrkesexamen i Sverige. Omkring 5 500 studenter påbörjar årligen utbildningen. Universitetskanslersämbetet bedömer dock att studentantalet behöver öka med 1 000 personer jämfört med dagens nivåer eller cirka 20 procent fram till år 2035 för att motsvara hälso- och sjukvårdens förväntade kompetensförsörjningsbehov. För att detta ska vara möjligt krävs ett tillräckligt antal platser för verksamhetsförlagd utbildning.

Ett flertal satsningar har gjorts för att utöka antalet utbildningsplatser och öka genomströmningen på sjuksköterskeutbildningen. Regeringen har exempelvis avsatt prestationsbaserade medel till kommuner och regioner som utökar antalet veckor verksamhetsförlagd utbildning. Frågan om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen har också berörts i ett antal betänkanden. Verksamhetsförlagd utbildning har vidare diskuterats i flera rapporter av statliga förvaltningsmyndigheter och andra organ.

Enligt utredningens enkätundersökning bedömer lärosätena att nybörjarplatserna kommer att öka med cirka 150 studenter på sjuksköterskeutbildningen. Det är en väsentligt lägre ökning än det bedömda behovet om 1 000 fler utbildningsplatser och regeringens mål om antalet examina. Lärosäten anför brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning som det enskilt största hindret för utbyggnad. Samtidigt talar prognosen för en utökning av verksamhetsförlagd utbildning med 35 procent eller 56 000 veckor, primärt för att befintliga utbildningar och utbildningsplatser ska nå upp till yrkeskvalifikationsdirektivets krav. Mot denna bakgrund är det enligt utredningens mening tydligt att åtgärder nu behöver vidtas för att öka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning.

Identifierade hinder för att utöka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning

Utredningen har identifierat ett antal hinder för att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning ska kunna erbjudas och lämnat förslag hur dessa hinder kan minskas. Hinder och förslag på åtgärder sammanfattas i följande illustration.

Figur Hinder och åtgärder för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10
Å1		●				●				
Å2		●	●				●			●
Å3			●				●			●
Å4	●	●	●	●	●		●	●	●	●
Å5	●		●		●				●	●
Å6	●								●	●
Å7			●							●
Hinder						Åtgärder				
H1: Brist på samordning mellan aktörer						Å1: Simulering bör godtas som klinisk utbildning (kapitel 3)				
H2: Utbildningen möter inte hälso- och sjukvårdens utveckling						Å2: Nationell utbildningsguide för en generisk modulbaserad handledarutbildning (kapitel 4)				
H3: Verksamhetsförlagd utbildning bedrivs i för få typer av verksamheter						Å3: Harmonisering av bedömningsmetod och bedömningskriterier (kapitel 4)				
H4: Nuvarande avtal möter inte dagens behov						Å4: Avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (kapitel 6)				
H5: Tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning utnyttjas inte						Å5: Nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning (kapitel 7)				
H6: EU-rätten begränsar varianter av klinisk utbildning						Å6: Ansvarsfördelning och samordning av it inom universitets- och högskolesektorn (kapitel 7)				
H7: Bristande tillgång till handledare						Å7: Stöd till regioner och kommuner i syfte att underlätta för privata vårdgivare att delta i utbildning (kapitel 9)				
H8: Brist på lärare med rätt kompetens										
H9: Svaga utbildningsstödande strukturer										
H10: Bristande harmonisering										

Källa: Utredningens illustration.

För att verksamhetsförlagd utbildning ska kunna bedrivas krävs en ökad samordning mellan ett stort antal aktörer i form av lärosäten, regioner, kommuner och privata vårdgivare. Dessa aktörer utformar till stor del självständigt sin verksamhet. Behovet av samordning gäller exempelvis antalet platser, den verksamhetsförlagda utbildningens innehåll och kvalitet, utbildningsadministration, kursutbud, pedagogisk utveckling och forskning.

Lärosätena utformar i hög grad självständigt villkoren för verksamhetsförlagd utbildning genom kurs- och utbildningsplaner. Det finns en risk för att lärosätena inte i tillräckligt hög utsträckning beaktar vårdens förutsättningar och förändrade verksamhetsformer för att verksamhetsförlagd utbildning ska kunna genomföras.

Verksamhetsförlagd utbildning behöver bedrivas i fler typer av verksamheter, främst primärvård, kommuners hälso- och sjukvård och omsorg samt i verksamhet som utförs av privata vårdgivare. Det finns inbyggda strukturella hinder för både kommuner och privata vårdgivare att medverka i verksamhetsförlagd utbildning.

Det stora antalet lokala avtal mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdshuvudmän begränsar studenters möjligheter att genomföra verksamhetsförlagd utbildning på annan ort än avtalen medger och hindrar ett effektivt nyttjande av befintliga platser i hela landet. Det gäller inte minst i glesbygd, då avtal med kommuner ibland saknas. Att de avtalade kvalitetskraven varierar kan också innebära hinder för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning.

Geografiska avstånd och studenters merkostnader för resor och boende medför ibland att befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning inte nyttjas och hindrar genomströmningen av studenter. Otillräcklig konkurrens om utbildningsplatser kan också medföra en risk för att studenter med sämre förutsättningar att fullfölja utbildningen antas, vilket kan påverka genomströmningen negativt.

Sjuksköterskeutbildningen styrs till stor del av EU-rätten, då sjuksköterskeyrket är ett reglerat yrke enligt yrkeskvalifikationsdirektivet. Regleringen av den kliniska utbildningen kräver direkt kontakt med patienter. Därmed kan pedagogiska modeller som simulering och kliniska träningscenter inte betraktas som klinisk utbildning och användning av dessa kan inte frigöra tid i hälso- och sjukvården för verksamhetsförlagd utbildning.

Bristande tillgång till handledare hindrar fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och kan bero på avsaknad av personal, handledarutbildning eller incitament för att handleda. Bristande mobilitet mellan lärosäten och hälso- och sjukvården kan hindra utveckling av handledarkompetens och göra det svårare att upprätthålla en god utbildningsmiljö.

Bristande tillgång till vetenskapligt meriterade lärare och praktisknära omvårdnadsforskning är ytterligare ett hinder för att kunna bedriva såväl teoretisk som verksamhetsförlagd utbildning. Dagens lärartjänster på sjuksköterskeutbildningen saknar ofta en koppling till kliniskt arbete. Möjligheten att bedriva forskning för disputerade personer med sjuksköterskeutbildning är jämförelsevis begränsad bland annat gällande forskningsfinansiering.

I många verksamheter, exempelvis i mindre kommuner och hos privata vårdgivare, är de utbildningsstödande strukturerna svaga i jämförelse med regionernas. Det kan handla om organisation och personella funktioner, infrastruktur i form av lokaler och utrustning samt avsaknad av ett modernt och säkert it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning. Svaga utbildningsstödande strukturer och otill-

räcklig infrastruktur för utbildning inverkar negativt på möjligheten till samordning av den verksamhetsförlagda utbildningen och hindrar en expansion av platser i verksamheter där potentialen är som störst.

Slutligen utgör bristande harmonisering ett hinder för hälso- och sjukvårdens medverkan i verksamhetsförlagd utbildning, vilket bland annat kan illustreras av avsaknad av en enhetlig terminologi, brist på finansiering och otillräckliga ekonomiska villkor för aktörerna.

En reform för hållbar klinisk utbildning i samverkan bör genomföras

Utredningen har utvärderat den nuvarande ordningen med avtal om verksamhetsförlagd utbildning mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän. Utredningen anser att avtalsmodellen bör utvecklas dels strukturellt för att möta utvecklingen inom den högre utbildningen och inom hälso- och sjukvården, dels innehållsligt för att avhjälpa vissa allvarliga hinder för att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning ska kunna erbjudas.

Utredningen föreslår därför att staten bör ingå ett nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) för sjuksköterskeutbildningen. Regeringen bör utse en förhandlingsperson med uppdrag att i dialog med parterna Sveriges Kommuner och Regioner och Vårdföretagarna utarbeta ett avtalsförslag. Det nationella avtalet bör kompletteras med regionala avtal. Regeringen bör uppdraga till lärosäten med medicinska fakulteter att ingå regionala avtal med berörda lärosäten samt hälso- och sjukvårdshuvudmän i lämpliga geografiska områden med den sjukvårdsregionala indelningen som utgångspunkt. Regeringen bör också föreslå riksdagen att besluta om avtalets finansiering. Utredningens bedömning är att ett VULF-avtal genom en hållbar struktur för samverkan mellan aktörerna kan bidra till att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet skapas. Det kan också styra resurser till åtgärder för att avhjälpa hinder för verksamhetsförlagd utbildning. Därigenom möjliggörs fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen och fler legitimerade sjuksköterskor.

Avtalet föreslås omfatta sjuksköterskeutbildningen och specialist-sjuksköterskeutbildningen, men förslaget är konstruerat för att i fram-

tiden kunna utökas till att omfatta fler hälso- och sjukvårdsutbildningar.

På nationell nivå föreslås att avtal tecknas mellan staten, Sveriges Kommuner och Regioner samt Vårdföretagarna och att det nationella avtalet fastslår övergripande aspekter såsom terminologi, ersättning till vårdgivare som tillhandahåller platser för verksamhetsförlagd utbildning, tillgång till ett nationellt it-stöd och ersättning till studenter för merkostnader relaterade till resor och boende. På nationell nivå bör det finnas en nationell samverkansgrupp samt ett nationellt kansli placerat vid ett statligt forskningsråd, lämpligen Vetenskapsrådet.

På regional nivå föreslås de sju lärosätena med medicinska fakulteter bilda centrum för regionala noder som inkluderar lärosäten som bedriver sjuksköterskeutbildning, regioner och kommuner i ett lämpligt geografiskt område. I de regionala noderna föreslås att regionala VULF-avtal tecknas som närmare reglerar villkoren för den verksamhetsförlagda utbildningen och att en regional ledningsgrupp tillsätts. Nodernas uppgift är att utgöra en bas för kunskap, kompetens och kapacitet, främja samarbete och samverkan med aktörer som kan erbjuda platser samt främja forskarmeritering i omvårdnad. Varje nod får prioritera användningen av finansiella medel för verksamhetsförlagd utbildning och fördela medel för utbildningsstödjande strukturer, utbildningsinfrastruktur och forskarmeritering i omvårdnad, vilket möjliggör att olika regionala behov kan tillgodoses. Såväl sjukvårdshuvudmän och vårdgivare som lärosäten kan vara mottagare av medel.

Syftet med VULF-avtalet är att främja en effektiv användning av platser i fler verksamheter i hela landet, att säkerställa handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens och vetenskapligt meriterade lärare med aktuell klinisk kompetens samt att underlätta för yrkesverksamma sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor att genomgå forskarutbildning eller postdoktoral meritering.

Utredningen uppskattar statens kostnad för ett VULF-avtal till totalt cirka 300 miljoner kr per år och bedömer att väsentliga delar av kostnaden kan finansieras genom att förlänga och styra om befintliga tidsbegränsade statliga satsningar för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och ökad genomströmning på sjuksköterskeutbildningen.

Utredningen bedömer att fördelarna med ett VULF-avtal överväger nackdelarna och att ett VULF-avtal är ett ändamålsenligt instrument för att på ett hållbart sätt skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i fler verksamheter i hälso- och sjukvården. Därigenom kan ett VULF-avtal också möjliggöra fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen. Avtalet kan enligt utredningens bedömning bidra till att:

- stärka det nödvändiga samarbetet mellan lärosäten samt hälso- och sjukvården genom ett frivilligt och ömsesidigt ansvarstagande för verksamhetsförlagd utbildning som lägger grunden för gemensamma strukturer mellan parterna,
- inkludera kommuner och privata vårdgivare genom berörda intresseorganisationer och genom att kommuner ingår som avtalsparter på regional nivå och representeras i styr- och samordningsgrupper,
- resursanvändningen sker mer effektivt i och med regionala avtal som ökar den geografiska vidden och matchar tillgång och efterfrågan av platser för verksamhetsförlagd utbildning samt värnar utbildningens och forskningens kvalitet,
- harmonisera villkor för att underlätta hälso- och sjukvårdens medverkan, exempelvis genom en enhetlig ersättning till alla vårdgivare som tillhandahåller platser, handledningsmodeller och tillgången till ett nationellt it-stöd, vilket också gynnar privata vårdgivares möjligheter att medverka,
- tillskjuta statlig finansiering för att avhjälpa hinder,
- samla den statliga styrningen och finansieringen samt skapa långsiktiga förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen,
- öka tillgången till och kvaliteten på kandidater till högre akademiska förenade lärarbefattningar,
- möjliggöra för fler handledare inom verksamhetsförlagd utbildning tillika anställda i hälso- och sjukvården och omsorgen att genomgå forskarutbildning och postdoktoral meritering, och
- främja intresset för att kombinera praktiskt omvårdnadsarbete med en forskarkarriär hos sjuksköterskestudenter.

Ytterligare åtgärder för att förenkla hälso- och sjukvårdens medverkan i verksamhetsförlagd utbildning

Ett nationellt it-stöd för hälso- och sjukvårdsutbildningar bör utvecklas och implementeras

Utredningen föreslår att regeringen bör ge Universitets- och högskolerådet i uppdrag att utveckla ett nationellt it-stöd för planering och samordning av platser för verksamhetsförlagd utbildning. It-stödet bör utvecklas och implementeras för samtliga högskoleutbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet, men i ett första steg för sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningarna. På längre sikt kan it-stödet omfatta ytterligare högskoleutbildningar. Regeringen föreslås även tillskjuta tidsbegränsade finansiella medel för utvecklingskostnaden i syfte att främja en hög anslutningsgrad och därigenom maximera den nationella nyttan. It-stödet bör vara frivilligt att ansluta sig till. För lärosäten och vårdgivare som väljer att ingå i VULF-avtal bör det dock vara obligatoriskt att rapportera viss statistik om verksamhetsförlagd utbildning via it-stödet. När it-stödet har tagits i drift bör lärosätena stå för den löpande finansieringen och systemet tillhandahållas kostnadsfritt för hälso- och sjukvården. Lärosätenas kostnader för förvaltningen av it-stödet finansieras lämpligen med de medel som utredningen föreslår ska tillskjutas via VULF-avtalet för att stärka de utbildningsstödjande strukturerna inom hälso- och sjukvården.

Utredningens bedömning är att ett nationellt it-stöd effektiviserar nyttjandet av tillgängliga platser, bidrar till kvalitetssäkring och kan minska den manuella administrationen av placeringar och platser. Det kan också bidra med kunskapsunderlag för planering av och beslut om verksamhetsförlagd utbildning genom lokala, regionala och nationella översikter av bland annat tillgång och efterfrågan på platser för verksamhetsförlagd utbildning. För att underlätta för både lärosäten och vårdgivare bör det nationella it-stödet omfatta samtliga hälso- och sjukvårdsutbildningar med verksamhetsförlagd utbildning. Av praktiska skäl kan it-stödet lämpligen utvecklas stegvis med sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningen i ett första steg. I utvecklingsarbetet är det centralt att även inhämta och beakta hälso- och sjukvårdens behov.

Kostnaden för att utveckla ett nationellt it-stöd uppskattar utredningen till totalt 37 miljoner kr, vilken lämpligen fördelas över

två år. När systemet är utvecklat beräknas kostnaden för förvaltning och löpande vidareutveckling uppgå till cirka 10 miljoner kr per år. Utredningen ser det nationella it-stödet som en investering som kommer att ge långsiktig avkastning i form av bättre förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning och hushållning med statens it-resurser.

Utredningen föreslår vidare att regeringen bör se över ansvarsfördelningen och samordningen för it-stöd avseende utbildning och forskning inom universitets- och högskolesektorn. Syftet är att skapa en ändamålsenlig organisering som lägger grunden för moderna och säkra lösningar och ett effektivt nyttjande av resurserna för it.

Utredningens bedömning är att det finns skäl för en starkare nationell samordning och att det är viktigt att ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning integreras i en större teknisk helhet för it för utbildning. En tydligare ansvarsfördelning och starkare samordning skulle skapa bättre förutsättningar för att tillhandahålla modern och säker it för utbildning och forskning samt skapa möjligheter för universitets- och högskolesektorn att kraftsamla kring gemensamma digitaliseringsfrågor.

En generisk modulbaserad handledarutbildning bör utformas

Utredningen föreslår att Nationella vårdkompetensrådet bör ges i uppdrag av regeringen att utforma en utbildningsguide för en generisk modulbaserad handledarutbildning på grundnivå. Uppdraget kan utföras av ett eller flera av de regionala vårdkompetensråden i nära samverkan med lärosäten som bedriver och utvecklar handledarutbildning för sjuksköterskor. Samordningen av lärosätena i detta arbete bör lämpligen ske av Sveriges universitets- och högskoleförbund.

Utredningens bedömning är att adekvat handledarutbildning är en viktig kvalitetsfråga för verksamhetsförlagd utbildning. Många lärosäten erbjuder sådan utbildning och ställer i avtal med sjukvårdshuvudmännen ofta krav på olika nivåer av handledarutbildning. Kursinnehållet varierar dock, vilket kan bli ett problem för vårdgivare som förväntas ta emot studenter från flera olika lärosäten. En mer harmoniserad handledarutbildning kan underlätta för lärosäten samt hälso- och sjukvårdsverksamheter att få tillgång till fler utbildade handledare.

Harmonisering av bedömningsmetod och bedömningskriterier för verksamhetsförlagd utbildning bör främjas

Utredningen föreslår att Nationella vårdkompetensrådet bör ges i uppdrag av regeringen att verka för en ökad harmonisering av bedömningsmetod och bedömningskriterier för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen. Samordningen av lärosätena i detta arbete bör lämpligen ske av Sveriges universitets- och högskoleförbund.

Utredningens bedömning är att en ökad harmonisering av bedömningsmetod och bedömningskriterier kan förbättra förutsättningarna för god kvalitet i verksamhetsförlagd utbildning och underlätta för handledare och studenter. Om samtliga lärosäten skulle använda samma bedömningsmetod och bedömningskriterier baserade på en gemensam konkretisering av vilka professionella aktiviteter en legitimerad sjuksköterska förväntas behärska, skulle mottagandet och handledningen av sjuksköterskestuderande från olika kurser och lärosäten underlättas. På en rörlig arbetsmarknad skulle det även underlätta för legitimerade sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor med handledaruppgifter som byter arbetsgivare eller arbetsplats.

Regioner och kommuner bör erbjudas stöd för att inkludera verksamhetsförlagd utbildning vid konkurrensutsättning av tjänster

Utredningen föreslår att regeringen bör ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att ge stöd åt regioner och kommuner som anlitar privata utförare. Stödet bör omfatta att utarbeta goda avtalsmodeller och annat underlag i syfte att främja privata vårdgivares möjlighet att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning samt nationell statistik om privata vårdgivare, som i dag saknas.

Utredningens bedömning är att privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning bör främjas. Utredningen ser en stor potential i att öka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare. Utredningen har i sitt arbete kunnat konstatera att många regioner och kommuner som anlitar privata utförare av hälso- och sjukvård genom offentlig upphandling eller valfrihetssystem inte har reglerat frågan om deltagande i verksamhetsförlagd utbildning. Upphandlingsmyndigheten kan enligt utredningens bedömning med stöd av Nationella vårdkompetensrådet tillhandahålla

stöd för regioner och kommuner genom att utarbeta goda avtalsmodeller och annat underlag som kan underlätta för privata vårdgivare att erbjuda platser för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen.

Sverige bör arbeta för en förändring av artikel 31 i yrkeskvalifikationsdirektivet gällande klinisk utbildning

Utredningen föreslår att regeringen bör arbeta för en förändring av artikel 31 i yrkeskvalifikationsdirektivet i syfte att möjliggöra att simulering kan godtas som klinisk utbildning på sjuksköterskeutbildningen.

Simulering är en pedagogisk metod som enligt utredningens undersökning förekommer vid samtliga lärosäten som ger sjuksköterskeutbildningen. Genom simulering kan studenternas förmågor och kunskaper i komplexa situationer tränas och situationerna kan styras av lärarna. Forskning visar att simulering ger goda läranderesultat bland studenter och samtidigt möjliggör en bibehållen hög patientsäkerhet. Metoden förekommer på sjuksköterskeutbildningen i åtminstone 13 europeiska länder. Till följd av att artikel 31 i yrkeskvalifikationsdirektivet snävt begränsar formerna av klinisk utbildning till situationer där det förekommer direkt patientkontakt, kan simulering i nuläget inte bedömas som klinisk utbildning. Utredningen gör bedömningen att genom att vidga begreppet klinisk utbildning i yrkeskvalifikationsdirektivet så att det också omfattar simulering kan fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet skapas för sjuksköterskestudenter. Samtidigt kan utbildningens innehåll och kvalitet utvecklas utifrån aktuell kunskap. Sverige bör därför i likhet med andra nordiska länder aktivt arbeta för att omförhandla yrkeskvalifikationsdirektivet så att klinisk utbildning kan omfatta också simulering.

En lagfäst skyldighet för regioner och kommuner att medverka i utbildning bör inte införas

Utredningen har utrett och analyserat möjligheten att lagfästa sjukvårdshuvudmännens utbildningsansvar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som alternativ till den nuvarande ordningen för verksam-

hetsförlagd utbildning. En sådan lösning har föreslagits i åtminstone två tidigare betänkanden.

Utredningen konstaterar att en rättslig reglering är möjlig, men avstyrker en lagfäst skyldighet för regioner och kommuner att delta i utbildning mot bakgrund av följande centrala argument. En skyldighet att medverka i utbildning anses inte kunna bidra till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Verksamhetsförlagd utbildning bygger på samverkan mellan olika parter. En ensidig skyldighet att medverka i högre utbildning för hälso- och sjukvårdshuvudmän skapar inte en god grund för ömsesidigt samarbete mellan lärosäten samt hälso- och sjukvårdshuvudmän, vilket i sig är en förutsättning för att med framgång bedriva hälso- och sjukvårdsutbildning. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen ser sitt ansvar att medverka i verksamhetsförlagd utbildning som självklart. Kommuners ökade medverkan i verksamhetsförlagd utbildning främjas bäst genom tillgång till ändamålsenlig struktur och utbildningsinfrastruktur samt ekonomisk ersättning. Privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning kan redan i dag ombesörjas vid offentlig upphandling samt via valfritetssystem. En lagfäst skyldighet att medverka i utbildning för regioner och kommuner har dessutom svårbedömda konsekvenser för ALF- och TUA-avtalen och riskerar att skada en viktig och sedan länge etablerad samverkan gällande läkar- och tandläkarutbildningen. En lagfäst skyldighet att medverka i utbildning för regioner och kommuner skulle även innebära ett vidgat tillsynsansvar för Inspektionen för vård och omsorg, men vara svår att implementera genom tillsyn till följd av avsaknad av sanktionsmöjligheter. Lagfäst medverkan i utbildning för det 20-tal högskoleutbildningar som berör hälso- och sjukvården skulle enligt utredningens uppfattning sannolikt aktivera finansieringsprincipen och därför medföra betydande krav på statlig ersättning till regioner och kommuner. Just kostnadsaspekten har varit den avgörande faktorn för att staten under omkring 30 år inte övertog huvudmannaskapet för flera olika vårdutbildningar. Dessutom är garantierna för att resurserna i form av statsbidrag skulle komma den verksamhetsförlagda utbildningen till del begränsade i jämförelse med ett VULF-avtal, som möjliggör effektiv styrning av statliga resurser till åtgärder för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning.

En skyldighet för privata vårdgivares medverkan i utbildning bör inte regleras i lag

Utredningen har utrett och analyserat möjligheten att särskilt reglera privata vårdgivares skyldighet att medverka i utbildning. Utredningen konstaterar att en lagreglerad skyldighet för privata vårdgivare att medverka i utbildning är rättsligt möjlig att genomföra under förutsättning att de privata vårdgivarna erhåller ekonomisk ersättning och att samma skyldighet gäller för offentliga vårdgivare. Utredningen avstyrker dock en lagreglerad skyldighet för privata vårdgivare att medverka i utbildning mot bakgrund av att en sådan åtgärd inte skulle utgöra ett effektivt verktyg för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen och avviker från hur vårdgivares skyldigheter i nuläget kommer till uttryck i lagstiftningen. Utredningens erfarenhet är att privata vårdgivare önskar delta i verksamhetsförlagd utbildning men möter olika typer av hinder som inte avhjälpas av en lagfäst skyldighet att medverka i utbildning.

Privata vårdgivare åtnjuter närings- och etableringsfrihet samt egendomsskydd. En lagreglerad skyldighet att medverka i utbildning skulle sannolikt betraktas som en begränsning av rådande villkor för att utöva privat hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vikten av att kunna utbilda ett tillräckligt antal sjuksköterskor kan troligen anses vara ett skyddsvärt intresse som kan motivera en inskränkning av näringsfriheten under förutsättning att samma regler omfattar offentliga vårdgivare. Det är enligt utredningens mening sannolikt att en skyldighet att medverka i utbildning skulle anses innebära en inskränkning av privata vårdgivares rådighet över egendom som omfattas av egendomsskyddet. Därmed bör inskränkningen också berättiga till kostnadsersättning för de privata vårdgivarna.

1 Utredningens uppdrag och arbete

I detta kapitel redogörs för utredningens uppdrag och arbetssätt. Utredningen har haft både ett nationellt samordningsuppdrag och ett uppdrag att utreda och föreslå åtgärder för att möjliggöra fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och därigenom fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen. I slutet av kapitlet beskrivs betänkandets disposition och centrala begrepp definieras.

1.1 Utredningens uppdrag

Regeringen beslutade den 30 juni 2022 att uppdra till en särskild utredare, tillika nationell samordnare, att stödja universitet och högskolor, hälso- och sjukvårdshuvudmän och vårdgivare i deras arbete för att tillhandahålla ändamålsenliga lärandemiljöer av hög kvalitet i hälso- och sjukvården och samordna arbetet i landet. Utredningens uppdrag har varit att öka tillgången till platser där studenter i sjuksköterskeutbildningen kan genomföra sin verksamhetsförlagda utbildning så att fler utbildningsplatser kan erbjudas.

I det nationella samordningsuppdraget har ingått att samla och mobilisera aktörerna för att här och nu tillskapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Den nationella samordnaren skulle enligt direktivet bland annat:

- initiera och genomföra samordnande insatser för att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning, och därmed fler utbildningsplatser, ska finnas tillgängliga i sjuksköterskeutbildningen,
- stödja aktörerna i arbetet med att utveckla modeller för, och organisering av, verksamhetsförlagd utbildning så att det blir möjligt

för fler vårdgivare och verksamheter att ta emot studenter samt sprida goda exempel, och

- följa lärosätens och hälso- och sjukvårdshuvudmäns åtaganden och redovisa en uppskattning av hur antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning och utbildningsplatser i sjuksköterskeutbildningen utvecklas.

Därutöver har utredningen haft i uppdrag att utreda hinder och analysera nuvarande ordning för samarbete om verksamhetsförlagd utbildning och föreslå åtgärder som på längre sikt bidrar till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och därigenom möjliggör fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen. Den nationella samordnarens uppdrag har varit att:

- redovisa identifierade hinder för att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning ska kunna erbjudas som aktörerna inte kan hantera själva och lämna förslag hur dessa hinder kan lösas,
- analysera den nuvarande ordningen för samarbete om platser för verksamhetsförlagd utbildning för att avgöra om denna bör förändras och i så fall lämna förslag på förändringar,
- särskilt analysera möjligheterna att ställa krav på privata vårdgivares medverkan i utbildning,
- kartlägga för- och nackdelar med ett så kallat VULF-avtal och bedöma om ett sådant avtal kan bidra till att fler utbildningsplatser erbjuds, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget skulle enligt direktivet av den 30 juni 2022 redovisas senast den 15 december 2023. Regeringen beslutade den 7 december 2023 om tilläggsdirektiv enligt vilket uppdraget skulle redovisas senast den 31 januari 2024. Direktiven återfinns i bilaga 1 och 2.

1.1.1 Avgränsningar i uppdraget

Utredningen har bedrivits i enlighet med direktivet och uppdraget har genomförts i sin helhet. Den analys av hinder som utredningen har gjort och som ligger till grund för förslagen till åtgärder har avgrän-

sats till att fokusera på faktorer som mer specifikt påverkar tillgången till verksamhetsförlagd utbildning. Samtidigt utgör hälso- och sjukvårdens tillgång till ekonomiska resurser och personal grundläggande förutsättningar som i högsta grad påverkar möjligheten att kunna tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning. Åtgärder som tar sikte på hälso- och sjukvårdens allmänna förutsättningar har dock bedömts ligga utanför utredningens uppdrag.

I arbetet för att möjliggöra platser för verksamhetsförlagd utbildning i fler verksamheter har utredningen noterat att även staten fungerar som huvudman för hälso- och sjukvård. Det gäller i fråga om intagna enligt 9 kap. fängelselagen (2010:610) och skolhuvudmän för viss hälso- och sjukvård inom elevhälsan enligt 2 kap. skollagen (2010:800). Staten svarar enligt 19 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård också för sjukvård som bedrivs vid särskilda ungdomshem vid verkställighet av individuellt anpassad tvångsvård eller sluten ungdomsvård. Dessa verksamheter skulle kunna ta emot sjuksköterskestudenter. Utredningsdirektivet omnämner dock inte verksamhetsförlagd utbildning i hälso- och sjukvård under statligt ansvar. Det har inte heller framkommit uppgifter till utredningen om att sjuksköterskestudenter i nuläget genomför verksamhetsförlagd utbildning i dessa verksamheter. Även om ett antal platser för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter skulle kunna skapas i statlig hälso- och sjukvård, har utredningen bedömt att det rör sig om ett förhållandevis litet antal och att dessa platser skulle omfattas av särskilda utbildningsmässiga strukturer. I linje med direktivet och mot bakgrund av den begränsade potentialen har utredningen valt att inte utreda platser för verksamhetsförlagd utbildning i hälso- och sjukvård som staten ansvarar för i egenskap av huvudman.

1.1.2 Om utredningens förslag

Utredningens analys har utgått från bästa tillgängliga kunskap och de föreslagna åtgärderna har av utredningen bedömts vara verkningsfulla. Uppdraget utgår från ett nationellt perspektiv och följaktligen har utredningen föreslagit åtgärder som bedöms gynna sjuksköterskeutbildningen i hela landet. Utredningen har vidare eftersträvat att föreslå åtgärder som har stöd hos företrädare för universitet och högskolor, sjukvårdshuvudmän och vårdgivare, studenter samt andra

berörda aktörer. Det har också varit utredningens ambition att de föreslagna åtgärderna ska stärka de långsiktiga förutsättningarna för att bedriva sjuksköterskeutbildning av god kvalitet och att åtgärderna därigenom ska lägga grunden för en hållbar kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården.

1.2 Nationell samordning

Brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning är ett komplext problem. För att finna en lösning krävs bidrag från de 25 statliga lärosäten och enskilda utbildningsanordnare som bedriver sjuksköterskeutbildningen respektive de 20 regioner, 290 kommuner och mångfalden av privata vårdgivare hos vilka den verksamhetsförlagda utbildningen genomförs. I uppdraget som nationell samordnare har ambitionen varit att på olika sätt samla och mobilisera de många aktörerna till att vidta åtgärder som både på kort och lång sikt kan skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i fler verksamheter.

Utredningen har initierat och genomfört ett stort antal samordnande insatser. Under arbetet har utredningen haft kontakt med samtliga lärosäten som bedriver sjuksköterskeutbildning, merparten av sjukvårdshuvudmännen (samtliga 20 regioner och en betydande andel av landets 290 kommuner), privata vårdgivare, berörda statliga myndigheter, fackliga organisationer, professionsorganisationer samt studentrepresentanter. Detta har bland annat skett genom möten med grupperingar och nätverk där aktörerna ingår, möten och andra kontakter med enskilda aktörer och genom att utredningen har medverkat vid konferenser och andra sammankomster.

Vidare har utredningen på olika sätt försökt stödja aktörerna i arbetet med att utveckla modeller för och organisering av verksamhetsförlagd utbildning som syftar till att skapa fler platser i fler verksamheter. Detta har skett genom att utredningen har förmedlat kunskap om och kontakter till olika aktörer involverade i verksamhetsförlagd utbildning. De kunskapsunderlag utredningen sammanställt har delats med aktörerna. Underlagen har bland annat behandlat frågor om kraven på klinisk utbildning i EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv, tillgång till platser för verksamhetsförlagd utbildning, ekonomiska villkor och avtalsmodeller. Utredningen har också samarbetat med

Sveriges Kommuner och Regioner för att sprida exempel på aktuella utvecklingsinitiativ, så kallade goda exempel.

Därtill har utredningen gjort en uppskattning av hur omfattningen av den verksamhetsförlagda utbildningen kommer att utvecklas från år 2022 till och med år 2024.

1.2.1 Samverkan och dialog med aktörer

Utredningen har till stöd i arbetet haft en expertgrupp och en referensgrupp.

Regeringen har till utredningen förordnat en expert från Utbildningsdepartementet och en från Socialdepartementet att bistå utredningen. Expertgruppen har sammanträtt regelbundet under utredningsarbetet.

Den särskilde utredaren har inrättat en referensgrupp. Vid sammansättningen av referensgruppen har eftersträvat representation från relevanta aktörer, inklusive de som utredaren enligt direktivet ska samråda med eller vars arbete utredningen särskilt ska beakta. I referensgruppen har ingått tre universitet och högskolor som bedriver sjuksköterskeutbildning, vilka nominerats av Sveriges universitets- och högskoleförbund, tre representanter för sjukvårdshuvudmännen, vilka nominerats av Sveriges Kommuner och Regioner, en representant för Vårdföretagarna som organiserar privata vårdgivare, en representant för Nationella vårdkompetensrådet, en representant vardera för Vårdförbundet respektive Svensk sjuksköterskeförening som organiserar sjuksköterskor samt två studentrepresentanter som företrätt Sveriges förenade studentkårer respektive Vårdförbundet student. Referensgruppen har haft insyn i utredningsarbetet och deltagarna har lämnat värdefulla synpunkter på uppläggningsen av arbetet liksom på utredningens kunskapsunderlag, bedömningar och förslag. Under den tid som utredningen varit aktiv har referensgruppen sammanträtt regelbundet, cirka en gång i månaden under perioden januari till och med december 2023. En sammanställning av referensgruppens medlemmar återfinns i bilaga 3.

Utredningen skulle enligt direktivet särskilt beakta Nationella vårdkompetensrådets arbete. Nationella vårdkompetensrådet inrättades på uppdrag av regeringen den 1 januari 2020. Rådet har som uppdrag att bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning och

består av representanter för regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet. I var och en av landets sex sjukvårdsregioner finns regionala vårdkompetensråd. Utredningen har under arbetet haft regelbunden kontakt med Nationella vårdkompetensrådet och träffat samtliga regionala vårdkompetensråd.

Utredningen har utbytt information med de 21 statliga lärosäten och de 4 enskilda utbildningsanordnare som bedriver sjuksköterskeutbildning. Informationsutbytet har skett genom medverkan vid möten med grupperingar där lärosätena ingår, såsom vårdkompetensråden på nationell och regional nivå och nätverk inom universitets- och högskolesektorn, eller via bilaterala kontakter. Vidare har utredningen medverkat vid gemensamma möten för universiteten med medicinska fakulteter. Utredningen har också fört dialog med Sveriges universitets- och högskoleförbund, bland annat med förbundets styrelse och Arbetsgruppen för vårdkompetens.

Vidare har utredningen inhämtat information och synpunkter från regionerna och kommunerna som sjukvårdshuvudmän genom vårdkompetensråden på nationell och regional nivå, olika nätverk inom Sveriges Kommuner och Regioner, samt via enskilda möten. De privata vårdgivarna har utredningen utbytt information med via Vårdföretagarna och genom enskilda möten med specifika privata vårdgivare och andra kontakter.

Studentperspektivet har beaktats i utredningsarbetet. Utöver att Sveriges förenade studentkårer och Vårdförbundet student ingått i utredningens referensgrupp, har utredningen haft enskilda möten med organisationerna i fråga.

Likaså har det professionella perspektivet varit viktigt i arbetet, varför utredningen har haft regelbunden kontakt med organisationer som samlar sjuksköterskor i form av Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening, genom bilaterala möten och andra kontakter. Den särskilde utredaren har också medverkat vid Svensk sjuksköterskeförenings konferens om verksamhetsförlagd utbildning som samlar ett stort antal sjuksköterskor från hela landet.

Utredningen har haft stöd av Universitetskanslersämbetet, som enligt direktivet ska bistå den nationella samordnaren med sammanställningar och andra underlag. Därtill har utredningen samverkat med andra berörda statliga myndigheter, däribland Universitets- och högskolerådet som på utredningens önskemål har genomfört en förstudie om nationellt it-stöd, Socialstyrelsen som är värmyndighet

för Nationella vårdkompetensrådet, Upphandlingsmyndigheten, samt Vetenskapsrådet och Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd gällande forskningsfrågor.

En sammanställning av utredningens möten finns i bilaga 4.

1.2.2 Stöd till utveckling

På olika sätt har utredningen givit stöd till aktörer i arbetet med att utveckla modeller för och organisering av verksamhetsförlagd utbildning i syfte att möjliggöra fler platser i fler verksamheter. Detta har skett genom att utredningen sammanställt och förmedlat kunskap om verksamhetsförlagd utbildning. De kunskapsunderlag som utredningen utarbetat har presenterats för och diskuterats med aktörer i olika sammanhang. Utredningen har också försökt vägleda aktörer som vänt sig till utredningen med konkreta frågor, till exempel om avtal med privata vårdgivare, ersättning till kommuner och privata vårdgivare, handledarutbildning och it-stöd. Några av utredningens svar har fått nationell spridning, bland annat det gällande moms vid fakturering för genomförd verksamhetsförlagd utbildning.¹ Genom att utredningen under arbetet har fått kännedom om en stor mängd utvecklingsarbeten som pågår på olika platser i landet har utredningen också kunnat förmedla kontakter mellan aktörer som står inför liknande utmaningar.

1.2.3 Yrkeskvalifikationsdirektivet

Regeringen beslutande den 26 januari 2023, under pågående utredningsarbete, om att införa en ny bestämmelse i 6 kap. 17 a § högskoleförordningen (1993:100) i syfte att uppfylla krav i EU-rätten om klinisk utbildning som följer av yrkeskvalifikationsdirektivet.² Trots att yrkeskvalifikationsdirektivets krav på utbildningen gällt sedan flera år fanns en oro vid många universitet och högskolor som bedriver sjuksköterskeutbildningen för att de inte skulle kunna implementera bestämmelsen i tid. Utredningen har utfört ett omfattande arbete för att belysa de EU-rättsliga kraven på sjuksköterskeutbild-

¹ Utredningens sammanställning av information om mervärdesskatt på VFU-tjänster av den 26 april 2023.

² Se kapitel 3.

ningen, vilket har efterfrågats av många lärosäten som stöd i tillämpningen av den nya bestämmelsen. Indirekt har utredningen genom detta arbete också bidragit med underlag till Sveriges universitets- och högskoleförbunds rekommendation om minsta antal timmar klinisk utbildning i sjuksköterskeutbildningen.³

1.2.4 Prognos för verksamhetsförlagd utbildning

Utredningen har enligt direktivet också haft i uppdrag att redovisa en uppskattning av hur antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning och utbildningsplatser i sjuksköterskeutbildningen kommer att utvecklas framåt. Prognosen är att omfattningen på den verksamhetsförlagda utbildningen kommer att öka med totalt 56 000 veckor eller 35 procent från år 2022 till och med år 2024. Sjuksköterskeutbildningen kommer under samma tidsperiod att utökas med 150 utbildningsplatser.⁴ Viktiga orsaker till den stora ökningen av verksamhetsförlagd utbildning är att regeringen under 2023 införlivat kraven i EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv i högskoleförordningen och att regeringen tidigare beslutat om högre mål för antalet examina. Utredningen har inom ramen för det nationella samordningsuppdraget arbetat aktivt för att underlätta denna utökning av den verksamhetsförlagda utbildningen och därigenom bidra till att skapa förutsättningar för utbyggnaden av sjuksköterskeutbildningen.

1.2.5 Samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner

Utöver att Sveriges Kommuner och Regioner har ingått i utredningens referensgrupp och att ett flertal möten har skett med regioner och kommuner inom ramen för organisationens olika nätverk, har utredningen samarbetat med Sveriges Kommuner och Regioner gällande att sprida information om aktuella initiativ för att utveckla den verksamhetsförlagda utbildningen. Utredningens arbete i denna del har syftat till att stödja sjukvårdshuvudmän, vårdgivare och lärosäten i arbetet med att utveckla modeller för och organisering av verksam-

³ Sveriges universitets- och högskoleförbund (2023 b).

⁴ Se avsnitt 1.3.4 för information om den enkätundersökning som utredningen har låtit göra med bistånd från Universitetskanslersämbetet som har utgjort grund för prognosen.

hetsförlagd utbildning som gör det möjligt för fler hälso- och sjukvårdsverksamheter att ta emot fler studenter.

Utredningen har samlat in information om olika initiativ för att utveckla den verksamhetsförlagda utbildningen, varav några har beskrivits i betänkandet. Initiativen illustrerar utvecklingsarbete i olika typer av verksamheter och i olika delar av landet. Den nationella samordnaren och Sveriges Kommuner och Regioner har överenskommit om att utredningen ska överlämna beskrivningarna av de aktuella utvecklingsinitiativen och att Sveriges Kommuner och Regioner på lämpligt sätt ska sprida informationen vidare som goda exempel, bland annat via den webbinformation som Sveriges Kommuner och Regioner har utvecklat som ett stöd för sjukvårdshuvudmän och vårdgivare gällande verksamhetsförlagd utbildning. Förhoppningen är att materialet ska fungera som ett långsiktigt stöd till utveckling som är tillgängligt även efter att utredningens arbete har avslutats.

1.3 Utredningsarbetet

Utredningen har eftersträvat ett kunskapsbaserat och öppet arbetssätt. Olika metoder har tillämpats vid arbetet med utredningsuppdragets olika delar.

Redovisningen av hinder för att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning ska kunna erbjudas bygger på forskningsrapporter, utredningar, statistiska uppgifter, olika kunskapsunderlag som sammanställts inom ramen för utredningsarbetet, samt information från de många aktörer som utredningen har varit i kontakt med.

Analysen av nuvarande ordning för samarbete om platser för verksamhetsförlagd utbildning och behovet av förändringar omfattar flera rättsliga frågor som har utretts med hjälp av rättskällor.⁵

Konsekvensanalysen följer kraven i kommittéförordningen (1998:1474) och i utredningsdirektivet, och utgår från tillgänglig information i utredningar och offentlig statistik. I utarbetandet av konsekvensanalysen har utredningen också konsulterat berörda expertmyndigheter för vägledning och stöd.

Under arbetets gång har utredningen delat kunskapsunderlag och med aktörerna diskuterat hinder och möjliga lösningar som ett led i att kvalitetssäkra och förankra utredningens förslag.

⁵ Se nästa avsnitt.

1.3.1 Analys av rättsliga frågor

Utredningen har utrett och analyserat flera rättsliga frågor, varav flera omnämns i direktivet. Det har skett av juridiskt sakkunnig i utredningens sekretariat. Kunskap om rättens innehåll har hämtats från rättskällor som rangordnas enligt inomrättsliga kriterier och hierarkier. De rättsliga frågorna omfattar exempelvis förhållanden som rör den konstitutionella rätten såsom kommunal självstyrelse, egendoms- skydd, näringsfrihet, dataskydd och den EU-rättsliga styrningen av sjuksköterskeutbildningen. I utredningen har också aktualiserats högskolerättsliga, hälso- och sjukvårdsrättsliga och andra förvaltningsrättsliga frågor.

1.3.2 Undersökning av avtalen ALF, TUA och ULF

I samband med utformningen av förslaget till avtal om vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) har utredningen undersökt hur andra, besläktade avtal är konstruerade. De avtal som har undersökts är ALF-avtalet⁶ för läkarutbildningen samt dess föregångare LUA-avtalet⁷, TUA-avtalet⁸ för tandläkarutbildningen och ULF-avtalet⁹ för lärar- och förskollärarytbildningarna. Avtalen har analyserats med avseende på deltagande parter, avtalsstruktur och avtalsinnehåll, för att bedöma vad som är lämpligt att överföra till utredningens förslag om VULF-avtal.

1.3.3 Undersökning av förhållanden rörande privata vårdgivare

Kunskapen om privata vårdgivares medverkan i utbildning som utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård är begränsad. Utredningen har därför haft regelbunden kontakt med intresseorganisationen Vårdföretagarna, som organiserar privata vårdgivare. Utredningen har även genomfört möten och kommunicerat med privata vårdgivare som utför vård på regioners och kommuners uppdrag samt ett

⁶ Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

⁷ Avtal om läkarutbildning vid kommunala undervisningssjukhus m.m.

⁸ Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av tandläkare, odontologisk forskning och utveckling av tandvården.

⁹ Avtalet Utbildning, lärande och forskning. En nationell försöksverksamhet med fokus på samverkan mellan skolväsendet och universitet och högskolor om praktisknära forskning.

par vårdföretag som har direktavtal med lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning. Utredningen har också kommit i kontakt med privata vårdgivare via flera av de regionala vårdkompetensråden, vilka utredningen besökt och på andra sätt kommunicerat med. Vidare har utredningen undersökt förhållandena gällande privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning genom att inhämta information av Sveriges Kommuner och Regioner samt ett antal regioner om hur upphandlingar genomförs. Via Vårdföretagarna har utredningen också inhämtat information om privata vårdgivare som bedriver vård som inte är upphandlad av regioner eller kommuner, i första hand mindre verksamheter som erbjuder vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

1.3.4 Universitetskanslersämbetets stöd till utredningen

Universitetskanslersämbetet har i enlighet med utredningens direktiv och Universitetskanslersämbetets regleringsbrev för åren 2022 och 2023 bistått utredningen med sammanställningar och underlag enligt nedan.

Enkätundersökning

På utredningens uppdrag har Universitetskanslersämbetet genomfört en enkätundersökning i syfte att ta fram en nulägesbeskrivning av mängden verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen i dag, en prognos för framtida antal veckor verksamhetsförlagd utbildning och en prognos för lärosätenas kostnadsutveckling för verksamhetsförlagd utbildning. Samtliga 25 lärosäten som bedriver sjuksköterskeutbildning har ingått i undersökningen och besvarat enkäten.¹⁰

I undersökningen efterfrågades information om antal nybörjarplatser i sjuksköterskeutbildningen, antal veckor verksamhetsförlagd utbildning fördelat per termin, ekonomisk ersättning per vecka och student samt förteckning över kurser som innehåller verksamhetsförlagd utbildning. Vidare ombads lärosätena ange antalet studenter i utbildningen uppdelat per termin i nuläget och i en framtidsprognos. Dessutom ställdes frågor om avtalsprocessen för att reglera samarbetet avseende verksamhetsförlagd utbildning, tillgång till och kom-

¹⁰ Enkäten återfinns i bilaga 5 och resultaten redovisas i bland annat kapitel 4.

petens hos handledare, studenter som ordnar egen placering, samt användning och framtida behov av it-stöd vid bokning av platser. Lärosätena ombads även skicka in en sammanställning av kursvärderingar för samtliga kurser med verksamhetsförlagd utbildning och där den verksamhetsförlagda utbildningen utvärderats inom sjuksköterskeprogrammet för åren 2019–2022. Under arbetet med att utforma enkäten genomfördes en pilotundersökning där en första version skickades ut till två lärosäten för att testa enkäten. Efter pilotundersökningen gjordes vissa smärre justeringar av enkäten.

Baserat på enkätsvaren har Universitetskanslersämbetet tagit fram en nulägesbeskrivning samt en framtidsprognos för antalet studenter, antalet veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning och kostnaden för verksamhetsförlagd utbildning. I nulägesbeskrivningen har beräkningar gjorts enligt följande:

- Antal veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning per termin: antal studenter multiplicerat med antal veckor verksamhetsförlagd utbildning som varje student genomför per termin.
- Totalt antal veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning under utbildningen: antal veckor som studenter placeras per termin summerat för samtliga terminer.
- Kostnad för verksamhetsförlagd utbildning: den ersättning lärosätet betalar vårdgivare per vecka och student multiplicerat med totalt antal veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning.

Vid sammanställningen av framtidsprognosen har det framtida behovet beräknats enligt ovanstående principer, men med följande förändringar i parametrarna:

- Antal studenter har beräknats med hänsyn tagen till lärosätenas planerade ökning av nybörjarplatser och beräknad genomströmning.
- Antal veckor verksamhetsförlagd utbildning under utbildningen har justerats baserat på lärosätenas planerade framtida ökning av antal veckor verksamhetsförlagd utbildning utifrån förändringen i högskoleförordningen.

- Den ersättning lärosädet betalar vårdgivare per vecka och student verksamhetsförlagd utbildning har räknats upp med pris- och löneomräkningsindex.

Kartläggning av nuvarande avtal

Universitetskanslersämbetet har bistått utredningen med en kartläggning av lärosätenas avtal gällande verksamhetsförlagd utbildning. Syftet har varit att skapa en aktuell och samlad bild över avtalstyper, strukturer och åtaganden, dimensionering, ekonomisk ersättning och samverkansformer. Underlaget har hämtats från de avtal som lärosätena bifogade i samband med den tematiska utvärderingen av sjuksköterskeutbildningen år 2022.¹¹ Totalt har drygt 130 avtal med tillhörande bilagor granskats.¹²

Kartläggning av utbildnings- och kursplaner

Universitetskanslersämbetet har analyserat lärosätenas utbildnings- och kursplaner för sjuksköterskeutbildningen i syfte att sammanställa information om utbildningarnas innehåll och identifiera hur den kliniska utbildningen beskrivs vad gäller genomförande, omfattning och examination. Utbildnings- och kursplanerna har hämtats från hemsidorna för de 25 lärosäten som ger sjuksköterskeutbildning. Totalt ingår 25 utbildningsplaner och drygt 400 kursplaner i kartläggningen.¹³

Internationell jämförelse gällande yrkeskvalifikationsdirektivet

Universitetskanslersämbetet har bistått utredningen med en kartläggning av hur yrkeskvalifikationsdirektivet införlivats i sjuksköterskeutbildningen i ett antal andra länder inom EU och Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). De länder som ingått i den internationella jämförelsen är Danmark, Estland, Finland, Irland, Lettland, Malta, Norge, Portugal och Slovakien. Sammanställningen

¹¹ Universitetskanslersämbetet (2021 b).

¹² Se bilaga 7.

¹³ Se bilaga 6.

har främst baserats på information som inhämtats från offentliga institutioners hemsidor i dessa länder.¹⁴

Analys av näraliggande utbildningar

För att få en ökad förståelse för strukturen på utbildningarna har sjuksköterskeutbildningen och andra näraliggande utbildningar analyserats. De utbildningar som med bistånd från Universitetskanslersämbetet har studerats är yrkesexamensprogram på grundnivå och avancerad nivå inom hälso- och sjukvård samt social omsorg. Det underlag som använts är rapporter om prognoser för behovet av högskoleutbildade, tillgång och efterfrågan på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården, information från utbildningsplaner samt lärosätenas programhemsidor.

Den tematiska utvärderingen av sjuksköterskeutbildningen

Universitetskanslersämbetet genomförde under år 2022 en tematisk utvärdering av utbildning som leder till sjuksköterskeexamen med fokus på hur lärosätena arbetar för att studenterna ska uppfylla examensmålen gällande färdighet och förmåga.¹⁵ Utifrån den tematiska utvärderingen har Universitetskanslersämbetet extraherat och sammanställt för utredningen särskilt relevanta delar av bedömargruppens yttranden, bland annat gällande kompetensförsörjning och kvalitets-säkring av den verksamhetsförlagda utbildningen. Därutöver har lärosätenas självvärderingar från den tematiska utvärderingen använts som underlag i utredningen och bidragit med information om verksamhetsförlagd utbildning och klinisk utbildning, bland annat om utbildning för handledare i klinisk verksamhet, handledningsmodeller, tillgång till kliniska placeringar och lärarförsörjning.

¹⁴ Utredningen har därutöver inhämtat information om Danmark genom ett möte på plats med Uddannelses- og Forskningsstyrelsen den 22 maj 2023.

¹⁵ Universitetskanslersämbetet (2022 b).

Framtagande och sammanställning av statistik

Universitetskanslersämbetet har bistått utredningen med statistik om söktryck, behöriga förstahandssökande, antagna studenter, registrerade studenter, helårsstudenter och utfärdade examina. Även statistiska uppgifter om forskningsämnet omvårdnad har tagits fram för utredningens räkning, bland annat uppgifter om antal nybörjardoktorander, helårsstudenter, doktorander, helårsdoktorander och doktors-examina.

1.3.5 Universitets- och högskolerådets stöd till utredningen

Utredningen har samarbetat med Universitets- och högskolerådet. Tidigt i utredningsarbetet stod det klart att avsaknaden av ett modernt, nationellt it-stöd utgör ett hinder för ett effektivt nyttjande av tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning. I den specifika frågan om nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning har utredningen fört en löpande dialog dels med Ladokkonsortiet, dels med Universitets- och högskolerådet. Utredningen har även haft kontakt med lärosäten och sjukvårdshuvudmän som har egna it-stöd för hantering av verksamhetsförlagd utbildning inom hälso- och sjukvårdsutbildningarna.

På utredningens önskemål har Universitets- och högskolerådet genomfört en förstudie om ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning. Under utredningsarbetet har förstudien kommunicerats till Ladokkonsortiet, berörda lärosäten via universitets- och högskoledirektörerna samt intresserade sjukvårdshuvudmän.

I anslutning till frågan om ett nationellt it-stöd har utredningen undersökt vilken myndighet eller organisation som lämpligen borde ansvara för ett sådant it-stöd. Utredningen har i samband med detta noterat att ansvaret för it i dag är fragmentiserat inom universitets- och högskolesektorn i Sverige och att det finns skäl som talar för en starkare samordning. Ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning ska inte vara en särlösning, utan ingå i en större helhet för e-infrastruktur för utbildning och forskning. Notabelt är att ansvaret för it inom universitets- och högskolesektorn har samordnats på nationell nivå i flera andra länder och då gemensamt för både utbildning och forskning.

1.4 Betänkandets disposition

I kapitel 2 beskrivs grundläggande förutsättningar för svensk högskoleutbildning, den svenska sjuksköterskeutbildningen och dess organisation, innehåll och omfattning. Kapitel 3 innehåller en beskrivning av hur EU-rätten styr sjuksköterskeutbildningens utformning främst vad gäller omfattningen av den kliniska utbildningen.

I kapitel 4 ges en översiktlig beskrivning av nuvarande ordning för samarbete om och former för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen. Utredningen redovisar i kapitel 5 de hinder som identifierats gällande att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet på sjuksköterskeutbildningen. I kapitel 6 utreds behovet av och möjligheterna att vidareutveckla den nuvarande ordningen för samarbete om verksamhetsförlagd utbildning i form av ett nationellt avtal om vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) för sjuksköterskeutbildningen.

Kapitel 7 utreder behov av och förutsättningar för ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning. I kapitel 8 analyseras om en lagstadgad skyldighet att medverka i utbildning skulle vara en ändamålsenlig åtgärd för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Ändamålsenligheten i att ställa särskilda krav på privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning utreds i kapitel 9. I kapitel 10 redogörs för konsekvenser av utredningens förslag och vilka alternativa lösningar som övervägts när förslagen arbetats fram.

I bilagor till betänkandet finns utredningens direktiv, en sammanställning av utredningens referensgrupp och utredningens möten, den enkät som skickades ut till lärosätena, en förteckning över de utbildnings- och kursplaner som analyserats samt en förteckning över nuvarande avtal för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen.

1.5 Begrepp

Nedan förklaras några av de centrala begrepp som används i betänkandet.

Hälso- och sjukvårdshuvudmän

Med hälso- och sjukvårdshuvudmän avses i betänkandet den region eller den kommun som enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård.

Universitet, högskolor och lärosäten

Universitet och högskolor samt lärosäten används synonymt i betänkandet. Med universitet och högskolor respektive lärosäten avses både statliga universitet och högskolor som omfattas av högskolelagen (1992:1434) samt enskilda utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda examina enligt lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina.

Verksamhetsförlagd utbildning

I betänkandet används i huvudsak begreppet verksamhetsförlagd utbildning för att beskriva den del av högskoleutbildningen som sker i hälso- och sjukvården, till exempel vid sjukhus, vårdcentraler eller i hemsjukvård.

Vårdgivare

Med vårdgivare avses i betänkandet den region, kommun eller enskilda näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Vårdvetenskap och omvårdnad

Vårdvetenskap som term återfinns inte i aktuell standard för svensk indelning i forskningsämnen, även om det ingår i förkortningen VULF-avtal och används i utredningens direktiv.¹⁶ I standarden för forskningsämnen anges kategorin hälsovetenskap (303), i vilken forskningsämnet omvårdnad ingår (*nursing*, 30305).¹⁷ I betänkandet används därför termen omvårdnad för att beskriva det aktuella forskningsämnet som avses. I utredningens beskrivning av det föreslagna VULF-avtalet används dock begreppet vårdvetenskap, då förkortningen VULF redan är etablerad.

¹⁶ Ett avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning, se vidare kapitel 6.

¹⁷ Statistiska centralbyrån och Universitetskanslersämbetet (2011) s. 15.

2 Bakgrund

I detta kapitel beskrivs grundläggande förutsättningar för högre utbildning i Sverige samt hur sjuksköterskeutbildningen i Sverige är organiserad. Sjuksköterskeutbildningens innehåll och omfattning belyses och andra näraliggande utbildningar presenteras översiktligt. I kapitlet berörs även tidigare utredningar om och åtgärder för att främja verksamhetsförlagd utbildning samt Universitetskanslersämbetets tematiska utvärdering av sjuksköterskeutbildningen.

2.1 Grundläggande förutsättningar för högskoleutbildning i Sverige

2.1.1 Rättslig reglering, styrning och finansiering av högskoleutbildning

Högskoleutbildningen styrs framför allt av högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100). Staten ska enligt 1 kap. 2 § högskolelagen som huvudman anordna högskolor dels för utbildning som vilar på vetenskaplig eller konstnärlig grund samt på beprövad erfarenhet, dels forskning och konstnärlig forskning samt utvecklingsarbete.¹ Högskolorna har också till uppgift att samverka med det omgivande samhället för ömsesidigt utbyte och verka för att den kunskap och kompetens som finns vid högskolan kommer samhället till nytta. Verksamheten ska enligt 1 kap. 3–4 §§ högskolelagen bedrivas så att det finns ett nära samband mellan forskning och utbildning samt anpassas så att en hög kvalitet nås i utbildningen och forskningen. Riksdagen beslutar enligt 2 kap. 1 § högskolelagen vilka statliga högskolor som ska finnas. Av bilaga 1 till högskoleförordningen framgår att det finns 31 statliga universitet och högskolor i Sverige.

¹ Begreppen högskola, universitet och utbildningsanordnare används synonymt.

De statliga universiteten och högskolorna utgör statliga förvaltningsmyndigheter. De lyder enligt 12 kap. 1 § regeringsformen därmed under regeringen. I egenskap av statliga förvaltningsmyndigheter åtnjuter de dock självständighet som följer av 12 kap. 2 § regeringsformen. Självständigheten innebär att ingen myndighet och inte heller riksdagen får bestämma hur högskolorna i ett särskilt ärende ska besluta under förutsättning att ärendet rör myndighetsutövning mot enskild eller tillämpningen av lag. I egenskap av statliga förvaltningsmyndigheter omfattas högskolorna även av den allmänna förvaltningsrättsliga regleringen, exempelvis förvaltningslagen (2017:900) och lagen (1994:260) om offentlig anställning.

De statliga högskolorna är organiserade genom en styrelse, till vilken regeringen utser majoriteten av ledamöter samt dess ordförande. Varje högskola har en rektor utsedd av regeringen som leder verksamheten under styrelsen. Bortsett från styrelsen och rektor beslutar varje universitet och högskola om sin organisation. Likaså styr högskolorna över vilken forskning som ska bedrivas. Vissa beslut som rör utbildning och forskning ska fattas av personer med vetenskaplig eller konstnärlig kompetens och studenterna har i vissa fall rätt att vara representerade.

För att examen ska få utfärdas krävs tillstånd för högskolan.² Också enskilda utbildningsanordnare, fysiska eller juridiska personer, kan få tillstånd av regeringen att utfärda examina. Det följer av 1 och 5 §§ lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina. Det finns 18 enskilda utbildningsanordnare i Sverige.³

Ersättningssystemet för högre utbildning beror på huvudmannskapet för utbildningen. Riksdagen beslutar om resurstilldelningen för varje lärosäte. För statliga lärosäten samt Chalmers tekniska högskola och Stiftelsen Högskolan i Jönköping ges ett anslag gällande utbildning på grundnivå och avancerad nivå samt ett anslag för forskning och utbildning på forskarnivå. Anslaget gällande utbildning på grundnivå och avancerad nivå baseras på ersättningen för antal registrerade studenter och antal avklarade högskolepoäng.⁴ Varje kurs är klassificerad inom ett utbildningsområde med ett visst ersättningsbelopp. För övriga enskilda utbildningsanordnare regleras ersättningen i avtal med regeringen.

² Se avsnitt 2.1.3.

³ Universitets- och högskolerådet (2023 a).

⁴ Omräknat till helårsstudenter och helårsprestationer.

2.1.2 Om högskoleutbildning

Högskoleutbildning ska enligt 1 kap. 7 § högskolelagen ges på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå. Utbildning på grundnivå bygger enligt 1 kap. 8 § samma lag väsentligen på de kunskaper som eleverna får från nationella program i gymnasieskolan och ska utveckla studenternas förmåga att göra självständiga och kritiska bedömningar, att självständigt urskilja, formulera och lösa problem samt att möta förändringar i arbetslivet. Därutöver ska studenterna utveckla förmåga att söka och värdera kunskap på vetenskaplig nivå, följa kunskapsutvecklingen och utbyta kunskaper även med personer utan specialkunskaper inom området. Utbildning på avancerad nivå ska väsentligen bygga på kunskaper från grundnivå och innebära fördjupning av kunskaper, färdigheter och förmågor i förhållande till utbildning på grundnivå. Utbildning på forskarnivå ska väsentligen bygga på kunskaper från de tidigare nivåerna och ska därutöver utveckla kunskaper och färdigheter för att självständigt kunna bedriva forskning, 1 kap. 9–9 a §§ högskolelagen.

Närmare bestämmelser om högskoleutbildningens bedrivande finns särskilt i 6 kap. högskoleförordningen. Utbildningens omfattning ska enligt 6 kap. 2 § samma förordning anges i högskolepoäng, där heltidsstudier under ett normalstudieår om 40 veckor motsvarar 60 högskolepoäng. All utbildning på grundnivå och avancerad nivå ska bedrivas i form av kurser som får sammanföras till utbildningsprogram.

För en kurs ska det finnas en kursplan som anger kursens nivå, antal högskolepoäng, mål, krav på särskild behörighet, formerna för bedömning av studenternas prestationer och de övriga föreskrifter som behövs, vilket följer av 6 kap. 13–15 §§ högskoleförordningen. För utbildningsprogram ska det finnas en utbildningsplan som anger de kurser som programmet omfattar, kraven på särskild behörighet och de övriga föreskrifter som behövs, vilket följer av 6 kap. 16–17 §§ högskoleförordningen. För utbildningar som omfattas av Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer (yrkeskvalifikationsdirektivet) anges enligt 6 kap. 17 a § högskoleförordningen det minsta antalet timmar som utbildningarna ska omfatta.⁵ Universitet och högskolor som får utfärda examina på forskarnivå ska enligt 6 kap. 25–27 §§ samma förordning besluta om ämnen som utbildning på

⁵ I bilaga 4 till högskoleförordningen anges timantal för utbildningarna till barnmorska, sjuksköterska, tandläkare och läkare. Yrkeskvalifikationsdirektivet diskuteras i kapitel 3.

forskarnivå ska anordnas i och varje ämne ska ha en allmän studieplan som anger huvudsakligt innehåll i utbildningen, krav på särskild behörighet och övriga föreskrifter.

När studenten har genomgått en kurs ska betyg sättas av högskolan. Betyget beslutas av examinator, som enligt 6 kap. 18 § högskoleförordningen är en av högskolan särskilt utsedd lärare.

Kursplanerna styr hur verksamhetsförlagd utbildning utformas och är därför viktiga komponenter för att värna studenternas rättssäkerhet i fråga om förutsebarhet för mål och genomförande av examinationer. Frågan huruvida kursplaner utgör föreskrifter som utfärdats med stöd av bemyndiganden från regeringen enligt 8 kap. regeringsformen har varit omdiskuterad.⁶ Riksdagens ombudsmän (JO) har i ett beslut konstaterat att en kursplan inte kan anses utgöra en föreskrift enligt 8 kap. regeringsformen, bland annat mot bakgrund av att det saknas ett bemyndigande i högskoleförordningen som ger universitet och högskolor rätt att meddela föreskrifter i kursplaner. JO har också av rättssäkerhetsskäl efterlyst att det bör klargöras vilken rättslig status en kursplan har.⁷

I examensbeskrivningen ingår många praktiska delar av utbildningen och en stor del av dem förläggs ofta till hälso- och sjukvårdsverksamhet. Verksamhetsförlagd utbildning omnämns dock inte i examensbeskrivningen och utgör därför inte ett författningskrav för att kunna bli sjuksköterska. Verksamhetsförlagd utbildning utgör dock ofta en obligatorisk del på grund av hur lärosätena har utformat sina utbildningsplaner.⁸

Sjuksköterskeutbildningen måste till följd av EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv omfatta klinisk utbildning som motsvarar minst hälften av 4 600 timmar, vilket innebär att det inte är möjligt att avlägga sjuksköterskeexamen utan att genomföra verksamhetsförlagd utbildning.⁹

En student kan under de förutsättningar som anges i 6 kap. 7–8 §§ högskoleförordningen ansöka om att få tillgodoräkna sig annan utbildning samt kunskaper och färdigheter som har förvärvats i yrkesverksamhet. Detta omfattar även kurser som innehåller verksamhetsförlagd utbildning. Högskolan ska i sådana fall pröva om tidigare utbildning eller verksamhet kan godtas för tillgodoräknande.

⁶ SOU 2012:5 s. 11 f. och 83 ff.

⁷ JO, beslut den 6 december 2022, dnr 2445-2020. Att högskoleförordningen borde förtydligas på denna punkt föreslogs också i SOU 2012:5 s. 83 ff.

⁸ SOU 2020:19 s. 236. Yrkeskvalifikationsdirektivet begränsar dock lärosätenas handlingsfrihet, se avsnitt 3.2.3.

⁹ Se kapitel 3.

Överklagandenämnden för högskolan har konstaterat att det saknas stöd i högskoleförordningen för att högskolan i sådana sammanhang uppställer krav på att genomföra kompletterande prov eller andra uppgifter för att kunna få ansökan om tillgodoräknande gällande en kurs som omfattar verksamhetsförlagd utbildning beviljad.¹⁰ Om en student ansöker om tillgodoräknande måste högskolan alltid göra en individuell bedömning utifrån studentens kunskaper och färdigheter i förhållande till den utbildning som studenten önskar få tillgodoräkna sig och kan inte avslå en ansökan med hänvisning till generella ställningstaganden.¹¹

2.1.3 Examenstillstånd och examina

Examina ska enligt 6 kap. 10 a § högskolelagen avläggas på grundnivå, avancerad nivå eller forskarnivå. Examina på forskarnivå får enligt 1 kap. 11 § högskolelagen utfärdas vid universiteten. Regeringen meddelar föreskrifter om vilka examina som får avläggas och på vilken nivå de ska avläggas.

Universitetskanslersämbetet beslutar enligt 1 kap. 12 § högskolelagen och 2 § förordningen (2012:810) med instruktion för Universitetskanslersämbetet om tillstånd att utfärda examina på forskarnivå för högskolor som inte är universitet samt på grundnivå och avancerad nivå för universitet och högskolor. Ett sådant tillstånd får enligt 1 kap. 13 § högskolelagen bara utfärdas om utbildningen uppfyller de krav som ställs och det finns ett allmänt intresse av att utfärda examina ur ett rikstäckande perspektiv. Vissa högskolor får också utfärda en gemensam examen tillsammans med en annan högskola, en enskild utbildningsanordnare eller ett utländskt lärosäte som inte är en fysisk person, vilket följer av 1 kap. 17 § högskolelagen. I 1 kap. 14–16 §§ samma lag finns bestämmelser som tillämpas om kraven för examensrätt inte bedöms vara uppfyllda vid ett visst lärosäte. Vad gäller enskilda utbildningsanordnare lämnar regeringen enligt 1 och 5 §§ lagen om tillstånd att utfärda vissa examina tillstånd till dem.

Examensordningen, bilaga 2 till högskoleförordningen, anger vilka examina som får avläggas på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå och vilka krav som ska uppfyllas för respektive examen (examensbeskrivning).

¹⁰ Överklagandenämnden för högskolan, beslut den 31 augusti 2018, reg. nr 241-492-18.

¹¹ Överklagandenämnden för högskolan, beslut den 16 maj 2014, reg. nr 241-248-14.

På grundnivå kan avläggas generella examina (högskoleexamen om 120 högskolepoäng och kandidatexamen om 180 poäng) inom huvudområdet för utbildningen, konstnärlig examen (konstnärlig högskoleexamen om 120 högskolepoäng och konstnärlig kandidatexamen om 180 poäng) inom huvudområdet för utbildningen samt yrkesexamina, exempelvis sjuksköterska.

På avancerad nivå kan avläggas generella examina (magisterexamen om 60 högskolepoäng och masterexamen om 120 högskolepoäng), konstnärliga examina (konstnärlig magisterexamen om 60 högskolepoäng och konstnärlig masterexamen om 120 högskolepoäng) samt yrkesexamina, exempelvis barnmorska.

På forskarnivå kan avläggas generella examina (licentiatexamen om 120 högskolepoäng och doktorsexamen om 240 högskolepoäng) samt konstnärliga examina (konstnärlig licentiat om 120 högskolepoäng och konstnärlig doktorsexamen om 240 högskolepoäng).

För examen på alla nivåer krävs att studenten eller doktoranden har nått uppställda mål gällande kunskap och förståelse, färdighet och förmåga samt värderingsförmåga och förhållningssätt. På grundnivå och avancerad nivå krävs även att studenten har presterat ett självständigt arbete (examensarbete) som omfattar ett visst antal högskolepoäng. På forskarnivå krävs en vetenskaplig uppsats eller avhandling (doktorsavhandling) som omfattar ett visst antal högskolepoäng. Konstnärlig examen på forskarnivå kräver ett dokumenterat konstnärligt forskningsprojekt som omfattar ett visst antal högskolepoäng. Av examensbeskrivningen för doktorsexamen och konstnärlig doktorsexamen samt 6 kap. 33 § högskoleförordningen framgår att en sådan examen bland annat kräver en godkänd doktorsavhandling som har försvarats vid en offentlig disputation med en opponent.

2.1.4 Kontroll och främjande av högskoleutbildningen genom myndigheter och domstol

Högskolornas och universitetens verksamhet är underställd kontroll av ett flertal myndigheter samt även domstol. Universitetskanslersämbetet ansvarar enligt 1 § förordningen med instruktion för Universitetskanslersämbetet för kvalitetssäkring, granskning av effektivitet, uppföljning, tillsyn samt chefsutveckling för universitet och högskolor som omfattas av högskolelagen och enskilda utbildningsanordnare.

Det är exempelvis möjligt för en student att klaga till Universitetskanslersämbetet om studenten upplever kvalitetsbrister i en utbildning.

Universitets- och högskolerådet utgör ytterligare en myndighet som på uppdrag av statliga universitet, högskolor och enskilda utbildningsanordnare ska biträda vid antagning av studenter, ansvara för ett samordnat antagningsförfarande samt ge service och råd om studieadministrativ verksamhet. Myndighetens uppdrag är service, samordning, främjande och utveckling av verksamheten samt internationellt samarbete och mobilitet inom utbildningsområdet, vilket följer av 1–2 §§ förordningen (2012:811) med instruktion för Universitets- och högskolerådet.

Ett antal beslut som fattas vid universitet och högskolor som styrs av högskoleförordningen kan enligt 12 kap. 2 § högskoleförordningen överklagas till Överklagandenämnden för högskolan, som utgör ett domstolsliknande organ. Beslut av nämnden får enligt 12 kap. 6 § högskoleförordningen inte överklagas.

Vissa beslut, exempelvis disciplinåtgärder gentemot en student, kan i stället överklagas till allmän förvaltningsdomstol i enlighet med 12 kap. 3 § högskoleförordningen.

Ytterligare ett antal tillsynsmyndigheter utövar tillsyn över lärosätenas verksamhet. Exempelvis kan nämnas Diskrimineringsombudsmannen och Integritetsskyddsmyndigheten. Riksdagens ombudsmän och Justitiekanslern utövar extraordinär tillsyn över de statliga högskolorna och universiteten. Justitiekanslern prövar också skadeståndsanspråk mot staten som kan aktualiseras i högskoleutbildningen.

2.2 Sjuksköterskeutbildningen i Sverige

2.2.1 Kortfattad historik om sjuksköterskeutbildningen

Sjuksköterskeutbildning har funnits i Sverige sedan senare hälften av 1800-talet. De första sjuksköterskorna utbildades vid stiftelsen diakonissanstalten i Stockholm som öppnade år 1851. Fram till år 1900 utbildades 300 diakonissor, som arbetade i sjuk-, fattig- och församlingsvård. År 1867 började Akademiska sjukhuset i Uppsala utbilda sjuksköterskor. Utbildningen flyttades år 1877 till Sahlgrenska sjukhuset och år 1881 till Sabbatsbergs sjukhus. Vid denna tidpunkt bekostades utbildningen av föreningen Svenska Röda Korset och eleverna förband sig till att efter utbildningen arbeta i sjukvården och stå

till föreningens förfogande i krigstid. År 1884 grundade drottning Sophia en sjuksköterskeskola på kristlig grund. Utbildningen var först ettårig och unik, då den innefattade teoretisk undervisning och en instruktionsskötersketjänst som inrättades för det ändamålet år 1892.¹²

Under 1800-talet fanns mycket få utbildade sjuksköterskor, men i takt med sjukhusens framväxt under 1800-talet ökade intresset för att låta sjuksköterskeelever arbeta där. Vid vissa landsortslasarett inleddes undervisning för sjuksköterskor. Utvecklingen av sjuksköterskeutbildning avancerade under 1900-talets två första decennier. År 1916 fanns 57 sjuksköterskeskolor i Sverige som gav ett- eller tvååriga utbildningar, förutom Sophiahemmet och lasarettet i Karlstad med treåriga utbildningar. Omkring hälften av skolorna hade både teoretisk och praktisk undervisning.¹³ Något som utmärkte alla dåvarande sjuksköterskeskolor i Sverige oavsett organisationsform var att eleverna inte fick ersättning för sina arbetsprestationer av sjukhusen. Eventuell ersättning betalades i stället till sjuksköterskeskolorna.¹⁴

År 1920 infördes en rättslig reglering av vissa grundläggande krav på sjuksköterskeutbildningen i Sverige. Det fastslogs att läroanstalt avsedd att bibringa kvinnor teoretiska och praktiska insikter i allmän sjukvård kunde erhålla godkännande som sjuksköterskeskola. För att godkännas krävdes exempelvis att eleverna som antogs skulle vara mellan 20 och 27 år, att utbildningen skulle vara minst två år samt bestå av praktisk och teoretisk undervisning. Vidare krävdes att det fanns en lämplig sjukvårdsanstalt för den praktiska utbildningen, lämpliga lärare för teoretisk och praktisk utbildning samt att utbildningen ordnades så att eleverna kunde få fullgoda insikter och färdigheter i allmän sjukvård.¹⁵ Sjuksköterskeskolorna stod under Medicinalstyrelsens tillsyn.¹⁶ Den teoretiska utbildningen stärktes successivt och renodlades genom att indelas i särskilda block i stället för att bedrivas parallellt med det praktiska arbetet. Det skedde redan 1905 vid

¹² SOU 1948:17 s. 16 f.

¹³ SOU 1948:17 s. 16 f.

¹⁴ SOU 1948:17 s. 17.

¹⁵ 1–2 §§ Kungl. Maj:ts kungörelse (1920:233) med bestämmelser angående statens godkännande av sjuksköterskeskolor och sjuksköterskebyråer.

¹⁶ 12 § Kungl. Maj:ts kungörelse (1920:233) med bestämmelser angående statens godkännande av sjuksköterskeskolor och sjuksköterskebyråer och i senare bestämmelser såsom 6 § Kungl. Maj:ts kungörelse (1935:431) med bestämmelser angående statens godkännande av sjuksköterskeskolor och 2 § Kungl. Maj:ts stadga (1954:352) för statens sjuksköterskeskolor.

Sophiahemmet och under 1920–1930-talet vid landets övriga sjuksköterskeskolor.¹⁷

Först under 1960-talet skedde en omfattande utbyggnad av vårdutbildningarna i landet. Utbildningarna bedrevs i landstingskommunal, primärkommunal, statlig samt enskild regi. De flesta sjuksköterskeutbildningar hade vid denna tidpunkt landsting eller landstingsfria städer som huvudman.¹⁸ År 1965 fanns 34 sjuksköterskeskolor i Sverige. Staten var huvudman för tre sjuksköterskeskolor i Stockholm, Göteborg och Norrköping och drev tillsammans med Uppsala läns landsting ytterligare en sjuksköterskeskola. Därutöver drevs 20 sjuksköterskeskolor av landsting, 4 av städer utanför landsting och 6 av stiftelser eller sammanslutningar.¹⁹ År 1966 blev Skolöverstyrelsen tillsynsmyndighet för alla vårdutbildningar utom de statliga högskoleutbildningarna såsom läkar- och tandläkarutbildningen.²⁰

Frågan om huvudmannaskapet för vårdutbildningar inklusive sjuksköterskeutbildningen har varit föremål för utredningar och diskussion under många decennier.²¹

2.2.2 Tidigare utredningar om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen

Historiskt var sjuksköterskeutbildningen alltså till övervägande delar praktisk och gränsen mellan utbildning och arbete var flytande. Frågan om verksamhetsförlagd utbildning växte successivt fram. I samband med 1975 års högskolereform uttalade riksdagen att frågan om praktikplatser var ett hinder för att bygga ut vårdutbildningar som behövde belysas och övervägas.²² År 1977 tillsattes en kommitté med uppdrag att utreda vissa frågor om vårdutbildningar i högskolan (VÅRD 77). I utredningens direktiv angavs bland annat att praktiken sedan länge varit en flaskhals i utbildningsplaneringen gällande vårdutbildningar. Därför skulle kommittén kartlägga behovet av praktikplatser och analysera om de krav som ställdes på praktik var relevanta eller kunde uppnås på andra sätt. Mot bakgrund av de studerandes tidigare erfarenheter och förändringarna i vård- och arbetstagarorganisationen

¹⁷ SOU 1948:17 s. 20 f.

¹⁸ SOU 1981:9 s. 27.

¹⁹ Prop. 1965:161 s. 5.

²⁰ Prop. 1965:161 s. 91.

²¹ Se kapitel 8.

²² Bet. 1975/76: UbU27 s. 7 och rskr. 1975/76:331.

skulle kommittén bedöma om praktikkraven kunde förändras till omfattning och innehåll. Konkurrensproblem gällande praktikplatser lyftes fram, som också förstärktes av sjukvårdsorganisationens varierande lokala och regionala kapacitet. Det diskuterades också att minska praktiken till en miniminivå och att hårt utnyttjade praktikområden skulle prioriteras för utbildningsvägar där den var oundgänglig. Kommitténs uppdrag var också att överväga att skapa praktikplatser inom mindre nyttjade områden, exempelvis inom öppen vård, samt att lämna förslag på praktiktidens omfattning i befintlig studieorganisation.²³

I ett delbetänkande redovisade VÅRD 77 sina slutsatser avseende praktikfrågorna. Enligt kommittén var möjligheten att öka vårdutbildningarnas kapacitet begränsad på grund av praktikkrav som uppställdes i utbildningsplaner samt föreliggande brist på lärare och lokaler. Kommittén påpekade att praktiken var inriktad på sjukhusvård, medan en allt större del av vården bedrevs i öppna vårdformer samt långtidssjukvård. Detta resulterade i trängsel kring patienter och färre övningstillfällen för studenterna. Det ansågs nödvändigt att vidga praktiken till fler fält, exempelvis hemsjukvården.²⁴ Kommittén ansåg att det decentraliserade beslutsfattande som förverkligats genom 1977 års högskolereform skulle möjliggöra ett stort inflytande över utbildningsplaner och ett förstärkt lokalt beslutsfattande som skulle kunna leda till en jämnare användning av vårdorganisationen i utbildningen. Kommittén betonade vikten av att de lokala planeringsorganen skulle betros med kompetens.²⁵

I betänkandet diskuterades också den tidsmässiga förläggningen av praktik. Kommittén framhöll att det var viktigt att studenterna skulle få en realistisk bild av personalens och vårdens villkor, också under dygnets olika timmar. Kvälls- och nattsift under den verksamhetsförlagda utbildningen förekom redan, men det anfördes också att handledning nattetid inte kunde genomföras på samma sätt som dagtid, då lärare inte fanns på plats. Kommittén menade därför att verksamhetsförlagd utbildning nattetid borde anordnas först om alla andra möjligheter var uttömda och i så fall i samråd med anställda och studenter.²⁶ Behovet av samordning för att frigöra praktikplatser lyftes också fram. I Stockholms läns landsting hade det exempelvis

²³ Dir. 1977:82.

²⁴ SOU 1978:15 s. 14.

²⁵ SOU 1978:15 s. 28 f.

²⁶ SOU 1978:15 s. 35, se även SOU 1981:9 s. 142 f.

skapats en särskild samordningsorganisation mellan utbildningen och sjukvårdsförvaltningen med särskilda befattningshavare organisatoriskt placerade i sjukvårdsförvaltningen.²⁷ Kursplaner och den verksamhetsförlagda utbildningens förläggning i tid ansågs ha störst betydelse för tillgången till praktikplatser.²⁸

2.2.3 Utbildningsanordnare av sjuksköterskeutbildningen i Sverige

Sjuksköterskeutbildningen i Sverige bedrivs huvudsakligen vid statliga universitet och högskolor, vars verksamhet främst styrs av högskolelagen och högskoleförordningen, vilket följer av 1 kap. 1–2 §§ högskolelagen och 1 kap. 1 § samt bilaga 1 till högskoleförordningen. Så har varit fallet sedan den 1 januari 2002, då staten övertog huvudmannaskapet för vårdhögskoleutbildningarna, inklusive sjuksköterskeutbildningen. Dessförinnan svarade de dåvarande landstingen och Gotlands kommun för dessa utbildningar.²⁹ Skälen till att ett statligt huvudmannaskap infördes var främst för att ge vårdutbildningarna samma förutsättningar som övriga universitetsutbildningar samt för att möjliggöra en bättre planering av utbildningsplatser och råda bot på kompetensförsörjningsproblemet i vården.³⁰

Sjuksköterskeutbildningen ges också av enskilda utbildningsanordnare, vars verksamhet regleras i lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina.

Sjuksköterskeutbildning kan vidare bedrivas inom ramen för uppdragsutbildning hos statliga universitet och högskolor, som styrs av förordningen (2002:760) om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor. Statliga universitet och högskolor får erbjuda uppdragsutbildning om den knyter an till sådan högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå för vilken högskolan har examensrätt. En sådan utbildning innebär att lärosätet mot avgift från uppdragsgivaren tillhandahåller en viss utbildning åt fysiska personer. Det är uppdragsgivaren som bestämmer vilka personer som ska delta i uppdragsutbildningen. När stat, kommun eller region är uppdragsgivare gäller därutöver att uppdraget ska avse personalutbildning eller ut-

²⁷ SOU 1978:15 s. 70 f.

²⁸ SOU 1981:9 s. 143 f.

²⁹ Prop. 2000/01:71, bet. 2000/01:UöU17 och rskr. 2000/01:123.

³⁰ Prop. 2000/01:71 s. 25 ff. För en historisk överblick av huvudmannafrågan, se s. 8 ff.

bildning som behövs av exempelvis arbetsmarknadsskäl. Regeringen kan besluta att ytterligare personer kan omfattas av utbildningen, vilket följer av 1–3 §§ samma förordning. Uppdragsutbildning får inte bedrivas så att den får en negativ inverkan på högskoleutbildningen på grundnivå eller avancerad nivå som högskolan ska bedriva och förutsätter om den motsvarar mer än 60 högskolepoäng en under rättelse till Universitetskanslersämbetet. Deltagarna i uppdragsutbildningen får ges betyg samt kurs- och examensbevis enligt bestämmelserna för högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå om samma kvalitetskrav uppställs som på motsvarande högskoleutbildning, 4 och 6 §§ samma förordning.

I examensordningen anges vilka examina som får avläggas på grundnivå, avancerad nivå samt forskarnivå inklusive bestämmelser om sjuksköterskeexamen som omfattar de statliga universiteten och högskolorna, vilket följer av 6 kap. 4 § och bilaga 2 till högskoleförordningen. Samma krav omfattar även de enskilda utbildningsanordnarna när de utfärdar sjuksköterskeexamen, vilket följer av 2 § andra stycket lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina som hänvisar till högskoleförordningen (1993:100).

Sjuksköterskeexamen är en yrkesexamen på grundnivå. Statliga universitet och högskolor får under förutsättning att de har erhållit examenstillstånd av Universitetskanslersämbetet utfärda sjuksköterskeexamen, vilket följer av 1 kap. 12 § högskolelagen samt 2 § första stycket p. 4 förordningen (2012:810) med instruktion för Universitetskanslersämbetet. För enskilda utbildningsanordnare gäller detsamma vid tillstånd av regeringen enligt 1 och 5 §§ lagen om tillstånd att utfärda vissa examina. För närvarande finns 25 universitet och högskolor i Sverige som har rätt att utfärda sjuksköterskeexamen.³¹ Av dessa utgör 21 lärosäten statliga högskolor och universitet och 4 utgör enskilda utbildningsanordnare.

³¹ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

Figur 2.1 Anordnare av sjuksköterskeutbildningen i Sverige

Statliga och enskilda utbildningsanordnare



Källa: Universitetskanslersämbetets illustration.

Av nedanstående tabell framgår antalet registrerade studenter vid de 25 sjuksköterskeutbildningarna för vårterminen 2023.

Tabell 2.1 Antal registrerade studenter vid sjuksköterskeutbildningen i Sverige under vårterminen 2023 hos statliga och enskilda utbildningsanordnare

Antal studenter på samtliga terminer av utbildningen

Statliga utbildningsanordnare	Antal	Enskilda utbildningsanordnare	Antal
Blekinge tekniska högskola	473	Marie Cederschiöld högskola	613
Göteborgs universitet	615	Sophiahemmet högskola	637
Högskolan Dalarna	524	Röda Korsets högskola	708
Högskolan i Borås	611	Stiftelsen Högskolan i Jönköping	588
Högskolan i Gävle	535		
Högskolan i Halmstad	553		
Högskolan i Skövde	435		
Högskolan Kristianstad	588		
Högskolan Väst	562		
Karlstads universitet	526		
Karolinska institutet	837		
Linköpings universitet	662		
Linnéuniversitetet	807		
Luleå tekniska universitet	393		
Lunds universitet	484		
Malmö universitet	644		
Mittuniversitetet	598		
Mälardalens universitet	992		
Umeå universitet	762		
Uppsala universitet	662		
Örebro universitet	591		

Källa: Universitetskanslersämbetet (2023 b).

2.2.4 Sjuksköterskeutbildningens innehåll och omfattning

Sjuksköterskeexamen utgör en examen på grundnivå och omfattar 180 högskolepoäng motsvarande tre helårsstudier som studenten måste ha fullgjort inklusive ett självständigt arbete (examensarbete) om minst 15 högskolepoäng. I examensordningen anges vilka krav som ska uppfyllas för sjuksköterskeexamen. Studenten ska visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet till sjuksköterska i form av fastställda kriterier för kunskap och förståelse, färdighet och

förmåga, värderingsförmåga och förhållningssätt samt de eventuella preciserade krav inom ramen för examensbeskrivningen som varje lärosäte kan uppställa. Examensbeskrivningens struktur utgår från vad som slogs fast år 2006 när Sverige anslöt sig till Bolognaprocesen.³² Examensmålen har sedan högskoleförordningen trädde i kraft ändrats till sitt innehåll vid fyra tillfällen.³³

Sjuksköterskeutbildningen resulterar i en medicine kandidatexamen (*Bachelor of Medical Science*) som avläggs inom huvudområdet för utbildningen och en yrkesexamen på grundnivå som sjuksköterska (*Bachelor of Science in Nursing*). Det är alltså frågan om en dubbel examen som krävs av samtliga utbildningsanordnare som utbildar sjuksköterskor och studenterna måste således uppfylla samtliga krav för båda examina.³⁴ Lämpligheten och nyttan i att utfärda dubbel examen har ifrågasatts.³⁵

Sjuksköterska utgör ett legitimationsyrke. Det innebär att en student som har avlagt högskoleexamen eller har genomgått utbildning och i övrigt uppfyller kraven efter ansökan ska få legitimation för yrket utfärdad av Socialstyrelsen. Detta följer av 4 kap. 1 och 10 §§ patient-säkerhetslagen (2010:659).

Efter att ha genomfört grundutbildningen och under förutsättning att sjuksköterskelegitimation har utfärdats är det enligt bilaga 2 till högskoleförordningen möjligt att läsa en påbyggnadsutbildning för att bli specialistsjuksköterska på avancerad nivå och avlägga generell examen (magisterexamen 60 högskolepoäng) samt yrkesexamina. För distriktssjuksköterska krävs dock 75 högskolepoäng. Ytterligare en påbyggnadsutbildning på avancerad nivå är barnmorskeexamen.

Personer som har en sjuksköterskeexamen från länder utanför EU, EES och Schweiz kan på två sätt erhålla en svensk sjuksköterskelegitimation. Det ena alternativet är att få utbildningen granskad av Socialstyrelsen, genomgå ett kunskapsprov, en kurs i författningskunskap och slutligen praktisk tjänstgöring. Det andra alternativet är att gå en kompletterande utbildning (KUSK) som ges vid ett antal

³² Prop. 2004/05:162, bet. 2005/06:UbU3 och rskr. 2005/06:160.

³³ SFS 1995:337, SFS 1998:1003, SFS 2006:1053 och SFS 2017:857. Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska har föreslagit ett antal förtydliganden av examensmålen för både sjuksköterske- och barnmorskeutbildningen mot bakgrund av förändringarna av hälso- och sjukvården och behovet av ett förtydligat utbildningsinnehåll respektive en bättre förankrad yrkesroll, SOU 2022:35 s. 132 ff. Förslaget har ännu inte resulterat i åtgärder.

³⁴ SOU 2022:35 s. 55.

³⁵ SOU 2015:70 s. 286 ff. Att dubbel examen utfärdas har i betänkandet förklarats som en konsekvens av två möjliga missförstånd, nämligen att tillträde till utbildningar på avancerad nivå skulle förutsätta en generell examen samt att det skulle vara en nödvändig internationell anpassning.

statliga universitet och högskolor för att studenten ska kunna avlägga sjuksköterskeexamen, få yrkesbehörighet eller få kunskaper för att i Sverige utöva ett yrke som den utländska examen är relevant för. Omfattningen av KUSK får som regel inte överskrida 120 högskolepoäng. Detta följer av 2 och 8 §§ förordningen (2008:1001) om högskoleutbildning som kompletterar avslutad utländsk utbildning.

KUSK ges vid Karolinska institutet, Göteborgs universitet, Luleå tekniska universitet, Högskolan i Gävle samt Linnéuniversitetet.³⁶

2.2.5 Statliga insatser för fler sjuksköterskor

Sjuksköterskeutbildningen är en av de största högskoleutbildningarna som leder till yrkesexamen i Sverige. Inför höstterminen 2023 sökte 8 846 behöriga personer sjuksköterskeutbildningen som förstahandsval.³⁷ Omkring 5 500 studenter påbörjar årligen utbildningen. Universitetskanslersämbetet bedömer dock att studentantalet bör öka med 1 000 personer jämfört med dagens nivåer eller cirka 20 procent fram till år 2035 för att motsvara hälso- och sjukvårdens förväntade kompetensförsörjningsbehov.³⁸ Det är också sannolikt att behovet av sjuksköterskor kommer att öka ytterligare till följd av en utbyggd kommunal primärvård.³⁹

Det har gjorts flera utbildningssatsningar för att åstadkomma en utökning antalet studieplatser på sjuksköterskeutbildningen. Ändå har flera lärosäten inte byggt ut utbildningen. Det gäller även kompletterande utbildningar för sjuksköterskor som har examen från ett land utanför EU, EES samt Schweiz. Ett skäl till detta som majoriteten av lärosätena lyft fram är brist på platser för studenter i hälso- och sjukvården, där de kan genomföra verksamhetsförlagd utbildning.⁴⁰

Ett flertal åtgärder har redan vidtagits för att främja en utbyggnad av fler platser för verksamhetsförlagd utbildning utöver tillsättandet av förevarande utredning. I den överenskommelse som regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner ingick år 2023 avsätts 250 miljoner kr för de kommuner och regioner som utökar antalet veckor

³⁶ Sveriges Kommuner och Regioner (2023 b) s. 14.

³⁷ Universitetskanslersämbetet (2023 c).

³⁸ Universitetskanslersämbetet (2021 a).

³⁹ Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner har föreslagit en stärkt primärvård bland annat genom att kommuner enligt lag ska kunna erbjuda individer i kommunens primärvård en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt vid behov, SOU 2022:41 s. 398 ff. Förslaget har ännu inte resulterat i lagstiftningsåtgärder.

⁴⁰ Sveriges Kommuner och Regioner (2023 b) s. 14 och Valfärdscommissionen (2021) s. 29.

verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter. Medlen fördelas utifrån hur stor del av den totala ökningen av antalet veckor som aktuell huvudman står för. För att få ta del av medlen krävs att huvudmannen redovisar antalet veckor och platser för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter som genomförts i huvudmannens regi under vårterminen 2022 samt en uppskattning av antalet veckor för verksamhetsförlagd utbildning samt platser som kommer att kunna genomföras i huvudmannens regi vårterminen 2023.⁴¹ År 2023 tillförde Utbildningsdepartementet 50 miljoner kr till universitet och högskolor i en särskild satsning på verksamhetsförlagd utbildning. Medlens användningsområde var att initiera och utveckla samarbeten med vårdgivare, höja ersättningen till vårdgivare som erbjuder platser för verksamhetsförlagd utbildning eller erbjuda handledarutbildning.⁴² Det har också avsatts medel för en decentraliserad vårdutbildning.⁴³

Frågan om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen har också berörts i ett antal betänkanden.⁴⁴ Verksamhetsförlagd utbildning har vidare diskuterats i flera rapporter av statliga förvaltningsmyndigheter och andra organ.⁴⁵

Frågan om verksamhetsförlagd utbildning är även prioriterad hos Nationella vårdkompetensrådet, som inrättades den 1 januari 2020.⁴⁶ Rådet utgör enligt 17 a–b §§ förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen ett rådgivande organ inom Socialstyrelsen. Rådets syfte är att bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning genom att göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehov, stödja beslutsfattare och andra berörda aktörer på nationell och regional nivå i frågor av betydelse för kompetensförsörjningen när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal, samverka och föra dialog mellan aktörer och stödja de sjukvårdregionala råden. Rådet består av 14 ledamöter som representerar lärosätena, regionerna, kommunerna, Socialstyrelsen, Universitetskanslersämbetet samt de sjukvårdsregionala råden.

⁴¹ Regeringens beslut den 26 januari 2023.

⁴² Utbildningsdepartementet (2023 a).

⁴³ Prop. 2021/22:1, utgiftsområde 16, avsnitt 6.5.5 samt utgiftsområde 9, avsnitt 4. Satsningarna på decentraliserad utbildning beskrivs närmare i betänkandets avsnitt 4.3.1.

⁴⁴ Se exempelvis SOU 2018:77 och SOU 2022:35.

⁴⁵ Se exempelvis Universitetskanslersämbetet (2022 a), Universitetskanslersämbetet (2021 a), Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (2019) samt Sveriges Kommuner och Regioner (2023 b).

⁴⁶ SFS 2020:133.

2.2.6 Andra näraliggande utbildningar på grundnivå och avancerad nivå

Det finns ett flertal näraliggande yrkesexamensprogram inom hälso- och sjukvård samt social omsorg på grundnivå och avancerad nivå.

Utbildningar som leder till yrkesexamen på grundnivå

Utbildningar som leder till yrkesexamen på grundnivå är utbildningarna till arbetsterapeut, biomedicinsk analytiker, fysioterapeut, receptarie, röntgensjuksköterska och socionom. Dessa utbildningar är treåriga och omfattar 180 högskolepoäng med undantag för socionomutbildningen, som är tre och ett halvt år och omfattar 210 högskolepoäng.

Arbetsterapeututbildningen är en yrkesexamensutbildning på grundnivå som leder till arbetsterapeutexamen, som nio lärosäten har tillstånd att utfärda.⁴⁷ Ett exempel är Karolinska institutet och huvudområdet är arbetsterapi. Arbetsterapi möjliggör aktiviteter i dagligt liv för enskilda individer eller grupper och tillhandahålls bland annat inom hälso- och sjukvården. I utbildningen ingår även verksamhetsförlagd utbildning.⁴⁸ Arbetsterapeut är ett legitimationsyrke.

Utbildningen till biomedicinsk analytiker är en yrkesexamensutbildning på grundnivå. Tolv lärosäten har tillstånd att utfärda sådan examen.⁴⁹ Ett exempel är Göteborgs universitet med huvudområdet biomedicinsk laboratorievetenskap. Utbildningen är förberedande för yrkesverksamhet inom bland annat hälso- och sjukvård. I utbildningen ingår även verksamhetsförlagd utbildning.⁵⁰ Biomedicinsk analytiker är ett legitimationsyrke.

Fysioterapeututbildningen är en yrkesexamensutbildning på grundnivå som leder till fysioterapeutexamen, som åtta lärosäten har tillstånd att utfärda.⁵¹ Ett exempel är Umeå universitet med huvudområdet fysioterapi. Ämnet inkluderar förståelse för relationen mellan kropp, rörelse och hälsa och omfattar även verksamhetsförlagd utbildning.⁵² Fysioterapeut är ett legitimationsyrke.

⁴⁷ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

⁴⁸ Karolinska institutet, utbildningsplan för arbetsterapeutprogrammet (2014).

⁴⁹ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

⁵⁰ Göteborgs universitet, utbildningsplan för biomedicinska analytikerprogrammet (2018).

⁵¹ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

⁵² Umeå universitet, utbildningsplan för fysioterapeutprogrammet (2014).

Receptarieutbildningen är en yrkesexamensutbildning på grundnivå som leder till receptarieexamen, som åtta lärosäten har tillstånd att utfärda.⁵³ Ett exempel är Umeå universitet med huvudområdet farmaceutisk vetenskap. Utbildningen förbereder studenten för bland annat läkemedelshantering och behandlingsstrategier. I utbildningen ingår även verksamhetsförlagd utbildning.⁵⁴ Receptarie är ett legitimationsyrke.

Röntgensjuksköterskeutbildningen är en yrkesexamensutbildning på grundnivå som leder till röntgensjuksköterskeexamen, som åtta lärosäten har tillstånd att utfärda.⁵⁵ Ett exempel är Uppsala universitet, vars huvudområde i utbildningen är radiografi. Huvudområdet har en klinisk orientering och har som huvudsyfte att ge kunskap om olika metoder för att framställa bildmaterial som underlag för diagnos och behandling. I utbildningen ingår även verksamhetsförlagd utbildning.⁵⁶ Röntgensjuksköterska är ett legitimationsyrke.

Socionomutbildningen är en yrkesexamensutbildning på grundnivå som leder till socionomexamen, som 19 lärosäten har tillstånd att utfärda.⁵⁷ Ett exempel är Örebro universitet. Huvudområdet i utbildningen är socialt arbete och utbildningen omfattar exempelvis socionomens yrkesroll och handlingsutrymme samt psykosocialt förändringsarbete.⁵⁸ I utbildningen ingår verksamhetsförlagd utbildning. Socionom är inte ett legitimationsyrke.

Utbildningar som leder till yrkesexamen på avancerad nivå

Utbildningar som leder till yrkesexamen på avancerad nivå är apotekare (300 högskolepoäng), barnmorska (90 högskolepoäng), läkare (360 högskolepoäng), specialistsjuksköterska (60 högskolepoäng, förutom distriktssköterska 75 högskolepoäng) samt tandläkare (300 högskolepoäng).

Apotekarutbildningen är en yrkesexamensutbildning på grundnivå och avancerad nivå som leder till apotekarexamen, som fyra lärosäten har tillstånd att utfärda.⁵⁹ Ett exempel är Umeå universitet

⁵³ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

⁵⁴ Umeå universitet, utbildningsplan för receptarieprogrammet (2013).

⁵⁵ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

⁵⁶ Uppsala universitet, utbildningsplan för röntgensjuksköterskeprogrammet (2023).

⁵⁷ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

⁵⁸ Örebro universitet, utbildningsplan för socionomprogrammet (2021).

⁵⁹ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

med farmaceutisk vetenskap som huvudområde i utbildningen. Utbildningens fokus är läkemedel och deras inverkan på människokroppen samt behandlingsstrategier. I utbildningen ingår även verksamhetsförlagd utbildning.⁶⁰ Apotekare är ett legitimationsyrke.

Barnmorskeutbildningen är en yrkesexamensutbildning på avancerad nivå som leder till barnmorskeexamen, som 14 lärosäten har tillstånd att utfärda.⁶¹ Ett exempel är Uppsala universitet med huvudområde reproduktiv hälsa i utbildningen. Utbildningen utgör en påbyggnadsutbildning i förhållande till sjuksköterskeutbildningen och som behörighetskrav gäller legitimation som sjuksköterska. Halva utbildningen utgörs av verksamhetsförlagd utbildning.⁶² Barnmorska är ett legitimationsyrke.

Läkarutbildningen är en yrkesexamensutbildning på grundnivå och avancerad nivå som leder till läkarexamen, som sju lärosäten har tillstånd att utfärda.⁶³ Ett exempel är Karolinska institutet. Utbildningens huvudområde är medicin och dess huvudsakliga fokus är medicinska kunskaper och färdigheter. I utbildningen ingår verksamhetsintegrerat lärande genom bland annat verksamhetsförlagd utbildning.⁶⁴ Läkare är ett legitimationsyrke.

Specialistsjuksköterskeutbildningen är en yrkesexamensutbildning på avancerad nivå som leder till specialistsjuksköterskeexamen, som 25 lärosäten har tillstånd att utfärda.⁶⁵ Det finns totalt elva inriktningar i utbildningen med specifika examensmål för respektive inriktning: ambulanssjukvård, anestesijukvård, distriktssköterska, hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, intensivvård, kirurgisk vård, medicinsk vård, onkologisk vård, operationssjukvård, psykiatrisk vård samt vård av äldre. Därutöver finns möjlighet till specialistsjuksköterskeexamen med annan inriktning som lärosäten med examens-tillstånd själva kan besluta om enligt bilaga 2 i högskoleförordningen, exempelvis akutsjukvård, diabetesvård och hjärtsjukvård. Ett exempel är Uppsala universitet och utbildningens huvudområde är vårdvetenskap. Specialistsjuksköterskeutbildningen utgör en påbyggnadsutbildning i förhållande till sjuksköterskeutbildningen och som behörighetskrav gäller legitimation som sjuksköterska.⁶⁶

⁶⁰ Umeå universitet, utbildningsplan för apotekarprogrammet (2013).

⁶¹ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

⁶² Uppsala universitet, utbildningsplan för barnmorskeprogrammet (2023).

⁶³ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

⁶⁴ Karolinska institutet, utbildningsplan för läkarprogrammet (2021).

⁶⁵ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

⁶⁶ Uppsala universitet, utbildningsplan för specialistsjuksköterskeprogrammet (2023).

Tandläkarutbildningen är en yrkesexamensutbildning på grundnivå och avancerad nivå som leder till tandläkarexamen, som fyra lärosäten har tillstånd att utfärda.⁶⁷ Ett exempel är Malmö universitet. Utbildningens huvudområde är odontologi. Utbildningen förbereder studenten på bland annat behandling och förebyggande åtgärder inom tandvård. I utbildningen ingår verksamhetsförlagd utbildning.⁶⁸ Tandläkare är ett legitimationsyrke.

2.2.7 Universitetskanslersämbetets tematiska utvärdering av sjuksköterskeutbildningen

År 2022 genomförde Universitetskanslersämbetet en tematisk utvärdering av sjuksköterskeutbildningen vad beträffar några av de examensmål som studenterna ska uppnå gällande färdighet och förmåga. Den tematiska utvärderingen genomfördes mot bakgrund av den utvärdering av sjuksköterskeutbildningen som Universitetskanslersämbetet genomförde år 2014, som bland annat indikerade ett behov av att ytterligare granska den verksamhetsförlagda utbildningen. Syftet med den tematiska utvärderingen var att granska hur lärosätena arbetar med att säkerställa och skapa förutsättningar för att studenterna når examensmålen för färdighet och förmåga, att identifiera förbättringsområden och styrkor samt att utbyta erfarenheter och kunskap om vilka resultat som uppnåtts.⁶⁹

Universitetskanslersämbetet tillsatte en bedömagrupp för den tematiska utvärderingen utifrån nomineringar från lärosätena, studentkårerna och arbetslivsorganisationerna. Bedömagruppen utfärdade rekommendationer till lärosätena som har följts upp i dialog.⁷⁰

I den tematiska utvärderingen lyfte lärosätena bland annat fram behovet av kompetensförsörjning och svårigheterna att nyrekrytera och behålla lärare, i synnerhet lektorer och professorer men också lärare med aktuell klinisk kompetens och specialistsjuksköterskekompetens. En åtgärd som har vidtagits av flera lärosäten är att utveckla kombinerade uppdrag mellan lärosäten och vårdverksamheter för att skapa nya karriärvägar och samtidigt säkra den kliniska kompetensen. På många håll pågår också ett arbete för att vetenskapligt

⁶⁷ Universitetskanslersämbetet (2023 d).

⁶⁸ Malmö universitet, utbildningsplan för tandläkarprogrammet (2022).

⁶⁹ Universitetskanslersämbetet (2021 b).

⁷⁰ Universitetskanslersämbetet (2022 b).

meritera personal genom att möjliggöra forskarutbildning för lärare. Ytterligare en åtgärd som lyftes fram var utveckling av profilområden för ökad marknadsföring. Bedömargruppen föreslog ökad samverkan inom befintliga strukturer såsom de regionala vårdkompetensråden och Nationella vårdkompetensrådet. Bedömargruppen betonade att kompetensförsörjning också berör utbildningarnas innehåll och kvalitet.

Lärosätenas ansvar för att säkerställa ett tillräckligt antal platser för verksamhetsförlagd utbildning med hög kvalitet för sjuksköterskestudenter lyftes fram som en gemensam utmaning. Bedömargruppen konstaterade att det är viktigt att avtalen om verksamhetsförlagd utbildning mellan lärosäten och verksamheter inte endast reglerar antalet platser utan också innehåll och kvalitetskriterier. Det påpekades även att nya typer av kliniska placeringar bör identifieras samtidigt som lärandemål och lärandeaktiviteter bör utvecklas, givet hälso- och sjukvårdens förändring. En handlingsplan för lärosäten och verksamheter för att säkerställa behovet av kliniska placeringar förordades också.

Ytterligare en fråga som berördes i den tematiska utvärderingen av sjuksköterskeutbildningen var handledarutbildning.⁷¹ Formell handledarutbildning framhölls av lärosätena som viktig för kvalitet i den verksamhetsförlagda utbildningen. Det påpekades att det vid flera lärosäten pågår ett arbete för att anordna flexibla handledarutbildningar, exempelvis genom distansutbildning och moduler som underlättar parallellt kliniskt arbete. Bedömargruppen betonade ett gemensamt ansvar för handledarutbildning hos lärosäten och vårdverksamheter samt konstaterade även ett behov av en nationell kartläggning av befintliga handledarutbildningar. Bedömargruppen ansåg vidare att handledarutbildningar borde inkludera kunskap om vanliga handledningsmodeller som exempelvis *peer learning*. Bedömargruppen framhöll också behovet av att utreda frågan om en nationell handledarutbildning på grundnivå.

Den tematiska utvärderingen indikerade också att studenter önskar vara involverade i diskussioner om och utveckling av kliniska placeringar samt att studenter erfarenheter av kliniska placeringar bör tas tillvara i utvärderingsarbetet.

⁷¹ Se avsnitt 4.4 för en beskrivning av handledning och handledarutbildning.

3 EU-rättslig reglering av sjuksköterskeutbildningen i Sverige

I kapitlet beskrivs hur EU-rätten i dag till stor del styr sjuksköterskeutbildningens utformning. Det gäller inte minst utbildningens kliniska del. Kapitlet innehåller även en översiktlig internationell utblick med fokus på verksamhetsförlagd utbildning som utförts av Universitetskanslersämbetet på utredningens uppdrag. Utredningen föreslår att Sverige bör arbeta för en förändring av artikel 31 i yrkeskvalifikationsdirektivet beträffande vilka moment som kan anses utgöra klinisk utbildning på sjuksköterskeutbildningen.

3.1 Sverige bör arbeta för en förändring av artikel 31 i yrkeskvalifikationsdirektivet

Förslag: Regeringen bör arbeta för en förändring av artikel 31 i yrkeskvalifikationsdirektivet i syfte att möjliggöra att simulering kan godtas som klinisk utbildning på sjuksköterskeutbildningen.

Bedömning: Genom att vidga begreppet klinisk utbildning i yrkeskvalifikationsdirektivet så att det också omfattar simulering kan fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av hög kvalitet skapas för sjuksköterskestudenter. Samtidigt kan utbildningens innehåll och kvalitet utvecklas utifrån aktuell kunskap.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

Simulering används i dag som pedagogisk metod vid många svenska lärosäten vid vissa moment i sjuksköterskeutbildningen.¹ Samtliga lärosäten som ger sjuksköterskeutbildningen har enligt utredningens genomgång av kursplaner kortare moment av klinisk färdighetsträning och simulering i kurserna. Simulering sker i olika situationer och innefattar scenarier med exempelvis hjärt- och lungräddning samt *Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure* (ABCDE), kommunikation i team, teamsamarbete samt hantering av andra akuta eller komplexa situationer. Simulering kan genomföras i metodövningsrum eller kliniska träningscentra som flera lärosäten har tillgång till. Simulering förekommer som examinationsform i kursplanerna.²

Simulering förekommer inte bara i Sverige utan används på sjuksköterskeutbildningen i åtminstone tretton europeiska länder.³ Metoden genomgår en ständig utveckling och möjliggör att träna studenternas förmågor och kunskaper i komplexa situationer som också kan styras av lärarna för att uppnå bästa möjliga övning. Forskning visar att simulering ger goda läranderesultat bland studenter och möjliggör samtidigt en bibehållen hög patientsäkerhet. Inslag av simulering i sjuksköterskeutbildningen kan mot denna bakgrund enligt utredningens uppfattning ses som något som berikar utbildningen och kan skapa en god lärandemiljö för studenterna. Simulering i vissa delar av utbildningen kan också bidra till att tillgodose behovet av mer verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeprogrammet. Därtill kan nämnas att simulering under pandemin visade sig vara ett värdefullt verktyg för att sjuksköterskestudenter skulle kunna genomföra verksamhetsförlagd utbildning.⁴

I de nordiska länderna pågår ett arbete för att omförhandla yrkeskvalifikationsdirektivet så att klinisk utbildning kan omfatta också simulering. Det finns bland annat en nordisk dialog om simulering i sjuksköterskeutbildningen som samlar representanter från Norge, Danmark, Sverige och Island. Särskilt Norge arbetar aktivt med frågan. Utredningens uppfattning är av ovan nämnda skäl att Sveriges regering bör arbeta mer aktivt för en förändring av artikel 31 i yrkeskvali-

¹ Se kapitel 4, särskilt avsnitt 4.5 angående simulering i kurs- och utbildningsplaner för sjuksköterskeutbildningen.

² Se bilaga 6.

³ Europeiska kommissionen (2020) s. 158.

⁴ Universitetskanslersämbetet (2021 c).

fikationsdirektivet så att simulering kan omfattas av begreppet klinisk utbildning. En omförhandling av yrkeskvalifikationsdirektivet är en process som sannolikt tar flera år att genomföra. Utredningen vill därför poängtera att svenska lärosäten oavsett en eventuell framtida omförhandling behöver vidta nödvändiga åtgärder för att uppfylla direktivets nuvarande krav gällande klinisk utbildning.

3.2 EU-rättslig reglering av sjuksköterskeutbildningen

Lagstiftning på utbildningsområdet omfattas normalt inte av EU:s kompetensområde, då medlemsstaterna själva bestämmer om hur utbildningssystemen ska organiseras enligt artikel 165.1 Fördraget om Europeiska unionen (FEU).⁵ Frågan om yrkeskvalifikationer som gäller sjuksköterskeutbildningen och ett antal andra utbildningar omfattas dock av EU-rättslig reglering som en konsekvens av den fria rörlighet för personer och tjänster som råder på den inre marknaden enligt EU-fördragen.

3.2.1 Europeiska unionens reglering på fördragsnivå

Enligt artikel 45 Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF) ska fri rörlighet för arbetstagare säkerställas inom unionen.⁶ Enligt artikel 46 FEUF ska Europaparlamentet och rådet utfärda direktiv eller förordningar med de åtgärder som är nödvändiga för att genomföra den fria rörlighet för arbetstagare som definieras i artikel 45 och därvid särskilt avveckla administrativa förfaranden samt kvalifikationstider för tillträde till lediga anställningar som har sin grund i inhemsk lagstiftning eller avtal och som skulle kunna hindra den fria rörligheten för arbetstagare. Alla kvalifikationstider och andra restriktioner som uppställer andra villkor om fritt val av anställning än för inhemska arbetstagare ska avvecklas. Vidare ska kommissionen för att nå de socialpolitiska målen i artikel 151 FEUF främja samarbetet mellan medlemsstaterna och underlätta för dem att samordna sina socialpolitiska åtgärder i fråga om bland annat grundläggande och kvalificerad yrkesutbildning. I artikel 53 FEUF anges att för att underlätta för personer att starta och utöva förvärvsverksamhet som

⁵ Fördraget om Europeiska unionen (EUT C 326, 26.10.2012, s. 13–390).

⁶ Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUT C 326, 26.10.2012, s. 47–390).

egenföretagare ska Europaparlamentet och rådet i enlighet med det ordinarie lagstiftningsförfarandet utfärda direktiv som syftar till ömsesidigt erkännande av examens-, utbildnings- och andra behörighetsbevis och till samordning av medlemsstaternas bestämmelser i lagar och andra författningar om inledande och utövande av förvärvsverksamhet som egenföretagare. I fråga om läkaryrket, liknande yrken och farmaceutiska yrken förutsätter den gradvisa avvecklingen av inskränkningarna en samordning av villkoren för att få utöva dessa yrken i de olika medlemsstaterna.

Mot denna bakgrund utfärdades Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer (yrkeskvalifikationsdirektivet). Direktivet ändrades genom Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU.

3.2.2 Yrkeskvalifikationsdirektivet

Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, i lydelsen enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU (yrkeskvalifikationsdirektivet) syftar till att möjliggöra den fria rörligheten. Direktivet bygger på det ömsesidiga och automatiska erkännandet av bevis på formella kvalifikationer för bland annat sjuksköterskor med ansvar för hälso- och sjukvård på grundval av en samordning av minimikraven för utbildningarna.⁷ Direktivet omfattar så kallade reglerade yrken. Reglerade yrken definieras i artikel 3.1a som en eller flera former av yrkesverksamhet där det genom lagar och andra författningar direkt eller indirekt krävs bestämda yrkeskvalifikationer för tillträde till eller utövande av verksamheten eller någon form av denna. I synnerhet ska användandet av en yrkestitel som omfattas av ett rättsligt reglerat titelskydd utgöra en form av utövande och sådana yrken kan också anses vara reglerade i direktivets mening. I artikel 3.1 definieras även reglerad utbildning som all utbildning som särskilt utformats för ett visst yrke och som omfattar en eller flera kurser som vid behov kompletteras genom yrkesutbildning, provtjänstgöring eller yrkesutövning. Utformningen av och nivå på yrkesutbildningen, provtjänstgöringen eller yrkesutövningen ska fastställas i medlemsstatens lagar och andra författningar eller övervakas

⁷ Skäl 19 till yrkeskvalifikationsdirektivet.

och godkännas av en för ändamålet utsedd myndighet. Enligt yrkeskvalifikationsdirektivet ska varje stat fastställa reglerade yrken och utbildningar som omfattas av direktivet.⁸

Yrkeskvalifikationsdirektivet stadgar hur erkännande av olika typer av kvalifikationer ska ske i medlemsstaterna. För vissa reglerade yrken, exempelvis sjuksköterskeyrket, sker erkännandet av formella kvalifikationer enligt artikel 21 på grundval av samordning av minimikraven för utbildning. Detta innebär en princip om automatiskt erkännande, det vill säga att någon närmare bedömning av yrkeskvalifikationerna inte behövs för att en sjuksköterska ska få tillträde till och rätt att utöva yrket på samma villkor som en innehavare av de bevis på formella kvalifikationer som utfärdats av medlemsstaten. Principen om automatiskt erkännande på denna grund gäller för läkare, specialistläkare, sjuksköterskor, tandläkare, specialisttandläkare, veterinärer, barnmorskor, apotekare och arkitekter. Skälet till att erkännandet kan ske automatiskt för dessa yrkesutövare är att minimikraven för utbildning har samordnats genom direktivet. Sjuksköterskeutbildningen regleras i artikel 31 och genom utbildningsplanen som framgår av bilaga V till direktivet.

I mars 2010 inledde kommissionen en utvärdering av direktivet i syfte att modernisera det. Några av idéerna som lades fram var att underlätta rörligheten på den inre marknaden, exempelvis införandet av ett europeiskt yrkeskort. Systemet med automatiskt erkännande ansågs vara framgångsrikt, men vissa av utbildningsvillkoren var upp till 30 år gamla. De vetenskapliga och tekniska framsteg som gjorts måste beaktas vid moderniseringen. Som en av moderniseringsåtgärderna beskrevs att grunderna för utbildningskraven bör tydliggöras och anpassas så att minimiutbildningstiden förtydligas.⁹

Yrkeskvalifikationsdirektivet kom år 2013 att ändras genom ett ändringsdirektiv.¹⁰ Ändringsdirektivet motiverades framför allt av ett behov som kommissionen identifierat att modernisera unionsrätten, stimulera tillväxten och stärka förtroendet för den inre marknaden och att minska den administrativa bördan vid erkännande av yrkeskvalifikationer.¹¹ Europeiska rådet stödde en sådan modernisering och

⁸ I Sverige omfattas över 70 yrken.

⁹ Europeiska kommissionen (2011 a) s. 14 ff.

¹⁰ Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU av den 20 november 2013 om ändring av direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer och förordning (EU) nr 1024/2012 om administrativt samarbete genom informationssystemet för den inre marknaden (IMI-förordningen).

¹¹ Europeiska kommissionen (2011 b) s. 6 f.

uppmannade Europaparlamentet att nå en politisk överenskommelse om översyn av direktivet före slutet av 2012.¹² Europaparlamentet uppmannade också kommissionen att lägga fram ett ändringsförslag.¹³

Sjuksköterskeyrket ansågs ha utvecklats betydligt under de tre senaste decennierna genom samhällsbaserad hälso- och sjukvård, mer komplexa behandlingsmetoder och teknisk utveckling. Detta ansågs förutsätta att sjuksköterskor har kapacitet för att ta allt större ansvar. Sjuksköterskeutbildningen, som fortfarande varierar alltefter nationella traditioner, bör vara stabilare och mer resultatinriktad. Utbildningen bör garantera att yrkesutövaren har förvärvat vissa kunskaper och färdigheter under utbildningens gång och kan använda åtminstone vissa kompetenser för att kunna utöva den verksamhet som är relevant för yrket.¹⁴

3.2.3 Yrkeskvalifikationsdirektivets krav på klinisk utbildning

Ett flertal krav på sjuksköterskeutbildningens utformning och omfattning framgår av artikel 31 i yrkeskvalifikationsdirektivet. Exempelvis ska utbildningen till sjuksköterska med ansvar för allmän hälso- och sjukvård ske på heltid och omfatta angivna minimikrav i utbildningsplanen. I punkt 3 anges vidare att utbildningen ska omfatta minst tre års utbildning eller 4 600 timmars teoretisk och klinisk undervisning, varav den teoretiska undervisningen ska utgöra minst en tredjedel och den kliniska undervisningen minst hälften av den föreskrivna minimitiden för utbildningen.

Direktivets krav på den kliniska undervisningen är tämligen specifika. I artikel 31 anges att med den kliniska undervisningen avses den del av sjuksköterskeutbildningen där den studerande som medlem i ett arbetslag och i direkt kontakt med friska eller sjuka enskilda personer eller grupper lär sig att planera, utföra och bedöma en sjuksköterskas samlade vårduppgifter på grundval av förvärvade kunskaper och färdigheter. Sjuksköterskestuderande ska lära sig att organisera en sjuksköterskas samlade vårduppgifter. Den kliniska undervisningen ska äga rum på sjukhus och vid andra vårdinrättningar samt ute i samhället under de undervisande sjuksköterskornas ansvar i samarbete med och med stöd av andra utbildade sjuksköterskor. Även annan

¹² Europeiska rådet (2011).

¹³ Europaparlamentet (2011).

¹⁴ Skäl 20 till ändringsdirektivet.

behörig personal kan medverka i denna undervisning. Sjuksköterskestuderande ska delta i verksamheten på avdelningarna i fråga i den mån denna bidrar till deras utbildning och gör att de kan ta på sig det ansvar som är förbundet med en sjuksköterskas vårduppgifter. Det framgår även att utbildningen av sjuksköterskor med ansvar för allmän hälso- och sjukvård ska garantera att den blivande sjuksköterskan har förvärvat kunskaper och färdigheter bland annat i form av tillräcklig klinisk erfarenhet. Denna erfarenhet, som bör väljas med avseende på dess utbildningsvärde, ska förvärfvas under tillsyn av utbildad sjukvårdspersonal och där det finns tillräckligt med utbildad personal och utrustning som uppfyller kraven på patientvård. Både undervisning och utbildning används i direktivets svenska översättning (eng. *training*). Begreppet timme definieras inte.

Ändringsdirektivet innebar ett tillägg till artikel 21.6. Enligt tillägget ges delegerad makt till kommissionen för att unionslagstiftning som direkt påverkar berörda yrkesutövare ska kunna anpassas till utvecklingen:

För att beakta den allmänt erkända vetenskapliga och tekniska utvecklingen ska kommissionen ges befogenhet att anta delegerade akter i enlighet med artikel 57c för att uppdatera de kunskaper och färdigheter som avses i artiklarna 24.3, 31.6, 34.3, 38.3, 40.3, 44.3 och 46.4 för att avspegla utvecklingen av den unionslagstiftning som direkt påverkar de berörda yrkesutövarna.

Denna uppdatering får inte medföra någon ändring av gällande viktiga principer i medlemsstaterna inom yrkeslagstiftningen när det gäller utbildning och tillträdesvillkor för fysiska personer. Denna uppdatering ska respektera medlemsstaternas ansvar för hur utbildningssystemen ska organiseras, i enlighet med vad som fastställs i artikel 165.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget).

Även artikel 31.2 i direktivet reviderades:

Kommissionen ska ges befogenhet att anta delegerade akter i enlighet med artikel 57c om ändring av förteckningen i punkt 5.2.1 i bilaga V, i syfte att anpassa den till den vetenskapliga och tekniska utvecklingen.

De ändringar som avses i det andra stycket får inte medföra någon ändring av gällande viktiga principer i medlemsstaterna inom yrkeslagstiftningen när det gäller utbildning och tillträdesvillkor för fysiska personer. Sådana ändringar ska respektera medlemsstaternas ansvar för hur utbildningssystemen ska organiseras, i enlighet med artikel 165.1 i EUF-fördraget.

Punkt 5.2.1 i bilaga V till yrkeskvalifikationsdirektivet anger den utbildningsplan som leder fram till examensbevis för sjuksköterskor med ansvar för allmän hälso- och sjukvård, bland annat bestående av klinisk undervisning och uppgift om de områden inom vilka klinisk undervisning ska bedrivas.

Här kan noteras en skillnad. Artikel 21.6 som gäller yrkesutövarnas kunskaper och färdigheter omnämner *allmänt erkänd* vetenskaplig och teknisk utveckling, medan artikel 31.2 som omfattar utbildningsplanen talar om vetenskaplig och teknisk utveckling. Det är oklart om kommissionens delegation är tänkt att vara olika långtgående i de båda artiklarna. Yrkeskvalifikationsdirektivet definierar inte vad som utgör allmänt erkänd vetenskaplig och teknisk utveckling.¹⁵

Ändringsdirektivet innebar också att artikel 31 punkt 3 ändrades så att det nu anges att utbildningen till sjuksköterska med ansvar för allmän hälso- och sjukvård ska omfatta sammanlagt tre års utbildning, eller ett likvärdigt antal ECTS-poäng, bestående av minst 4 600 timmars teoretisk och klinisk undervisning, varav den teoretiska undervisningen ska utgöra minst en tredjedel och den kliniska undervisningen minst hälften av den föreskrivna minimitiden för utbildningen.¹⁶ Medlemsstaterna får ge partiell dispens för yrkesutövare som genomgått en del av denna utbildning inom ramen för annan utbildning på minst motsvarande nivå. Punkt 5 ersattes med följande:

Med den kliniska undervisningen avses den del av sjuksköterskeutbildningen där den studerande, som medlem i ett arbetslag och i direkt kontakt med friska eller sjuka enskilda personer eller grupper, lär sig att planera, utföra och bedöma en sjuksköterskas samlade vårdinsatser på grundval av de kunskaper, färdigheter och kompetenser de har uppnått. De sjuksköterskestuderande ska inte bara lära sig att ingå i ett arbetslag, utan även att leda ett arbetslag och organisera en sjuksköterskas samlade vårdinsatser, inklusive undervisning i hälsovård för enskilda personer och mindre grupper vid vårdinrättningar eller ute i samhället.

Även artikel 31.6c ändrades. Tillräcklig klinisk erfarenhet avser sådan erfarenhet, som bör väljas ut med avseende på dess utbildningsvärde, ska förvärvas under handledning av utbildad sjukvårdspersonal och där det finns tillräckligt med utbildad personal och utrustning som uppfyller kraven på patientvård.

¹⁵ I rapporten av Europeiska kommissionen (2020) s. 34 f. tolkas båda lydelserna som allmänt erkänd vetenskaplig och teknisk utveckling. Se följande sidor gällande nyss nämnda rapport.

¹⁶ Europeiska kommissionen (2023 a). Europeiska systemet för överföring av studiemeriter (ECTS), *European education area Quality education and training for all*.

Direktivets definition av klinisk utbildning innebär att simulering inte kan anses omfattad. Denna uppfattning har också uttryckts av EU-kommissionen.¹⁷ Simulering utgör en metod för att träna upplevelser och situationer som efterliknar verkligheten i en kontrollerad miljö.¹⁸ Det utgör numera en pedagogisk modell för klinisk träning av tekniska och icke-tekniska färdigheter, det vill säga kunskaper och färdigheter som relaterar till den egna professionen och kognitiva samt sociala färdigheter. Medicinsk simuleringsträning kan användas för att förbereda studenter och utveckla personal inför verklig patientkontakt. Det ger dem möjlighet att öva och skaffa färdigheter i en kontrollerad och patientsäker miljö. Färdigheter förvärvade från praxis och återkoppling ökar också individers självförtroende och uthållighet följt av klinisk kompetens.¹⁹ Simulering används vid sjuksköterskeutbildningen vid ett flertal universitet och högskolor i Sverige och avancerade lärandemiljöer har skapats exempelvis vid Blekinge tekniska högskola för att möjliggöra simulering i olika miljöer för sjuksköterskor.²⁰

I litteraturen finns stöd för att simulering kan underlätta goda läranderesultat för studenterna. Simulering i utbildning kan främja integrerat lärande, studenternas kritiska tänkande och förmågan att fatta beslut.²¹ Användningen av simulering har ökat kraftigt under det senaste decenniet. Resultaten av användning av simuleringstekniker i sjuksköterskeutbildningen är inte entydiga, men simuleringsövningar som inkluderar enskilda patienter och standardiserade patientövningar kan exempelvis främja kritiskt tänkande, problemlösningsförmåga, förmågan att göra kliniska bedömningar, kommunikationsförmåga samt motivera studenterna.²² Högkvalitativ simulering kan effektivt främja kunskap, samarbete, omvårdnad och motivation hos sjuksköterskestudenter.²³

År 2020 sammanställdes på kommissionens uppdrag en rapport av *Spark Legal Network* för att eventuellt anpassa kraven på minimumkunskap och förmågor hos sjuksköterskor med hänsyn till den

¹⁷ Europeiska kommissionen i möte med Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska den 20 maj 2021. Mötet omnämns i SOU 2022:35 s. 84.

¹⁸ Svensk förening för klinisk träning och medicinsk simulering.

¹⁹ Linköpings universitet (2017).

²⁰ Utredningens möte med Regionala vårdkompetensrådet Södra den 24 maj 2023.

²¹ Koukourikos, Tsaloglidou, Kourkouta, Papathanasiou, Iliadis, Fratzana & Panagiotou (2021).

²² Lee & Oh (2015) och Oh, Jeon & Koh (2015).

²³ Li, Au, Tong, Ng & Wang (2022).

vetenskapliga och tekniska utvecklingen.²⁴ I rapporten gjordes också en jämförelse av sjuksköterskeutbildningens förutsättningar i 32 olika stater: 27 EU-länder, fyra EFTA-länder samt Storbritannien. I rapporten konstaterades att varken det ursprungliga yrkeskvalifikationsdirektivet eller ändringsdirektivet definierar vad anpassning till den vetenskapliga och tekniska utvecklingen innebär. I rapporten definierades allmänt erkänd vetenskaplig och teknisk utveckling på följande sätt:

scientific and technical advancements are considered to be 'generally acknowledged' when these advancements have had an impact on the practise, laws, teaching standards, administrative rules and/or curricula in a majority of countries. ...[A] majority is considered to be obtained when relevant advancements have been noted in at least 16 countries.²⁵

I studien presenterades kunskap, färdigheter och ämnen som rapporterades av olika aktörer i de olika staterna som har använts under de senaste tio åren som ett resultat av vetenskapliga och tekniska framsteg.²⁶ Simulering berördes i rapporten i egenskap av teknologi eller tekniska färdigheter och förmågor som är föremål för övning eller träning inom ramen för sjuksköterskeutbildningen. Tolv stater uppgav att de använder simulering i sjuksköterskeutbildningen: Belgien, Estland, Frankrike, Island, Lettland, Luxemburg, Norge, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Sverige och Ungern. Det kan exempelvis röra sig om simulering vid kliniska träningscentra med högteknologiska hjälpmedel eller scenarioträning.²⁷ Åtta stater rapporterade att simuleringsträning på nationell nivå har förts in som ämne för att främja vetenskaplig och teknisk utveckling: Estland, Finland, Lettland, Slovakien, Spanien, Sverige, Tjeckien och Österrike.²⁸ När det gäller förslag att uppdatera minimikraven på kunskaper, färdigheter och ämnen som omfattas av direktivet framförde Luxemburg, Norge, Spanien och Ungern att *high-fidelity*-simulering borde användas vid övningar på sjuksköterskeutbildningen. Det finländska sjuksköterskeförbundet anförde att simuleringspedagogikens fördelar borde lyftas fram. Simulering borde erkännas som en effektiv läroprocess som värnar patientsäkerheten. *European Federation of Education in Nursing Science* framförde att användning av teknologi i klinisk undervisning borde

²⁴ Kommissionens delegation följer av artikel 21.6 respektive 31.2 i yrkeskvalifikationsdirektivet.

²⁵ Europeiska kommissionen (2020) s. 6 f.

²⁶ Europeiska kommissionen (2020) s. 8.

²⁷ Europeiska kommissionen (2020) s. 97 och s. 158.

²⁸ Europeiska kommissionen (2020) s. 112.

läggas till och omfatta virtuell simulering samt *low-fidelity*- och *high-fidelity*-simulering.²⁹

Ett antal synpunkter framfördes som enligt rapportförfattarna låg utanför kommissionens delegation. Från estniskt håll anfördes att den teoretiska utbildningen borde öka i förhållande till den kliniska undervisningen och från finländskt håll att detaljregleringen med ett fastslaget antal timmar klinisk undervisning inte längre kan anses vara adekvat. Isländska utbildningsanordnare framförde att antalet timmar klinisk undervisning borde ändras och inkludera simulering. Det tyska sjuksköterskeförbundet ansåg att simulering borde ingå i klinisk undervisning. Det finländska sjuksköterskeförbundet påpekade att simulering tolkas olika i staterna och att det behövs en översyn. Det borde också utredas om den framtida utbildningen borde inkludera simulering och huruvida direktivet då borde erkänna simulering som en del av klinisk undervisning.³⁰

Eftersom simulering inte förekom i ett tillräckligt antal stater lämnades inget förslag om revidering av direktivet av rapportförfattarna i denna del. Dels ansågs bruket inte vara utbrett i ett tillräckligt antal stater, dels ansåg rapportförfattarna att det skulle krävas en revidering av artikel 31 i direktivet för att möjliggöra simulering som en del av klinisk utbildning. Enligt rapporten ansågs det alltså inte vara tillräckligt att revidera utbildningsplanen.³¹

3.2.4 Genomförandet av yrkeskvalifikationsdirektivet i svensk rätt

Den nationella förvaltningen, exempelvis universitet och högskolor, har en viktig roll för att ge EU-rätten ett effektivt genomslag i unionen. Det är enligt artikel 291.1 FEUF medlemsstaterna som har det primära ansvaret för att besluta om lagstiftningsåtgärder för att genomföra unionens bindande rättsakter. Medlemsstaterna bestämmer enligt artikel 288 FEUF form och tillvägagångssätt för att implementera direktiv. Enligt lojalitetsprincipen i artikel 4.3 FEU måste medlemsstaterna vidta positiva åtgärder för att främja EU-rätten och dessutom avstå från åtgärder som kan hindra målen från att realiseras. Utgående från lojalitetsprincipen har EU-domstolen utvecklat kon-

²⁹ Europeiska kommissionen (2020) s. 128.

³⁰ Europeiska kommissionen (2020) s. 130 f.

³¹ Europeiska kommissionen (2020) s. 130 ff. och 176 ff.

stitutionella principer, exempelvis principen om ett effektivt rätts-skydd och att nationella organ ska tolka nationell rätt utgående från EU-rätten.³²

a) Lagen (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer och högskoleförordningen (1993:100)

Yrkeskvalifikationsdirektivet har i Sverige införlivats främst genom lagen (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer. Direktivets bestämmelser om utbildningsplaner och utbildningarnas innehåll i övrigt har genomförts i svensk rätt dels genom examensbeskrivningarna för aktuella yrkesexamina i examensordningen (bilaga 2 till högskoleförordningen), dels de kurs- och utbildningsplaner som lärosätena har upprättat enligt 6 kap. 13–17 §§ högskoleförordningen. Lagen om erkännande av yrkeskvalifikationer innehåller bestämmelser om tillfällig yrkesutövning och erkännande av yrkeskvalifikationer för den som vill utöva ett reglerat yrke i Sverige som anställd eller som egenföretagare och som har förvärvat yrkeskvalifikationer eller fått dem erkända i en annan stat inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz. För apotekare, barnmorska, läkare, specialistläkare, sjuksköterska med ansvar för allmän hälso- och sjukvård, tandläkare eller specialisttandläkare gäller att personer inom dessa yrken får arbeta i en annan stat genom automatiskt erkännande av yrkeskvalifikationerna på samma villkor som om yrkesutövaren hade förvärvat sina yrkeskvalifikationer i Sverige, vilket följer av 2, 8 och 13 §§ samma lag. Yrkespraktik definieras i 5 § lagen om erkännande av yrkeskvalifikationer som en period med praktik som sker under handledning, förutsatt att den utgör ett villkor för tillträde till ett reglerat yrke, och som äger rum under eller efter en avslutad utbildning som leder till ett examensbevis.

³² Mål 14/83, *Sabine von Colson och Elisabeth Kamann mot Land Nordrhein-Westfalen*, ECLI:EU:C:1984:153 p. 18 och 26 samt C-188/89, *A. Foster m.fl. mot British Gas plc.*, ECLI:EU:C:1990:313 p. 16–18.

b) Tidigare utredningar om de EU-rättsliga kraven på sjuksköterskeutbildningen

I samband med att Sverige skulle genomföra det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet uppmärksammades kravet i artikel 31 på att sjuksköterskeutbildningen måste innefatta sammanlagt tre års utbildning eller ett likvärdigt antal ECTS-poäng, bestående av minst 4 600 timmars teoretisk och klinisk undervisning, varav minst hälften klinisk undervisning.³³ Utredningen om genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet anförde att den svenska sjuksköterskeutbildningen omfattar 180 högskolepoäng, motsvarande tre års studier. Antalet timmar var inte reglerat, men ett läsår omfattade 40 veckors studier och utgående från att heltidsstudier omfattar 40 timmar per vecka blir det totala timantalet 4 800 timmar för sjuksköterskeutbildningen. Utredningen föreslog att för de utbildningar vars minimikrav samordnas genom direktivet skulle det framgå av bilagorna till högskoleförordningen respektive förordningen för Sveriges lantbruksuniversitet att utbildningsanordnarna är skyldiga att utforma sina utbildningar så att dessa uppfyller det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivets krav.³⁴ Utredningen konstaterade att för att förtroendet skulle bestå måste ländernas utbildningar uppfylla minimikravet. Ökade kostnader kunde mot denna bakgrund inte uteslutas för utbildningsanordnare som genom direktivet och förtydliganden i författning är ålagda att tillhandahålla utbildning med visst innehåll, exempelvis viss andel klinisk utbildning.³⁵ Vidare anfördes att det inom ramen för Universitetskanslersämbetets uppdrag kunde finnas anledning för myndigheten att diskutera med både utbildningsanordnare och andra som berörs av regleringen hur uppfyllelsen av detta och liknande krav lämpligen skulle kunna säkerställas. Utredningen ansåg att det borde övervägas att ge Universitetskanslersämbetet ett särskilt uppdrag att närmare granska huruvida utbildningar vars minimikrav samordnats genom direktivet lever upp till direktivets krav.³⁶ I propositionen finns betänkandets förslag i denna del dock inte omnämnda.³⁷

Frågan om en specificering av den kliniska utbildningen på sjuksköterskeprogrammet berördes vidare av Utredningen om utbildning

³³ I yrkeskvalifikationsdirektivet används både termen utbildning och undervisning.

³⁴ SOU 2014:19 s. 239 och 425.

³⁵ SOU 2014:19 s. 476.

³⁶ SOU 2014:19 s. 430.

³⁷ Prop. 2015/16:44.

till sjuksköterska och barnmorska. Utredningen förordade införandet av en ny bestämmelse i högskoleförordningen för att tydliggöra yrkeskvalifikationsdirektivets krav och en specificering av klinisk utbildning på bland annat sjuksköterskeutbildningen i bilaga 4 till högskoleförordningen med tidsangivelse i timmar.³⁸ Enligt utredningen varierar innebörden av begreppet timme i EU-länderna. En timme kan enligt EU-kommissionen omfatta en period om 45–60 minuter.³⁹ Därför var utredningens förslag att begreppet timme skulle omfattas i författningsförslaget, dock endast begränsat till detta sammanhang och inte av generell betydelse för svensk högskoleutbildning. Utredningen noterade att begreppet timme används i högskoleförordningen utan en närmare definition gällande ett visst antal timmar utbildning för tandläkar- respektive läkarexamen, även om begreppet inte förekommer i högskolelagen.⁴⁰ Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska gjorde bedömningen att sjuksköterskeutbildningen redan lever upp till minimikraven, men att avtalen mellan lärosäten och huvudmän kan behöva förtydligas för att den kliniska utbildningen ska leva upp till direktivets krav.⁴¹

c) Överträdelseförfaranden mot Sverige

I januari 2019 inledde Europeiska kommissionen ett överträdelseförfarande mot Sverige vad gäller vissa bestämmelser i yrkeskvalifikationsdirektivet, exempelvis samordnade minimikrav för utbildningar.⁴² Kommissionen ansåg att Sverige hade underlåtit att fullgöra sina skyldigheter enligt bland andra artikel 31.3 och 41.1 i yrkeskvalifikationsdirektivet genom att inte tydligt ange antalet studietimmar för sjuksköterskor respektive barnmorskor i nationell rätt. Kommissionen godtog inte regeringens svar och lämnade i november 2019 ett motiverat yttrande om att Sverige fortfarande inte ansågs ha fullgjort sina skyldigheter bland annat vad beträffar sjuksköterskor. Kommissionen anförde att medlemsstaterna i första hand borde använda sig

³⁸ SOU 2022:35 s. 21, 35 och 75 ff.

³⁹ EU-kommissionen i möte med Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska den 20 maj 2021. Mötet omnämns i SOU 2022:35 s. 84.

⁴⁰ SOU 2022:35 s. 77.

⁴¹ SOU 2022:35 s. 174.

⁴² Europeiska kommissionen (2019). Det hade dock redan år 2018 inletts ett annat överträdelseförfarande mot Sverige. Överträdelseförfarandet gällde dröjsmålstanen som nu införts i 19 a § i lagen om erkännande av yrkeskvalifikationer. SFS 2021:329, prop. 2020/21:96 och bet. 2020/21:UbU22, se även Utrikesdepartementet (2020).

av år och timmar och att ECTS-poäng som anges i högskoleförordningen (1993:100) inte kunde anses tillräckligt. Yrkeskvalifikationsdirektivet definierar nämligen studietimmar som schemalagda timmar från utbildningsinstitutionens sida, inte självstudier. För att självstudier ska tas med i beräkningen menade kommissionen att det krävs uppföljning genom prov eller annat skriftligt arbete.

d) Förändringar har införts i högskoleförordningen

Mot bakgrund av överträdelseförfarandet mot Sverige tillsattes Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska.⁴³ Utredningen förordade som tidigare beskrivits införandet av en ny bestämmelse i högskoleförordningen för att tydliggöra yrkeskvalifikationsdirektivets krav och en specificering av klinisk utbildning på bland annat sjuksköterskeutbildningen i bilaga 4 till högskoleförordningen med tidsangivelse i timmar.⁴⁴

Regeringen hörsammade förslaget och har infört en ny bestämmelse, 6 kap. 17 a § högskoleförordningen, som trädde i kraft den 24 februari 2023.⁴⁵ I bestämmelsen sägs att i bilaga 4 till högskoleförordningen anges det minsta antalet timmar utbildning enligt yrkeskvalifikationsdirektivet som vissa utbildningar som leder till yrkesexamina ska omfatta. I bilaga 4 till högskoleförordningen anges att sjuksköterskeutbildningen ska omfatta minst 4 600 timmar, varav minst en tredjedel teoretisk utbildning och minst hälften klinisk utbildning. En timme motsvarar 45 minuter. I juni 2023 avskrev kommissionen överträdelseärendet mot Sverige.⁴⁶

Den nya bestämmelsen tillämpas på utbildningar som påbörjas efter utgången av juni 2023. Det fanns dock en undantagsregel för sjuksköterskeutbildningen. Om det fanns synnerliga svårigheter att tillämpa bestämmelserna i 6 kap. 17 a § och bilaga 4 första gången på utbildningar som påbörjas efter utgången av juni 2023, fick Universitetskanslersämbetet besluta att bestämmelserna i fråga om den utbildningen skulle tillämpas första gången på utbildningar som påbörjas senare, dock snarast möjligt och senast efter utgången av februari 2024. Universitetskanslersämbetet fick fatta ett sådant beslut senast

⁴³ Dir. 2021:26.

⁴⁴ SOU 2022:35 s. 21, 35 och 75 ff.

⁴⁵ SFS 2023:34.

⁴⁶ Europeiska kommissionen (2023 b).

den 15 maj 2023 och bara om högskolan hade ansökt om det senast den 31 mars 2023.

I dagsläget är det inte klarlagt vad förändringen kommer att innebära för de olika lärosätena som bedriver sjuksköterskeutbildning i Sverige.⁴⁷ Till skillnad från Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska gör förevarande utredning bedömningen att åtgärder krävs av de flesta utbildningsanordnare för att sjuksköterskeutbildningen ska leva upp till direktivets minimikrav beträffande klinisk utbildning. Detta framgår av den enkätundersökning som gjorts av lärosätenas prognos. Andelen verksamhetsförlagd utbildning på de allra flesta lärosäten kommer att behöva utökas beroende på kurs- och utbildningsplaner samt avtalens lydelse.⁴⁸ Bristen på platser för verksamhetsförlagd utbildning kommer enligt denna utrednings bedömning därför att förvärras.

Varje statligt universitet och statlig högskola svarar självständigt för den rättstillämpning som myndigheten gör. Det blir alltså upp till varje lärosäte att uttolka de rättsliga krav som omfattar den kliniska utbildningen på sjuksköterskeutbildningen. Sveriges universitets- och högskoleförbund har efter önskemål från lärosätenas sida beslutat om en vägledande rekommendation gällande hur högskoleförordningens bestämmelser om minsta antal timmar i klinisk utbildning enligt yrkeskvalifikationsdirektivet bör tillämpas på sjuksköterskeutbildningen. De vägledande principerna är tänkta att ge medlemmarna stöd i arbetet att tillämpa kraven i högskoleförordningen.⁴⁹ I rekommendationen anges bland annat att lärosätena har ett ansvar för utbildningens kvalitet och innehåll inklusive att med beaktande av vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet utforma sjuksköterskeutbildningen inklusive dess kliniska delar. Klinisk utbildning utgörs i huvudsak av verksamhetsförlagd utbildning, men kan även inkludera utbildningsmoment såsom förberedelse- och reflektionsuppgifter i samband med verksamhetsförlagd utbildning eller annat som lärosätet definierar. Den kliniska utbildningen kan därmed omfatta mer tid än den tid för verksamhetsförlagd utbildning som lärosätet överenskommer om med en vårdgivare. Den kliniska utbildningen gällande sjuksköterskeutbildningen ska enligt rekommendationen omfatta totalt 1 725 klocktimmar.

⁴⁷ Lärosätenas prognos som de uppgett i utredningens enkätundersökning redovisas i avsnitt 4.7.

⁴⁸ Se avsnitt 4.7.

⁴⁹ Sveriges universitets- och högskoleförbund (2023 b).

e) Beviljade undantag

Universitetskanslersämbetet emottog många ansökningar om uppskov med att införa den ovan nämnda nya bestämmelsen i bilaga 4 till högskoleförordningen. Det inkom ansökningar från 23 lärosäten och samtliga ansökningar beviljades. Fyra lärosäten får enligt Universitetskanslersämbetets beslut tillämpa den nya bestämmelsen från och med vårterminen 2024.⁵⁰ Enligt Universitetskanslersämbetets beslut får 19 lärosäten tillämpa de nya reglerna från och med höstterminen 2024.⁵¹

3.2.5 Yrkeskvalifikationsdirektivets genomförande i några andra länder

EU-kommissionen har kartlagt sjuksköterskeutbildningen i 32 medlemsstater i EU respektive EES.⁵² Universitetskanslersämbetet har på utredningens uppdrag gjort en översiktlig internationell utblick mot några av de aktuella länderna med fokus på omfattningen av klinisk undervisning. Urvalet har gjorts med avseende på länder som anordnar sjuksköterskeutbildningen vid universitet, högskolor eller yrkeshögskolor, nämligen Danmark, Estland, Finland, Irland, Lettland, Malta, Norge, Portugal och Slovakien. Sammanfattningsvis kan konstateras att yrkeskvalifikationsdirektivets implementering varierar stort i detaljeringsgrad mellan de olika länderna. I vissa länder regleras att utbildningen ska leva upp till specifika, detaljerade krav, medan regleringen i andra länder begränsar sig till att lärosätena ska beakta EU-rättens krav.

Sjuksköterskeutbildningen i Danmark

Den danska sjuksköterskeutbildningen är en yrkesutbildning på kandidatnivå. Utbildningen är tre och ett halvt år lång och motsvarar 210 ECTS. Den teoretiska utbildningen består av 120 ECTS och den kliniska utbildningen består av 90 ECTS. I Danmark finns en särskild

⁵⁰ Blekinge tekniska högskola, Högskolan i Skövde, Högskolan Väst och Mittuniversitetet.

⁵¹ Göteborgs universitet, Högskolan Dalarna, Högskolan i Borås, Högskolan i Gävle, Högskolan i Halmstad, Stiftelsen Högskolan i Jönköping, Karlstads universitet, Karolinska institutet, Linköpings universitet, Linnéuniversitetet, Luleå tekniska universitet, Lunds universitet, Marie Cederschiöld högskola, Mälardalens universitet, Röda Korsets högskola, Sophiahemmet högskola, Umeå universitet, Uppsala universitet och Örebro universitet.

⁵² Europeiska kommissionen (2020).

förordning som reglerar sjuksköterskeutbildningen. Förordningen reglerar exempelvis förhållanden kring kliniska utbildningsplatser, obligatoriskt innehåll, särskilda regler för examination samt lärandemål.⁵³ I 3 § i förordningen regleras den kliniska utbildningen detaljerat, exempelvis att det är utbildningsanordnarens ansvar att upprätthålla samarbetet med de aktörer som tillhandahåller praktikplatser och att detta samarbete ska beskrivas i bindande avtal. Praktikplatsen har ett ansvar att genomföra praktiken på det sätt som utbildningsanordnaren angett, det anges krav på handledarens kompetens samt även att simulering och andra kliniska träningsaktiviteter inte kan ersätta praktik:

§ 3 stk. 2. Institutionen og den organisation, der stiller praktiksted (klinisk uddannelsessted) til rådighed, samarbejder med henblik på at sikre sammenhængen mellem den teoretiske undervisning og praktikken (den kliniske uddannelse). Institutionen sørger for, at samarbejdet etableres og vedligeholdes. Samarbejde mellem uddannelsesinstitutionen og praktikinstitutionen skal være beskrevet i forpligtende aftaler, som er udarbejdet i fællesskab, og som skal offentliggøres på institutionens hjemmeside.

Stk. 4. Praktikstedet (det kliniske uddannelsessted) er over for uddannelsesinstitutionen ansvarlig for gennemførelsen af praktikken (den kliniske uddannelse) i henhold til retningslinjer fastsat af institutionen.

Stk. 5. Det er en forudsætning for godkendelse af praktikstedet (klinisk uddannelsessted), at der er tilknyttet kliniske vejledere, der er sygeplejersker, og som har pædagogiske kvalifikationer svarende til 1/6 diplomuddannelse. De kliniske vejledere forestår og har ansvaret for den kontinuerlige daglige kliniske undervisning og vejledning af studerende på et godkendt praktiksted (klinisk uddannelsessted).

Stk. 6. Det er tillige en forudsætning for godkendelse, at praktikken (den kliniske uddannelse), opfylder følgende:

1) Ved praktik (den kliniske uddannelse) forstås den del af uddannelsen, hvor den studerende er i direkte kontakt med raske eller syge enkeltpersoner eller grupper samt lærer at planlægge, yde og vurdere den samlede sundheds- og sygeplejeindsats.

2) Praktikken (den kliniske uddannelse) finder sted på statslige, regionale, kommunale og private institutioner samt andre relevante institutioner og foregår under supervision og vejledning.

3) Udvalgte elementer af praktikken (den kliniske uddannelse) kan i begrænset omfang og f.eks. som forberedelse til patientkontakt tilrettelægges i et færdighedslaboratorium eller simulationslaboratorium, men

⁵³ 4–5 §§ Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, BEK nr 978 af 23/06/2022.

dette kan ikke erstatte direkte patientkontakt i den kliniske afdeling eller institution.⁵⁴

Det har förekommit att tillsynsmyndigheten har ingripit mot lärosäten som använt sig av simulering i högre utsträckning än vad förordningen medger.⁵⁵

I ytterligare en förordning gällande yrkesutbildningar regleras en skyldighet för statliga institutioner, regionsråd, kommunstyrelser och privata arbetsgivare som mottar offentliga medel att ställa praktikplatser till förfogande för utbildningarna till sjuksköterska, barnmorska, röntgensjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, folkskollärare och pedagog. Antalet praktikplatser ska motsvara det behov som följer av antalet studieplatser.⁵⁶

VIA University College är ett av lärosätena som anordnar sjuksköterskeutbildning. Lärosätet erbjuder utbildningen vid sju olika antagningsorter i Danmark samt en nätbaserad sjuksköterskeutbildning. En studievecka motsvarar 40 timmar per vecka och den kliniska utbildningen består av 30 timmar per vecka med ytterligare studietid på 10 timmar per vecka, det vill säga en total studietid om 40 timmar per vecka. Den kliniska delen genomförs på sjukhus, inom psykiatri, inom kommunal hemtjänst och sjukvård samt som simuleringsövningar vid lärosätets eget simuleringslaboratorium.⁵⁷

Sjuksköterskeutbildningen i Estland

Den estniska sjuksköterskeutbildningen är ett professionsprogram på grundnivå. Studietiden är 3,5 år och programmet omfattar 210 ECTS.⁵⁸ Sjuksköterskeutbildningen regleras genom lagstiftning, olika ramkrav och standarder. Omfattningen av utbildningen regleras i

⁵⁴ 3 § Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, BEK nr 978 af 23/06/2022. De formella ramarna för klinisk utbildning på sjuksköterskeutbildningen i Danmark och det utbildningsadministrativa stödet i hälso- och sjukvårdsverksamheterna beskrivs även i en rapport av ett flertal ministerier samt regioner från år 2020, se Finansministeriet m.fl. (2020), Appendix 5A.

⁵⁵ Utredningens möte med Uddannelses- og Forskningsstyrelsen den 22 maj 2023.

⁵⁶ 26 § Bekendtgørelse af lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser, LBK nr 1343 af 10/12/2019.

⁵⁷ VIA University College (2023).

⁵⁸ Kõrgharidusseadus, 2. Peatükk, 5 § (4).

lag, medan ramkraven anger innehåll och villkor för utbildningen.⁵⁹ Ramkraven stadgar att sjuksköterskeutbildningen ska omfatta minst 5 460 timmars teoretiskt och praktiskt lärande, varav minst 60 ECTS teoretiskt lärande och minst 90 ECTS kliniskt lärande. Av bilagan framgår att det praktiska lärandet ska omfatta omvårdnad och dess samband med allmän och specialiserad medicin, internmedicin, allmän och specialiserad kirurgi, friska barn och pediatrik, mödravård, mental hälsa och psykiatri, vård av äldre och geriatrik samt hem-sjukvård.⁶⁰

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool (Tallinn Health Care College) är en statlig utbildningssamordnare som har anordnat sjuksköterskeutbildning sedan år 1940.⁶¹ Sjuksköterskeprogrammet vid Tallinn Health Care Collage har en nominell studietid på 3,5 år och omfattar 210 ECTS. De teoretiska studierna utgörs av 120 ECTS och 90 ECTS avser praktik på sjukhus och andra vårdanläggningar.⁶² De teoretiska studierna innefattar även 276 timmar av praktisk färdighetsträning genom simuleringar i simuleringscenter, där studenter får träna på viktiga procedurer innan den faktiska praktiken.⁶³ Av utbildningens 210 ECTS består 205 ECTS av obligatoriska kurser och 5 ECTS är valbara kurser. Det finns även möjlighet för studenterna att välja ett valbart praktiskt moment på 20 ECTS samt projektbaserad praktisk träning på 5 ECTS. Totalt innehåller programmet 30 ECTS med en viss valbarhet.⁶⁴ Den praktiska delen av utbildningen äger främst rum vid olika vårdanläggningar, välfärdsmyndigheter, utbildningsanläggningar, försvarsanläggningar och andra verksamheter som erbjuder vård. Studenter har möjlighet att själva välja praktikplats utifrån en lista som tas fram av universitetet.⁶⁵

⁵⁹ Kõrgharidusseadus, 2. Peatükk, 5 § (4) samt Arstiõppe, loomaarstiõppe, proviisoriõppe, hambaarstiõppe, ämmaemandaõppe, õeõppe, arhitektiõppe ja ehitusinseneriõppe raamnõuded, 1. Peatükk, 1 § (1), 7. Peatükk, 29 § (2) och Lisa 6 Õeõppe õppekavasse kuuluvate õppeainete loetelu.

⁶⁰ Arstiõppe, loomaarstiõppe, proviisoriõppe, hambaarstiõppe, ämmaemandaõppe, õeõppe, arhitektiõppe ja ehitusinseneriõppe raamnõuded, 1. Peatükk, 1 § (1), 7. Peatükk, 29 § (2) och Lisa 6 Õeõppe õppekavasse kuuluvate õppeainete loetelu.

⁶¹ Tallinna Tervishoiu Kõrgkool (2023 a).

⁶² Tallinna Tervishoiu Kõrgkool (2021) s. 2.

⁶³ Tallinna Tervishoiu Kõrgkool (2023 b).

⁶⁴ Tallinna Tervishoiu Kõrgkool (2021) s. 4.

⁶⁵ Tallinna Tervishoiu Kõrgkool (2021) s. 8.

Sjuksköterskeutbildningen i Finland

Den finländska sjuksköterskeutbildningen är en yrkesutbildning på kandidatnivå med yrkesbenämningen sjukskötare. Utbildningens omfattning är 3,5 års studier och 210 ECTS.⁶⁶

I finländsk rätt regleras sjuksköterskeutbildningen i flera avseenden.⁶⁷ I förordning anges särskilt att utbildning som leder till examensbenämningarna sjukskötare och barnmorska ska uppfylla de krav som ställs i Europeiska unionens lagstiftning.⁶⁸

Sjuksköterskeutbildningen anordnas exempelvis av *Laurea ammattikorkeakoulu* (*Laurea University of Applied Sciences*) i Helsingfors. Av 210 ECTS utgörs 180 av så kallad kärnkompetensutbildning som inkluderar 90 ECTS teoretiska studier och 90 ECTS praktisk utbildning. Sjuksköterskeutbildningen innehåller därutöver en kompletterande och fördjupande del av utbildningen om 30 ECTS. Terminen utgör en avancerad specialiserad påbyggnadsutbildning, så kallad kompletterande kompetens, som också kan inkludera praktisk utbildning. Under kompletterande kompetensstudier specialiseras och utvecklas färdigheter inom arbetspraktik, 15 ECTS, och yrkeskompetens, 15 ECTS.⁶⁹ I utbildningen ingår klinisk utbildning inom ramen för den grundläggande kärnkompetensutbildningen bestående av 90 ECTS. Den kliniska utbildningen omfattar 75 ECTS och totalt sju olika kliniska placeringar (*Professional Development in Practise*) samt en uppsats om 15 ECTS. Uppsatsen genomförs i projektform i olika vårdmiljöer och räknas därmed in i den praktiska delen av utbildningen.⁷⁰

På utbildningen prövas också praktiska färdigheter genom simuleringsövningar som förbereder studenterna inför den verksamhetsförlagda utbildningen där de kommer i kontakt med patienter.⁷¹ I den kliniska delen av utbildningen specificeras inte fördelning mellan simuleringsövningar och andra kliniska färdighetsövningar respektive verksamhetsförlagd utbildning, där studenten är i direkt patientkontakt.

⁶⁶ 3 § Statsrådets förordning om yrkeshögskolor 18.12.2014/1129 samt bilaga (20.6.2018/493).

⁶⁷ Lagen om yrkesutbildning (2017/531) reglerar exempelvis utbildningens innehåll och struktur och lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1994/559) reglerar yrkeskvalifikationer och behörighet.

⁶⁸ 9 § Statsrådets förordning om yrkeshögskolor 18.12.2014/1129.

⁶⁹ Laurea ammattikorkeakoulu (2023 a).

⁷⁰ Laurea ammattikorkeakoulu (2023 b).

⁷¹ Laurea ammattikorkeakoulu (2023 a).

Sjuksköterskeutbildningen på Irland

Sjuksköterskeutbildningen på Irland är ett fyraårigt utbildningsprogram på kandidatnivå. Ansvarig myndighet för sjuksköterskeutbildningen och barnmorskeutbildningen är *Nursing and Midwifery Board of Ireland*. Myndigheten har tagit fram riktlinjer utifrån yrkeskvalifikationsdirektivet med krav på omfattning av utbildningen. I riktlinjerna redogörs för lärandemål, kunskap och förståelse, färdighet och förmåga och förhållningssätt.⁷² Riktlinjerna innehåller även minimikrav vad gäller omfattning av den teoretiska och praktiska utbildningen räknat i veckor. Sjuksköterskeprogrammet ska enligt riktlinjerna bestå av minst 63 veckor teoretiska studier, 45 veckor kliniska studier och slutligen 36 veckors praktik (*internship*), vilket innebär totalt 144 veckor.⁷³ De kliniska studierna och praktiken omfattar ett flertal olika områden och de längsta placeringarna sker inom ramen för medicinsk respektive kirurgisk vård.⁷⁴

En av utbildningsanordnarna är *Trinity College Dublin*. Där genomförs den kliniska utbildningen hos sex olika vårdgivare beroende på inriktning på den verksamhetsförlagda utbildningen och avslutas det fjärde året med en sammanhängande klinisk praktik motsvarande 36 veckor med lön.⁷⁵ I utbildningen ingår även praktisk färdighetsträning vid St James's Hospital träningscenter som förbereder studenter för att utveckla kliniska färdigheter och förmågor. Vid träningscentret sker lärande under handledning av kvalificerad vårdpersonal.⁷⁶

Sjuksköterskeutbildningen i Lettland

I den lettiska lagstiftningen som införlivar yrkeskvalifikationsdirektivet anges att sjuksköterskeutbildningens minsta omfattning är 3 års heltidsstudier eller minst 4 600 teoretiska och kliniska kontakttimmar, varav teoretiska studier upptar minst en tredjedel och kliniska studier upptar minst hälften av minimitiden för utbildningsprogrammet.⁷⁷

⁷² Nursing and Midwifery Board of Ireland (2023).

⁷³ Nursing and Midwifery Board of Ireland (2023) s. 66.

⁷⁴ Nursing and Midwifery Board of Ireland (2023) s. 67.

⁷⁵ Trinity College Dublin (2019).

⁷⁶ Trinity College Dublin (2020).

⁷⁷ Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu, III nodaļa, 14.pants. Vispārīgās prasības māsas izglītībai samt Ministru kabineta noteikumi Nr.68 Izglītības programmu minimālās prasības zobārsta, farmaceita, māsas un vecmātes profesionālās kvalifikācijas iegūšanai, IV. Izglītības programmu minimālās prasības māsas profesionālās kvalifikācijas iegūšanai, 10.

Rīgas Stradiņa universitāte är ett av de universitet som anordnar sjuksköterskeutbildningen. Programmet omfattar 160 meritpoäng (*kreditpunkti*) eller 240 ECTS och är 4 år långt. Praktiktid och praktiska moment utgör hälften av den totala studietiden. Studenterna har praktik redan under det första året och under hela utbildningen kombineras teoretisk och praktisk utbildning. Praktiken bedöms individuellt och sker i kontakt med patienter. Även simulering i simuleringscenter används i programmet. Simuleringen inkluderar såväl enkla procedurer som injektioner och stygn som komplexa kirurgiska operationer och förlossning. Utbildningen omfattar åtta praktiska kurser.⁷⁸

Sjuksköterskeutbildningen på Malta

Sjuksköterskeutbildningen på Malta omfattar minst 3 års studier eller minst 4 600 timmar teoretisk och klinisk träning, varav teoretiska studier upptar minst en tredjedel och kliniska studier upptar minst hälften av minimitiden för programmet.⁷⁹ Lagstiftningen möjliggör också att sjuksköterskestudenternas praktik kan förläggas till nattskift.⁸⁰ Den statliga myndigheten *Council for Nurses and Midwives* (CNM) ansvarar för reglering av sjuksköterske- och barnmorskeyrkena, för att tillse att utbildningsstandarden upprätthålls samt för att den kliniska praktiken genomförs i enlighet med yrkeskvalifikationsdirektivets krav.⁸¹

Ett av de lärosäten som anordnar sjuksköterskeutbildning är *L-Università ta' Malta* (*University of Malta*). Sjuksköterskeutbildningen omfattar 3 års studier om totalt 180 ECTS. Kurserna blandar teoretiska föreläsningar med praktiska övningar samt virtuella lärmiljöer. Det förekommer praktiska moment på samtliga sex terminer

⁷⁸ Rīgas Stradiņa universitāte (2023).

⁷⁹ Subsidiary Legislation 451.04 Minimum Training Conditions (Health Care Professions) Regulations, 3:(2).

⁸⁰ Subsidiary legislation 458.21 Training school for enrolled nurses' regulations 8 samt First schedule.

⁸¹ Chapter 464 Health Care Professions Act, Part IV Nurses and Midwives och Council for Nurses and Midwives (a). Av standarderna som CNM beslutat framgår att simulering eller andra moment som efterliknar klinisk praktik tillåts. Dessa moment får dock inte överstiga mer än tio procent (räknat i timmar) av den kliniska praktiken under programmet (Section 3: Practice placements, 3.7). I tidigare standarder, före augusti 2023, var denna reglering allmän (3. Practice placements, 3.10). Bestämmelsen i de reviderade standarderna från augusti 2023 kan tolkas gälla endast för den överbyggande kurs som sjuksköterskor som fått sin utbildning i ett icke-EU land sedan juni 2022 behöver genomgå för att få vara verksamma som sjuksköterska i landet.

och även under sommarperioderna. Det finns behörighetskrav för progression mellan läsåren som också gäller genomförd praktik.⁸²

Sjuksköterskeutbildningen i Norge

Norge har ingått två multilaterala avtal om ömsesidigt erkännande av yrkeskvalifikationer. Det nordiska avtalet om en gemensam nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer gällde fram till den 1 februari 2020. I egenskap av medlemsstat i EES omfattas Norge också av yrkeskvalifikationsdirektivet.⁸³

Högskoleutbildningar i Norge regleras i ramplaner och nationella riktlinjer. Sjuksköterskeutbildningen är enligt dess ramplan en treårig yrkesutbildning motsvarande 180 högskolepoäng inklusive 90 högskolepoäng klinisk utbildning. Ramplanen reglerar även inom vilka områden som den kliniska utbildningen ska genomföras.⁸⁴ Ramplanerna för både läkarutbildningen och tandläkarutbildningen reviderades år 2020 med tillägget:

Utdanningen skal være i samsvar med direktiv 2005/36/EF om godkjenninger av yrkeskvalifikasjoner, med senere endringer herunder direktiv 2013/55/EU.⁸⁵

Ramplanerna för sjuksköterskeutbildningen som trädde i kraft år 2008 och barnmorskeutbildningen som trädde i kraft år 2005 har dock inte uppdaterats med motsvarande tillägg.⁸⁶

Sjuksköterskeutbildningen i Norge anordnas bland annat vid Høgskulen på Vestlandet med studieorterna Bergen, Førde, Haugesund och Stord. Undervisningen består av föreläsningar, grupparbeten, färdighetsträning, simulering, projektarbete och självstudier. Den praktiska delen av utbildningen genomförs i kommunal hälso- och sjukvård, specialistsjukvård och psykiatrisk vård.⁸⁷

⁸² L-Università ta' Malta (2023). Information om kursernas innehåll har erhållits genom kursbeskrivning för respektive kurs.

⁸³ Helsedirektoratet (2023).

⁸⁴ Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning, FOR-2008-01-25-128.

⁸⁵ Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinerutdanning, FOR-2020-01-03-21, Kapittel 9. Studiets oppbygning og praksisstudier, § 25. Studiets oppbygning samt Forskrift om nasjonal retningslinje for tannlegeutdanning, FOR-2020-01-03-17, Kapittel 6. Studiets oppbygning og praksisstudier, § 16. Studiets oppbygning.

⁸⁶ Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning, FOR-2008-01-25-128 och Forskrift til rammeplan for jordmorutdanning, FOR-2005-12-01-1390.

⁸⁷ Høgskulen på Vestlandet (2023 a).

Den praktiska utbildningen utgör cirka 50 procent av utbildningen och är fördelad över 3 läsår. I Bergen består den kliniska delen av heltidsutbildningen av kurser som omfattar totalt 2 632,5 timmar, varav 1 630 timmar involverar direkt patientkontakt. I kurserna ingår obligatoriska moment i form av övningsförberedelser, färdighets- och simuleringsövningar, färdighetsprov samt läkemedelsberäkning under samtliga studieår. Under det första studieåret genomför studenterna praktisk utbildning med fokus på allmän omvårdnad och patientens grundläggande behov. Det andra studieårets huvudsakliga fokus är medicinsk och kirurgisk vetenskap. Det tredje studieårets huvudsakliga fokus är omvårdnad vid psykisk ohälsa och omvårdnad av patienter med komplexa tillstånd.⁸⁸

Sjuksköterskeutbildningen i Portugal

Den portugisiska sjuksköterskeutbildningen är en högskoleutbildning som omfattar minst tre års studier eller 4 600 timmar teoretisk och praktisk undervisning. Den teoretiska undervisningen omfattar minst en tredjedel och den kliniska undervisningen utgör minst hälften. Detta framgår av nationell portugisisk lag som har införlivat yrkeskvalifikationsdirektivet.⁸⁹ I lagstiftningen definieras begreppen teoretisk respektive klinisk undervisning samt var den kliniska undervisningen ska ske och minimikraven på utbildningens innehåll anges.⁹⁰

Ett av de lärosäten som utbildar sjuksköterskor är *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Lärosätet erbjuder utbildning i omvårdnad på kandidat-, magister- och doktorsnivå.⁹¹ Sjuksköterskeutbildningen på kandidatnivå är en fyraårig utbildning som omfattar 240 ECTS.⁹² I utbildningen ingår 120 ECTS praktik och av kursplanerna framgår att den kliniska undervisningen utgör 1 800 timmar praktik. Den kliniska undervisningen sker huvudsakligen under det tredje och fjärde studieåret i fyra kurser á 30 ECTS.⁹³

⁸⁸ Høgskulen på Vestlandet (2023 b - i). Sammanställd information ur respektive kursplan.

⁸⁹ Lei 9/2009, de 4 de Março, Capítulo III, Subsecção III, Enfermeiro responsável por cuidados gerais, Artigo 28-30.

⁹⁰ Lei 9/2009, de 4 de Março, Capítulo III, Subsecção III, Enfermeiro responsável por cuidados gerais, Artigo 28 och Anexo II, avsnitt 2 - Enfermeiro responsável por cuidados gerais.

⁹¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023 a).

⁹² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023 b).

⁹³ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023 c - g). Sammanställd information ur respektive kursplan.

Sjuksköterskeutbildningen i Slovakien

I Slovakien är sjuksköterskeutbildningen en högskoleutbildning på grundnivå och omfattar minst 4 600 timmar undervisning, varav teoretisk undervisning utgör minst en tredjedel och praktisk undervisning minst hälften av undervisningen. Utbildningen är minst treårig.⁹⁴

En av utbildningsanordnarna är det medicinska universitetet i Bratislava, *Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave*.⁹⁵ Sjuksköterskeprogrammet omfattar 3 års studier, varav den praktiska undervisningen omfattar 2 490 timmar.⁹⁶ Studieprogrammet består till största delen av obligatoriska ämnen samt därutöver 6 valfria ämnen. Klinisk praktik ingår i utbildningen från och med den andra terminen.⁹⁷ Det anordnas kontinuerlig praktik samt sommarlovspraktik efter den andra och fjärde terminen.⁹⁸ Alla former av klinisk praktik ges under ledning av legitimerade sjuksköterskor med minst 3 års yrkeserfarenhet samt fakultetslärare med yrkeskompetens.⁹⁹ Den praktiska delen av utbildningen genomförs i samarbetslokaler i enlighet med avtal. Studenter genomför sin praktik på ett flertal sjukhus, bland annat universitetssjukhuset i Bratislava, Ruzinov-sjukhuset och ett specialiserat geriatriskt sjukhus.¹⁰⁰ Studenter kan även genomföra sommarpraktik eller annan praktik vid kontrakterade sjukvårdsinrättningar på sin hemort.¹⁰¹

⁹⁴ 296/2010 Z. z., Časová verzia predpisu účinná od 10.04.2023, Príloha č. 2 k nariadeniu vlády č. 296/2010 Z. z., D.SESTRA, a).

⁹⁵ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 a).

⁹⁶ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 b) s. 5.

⁹⁷ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 c). Summering av ämnena i studieplanen.

⁹⁸ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 d).

⁹⁹ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 e).

¹⁰⁰ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 f).

¹⁰¹ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 e).

4 Nuläge och framtid för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen

I detta kapitel görs en översiktlig beskrivning av hur verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen i dag är organiserad. Platser och former för verksamhetsförlagd utbildning samt bedömning och examination beskrivs.Handledning och handledarkompetens berörs också, liksom studentperspektiv på verksamhetsförlagd utbildning. I kapitlet behandlas vidare de avtal som reglerar verksamhetsförlagd utbildning. Slutligen presenteras en framtidsprognos gällande verksamhetsförlagd utbildning med avseende på behov och omfattning. Utredningen föreslår att ett nationellt kunskapsstöd gällande handledarutbildning för sjuksköterskeutbildningen bör utformas samt att åtgärder bör vidtas för att främja enhetligheten i bedömningen av sjuksköterskestudenternas lärande.

4.1 Ett nationellt kunskapsstöd för handledarutbildning bör utformas

Förslag: Nationella vårdkompetensrådet bör ges i uppdrag av regeringen att utforma en utbildningsguide för en generisk modulbaserad handledarutbildning på grundnivå. Uppdraget kan utföras av ett eller flera av de regionala vårdkompetensråden i nära samverkan med lärosäten som bedriver och utvecklar handledarutbildning för sjuksköterskor. Samordningen av lärosätena i detta arbete bör lämpligen ske av Sveriges universitets- och högskoleförbund.

Bedömning: En harmoniserad handledarutbildning kan underlätta för lärosäten samt hälso- och sjukvårdsverksamheter att få tillgång till fler utbildade handledare.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

Lärosätena som anordnar sjuksköterskeutbildningen har ett behov av platser för verksamhetsförlagd utbildning och ett önskemål om att de kliniskt verksamma sjuksköterskorna som är handledare för studenterna ska ha utbildning för ändamålet. Adekvat handledarutbildning är en viktig kvalitetsfråga. Därför erbjuder ett flertal lärosäten utbildning för handledare.

En praxis har utvecklats som innebär att handledarutbildning motsvarande 7,5 högskolepoäng utgör ett baskrav. För huvudhandledare eller motsvarande befattning som innebär ett mer övergripande ansvar för den verksamhetsförlagda utbildningen anges ofta även krav på eller önskemål om en påbyggnadskurs i handledning som omfattar ytterligare 7,5 högskolepoäng.

Omfattningen av dessa handledarutbildningar är på så sätt i viss mån standardiserad, men så är inte fallet vad gäller kursinnehåll. Variationen i innehåll kan i viss mån förklaras av den pedagogiska modell för handledning i verksamhetsförlagd utbildning som respektive lärosäte har valt. Om det finns en viss forskningsinriktning vid aktuell högskola som anknyter till praktisk undervisning, kan även den få betydelse för kursinnehållet. Variationen av handledarkursinnehåll kan dock bli ett problem för vårdgivare som förväntas ta emot studenter från flera olika lärosäten. Lärosäten har även delvis olika lärandemål för studenter som genomför verksamhetsförlagd utbildning på olika terminer, vilket handledaren förutsätts förhålla sig till.

Ett ökat antal platser för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter är väsentligt för att kunna tillgodose kompetensförsörjningsbehovet av sjuksköterskor. Fler platser för verksamhetsförlagd utbildning kan främjas av att organisera handledarutbildning på ett sådant sätt att det är enkelt för kliniskt verksamma sjuksköterskor att genomgå utbildningen samt för arbetsgivaren att möjliggöra densamma. En utbildningsguide för en generisk modulbaserad handledarutbildning bör därför utformas till stöd för aktörerna.

Det nationella vårdkompetensrådet är ett rådgivande organ som ska bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning genom

samverkan på nationell och regional nivå. Utredningen bedömer att det nationella vårdkompetensrådet givet sitt uppdrag har goda förutsättningar att i samverkan med lärosäten som bedriver och utvecklar handledarutbildning samt de regionala vårdkompetensråden utforma en utbildningsguide för handledarutbildning. Lärosätenas roll i detta arbete är avgörande, och utredningen anser att Sveriges universitets- och högskoleförbund lämpligen kan samordna lärosätenas arbete. En sådan utbildningsguide skulle kunna utgöra ett riktmärke för basalt kursinnehåll när olika lärosäten utformar handledarutbildning och bidra till en harmonisering som skulle underlätta för vårdgivare att ta emot studenter för verksamhetsförlagd utbildning. Harmoniseringen skulle också kunna främja genomströmningen av studenter.

4.2 Ökad enhetlighet i bedömningen av sjuksköterskestudenters lärande bör främjas

Förslag: Nationella vårdkompetensrådet bör ges i uppdrag av regeringen att verka för en ökad harmonisering av bedömningsmetod och bedömningskriterier för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen. Samordningen av lärosätena i detta arbete bör lämpligen ske av Sveriges universitets- och högskoleförbund.

Bedömning: En ökad harmonisering av bedömningsmetod och bedömningskriterier kan förbättra förutsättningarna för god kvalitet i verksamhetsförlagd utbildning och underlätta för handledare och studenter.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

För att bedöma en students progression och färdigheter under verksamhetsförlagd utbildning behöver lärandemålen konkretiseras och brytas ned till bedömningsbara aktiviteter. Sådana konkretiseringar av lärandemål kan även tjäna som vägledning för både studenten och handledaren, i synnerhet om de professionella aktiviteterna är tydligt beskrivna och om studenten själv har kontinuerlig tillgång till mate-

rialet. På så sätt illustreras studentens progress och ytterligare behov av träning och fördjupning.

För den verksamhetsförlagda utbildningens kvalitet är det väsentligt att huvudhandledare, handledare och även övriga personalkategorier som möter studenter är väl förtrogna med lärosätets och studentens förväntningar på den verksamhetsförlagda utbildningens innehåll. För att platserna för verksamhetsförlagd utbildning ska kunna utnyttjas optimalt är det angeläget att samma arbetsplats kan ta emot studenter från flera olika lärosäten samt studenter som befinner sig på olika nivåer under sin sjuksköterskeutbildning. Om samtliga lärosäten skulle använda samma bedömningsmetod och bedömningskriterier baserade på en gemensam konkretisering av vilka professionella aktiviteter en legitimerad sjuksköterska förväntas behärska, skulle mottagandet och handledningen av sjuksköterskestuderande underlättas. Det är viktigt eftersom bristen på handledare är ett hinder för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i fler verksamheter. På en rörlig arbetsmarknad skulle det även underlätta för legitimerade sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor med handledningsuppgifter som byter arbetsgivare eller arbetsplats.

Det nationella vårdkompetensrådets uppdrag lämpar sig enligt utredningens mening väl för uppgiften att verka för en ökad harmonisering av bedömningsmetod och bedömningskriterier för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen. Lärosätenas roll i detta arbete är avgörande, och utredningen anser att Sveriges universitets- och högskoleförbund lämpligen kan samordna lärosätenas arbete. Utredningen uppfattar att det skulle vara i linje med den roll Sveriges universitets- och högskoleförbund regelbundet axlar för att koordinera och vägleda lärosäten samt att de rekommendationer och annat vägledande material förbundet utarbetar har hög legitimitet i sektorn.

4.3 Om verksamhetsförlagd utbildning

För sjuksköterskeutbildningen liksom för andra utbildningar inom det medicinska och vårdvetenskapliga området är ett mål att studenter ska uppnå kompetens vad gäller att vårda, bota samt främja hälsa och förebygga ohälsa.¹

¹ Silén (2013 a) s. 19.

Genom klinisk utbildning kan sjuksköterskestudenten uppnå sådan kompetens. Utöver verksamhetsförlagd utbildning genomförs även andra former av klinisk utbildning på sjuksköterskeutbildningen. Det kan exempelvis handla om färdighetsträning, simulering, laborationer, fältstudier samt genom interprofessionellt arbete i team. De lärosäten som är anslutna till nationell klinisk slutexamination för sjuksköterskeexamen examinerar den kliniska utbildningen genom Nationell klinisk slutexamination i form av skriftlig tentamen och praktiskt prov.²

Tidigare fokuserade innehållet i den verksamhetsförlagda utbildningen främst på sjuksköterskornas arbetsuppgifter och funktion. En praktisk vardagspedagogik som inte särskilde handledningen från det löpande vårdarbetet tillämpades oftast och undervisningen problematiserades inte.³

Avsikten med den kliniska utbildningen är numera att studenten ska få en erfarenhetsbas för att tillämpa och knyta an teoretiska kunskaper, träna och utveckla praktiska färdigheter, forma en yrkesidentitet, uppmuntras till reflekterad yrkesutövning samt skaffa sig en inblick i den sociala processen i det kliniska arbetet. Innehållet och aktiviteterna blir i stor utsträckning beroende av hur det ser ut på den aktuella praktikplatsen och kan vara svåra att styra för studenter och lärosäte.⁴

Det finns flera modeller för klinisk utbildning.⁵ Gemensamt för lärandet är att det sker i så kallade pedagogiska möten, vilket innebär en situation där en student i syfte att lära sig interagerar med en person i undervisande roll, oftast en handledare i klinisk verksamhet. Också patienten kan bli en aktör liksom andra studenter. Lärandemålet utgör ett visst kunskapsmässigt innehåll som studenten ska lära sig och lärandeaktiviteterna i en vårdssituation ska förverkliga målet. För studenterna kan lärandemålet vara att förstå ett sjukdomsförlopp för en viss patient, hur patienten bör bemötas, frågor om behandling och omvårdnad, samt information till patienten och anhöriga. Studenternas lärande kräver förberedelser så att studenterna är inlästa på en viss situation, som de sedan i möten med patienter får praktisera och förklara för patienten. Därefter diskuterar studenterna

² Nationell klinisk slutexamination för sjuksköterskeexamen.

³ Pilhammar Andersson (1997) s. 19 ff.

⁴ Mogensen, Thorell Ekstrand & Löfmark (2010) s. 12.

⁵ Nyoni, Dyk & Botma (2021). I denna översiktsartikel anges tio olika modeller för klinisk praktik i 48 refererade originalarbeten.

sina observationer. Lärandet kan sedan bedömas genom klinisk examination.⁶

Verksamhetsförlagd utbildning regleras vanligen i avtal mellan lärosäten och regioner respektive kommuner. Lärosätet bär ansvar för att utbildningen uppfyller rättsliga krav, krav som följer av kursplanen samt för examination av kursen. Lärosätet måste också kunna garantera att alla studenter får en plats där verksamhetsförlagd utbildning kan genomföras. Samtidigt är det regionen, kommunen eller den privata vårdgivaren som lärosätet har avtalat med som i praktiken svarar för att tillhandahålla platserna och även får ett stort inflytande över den verksamhetsförlagda utbildningens genomförande.

I synnerhet spelar handledaren en viktig roll för studentens verksamhetsförlagda utbildning. Tillgången till utbildningsstödande strukturer där verksamhetsförlagd utbildning bedrivs har också betydelse, exempelvis en huvudhandledare eller studierektor, handledarutbildning och it-stöd. Lärosätena har ett ansvar för att följa upp avtalen och att åtgärda eventuella brister. Regioner och kommuner som tar emot studenter inom ramen för verksamhetsförlagd utbildning har även de ett ansvar för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare.⁷

4.3.1 Var bedrivs verksamhetsförlagd utbildning?

Verksamhetsförlagd utbildning kan geografiskt ordnas på eller utanför studieorten beroende på de avtal som lärosätena tecknat med regioner och kommuner. Ett flertal lärosäten bedriver utbildning på åtskilliga orter och ett flertal lärosäten har även förverkligat särskilda satsningar på decentraliserade vårdutbildningar.⁸ Vid decentraliserad utbildning möjliggörs ofta den verksamhetsförlagda utbildningen på studieorten eller i dess närområde. Regeringen har gett fem lärosäten ett pilotuppdrag att decentralisera vårdutbildning gällande bristyrken fram till år 2030.⁹ Flera lärosäten avser använda sig av lärcentrum eller annan kommunalt finansierad campusorganisering och använda mer perifera platser för verksamhetsförlagd utbildning i regionen. Läro-

⁶ Silén (2013 a) s. 26 ff.

⁷ Se avsnitt 9.8.

⁸ I prop. 2020/21:1 ingick en satsning på 20 miljoner kr för decentralisering av vårdutbildningar.

⁹ Prop. 2021/22:1, utgiftsområde 16 s. 152 f. och 246 ff.

sätena hoppas på så sätt kunna utöka antalet VFU-platser och samtidigt stärka glesbygdens kompetensförsörjning.¹⁰

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har påtalat ett behov av att högskoleutbildningarnas landsbygdsanknytning stärks, exempelvis genom kursutbud, lokala campus och verksamhetsförlagd utbildning på landsbygden. Det är centralt att vårdutbildningarnas dimensionering anpassas till befolkningens långsiktiga behov i hela landet och att personalens kompetens motsvarar omställningen till en nära vård. Regionerna bör också stärka sin samverkan för att dimensionera platser för verksamhetsförlagd utbildning med beaktande av både regioners och kommuners kompetensförsörjningsbehov i hälso- och sjukvården.¹¹

Användning av lärcentrum kan bidra till stöd för studenterna på distansutbildningar. Lärcentrum innebär enligt 1 § förordningen (2017:1303) om statsbidrag för lärcentrum en verksamhet som organiseras av en eller flera kommuner, där den studerande erbjuds stöd i sitt lärande från lärare och annan personal samt ges möjlighet att möta andra studerande. Ett sådant exempel utgörs av Linnéuniversitetet, som beskrivs nedan.

Lärosäten med sjuksköterskeutbildning på flera orter

Högskolan i Gävle antar sjuksköterskestudenter till studieorterna Gävle, Bollnäs, Hudiksvall och Norrtälje som campusutbildning. Oavsett var de antagna studenterna bor genomförs verksamhetsförlagd utbildning i Gävleborgs län, till största delen på den studieort där de blivit antagna.

Högskolan i Halmstad antar sjuksköterskestudenter till studieorterna Halmstad och Varberg som campusutbildning. Högskolan i Halmstad erbjuder verksamhetsförlagd utbildning i hela Halland. Studenter som påbörjar sin utbildning i Halmstad genomför verksamhetsförlagd utbildning till största delen i södra Halland. Studenter som påbörjar sin utbildning i Varberg genomför verksamhetsförlagd utbildning i norra Halland.

Linköpings universitet har antagning till studieorterna Linköping och Norrköping som campusutbildning. Verksamhetsförlagd utbildning kan vara förlagd inom hela Östergötlands län, vilket innebär att

¹⁰ Universitetskanslersämbetet (2022 a) s. 53.

¹¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021) s. 213.

studenterna kan komma att resa till annan ort än Linköping och Norrköping.

Linnéuniversitetet har antagning till studieorterna Växjö, Ljungby, Kalmar, Västervik och Oskarshamn som campusutbildning. Samverkan med verksamheter inom hälso- och sjukvårdsområdet sker under utbildningen via verksamhetsförlagda studier vilka bedrivs i huvudsak inom Kronobergs och Kalmar län.

Malmö universitet antar sjuksköterskestudenter till studieorterna Malmö, Trelleborg och Ystad som campusutbildning. För studenter som antagits till Malmö genomförs verksamhetsförlagd utbildning i Malmö eller Trelleborg. För studenter som antagits till Trelleborg och Ystad genomförs verksamhetsförlagd utbildning på respektive ort.

Mälardalens universitet antar sjuksköterskestudenter till studieorterna Eskilstuna, Västerås och Nyköping som campusutbildning. Den verksamhetsförlagda utbildningen sker i vårdverksamheter i Södermanlands län och i Västmanlands län, beroende på vilken studieort studenten är antagen till. Det finns också placeringar som i enskilda fall kan förläggas till Södertälje sjukhus. Resor kan därmed förekomma i samband med den verksamhetsförlagda utbildningen.

Uppsala universitet har antagning till studieorterna Uppsala och Visby som campusutbildning. Den verksamhetsförlagda utbildningen genomförs i Region Uppsala och kommuner i Uppsala län för studenter som är antagna till programmet vid campus i Uppsala. Studenter i Visby genomför verksamhetsförlagd utbildning inom Region Gotland förutom en placering vid klinisk utbildningsavdelning hos Region Uppsala.

Lärosäten som bedriver decentraliserad vårdutbildning

Ekonomiska medel för att utveckla decentraliserad vårdutbildning har tilldelats Högskolan Väst, Mittuniversitetet, Karlstads universitet, Stiftelsen Högskolan i Jönköping och Umeå universitet. För samtliga utom Karlstads universitet omfattas sjuksköterskeutbildningen av decentraliseringsmedlen.¹²

Högskolan Väst har antagning till studieort Trollhättan som campusutbildning. Verksamhetsförlagd utbildning bedrivs exempelvis i

¹² Karlstads universitet erbjuder dock decentraliserad utbildning till specialistsjuksköterska med inriktning mot operationssjukvård, 60 högskolepoäng. Verksamhetsförlagd utbildning garanteras på studieorterna och på de sjukhus som är anknutna till studieorterna.

Norra Bohuslän, Dalsland, Trollhättan, Uddevalla, Vänersborg, Lysekil, Lilla Edet, Ale och Kungälv. Genom satsningen för decentraliserad utbildning kommer Högskolan Väst att initiera sjuksköterskeutbildning vid Campus Dalsland. Campus Dalsland är ett gemensamt initiativ från kommunerna i Dalsland. Projektet medfinansieras av kommunerna med stöd av Västra Götalandsregionen.

Mittuniversitetet har antagning till studieorterna Sundsvall och Östersund som campusutbildning. Den verksamhetsförlagda utbildningen sker hos Region Jämtland Härjedalen, Region Västernorrland och kommunernas hälso- och sjukvård samt hos privata vårdgivare. Mittuniversitetet antar inom ramen för decentraliseringssatsningen även studenter till utbildningsorterna Sollefteå, Ånge, Strömsund, Ragunda kommun samt Härjedalens kommun. Den verksamhetsförlagda delen är förlagd till Region Jämtland Härjedalen, Region Västernorrland, kommunernas hälso- och sjukvård samt privata vårdgivare. En stor del av den verksamhetsförlagda utbildningen sker på den lokala orten, men viss verksamhetsförlagd utbildning, praktiska moment och praktiska examinationer kan förläggas på annan ort.

Stiftelsen Högskolan i Jönköping har antagning till studieorterna Jönköping, Eksjö och Värnamo som campusutbildning. Den verksamhetsförlagda utbildningen genomförs i hela Jönköpings län och dess 13 kommuner. Inom den decentraliserade utbildningen antas studenter direkt till studieorterna Eksjö och Värnamo, vilket innebär att studenter som blir antagna ingår i en fast studiegrupp och att viss lärarledd undervisning är förlagd till respektive ort.

Umeå universitet har antagning till studieorterna Umeå, Skellefteå och Örnsköldsvik. I Umeå ges sjuksköterskeutbildningen som campusutbildning och i Skellefteå och Örnsköldsvik som distansutbildning. Verksamhetsförlagd utbildning bedrivs i Västerbotten och Västernorrland. För studieort Skellefteå och Västerbottens inland är utbildningen decentraliserad, vilket innebär att de studenter som bor i Västerbotten kan genomföra utbildningen till stor del på hemorten Skellefteå, Dorotea, Lycksele, Malå, Norsjö, Sorsele, Storuman, Vilhelmina och Åsele. Den kliniska praktiken görs i Skellefteå eller Västerbottens inland.¹³ För studieort Örnsköldsvik sker undervisningen till stor del på distans. Den verksamhetsförlagda utbildningen genomförs i delar av Västernorrland, oftast i Örnsköldsvik. Regionerna och kommunerna som samverkar i utbildningen erbjuder även

¹³ Umeå universitet (2023 b).

sommarjobb åt studenterna för att öka intresset för att arbeta i glesbygd.¹⁴

4.3.2 I vilka verksamheter bedrivs verksamhetsförlagd utbildning?

Verksamhetsförlagd utbildning kan förekomma i primärvård, öppenvård, slutenvård samt kommunal hälso- och sjukvård. Den verksamhetsförlagda utbildningen kan genomföras inom ramen för somatisk vård (öppen- och slutenvård), anestesijukvård, operationssjukvård, intensivvård, akutsjukvård, geriatrisk vård (exempelvis särskilt boende), palliativ vård, psykiatrisk vård (öppen- och slutenvård), pediatrisk vård samt kvinnors och barns hälsa.¹⁵

4.3.3 Hur placeras studenter i verksamhetsförlagd utbildning?

Lärosätena beställer ett antal platser för verksamhetsförlagd utbildning enligt den ordning som regleras i avtalen som tecknats huvudsakligen med regioner och kommuner. Planeringen av studenternas placering utförs vanligtvis med hjälp av olika typer av it-stöd, som beskrivs i kapitel 7. Det finns ett flertal modeller som används i det administrativa arbetet för att placera studenter i verksamhetsförlagd utbildning. Nedan beskrivs några exempel.

Ett exempel på fördelning av platser för verksamhetsförlagd utbildning som sker av en studierektor finns i Region Sörmland. Regionen tar främst emot studenter från Mälardalens universitet. Antalet platser inom regionens verksamheter beräknas utifrån antalet vårdplatser och vårdenhetens förutsättningar gällande exempelvis bemanning och lokaler. En större vårdenhet som omfattar 20–30 vårdplatser förväntas ta emot två till fyra studerande per studentgrupp, medan en mindre enhet med 8–12 vårdplatser förväntas ta emot en till två studenter per studentgrupp. Vid placering på öppenvårdsmottagningar och inom primärvården finns ingen motsvarande fördelningsnyckel.¹⁶

¹⁴ UInNorth (2023).

¹⁵ Utredningens kartläggning av utbildningsplaner och kursplaner samt lärosätenas egen redovisning i utredningens enkät.

¹⁶ E-postmeddelande från studierektor för verksamhetsförlagd utbildning vid Region Sörmland den 19 oktober 2023.

Mälardalens universitet beställer platser löpande under hela terminen, vilket innebär att tiden nyttjas effektivt och möjliggör flexibilitet för studenterna. Exempelvis kan regionen tillhandahålla platser för 25 sjuksköterskestudenter på fjärde terminen i fyra olika grupper inom både somatisk och psykiatrisk vård och för 25 sjuksköterskestudenter på sjätte terminen i tre olika grupper. I praktiken kan 80 till 120 sjuksköterskestudenter genomföra verksamhetsförlagd utbildning per kurs.¹⁷

Målsättningen är att studenterna ska kunna placeras i jämna par för att underlätta möjligheten att lära och få handledning i par. Mälardalens universitet vill att handledningsmodellen Patientfokuserad handledning ska tillämpas och där ingår handledning i par som en del av pedagogiken.

4.3.4 Hur bedöms och examineras verksamhetsförlagd utbildning?

Handledaren bedömer

Bedömningen av studenter sker av ansvarig handledare vanligen genom bedömningsformulär. Vid lärosätena används olika modeller för bedömning, varav två har fått en stor spridning: *Assessment of Clinical Education* (AssCE) och bedömningsformulär för verksamhetsförlagd utbildning (BeVut). *Assessment of Clinical Education* är den dominerande modellen i underlaget som har undersökts.¹⁸

Bedömningsformuläret AssCE utgår från mål för den verksamhetsförlagda delen av sjuksköterskeutbildningen med utgångspunkt i kunskap och förståelse, färdighet och förmåga samt värderingsförmåga och förhållningssätt. Bedömningen görs i förhållande till utbildningsnivå och lärandemål för den aktuella kursen i en graderad skala för uppnådd måluppfyllelse. Bedömningen utgår från en halvtidsdiskussion samt en avslutande bedömningsdiskussion.

Bedömningsformuläret BeVut är utformat efter kursens lärandemål och för varje lärandemål finns kriterier angivna för hur målen ska uppnås. Målen diskuteras med studenten i samband med utvecklingssamtal för att stimulera fortsatt utveckling som bedöms vid det

¹⁷ E-postmeddelande från studierektor för verksamhetsförlagd utbildning vid Region Sörmland den 19 oktober 2023.

¹⁸ Lärosätenas egen redovisning i utredningens enkät och Universitetskanslersämbetet (2021 b).

slutgiltiga bedömningssamtalet. Dokumentet fylls i av handledare och student i samråd med en adjungerad klinisk adjunkt, universitetsadjunkt eller universitetslektor och utgör underlag för examinatorns slutgiltiga betygsbedömning.

Ytterligare en bedömningsmodell bör omnämnas som kan tänkas få en större betydelse för sjuksköterskeutbildningen i framtiden: *Entrustable Professional Activities* (EPA). Modellen är internationellt spridd för att träna och bedöma sådana färdigheter som varje student eller yrkesverksam under vidareutbildning efter genomförd utbildning behöver ha för att kunna anförtros med att självständigt utföra en professionell uppgift inom hälso- och sjukvården.¹⁹ Inom grundutbildningen för sjuksköterskor finns internationellt en diskussion om behovet av att överbrygga avståndet mellan kursmål och praktik. Det finns även internationellt exempel på att EPA har införts på sjuksköterskeutbildningen.²⁰

Utvecklingen av EPA inom grundutbildning och specialistutbildning av läkare har kommit relativt långt.²¹ Sedan hösten 2021 omfattar den svenska läkarutbildningen sex års heltidsstudier och examensmålen är legitimationsgrundande, vilket innebär att universiteten måste ta ansvar för att utbildningen förmedlar och examinerar de färdigheter en legitimerad läkare förväntas ha för att fungera i hälso- och sjukvården. Därför identifierades tio nationella kärnaktiviteter i dagligt läkararbete, som kan observeras och som kräver att studenten kan använda i situationen adekvata kunskaper, färdigheter och förhållningssätt på ett patientsäkert sätt med en definierad grad av självständighet. Dessa EPA, som ansluter till examensmålen, utvecklades i samarbete mellan samtliga lärosäten som utbildar läkare.²² Ett exempel på ett EPA är att ”identifiera patienter i behov av akut vård och genomföra ett primärt omhändertagande”. Detta EPA består av flera delar, exempelvis att identifiera möjliga orsaker till patientens tillstånd, att bedöma sjukdomstillståndets allvarlighetsgrad och ta ställning till vårdnivå för patienten. Det görs en avgränsning med

¹⁹ Shorey, Lau, Lau & Ang (2019).

²⁰ Lau, Ang, Samarasekera & Shorey (2020).

²¹ Rosengren, Möller, Hellman, Jood, Ekstedt, Särnblad, Alm & Gummeson (2019) samt utredningens möte med Nationella vårdkompetensrådets arbetsgrupp för forskning och undervisning den 16 oktober 2023.

²² Gummeson, Alm, Cederborg, Ekstedt, Hellman, Hjelmqvist, Hultin, Jood, Leanderson, Lindahl, Möller, Rosengren, Själander, Svensson, Särnblad & Tejera (2023), Rosengren, Möller, Hellman, Jood, Ekstedt, Särnblad, Alm & Gummeson (2019) och Rosengren, Dahlin, Hellman, Cederborg, Ekstedt, Särnblad, Alm & Gummeson (2019).

innebörden att den verksamhetsförlagda utbildningen i vissa fall inte räcker för att ge studenten tillräcklig träning, varför träning i simulerad miljö förutsätts. Huruvida de olika EPA kan anses vara giltiga och adekvata har undersökts hos kliniskt verksamma läkare.²³

I EPA är tanken att studenterna ska bedömas och få kontinuerlig återkoppling under den verksamhetsförlagda utbildningen. En modell för detta är så kallade sammansatta kliniska aktiviteter, som utgör vanligt förekommande kliniska arbetsuppgifter för studenterna. En sammansatt klinisk aktivitet inrymmer flera EPA och bedömning samt återkoppling görs dagligen av kliniska handledare och registreras via webbformulär i en elektronisk portfölj. Avsikten är att varje student ska få återkoppling på samtliga EPA och att progression i fråga om ökad självständighet i utförandet ska synliggöras. Efter som studenten får återkoppling direkt får denne också möjlighet att träna extra på moment för att avhjälpa eventuella brister. För att systemet ska få avsedd verkan krävs aktiv medverkan från kliniska handledare samt att studenten får en aktiv roll som förvaltare av sin progressionsportfölj.

Examinator examinerar

Sjuksköterskeutbildningens kurser har specifika kursmål formulerade i de olika kursplanerna. Det är kursmålen måluppfyllelse som examineras och betygsätts. Verksamhetsförlagd utbildning är i sig en form för bedömning som framgår av kursplanen. När studenten har genomgått en kurs med verksamhetsförlagd utbildning ska betyg sättas enligt 6 kap.18 § högskoleförordningen. Ett sådant betygsbeslut fattas av examinator, som är en av högskolan särskilt utsedd lärare. När betyg sätts utgör detta exempel på myndighetsutövning mot enskild som lärosätet utövar gentemot en student.

Handledaren svarar som ovan nämnts för bedömningen av studentens prestation under den verksamhetsförlagda utbildningen. Handledarens bedömningsunderlag är ofta till hjälp för examinator, även om examinator inte är bunden av handledarens bedömning när betyg sätts. Det är viktigt att handledaren är insatt i lärandemål och kursplan när denne fyller i bedömningsunderlag för att examinatorns bedömning ska bli adekvat.

²³ Gummesson, Alm, Cederborg, Ekstedt, Hellman, Hjelmqvist, Hultin, Jood, Leanderson, Lindahl, Möller, Rosengren, Sjölander, Svensson, Särnblad & Tejera (2023).

Under pandemin fanns särskilda svårigheter att genomföra verksamhetsförlagd utbildning på det sätt som lärosätenas utbildnings- och kursplaner reglerar. Den 16 mars 2020 beslutade Folkhälsomyndigheten om rekommendationer om att undervisning på högskolenivå skulle genomföras på distans på grund av pandemin.²⁴ Universitetskanslersämbetet har undersökt hur coronapandemin påverkade möjligheterna att genomföra verksamhetsförlagd utbildning i hälso- och sjukvården på sjuksköterske- och läkarprogrammen. Samtliga högskolor och universitet bedrev distansundervisning under vår- och höstterminen 2020 samt vårterminen 2021. Det var generellt svårt att få ett tillräckligt antal utbildningsplatser till studenterna på grund av smittorisken.²⁵ En del verksamhetsförlagda moment byttes ut mot simuleringsövningar eller rollspel vid kliniska träningscentrum på sjuksköterskeprogrammet. Gravida studenter kunde i många fall inte genomföra verksamhetsförlagd utbildning. Stödåtgärder sattes in för att möjliggöra för studenter att nå kursmålen, exempelvis träning på simulerade patientfall på kliniskt träningscentrum. Vid en del lärosäten analyserades examensmålen för att se om vissa lärandemål kunde fullgöras senare under utbildningen. Examinationsformerna under verksamhetsförlagd utbildning var i stort sett oförändrade under pandemin och från lärarhåll framhölls vikten av att inte sänka kraven eller äventyra patientsäkerheten.²⁶

4.4 Handledning i verksamhetsförlagd utbildning

Studenter som genomgår verksamhetsförlagd utbildning får handledning hos den aktuella vårdgivaren. Handledning kan beskrivas som en interaktiv process i en tillitsfull relation mellan handledare och student. Handledarens roll är att stödja studenternas förmåga att omsätta generaliserad formell teori till individuell praktik i en specifik vård-situation. Handledning som pedagogisk process inkluderar planering, nivåanpassning, tillämpning av handledningsstrategier samt utvärdering och bedömning.²⁷Handledningens funktion är också att stimulera studenten till ett undersökande förhållningssätt och reflektion.²⁸

²⁴ Folkhälsomyndigheten (2020).

²⁵ Universitetskanslersämbetet (2021 c) s. 5 och 10.

²⁶ Universitetskanslersämbetet (2021 c) s. 8 f., 11 f. och 14.

²⁷ Carlson (2010) s. 58.

²⁸ Silén (2013 b) s. 100.

Lärare som är verksamma inom ramen för verksamhetsförlagd utbildning benämns på ett flertal olika sätt. Med klinisk lektor avses i detta betänkande en lärare med ett övergripande ansvar för den kliniska utbildningens kvalitet, akademisk nivå och forskningsanknytning. En klinisk adjunkt avser i betänkandet en lärare med anställning inom högskolan som har ansvar för innehåll och genomförande av studenternas kliniska utbildningsperiod. Med adjungerad klinisk adjunkt (AKA) avses i betänkandet en lärare som har en delad tjänst och arbetar i både klinisk verksamhet och på universitet eller högskola. Personen är anställd inom hälso- och sjukvården, men har en del av sin arbetstid avsatt för undervisning och handledning av studenter. Uppdraget innefattar ett pedagogiskt ansvar för den verksamhetsförlagda utbildningen inom den egna professionen.

Förutsättningar för handledning regleras vanligen i de avtal som tecknas mellan lärosäten, regioner och kommuner om verksamhetsförlagd utbildning. Det kan exempelvis handla om hur handledning organiseras, krav på handledarutbildning, former för samverkan, pedagogisk grundsyn, handledningsmodeller och olika kvalitetskriterier.

Flera faktorer har betydelse för att den verksamhetsförlagda utbildningen ska främja studentens lärande på bästa sätt. Arbetsmiljön och bemötandet av studenten är viktigt, liksom goda organisatoriska och fysiska förutsättningar för att studenten med en ökande grad av självständighet ska kunna praktisera yrkets olika moment. Att handledaren har tid och utrymme för att arbeta tillsammans med studenterna är givetvis betydelsefullt, liksom att handledaren är trygg i sin roll och med den modell för klinisk undervisning som tillämpas. Handledarutbildning och andra utbildningsinsatser för verksamma handledare kan bidra till att tillgodose sådana aspekter.

4.4.1 Handledarutbildning

Det finns inga rättsligt grundade krav på handledarutbildning och ingen nationell handledarutbildning. Många avtal om verksamhetsförlagd utbildning anger dock krav på sådan utbildning för kliniska handledare. Sådana krav syftar till att skapa förutsättningar för studenterna att genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen i en lärandemiljö som möjliggör ett optimalt lärande för studenterna. Eftersom det generellt råder personalbrist i svensk hälso- och sjukvård

kan sådana krav emellertid vara svåra att uppfylla. De sjuksköterskor som förväntas fungera som kliniska handledare kan vara nyutexaminerade eller tillfälligt inhyrd personal.

Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska har föreslagit att de lärosäten som anordnar sjuksköterskeutbildning i samråd med huvudmän för hälso- och sjukvård samt vårdgivare i samverkan med de regionala vårdkompensråden och andra lärosäten ska få i uppdrag att utforma en eller flera modeller för handledning i olika verksamheter som också inkluderar krav på handledarnas kompetens. Syftet är att underlätta för fler verksamheter att delta i verksamhetsförlagd utbildning. Kurserna ska enligt förslaget planeras och utvecklas i fler verksamheter än i dag med start senast höstterminen 2025. Utredningen förordade en mer flexibel handledningsmodell inklusive handledarkompetens som inte endast utgår från verksamhet vid sjukhus utan också anpassas till kommunal hälso- och sjukvård samt privata vårdgivare. Utredningen förordade också att viss handledningskompetens inte bör uteslutas på grund av krav på en alltför hög utbildningsnivå hos handledarna. Utredningen påpekade att det är viktigt att reglera utbildningsuppdraget i avtal och att handledarmodeller och kompetenskrav på handledare måste kunna anpassas beroende på typ av verksamhet.²⁹

Handledarutbildningens betydelse för lärande och kvalitet

Handledaren har en viktig funktion för att skapa förutsättningar för studentens lärande i den praktiska vårdverksamheten. För att handledaren ska kunna utveckla sin roll är det betydelsefullt att få kunskap om lärande, handledning och de lärandemål som gäller för den aktuella studenten. Det krävs förstås också organisatoriska förutsättningar för att handledaren ska kunna tillägna sig dessa kunskaper på sin arbetsplats.³⁰

Betydelsen av handledarnas kompetens konkretiseras ofta som krav eller rekommendationer i de flesta avtal som tecknas mellan lärosäten, regioner och kommuner. Vanligen ställs krav på att handledarna ska vara legitimerade sjuksköterskor samt ha viss nivå av handledarutbildning.

²⁹ SOU 2022:35 s. 114 ff. Utredningen exemplifierade med att undersköterskor enligt avtalet mellan Marie Cederschiöld högskola och Stockholms stad kan handleda sjuksköterskestudenter i daglig omvårdnad i kommunal vårdverksamhet, SOU 2022:35 s. 116.

³⁰ Silén (2013 b) s. 101 ff.

De handledningsmodeller som numera används fokuserar oftast på hög studerandeaktivitet, vilket beskrivs i följande avsnitt. Behovet av att handledarna har utbildning blir större för att de ska kunna tillämpa sådana handledningsmodeller.

Hur utbildas handledare?

I målen för sjuksköterskeexamen anges att sjuksköterskan ska visa förmåga att informera och undervisa olika grupper samt att genomföra handledande uppgifter. I Svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska anges att sjuksköterskan ska kunna motivera och leda medarbetare samt ge konstruktiv återkoppling i omvårdnadsarbetet.³¹

Tidigare ingick handledarutbildning i grundutbildningen till sjuksköterska på flera håll i landet. Numera har grundutbildningen i många fall inte kvar handledarutbildning på grund av utrymmesskäl. Det finns dock exempel där viss utbildning i handledning ingår i grundutbildningen.³²

Många lärosäten erbjuder handledarutbildning för att få fler kliniskt verksamma sjuksköterskor som kan handleda studenter och därigenom fler platser för verksamhetsförlagd utbildning.³³ En praxis har utvecklats som innebär att handledarutbildning motsvarande 7,5 högskolepoäng är ett slags baskrav eller basönskemål. För funktioner som huvudhandledare eller motsvarande befattningar som innebär ansvar för planering, uppföljning och utveckling av verksamhetsförlagd utbildning anges ofta även en påbyggnadskurs i handledning omfattande 7,5 högskolepoäng som krav eller önskemål. Även om omfattningen på dessa handledarutbildningar i viss mån är standardiserad, är så inte fallet när det gäller kursinnehåll. Variationen i innehåll kan i viss mån motsvaras av den pedagogiska modell för handledning under verksamhetsförlagd utbildning som respektive högskola valt. Om det finns en viss forskningsinriktning vid aktuell högskola som anknyter till praktisk undervisning, kan även detta få betydelse för kursinnehållet.

För att möjliggöra för kliniskt verksamma sjuksköterskor att genomgå utbildning är det betydelsefullt att organisera handledar-

³¹ Svensk sjuksköterskeförening (2017).

³² Högskolan Kristianstad, Malmö universitet och Sophiahemmet högskola tillhandahåller exempelvis viss sådan utbildning enligt lärosätenas svar på utredningens enkät.

³³ Se även avsnitt 4.4.2.

utbildningen på ett flexibelt sätt som tar hänsyn till arbetsplatsens förutsättningar. De strategier som tillämpas på många håll är att dela upp handledarutbildningen i kortare moduler, som till största delen är nätbaserade.

I Uppsala ges exempelvis en handledarkurs som omfattar 7,5 högskolepoäng. Det ges en helt nätbaserad introduktion som ska utgöra en bas för alla sjuksköterskor i vården som kommer i kontakt med studenter. Som minimikrav för att handleda en sjuksköterskestudent planeras en modul omfattande 3 högskolepoäng, till största delen nätbaserad. En påbyggnadsmodul om 4,5 högskolepoäng finns också och därefter har den handledande sjuksköterskan nått upp till stipulerad formell grundläggande handledarkompetens.³⁴

Ett annat exempel utgörs av konceptet *Stepping stone* som Karolinska institutet använder sig av. Konceptet riktar sig till den som arbetar inom hälso- och sjukvården i Stockholmsområdet och har handledningsuppdrag. En kurs motsvarar en veckas heltidsstudier och fem kurser ger motsvarande 7,5 högskolepoäng. En kurs inleds och avslutas med schemalagda halvdagar och innehåller däremellan eget arbete under handledning. Den avslutande halvdagen utgörs av examination. Exempel på kursinnehåll är förutom pedagogisk introduktion mer specifika handledningsmodeller som *peer learning* och interprofessionellt lärande samt examination och bedömning.³⁵

Flera högskolor erbjuder flexibla koncept som kan innehålla handledarutbildning. Gemensamt för dessa kurserbjudanden är att lärosätena erbjuder utbildningen på ett sätt som ska vara möjligt att kombinera med kliniskt arbete och kunna genomgå i flexibel takt.

Olika handledningsmodeller

Det finns flera olika handledningsmodeller och modellerna speglar den pedagogiska grundsyn som tillämpas inom verksamhetsförlagd utbildning.

Utredningen har tagit del av underlag som lärosätena delgivit Universitetskanslersämbetet i samband med den tematiska utvärderingen av utbildning som leder till sjuksköterskeexamen i syfte att

³⁴ Utredningens samtal med professor Matts Olovsson vid Uppsala universitet den 16 november 2023.

³⁵ Karolinska institutet (2023).

kartlägga vanligt förekommande handledningsmodeller.³⁶ Information har även inhämtats genom utredningens enkätundersökning. Av lärosätenas underlag framgår att modellerna som oftast tillämpas utgår från studentens ansvar för sitt eget lärande, exempelvis *peer learning*, patientfokuserad handledning och problembaserat lärande. Handledaren har i sådana modeller främst en stödjande roll i förhållande till studenten. Lärosätenas olika modeller för handledning är något vårdgivaren och handledaren måste vara införstådda i när studenter tas emot från flera olika lärosäten i en och samma verksamhet.

En stor del av kunskapen om handledning och handledningsmodeller i litteraturen utgår från ordinarie vårdavdelningar i sjukhusmiljö, medan fokus på senare tid delvis flyttats mot för undervisningsändamål specialinrättade vårdmiljöer, simuleringsövningar och vård i olika former utanför sjukhus. Det betonas att den önskvärda tyngdpunktsförskjutningen från sjukhuset mot närsjukvård bör reflekteras i vårdutbildningarna, inte minst under verksamhetsförlagd utbildning. Även placeringarnas längd och inplacering under studietiden har studerats vetenskapligt, liksom olika samarbetsmodeller mellan lärosätet och vårdgivarna. Det har också undersökts huruvida långa eller återkommande placeringar på samma arbetsplats ger fördelar framför kortare placeringar varvade med teoristudier. Vanliga utfallsmått i studier där olika modeller jämförs är studenternas tillfredsställelse med den verksamhetsförlagda utbildningen, deras prestationer vid examination, handledarens upplevelser av att handleda, studenters benägenhet att välja att arbeta inom berört verksamhetsfält och resursförbrukning.³⁷ En generell slutsats av forskningsläget är att studenternas upplevelse av inkludering på arbetsplatsen är en väsentlig kvalitetsfaktor i verksamhetsförlagd utbildning.

Mästare-lärlingsmodellen

En ursprunglig modell av handledarskap är mästare-lärlingsmodellen.³⁸ Modellen innebär att en äldre och erfaren person inom ett visst yrke överför sina kunskaper till en yngre individ. Praktiska kunskaper lärs ut med utgångspunkt i den verksamhet som bedrivs och förevisas för den yngre individen, som sedan får imitera och öva. Hand-

³⁶ Universitetskanslersämbetet (2021 b).

³⁷ Henderson, Twentyman, Heel & Lloyd (2006).

³⁸ Mogensen, Thorell-Ekstrand & Löfmark (2010) s. 87 f.

ledningen utgår från handledarens arbetssätt, vilket innebär att det inte är säkerställt att den teoretiska och praktiska kunskapen alltid når upp till kraven som uppställs på evidensbaserad vård.³⁹ Arbetsuppgifterna för den individuella handledaren behöver inte heller reflektera helheten av lärandemål för studenten.

Studentcentrerad handledning

I dag domineras verksamhetsförlagd utbildning av handledningsmodeller som ger utrymme för en högre grad av studentcentrering.⁴⁰ Studentcentrerat lärande innebär att studenten står i centrum, vilket ger studenten en aktiv roll i sitt eget lärande och sökande efter kunskap.⁴¹ Studentcentrerad handledning tar sin utgångspunkt i den enskilde studenten och dennes kunskaps- och utvecklingsmässiga förutsättningar. Handledaren fungerar då som ett lärandestöd för studenten som kan strukturera och vägleda studenten i lärandeprocessen.⁴²

I en studentcentrerad handledningsmodell kan processen beskrivas som bestående av tre delar: inledning, genomförande och avslutning. Initialt får handledaren information om studenten och dennes utbildningsmässiga nivå. Studenten bör också förbereda sig genom att sätta sig in i den verksamhet där den verksamhetsförlagda utbildningen ska äga rum. Under genomförandefasen skapas och realiseras lärsituationer med utgångspunkt i lärandemålen, patientens behov och de situationer som uppstår under den verksamhetsförlagda utbildningen. Handledningsprocessen kan i denna del vara uppdelad i förhandledning, genomförande och efterhandledning. Studenten får först förbereda sig och planera samt göra en tidig konsekvensanalys. Därefter utförs den planerade vårdåtgärden praktiskt och handledaren kan ha en mer eller mindre aktiv roll. Slutligen genomförs efterhandledning, då studentens uppfattning och handledarens iakttagelser diskuteras. Återkoppling till studenten är också en viktig del av handledningsprocessen. Under avslutningsfasen sker utvärdering och bedömning av studentens lärande i förhållande till lärandemålen.⁴³

³⁹ Sandvik (2022) s. 24.

⁴⁰ Mogensen, Thorell-Ekstrand & Löfmark (2010) s. 87.

⁴¹ Ekebergh (2018).

⁴² Sandvik (2022) s. 25.

⁴³ Sandvik (2022) s. 25 ff.

Peer learning

Peer learning är en pedagogisk modell för studentsamarbete som har fått ett stort genomslag i verksamhetsförlagd utbildning i Sverige. I internationell litteratur benämns modellen ibland som *2:1 placement* eller *3:1 placement*.⁴⁴ *Peer learning* innebär att studenter på samma eller olika nivåer på en utbildning samarbetar i sitt lärande. Enligt modellen tar studenterna ansvar både för en lärande och undervisande roll i förhållande till varandra. Detta förutsätter ett aktivt och reflekterande handledarskap som utgår från lärandemålen och tydligt kopplas till kursplaner och strategier för att studenterna ska kunna nå målen. Studenterna blir alltså mer delaktiga i lärandeprocessen och kan aktivt problematisera lärsituationerna under tiden de förvärvar praktiska och teoretiska kunskaper.⁴⁵ Samtidigt förutsätter modellen att handledaren är uppmärksam på studentparets situation och ger tillfälle för frågor och reflektion så att båda studenterna utvecklas. *Peer learning* bygger i hög grad på studenternas egen aktivitet, självständighet och samarbetsförmåga och kan stimulera till kreativ kunskapsinhämtning.⁴⁶ För att stödja denna process finns strukturerade aktiviteter formulerade, som är kopplade till lärandemålen och innebär ett stöd för både studenterna och handledarna.⁴⁷ Lärosätena uppger att studenterna med hjälp av reflekterande frågor kan resonera kring ett tänkt agerande. På så sätt blir studenterna förberedda för det moment som uppgiften avser pröva. Reflektion ses som central både i handledningen och studentens lärande.⁴⁸

I *peer learning* sker handledningen vanligen för flera studenter åt gången. Detta kan möjliggöra att handledarkapaciteten och arbetsplatsen utnyttjas mer effektivt jämfört med om varje student tilldelas var sin handledare.

⁴⁴ O'Connor, Cahill & McKay (2012).

⁴⁵ Se exempelvis Topping (2005), Boud, Cohen & Sampson (1999), Stenberg & Carlson (2015) och Carlson (2022) s. 196 f.

⁴⁶ Carlson, Stenberg, Lai, Reisenhofer, Chan, Cruz, Leung, Wong & Chan (2019).

⁴⁷ Carlson (2022) s. 197.

⁴⁸ Flertalet lärosäten refererar till Gibbs reflektionsmodell som stöd för reflektionen.

Patientfokuserad handledning

Patientfokuserad handledning innebär att studenten följer patienten under vårdtiden och får en helhetssyn över patientens behov av vård och omvårdnad.⁴⁹ I denna modell följer studenten patienten i stället för handledaren för att få erfarenhet av omvårdnadsprocessens olika delar och kan samtidigt skapa djupare vårdrelationer och få ett helhetsperspektiv på vårdarbetet. Därigenom framträder det professionella ansvaret tydligare för studenten. Vanligtvis finns strukturerade veckoteman för olika utbildningsnivåer som kopplas till studenternas lärandemål och aktuella kursplaner. Studenterna kan ha fler än en handledare under den verksamhetsförlagda utbildningen, men en av handledarna har huvudansvar för planering, utveckling av läraaktiviteter samt bedömning av studentens förmågor.⁵⁰

Lärosätena uppger att modellen ger möjlighet för studenterna att lära känna patienten och dennes närstående. Studenterna tränas i att bemöta, planera, utföra och utvärdera omvårdnaden av patienten ur ett helhetsperspektiv. Studenterna ges därmed träning i självständighet och förståelse för patientens livssituation. Under den patientfokuserade handledningen kan studenter lära i par, vilket ger möjlighet att stödja varandra i vårdsituationer och i reflektionen över gemensamma aktiviteter. Handledaren ansvarar för planering av vilka patienter som studenterna ska vårda samt för uppföljning.⁵¹

Problembaserat lärande

Handledningsmodellen är studentcentrerad och utgår från studenternas lärandebehov.⁵² Studenter kan samarbeta i grupper där studenten inledningsvis enskilt samlar in kunskap och reflekterar över frågor om ett verklighetsanknutet problem eller situation. Studenter kan sedan i grupp diskutera och dela med sig av erfarenheter av det givna problemet. Handledningsmodellen möjliggör även för ett interprofessionellt lärande, då studentgruppen kan sättas samman av studenter från olika vårdprofessioner.⁵³

⁴⁹ Staun, Bergström & Wadensten (2010).

⁵⁰ Bengtsson, Stenberg & Carlson (2013) s. 53 ff.

⁵¹ Lärosätenas egen redovisning i utredningens enkät och Universitetskanslersämbetet (2021 b).

⁵² Kong, Qin, Zhou, Mou & Gao (2014).

⁵³ Universitetskanslersämbetet (2021 b).

Lärosätenas krav på handledare

Lärosätena har i utredningens enkätundersökning blivit ombedda att besvara vilka kompetenskrav de ställer på huvudhandledare och handledare. Av lärosätenas svar framgår att kompetenskrav på huvudhandledare samt handledare rör krav på examen (kandidatexamen, sjuksköterskeexamen, magisterexamen eller masterexamen), legitimation som sjuksköterska, yrkeserfarenhet som sjuksköterska, tidigare handledarerfarenhet, genomförd högskolepedagogisk utbildning samt genomförd handledarutbildning. Kraven är preciserade i avtalen gällande verksamhetsförlagd utbildning. Det är sjukvårdshuvudmännen som ansvarar för att huvudhandledare och handledare har den efterfrågade kompetensen och i förekommande fall för att upprätta en kompetensutvecklingsplan.

Vanliga preciserade kompetenskrav hos huvudhandledare är magisterexamen eller masterexamen, dokumenterad yrkeserfarenhet som sjuksköterska mellan ett och tre år, dokumenterad erfarenhet av att handleda samt handledarutbildning eller högskolepedagogisk utbildning om 15 högskolepoäng (dock minst 7,5 högskolepoäng). I ett fåtal fall är krav på anställning hos sjukvårdshuvudmannen, avsatt tid i tjänsten för uppdraget som huvudhandledare, kompetens att vara ett kollegialt stöd, kunna handleda i komplexa situationer och klinisk skicklighet även uttryckta.

Vanliga preciserade kompetenskrav hos handledare är kandidatexamen inom omvårdnad eller vårdvetenskap, legitimation som sjuksköterska, dokumenterad yrkeserfarenhet som sjuksköterska mellan ett till två år och handledarutbildning eller högskolepedagogisk utbildning om 7,5 högskolepoäng.

Uppföljning av krav på handledare

Av lärosätenas enkätsvar framgår att efterlevnaden av kompetenskrav varierar. Flera lärosäten påpekar att det är svårt att följa upp efterlevnad av kompetenskraven då ansvaret för efterlevnad ligger hos avtalsparten och kompetensen sällan följs upp systematiskt. Ytterligare en utmaning som nämns som försvårande är den höga personalomsättningen inom vården. I flertalet fall har huvudhandledare den efterfrågade akademiska kompetensen medan ett par lärosäten upplever att det är svårt för verksamheten att se till att ha personal som

uppfyller ställda krav på en magisterexamen. Majoriteten av lärosätena anger att handledare uppnår kraven på akademisk kompetens.

Flera lärosäten framhåller att huvudhandledare oftare uppfyller de formella kompetenskraven för handledarutbildning än handledare.⁵⁴

4.4.2 Åtgärder för fler handledare med rätt kompetens

Vissa av åtgärderna berör den formella strukturen för genomförandet av den verksamhetsförlagda utbildningen. Flera lärosäten anger att de arbetar i nära samverkan med regioner och kommuner för att se över avtal och göra förtydliganden i kompetenskrav för huvudhandledare och handledare. Om kraven på akademisk kompetens inte kan nås förs en dialog om att sänka kompetenskraven eller att ändra formuleringen i avtal från ska-krav till bör-krav.

Många åtgärder som vidtas av lärosätena avser att främja förutsättningarna för sjuksköterskor att erhålla formell kompetens enligt avtal. Flertalet lärosäten erbjuder utbildning på grundnivå eller avancerad nivå som fristående kurser för att sjuksköterskor ska kunna kompetensutveckla sig akademiskt. Vidare erbjuder majoriteten av lärosätena handledarutbildning på grundnivå, avancerad nivå eller båda nivåerna. Flera lärosäten uppger även att de har anpassat handledarutbildningarna för att underlätta att arbete och studier kan genomföras parallellt. Andra anpassningsåtgärder som nämns är att erbjuda hela eller delar av handledarutbildningen digitalt samt att möjliggöra en långsammare studietakt. Flertalet lärosäten erbjuder även handledarutbildning som kortare moduler (1,5 högskolepoäng). Vid ett lärosäte läggs obligatoriska moment både dag- och kvällstid. Ett fåtal lärosäten har lagt till kurser eller moment om handledning inom ordinarie sjuksköterskeutbildning som ett sätt att långsiktigt öka handledarkompetensen bland sjuksköterskor.

Vissa lärosäten har knutit ersättningsmodellen till handledarkompetens. Om handledarkompetensen efterlevs utgår hela den överenskomna ersättningen och i annat fall endast en del.⁵⁵

⁵⁴ Lärosätenas egen redovisning i utredningens enkät.

⁵⁵ Lärosätenas egen redovisning i utredningens enkät.

4.4.3 Tillgång till handledare

Lärosätena har även blivit ombudade att beskriva tillgången på huvudhandledare och handledare.⁵⁶ Majoriteten av lärosätena har haft svårt att uppskatta antalet huvudhandledare och handledare, då uppgifterna finns hos regioner och kommuner.

I stort sett samtliga lärosäten anger att det i några verksamheter finns brist på framför allt handledare, vilket är ett problem för den verksamhetsförlagda utbildningen. Den bristande tillgången på handledare med rätt kompetens leder till olika problem i den verksamhetsförlagda utbildningen, exempelvis en försämrad lärmiljö för studenterna. Det kan exempelvis handla om att utsedda handledare saknar kännedom om kursernas lärandemål eller bedömningsinstrument, vilket kan leda till att missvisande underlag används vid examination av studenterna. En bristande handledning kan enligt lärosätena även medföra att studenterna inte får stöd i sin reflektion gällande olika insatser i vårdarbetet. För medarbetarna kan brist på handledare bidra till en hög arbetsbelastning som kan påverka viljan att handleda och bemötandet av studenterna negativt.⁵⁷

4.4.4 Studentperspektiv på verksamhetsförlagd utbildning

Studenters upplevelse av den verksamhetsförlagda utbildningen utgör ett viktigt underlag för att undersöka kvalitetsaspekter gällande verksamhetsförlagd utbildning.

I litteraturen har betydelsen av relationer lyfts fram för en god verksamhetsförlagd utbildning. Studentens känsla av att få tillhöra kollegiet på praktikplatsen är betydelsefull. Det är viktigt att studenten blir vänligt bemött och får en positiv relation med handledare och medstudenter. Det är också centralt att det på praktikplatsen finns kännedom om studentens ankomst. Miljön på den arbetsplats där studenten gör sin praktik framstår även som betydelsefull. De fysiska förutsättningarna bör finnas där, men även en inriktning mot en lärande miljö som välkomnar kunskapsinhämtning och frågor. Att kunna utveckla klinisk kompetens genom att de teoretiska kunskaperna inhämtade i föreläsningssalen kan överföras till det praktiska arbetet är en annan faktor av betydelse. Återkoppling från handledare, med-

⁵⁶ Terminologin varierar dock hos lärosäten, regioner och kommuner.

⁵⁷ Lärosätenas egen redovisning i utredningens enkät.

studenter och andra på arbetsplatsen kan stärka den kliniska kompetensutvecklingen för studenten. När en handledare bistår flera studenter uppställs högre krav på planering och fasta rutiner för reflektion och återkoppling.Handledningsmodellens förankring på arbetsplatsen, hos studenten och handledaren är också något som har betydelse, liksom att planeringen för praktikperioden är tydlig och genomtänkt.⁵⁸

Sjuksköterskestudenter kan uppleva det som ett hinder att det uppstår merkostnader som dubbelt boende och resor vid verksamhetsförlagd utbildning utanför studieorten.

Studenters erfarenheter av verksamhetsförlagd utbildning kan fångas upp i kursutvärderingar som genomförs i anslutning till att kursen avslutas. Det finns även lokala exempel på hur lärosäten försöker fånga upp händelser som berör studenterna redan under pågående verksamhetsförlagd utbildning. Högskolan i Halmstad arbetar med kvalitetssäkring av den verksamhetsförlagda utbildningen genom möjlighet till nätbaserad rapportering i student- och handledningssituationer för både studenter och handledare.⁵⁹

Studenters synpunkter i kursutvärderingar

Kursutvärderingar genomförs skriftligen i anslutning till att en kurs avslutas. Inom ramen för utredningens enkätundersökning har lärosätena skickat in sammanställning av kursutvärderingar för samtliga kurser som innehåller verksamhetsförlagd utbildning och där den verksamhetsförlagda utbildningen utvärderas inom sjuksköterskeprogrammet för åren 2019–2022, totalt åtta terminer.⁶⁰

Samtliga lärosäten har i sina kursutvärderingar frågor med graderade påståenden som sammanställs i procentsatser eller diagram. Kursutvärderingarna består exempelvis av frågor om studenternas upplevelse av den verksamhetsförlagda utbildningen, i vilken grad kursens innehåll svarat mot kursens mål enligt kursplanen och om kursen gett studenterna möjlighet att uppnå kursmålen eller lärandemålen, kursens innehåll och struktur samt hur väl examinationen svarat mot kursens innehåll och mål. Ytterligare frågeställningar i kursutvärderingarna är frågor om lärarnas insatser, mottagande, introduktion och

⁵⁸ Nyoni, Dyk & Botma (2021).

⁵⁹ Lärosätenas egen redovisning i utredningens enkät.

⁶⁰ Kursutvärderingar för åren 2009–2022 som inhämtats i samband med utredningens enkätundersökning.

bemötande på den verksamhetsförlagda utbildningen. Andra vanligt förekommande frågor avser vetenskapligt förhållningssätt, forskningsanknytning och kritiskt tänkande. Frågor om studiemiljö och diskriminering är också vanligt förekommande. Många lärosäten ger dessutom studenterna möjlighet att lämna fritextsvar. Av svaren på de graderade frågorna framgår att studenterna var nöjda eller mycket nöjda med den verksamhetsförlagda utbildningen.

Utbildningens innehåll och examination

Studenterna är överlag nöjda med både utbildningens innehåll och examination samt med lärarnas insatser.

Ett återkommande påpekande är att de kliniska examinationerna på en och samma kurs ser olika ut beroende på placering, lärare, uppgift och tidsåtgång, vilket de flesta studenter som påtalar saken upplever som orättvist. Flera lärosäten ställer frågor om hur väl kursen förbereder studenten för professionen och yrkesrollen, om kursen har stimulerat till ett vetenskapligt förhållningssätt och kritiskt tänkande samt om kursen har varit forskningsanknuten. Studenternas svar visar att de anser att kurserna i hög till mycket hög grad förbereder dem för yrkesrollen och i hög utsträckning stimulerar deras kritiska tänkande. Kurserna upplevs delvis ha forskningsanknytning.

Handledning och bemötande vid verksamhetsförlagd utbildning

Såväl de graderade frågorna som studenternas fritextsvar visar att studenterna är nöjda eller mycket nöjda med sina handledare och det bemötande de får under den verksamhetsförlagda utbildningen. Många studenter lyfter fram bra handledare och ett mindre antal studenter är kritiska mot enskilda handledare eller annan personal. När studenterna är kritiska till sina handledare påpekar de att handledarna inte känner till lärandemålen för kursen eller att handledarna är oerfarna, stressade och har för lite tid för studenterna. För många byten av handledare upplevs också som negativt.

Studenterna är överlag nöjda med bemötandet vid den verksamhetsförlagda utbildningen. Studenterna har också lämnat arbetsmiljörelaterade synpunkter och då berört personalbrist och stress hos personalen som påverkat tid och möjlighet till handledning samt bemötandet

av studenterna. Det förekommer att studenter anser sig ha blivit utsatta för dålig arbetsmiljö, negativ behandling och diskriminering vid arbetsplatsen.

I många kursutvärderingar ombeds studenterna uppskatta hur många timmar i veckan de har lagt ner på studier under kursen. Sammanställningarna visar att de flesta studenter uppskattar att de ägnar mellan 40 och 50 timmar i veckan åt studier som helt eller delvis innehåller verksamhetsförlagd utbildning. Vissa studenter efterlyser mer tid för reflektion och återkoppling samt att inlämningsuppgifter och seminarier under eller i nära anslutning till den verksamhetsförlagda utbildningen är tidskrävande och skapar stress. Vissa studenter berör också begränsad tillgång till administrativa system samt bristande information gällande exempelvis placeringsort, arbetstider och allmänna kommunikationer.

Vårdförbundet Students rapport år 2023

Vårdförbundet Student genomför årligen en enkätundersökning bland studenter som studerar till sjuksköterska, röntgensjuksköterska och biomedicinsk analytiker.⁶¹ År 2023 inkom totalt 975 studenter på terminerna två till sex med svar. Av de studenter som svarade studerar 91,8 procent till sjuksköterska, 4,4 procent till röntgensjuksköterska och 3,8 procent till biomedicinsk analytiker.

De allra flesta studenter uppgav att de var nöjda med de teoretiska och praktiska förberedelserna inför sin placering. Studenterna upplevde att handledarnas kunskaper om studenternas lärandemål förbättrats. Lite mer än hälften av studenterna uppgav att de ofta eller alltid haft en regelbunden kommunikation samt reflektion tillsammans med handledare under den verksamhetsförlagda utbildningen. Majoriteten av studenterna upplevde att handledaren oftast eller alltid varit engagerad och tagit sig tid för att utbilda och stötta studenterna. Vad gäller kontinuitet i handledarskapet uppgav majoriteten av studenterna att de som mest hade fyra handledare under en och samma period av verksamhetsförlagd utbildning. Majoriteten av studenterna fann kravet på närvaro stressande vid händelse av sjukdom. Många studenter påpekade problem med att få schemat för verksamhetsförlagd utbildning i tid. Enkäten indikerade även att det finns studenter som upplever att de blivit diskriminerade under verksamhetsförlagd utbildning.

⁶¹ Vårdförbundet Student (2023).

4.4.5 Hur organiseras och utvecklas verksamhetsförlagd utbildning?

I Sverige pågår ett flertal pedagogiska utvecklingsarbeten och forskningsprojekt gällande verksamhetsförlagd utbildning. Exempelvis finns flera studier från Linköpings universitet som belyser samarbete och samplanering mellan vårdgivare och lärosäte samt interprofessionellt lärande, vilket innebär att studerande från flera av de yrkesförberedande programmen inom vårdområdet genomför praktik eller simulerade övningar tillsammans.⁶²

Ett annat sätt att organisera verksamhetsförlagd utbildning är genom utbildningsvårdavdelningar (UVA). I Sverige finns modellen både på sjukhus och som kommunal utbildningsvårdenhet inom vård och omsorg (KUVO). Modellen bygger på samarbete mellan medarbetarna i den kliniska verksamheten och vid lärosätet för att skapa en god lärandemiljö.⁶³ UVA-modellen innebär konkret att studenten under den verksamhetsförlagda utbildningen stöds av en studenthandledare, huvudhandledare, klinisk adjunkt och klinisk lektor.⁶⁴ De fyra aktörerna bedriver tillsammans ett didaktiskt lagarbete. Den kliniska adjunkten respektive lektorn ger studenterna och verksamheten en koppling till lärosätet relaterad till teoretisk undervisning och forskning. Den kliniska lektorn fungerar som informatör i förhållande till student- och huvudhandledaren om utbildningarnas mål och innehåll samt ansvarar för att vårdens praxis är förankrad i forskningen. Den kliniska adjunkten har ansvar för bedömning av studenten och ska stödja både studenter och studenthandledare. En klinisk lektor ansvarar för vårdvetenskaplig förankring och har ett övergripande ansvar för kvalitet och handledarkompetens.⁶⁵

Ett av syftena med UVA-modellen är att säkra tillräckligt antal platser för verksamhetsförlagd utbildning, eftersom den genomsnittliga andelen studenter är mer än dubbelt så stor jämfört med traditionell handledning vid en vårdavdelning. Trots att studenttätheten är större uttrycker många studenter att de är mycket nöjda med den verksamhetsförlagda utbildningen på utbildningsvårdavdelningar.⁶⁶

⁶² Gustavsson, Bivall & Lindh Falk (2021).

⁶³ Sandvik & Wüstenhagen (2022) s. 223 ff.

⁶⁴ Ekebergh & Määttä (2005).

⁶⁵ Sandvik & Wüstenhagen (2022) s. 224 f.

⁶⁶ Sandvik & Wüstenhagen (2022) s. 226.

År 2008 grundade Högskolan i Borås tillsammans med några kommuner en utbildningsenhet inom kommunernas vård och omsorg (KUVO). Genom enheten är tanken att den verksamhetsförlagda utbildningen som sker inom kommunal vård och omsorg ska integrera teori och praktik samt systematiskt stimulera till kvalitetsutveckling för studenten och övriga. Idén med KUVO är att främja en lärandemiljö som präglas av studentens aktiva kunskapssökande. Inom ramen för KUVO finns studenthandledare, huvudhandledare, en klinisk adjunkt och en klinisk lektor. Studenthandledaren handleder studenten i verksamheten och huvudhandledaren ansvarar för planering och är studentens kontaktperson. Den kliniska adjunkten har ett pedagogiskt ansvar samt medverkar vid exempelvis undervisning och bedömning. Den kliniska lektorn har ett bedömningsansvar och ska tillse en vetenskaplig förankring i den verksamhetsförlagda utbildningen. KUVO har också en ledningsgrupp som samlar huvudhandledare, klinisk adjunkt, klinisk lektor, enhetschefer, medicinskt ansvarig sjuksköterska och avdelningschef för hälso- och sjukvårdsavdelningen. Ledningsgruppen utgör ett forum för planering och organisering av den verksamhetsförlagda utbildningen samt för studenthandledarnas kompetensutveckling.⁶⁷

Ytterligare ett exempel på pedagogiskt utvecklingsarbete av verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen är kliniska lärarpar i kommunal vård, som praktiseras av Malmö stad och Malmö universitet.⁶⁸ Modellen är uppbyggd kring ett lärarpar som företräder högskolan respektive den kliniska verksamheten. Lärarparet fungerar som pedagogiskt stöd för handledare och studenter samt driver forsknings- och utvecklingsprojekt. Modellen bygger på ett samarbetsavtal mellan de båda parterna. Syftet med samarbetsavtalet är att utveckla ett gott samarbete och en god kvalitet på den verksamhetsförlagda utbildningen. Malmö stad ska enligt avtalet tillhandahålla praktikplatser och Malmö universitet ska erbjuda handledarträffar och kompetensutvecklingsinsatser för legitimerade sjuksköterskor i Malmö stad. Ungefär hälften av studentplatserna tillhandahålls inom ramen för geriatrik och särskilda boenden. Malmö universitet tillhandahåller två kliniska adjunkter om 20 procent vardera, totalt 40 procent. Malmö stad tillhandahåller en klinisk lärare anställd på 100 procent. Det kliniska lärarparet ska vidareutveckla den verksamhetsförlagda

⁶⁷ Karlsson, Zetterman & Sandvik (2022) s. 243 ff.

⁶⁸ Islamoska (2014) s. 20.

utbildningen och stödet till handledande sjuksköterskor samt studenter för att främja studenternas lärande. Modellen syftar också till att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och stödja handledande sjuksköterskor. Malmö stad erhåller enligt avtalet ingen ekonomisk ersättning från Malmö universitet för att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning.⁶⁹

Ytterligare ett exempel på organisering av verksamhetsförlagd utbildning i kommunal verksamhet finns i Örnsköldsviks kommun. Äldreomsorgen i Örnsköldsviks kommun tar emot omkring hundra sjuksköterskestudenter årligen. Ett begränsat antal platser för verksamhetsförlagd utbildning tillhandahålls även inom ramen för verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Om platserna för verksamhetsförlagd utbildning inte räcker prioriterar Örnsköldsviks kommun studenter som är hemmahörande i närområdet. Örnsköldsviks kommun har avtal med flera lärosäten om att ta emot studenter, exempelvis Umeå universitet. I nuläget sker inget samarbete mellan Örnsköldsviks kommun och Region Västernorrland gällande verksamhetsförlagd utbildning.

Enligt avtalet med Umeå universitet ska Örnsköldsviks kommun tillhandahålla en huvudhandledare, men organisering och placering av huvudhandledarskapet regleras inte. I kommunen finns två handledarutbildade sjuksköterskor som delar på en heltidstjänst som huvudhandledare för kommunens 19 särskilda boenden och 18 hemsjukvårdsområden. De båda sjuksköterskorna arbetar därutöver som resurssjuksköterskor på kommunens särskilda boenden och kan också i den rollen fungera som stöd för studenternas handledare.

Huvudhandledaren bistår med organisering av verksamhetsförlagd utbildning inom äldreomsorgen. Huvudhandledarens roll är att delta aktivt i planeringen och uppföljningen av placeringarna samt att bedriva utvecklingsarbete, exempelvis att ta reda på studenternas förkunskaper. Huvudhandledaren medverkar vid halvtids- och slutsamtal med studenterna där lärosätets kliniska lektor som är examinator också deltar. I huvudhandledarens roll ingår också att vid eventuella problem under den verksamhetsförlagda utbildningen tillhandahålla stöd för studenter och handledare. Huvudhandledaren samarbetar nära med lärosätet och står också i tät kontakt med arbetsplatserna. Huvudhandledaren ordnar även seminarier för handledare och uppmuntrar

⁶⁹ Malmö universitet (2023).

dem att gå handledarutbildning. Huvudhandledartjänsten finansieras genom medel från lärosätet.⁷⁰

Verksamhetsförlagd utbildning utanför studieorten och i glesbygd kräver en särskild organisering. Ett exempel är Akademi Norr, som är ett samarbete i formen kommunalförbund mellan tolv mindre kommuner i de fyra regionerna Västernorrland, Västerbotten, Jämtland Härjedalen och Norrbotten. För att medvetandegöra kommunledningarna om rekryteringsmöjligheten av blivande sjuksköterskor bedriver Akademi Norr ett nära samarbete med kommunerna samt Luleå tekniska universitet, Umeå universitet och Mittuniversitetet.

Regionernas samordnare av verksamhetsförlagd utbildning har utarbetat informationsmaterial till studenterna och ökat samverkan med kommunerna på flera nivåer för att avhjälpa det problem som många studenter upplevt gällande svårigheter att finna praktisk information om verksamhetsförlagd utbildning utanför studieorten. Till följd av arbetet erbjuder flera kommuner numera boende i till exempel möblerade lägenheter, fullutrustade campingstugor eller via avtal med lokala hotell. Bostaden blir kostnadsfri för studenten genom att ersättningen till kommunen för praktikplaceringen samt ersättningen av lärosätet för studentens dubbla boende finansierar den.⁷¹ Modellen omfattar alla studenter, det vill säga även distansstudenter som inte har någon anknytning till Akademi Norrs geografiska område. En ersättningsmodell där den ekonomiska transaktionen kunde ske direkt mellan universitetet och den kommun eller region som anordnar verksamhetsförlagd utbildning skulle innebära att studenten inte själv behöver erlagga betalning eller vara mellanhand.⁷²

⁷⁰ E-postmeddelande från huvudhandledare i Örnsköldsviks kommun den 15 november 2023 samt huvudhandledarnas föredrag på Svensk sjuksköterskeförenings VFU-konferens i Umeå den 8 november 2023.

⁷¹ Ersättningen till kommunen för placeringen uppgår i nuläget till omkring 1 700 kr per vecka och student. Ersättningen av lärosätet för studentens dubbla boende uppgår till cirka 3 600 kr per månad och student. E-postmeddelande från förbundschef i Akademi Norr den 30 oktober 2023.

⁷² E-postmeddelande från förbundschef i Akademi Norr den 30 oktober 2023 samt Linköpings universitet (2017).

4.5 Kartläggning av verksamhetsförlagd utbildning genom utbildnings- och kursplaner

Utbildningsplanen

I utbildningsplanen för sjuksköterskeutbildningen som finns vid alla lärosäten beskrivs utbildningens utformning, innehåll och upplägg. De flesta utbildningsplaner beskriver huvudområdet och andra ämnen som ingår i programmet samt det examensarbete som avslutar utbildningen. Utbildningsplanerna beskriver också progressionen i utbildningen. Vidare framgår i de flesta utbildningsplaner den pedagogiska grundsyn som tillämpas och undervisningsformerna.

Den kliniska delen i utbildningen beskrivs i utbildningsplanerna. Den består av verksamhetsförlagd utbildning och annan klinisk utbildning såsom färdighetsträning, metodövningar, laborationer och simulering. De flesta utbildningsplaner beskriver även var och hur den kliniska utbildningen genomförs. Färdighetsträning genomförs vid kliniska träningscenter, forsknings- och utbildningskliniker och den verksamhetsförlagda utbildningen genomförs inom olika hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det framgår vanligen också inom vilka verksamheter den verksamhetsförlagda utbildningen bedrivs och att den genomförs under överinseende av en handledare. Flera utbildningsplaner informerar om att den verksamhetsförlagda utbildningen kan förläggas vid annan ort än studieorten samt att det kan medföra merkostnader för studenten för resor och boende. Det stora flertalet lärosäten som har tillgång till ett kliniskt träningscenter för metod- och simuleringsövningar beskriver detta i utbildningsplanen.

Den kliniska kompetensen examineras på olika sätt. Totalt 15 lärosäten är anslutna till Nationell klinisk slutexamination för sjuksköterskeexamen. Studenterna genomgår vid dessa lärosäten ett skriftligt och ett praktiskt prov för att pröva om studenterna har uppnått den kliniska kompetens som krävs av en sjuksköterska. Det praktiska provet kan utföras i den kliniska verksamhet där studenten under sin sista termin vistas.⁷³

⁷³ Nationell klinisk slutexamination för sjuksköterskeexamen.

Kursplanen

Den verksamhetsförlagda utbildningen utgör en del av den kliniska högskoleutbildningen som genomförs i hälso- och sjukvårdsverksamhet och regleras i kursplanen, som också anger lärandemål. Exempel på övergripande mål för en kurs är att den studerande självständigt och inom ramen för den verksamhetsförlagda utbildningen ska kunna tillämpa omvårdnadsprocessens olika steg samt bedriva en personcentrerad, evidensbaserad och patientsäker vård vid komplexa ohälsotillstånd med beaktande av etiska aspekter. Kursplanen kan vidare ange att studenten efter avslutad kurs självständigt ska behärska ett antal färdigheter, exempelvis att kunna bedöma och värdera olika vård-situationer och dokumentera dem, tillämpa gällande författningar och riktlinjer i arbetet, samverka i interprofessionella team, iordningställa och informera om läkemedel, hantera medicinsk-teknisk utrustning samt kritiskt reflektera över arbetet.⁷⁴

I kursplaner som innehåller verksamhetsförlagd utbildning utgör reflektion ofta en central del i lärandet. Under reflektionen ges studenten möjlighet att problematisera, värdera och dra slutsatser i olika vårdmiljöer. Exempelvis anges i en kursplan att den verksamhetsförlagda utbildningen ska utföras inom somatisk vård och omfatta praktisk tillämpning och reflektion av evidensbaserad omvårdnad. Därutöver ingår ett reflektionsseminarium med inriktning mot yrkesmässig handledning. Under den verksamhetsförlagda utbildningen ska studenten föra en loggbok. Slutligen ingår en teoretisk del med ett examinerande seminarium och en individuell skriftlig inlämningsuppgift.⁷⁵

I kursplanerna anges också vanligen att en student, som utan godkänt resultat har genomgått två prov för en kurs eller en del av en kurs, har rätt att få en annan examinator utsedd. Vissa lärosäten informerar i sina kursplaner om att antalet provtillfällen för en student är begränsat till minst fem och att motsvarande begränsning för en praktikperiod är minst två tillfällen.⁷⁶ Även regler om tillgödörande av utbildning förekommer i kursplanerna.

⁷⁴ Kursplanen för "Personcentrerad vård med fördjupning inom omvårdnad", 7,5 högskolepoäng, Högskolan Dalarna, se bilaga 6.

⁷⁵ Kursplanen för "Ohälsa och främjande av hälsa II", 30 högskolepoäng, Uppsala universitet, se bilaga 6.

⁷⁶ Högskolornas rätt att reglera denna fråga följer av 6 kap. 21 § högskoleförordningen.

4.6 Nuvarande avtal

Avtalen mellan lärosäten och huvudmän i hälso- och sjukvården varierar till sin utformning, eftersom det saknas nationella avtal mellan staten och huvudmännen. Nedan följer en beskrivning av de nuvarande avtalen.

4.6.1 Avtalen enligt Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska

Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska gjorde en genomgång av lärosätenas avtal gällande verksamhetsförlagd utbildning med huvudmän i hälso- och sjukvården, totalt ett hundratal avtal. Utredningen konstaterade att avtal ofta ingås mellan ett lärosäte och en region eller mellan ett lärosäte och en kommun, men att även modellavtal mellan flera aktörer används. Vissa avtal möjliggör att verksamhetsförlagd utbildning förläggs i annan klinisk lärandemiljö än hälso- och sjukvårdsverksamhet, exempelvis laboratoriemiljö. Det finns också exempel på att avtal reglerar att handledaren kan besluta om att genomföra vissa delmoment av utbildningen vid regionens kliniska träningscenter. Avtalen uppvisar stora skillnader gällande när i tiden utbildning kan förläggas i verksamheten. Vissa avtal anger att verksamhetsförlagd utbildning kan ske under dygnets alla timmar. I vissa avtal fördelas platser jämnt över terminen. Utredningen gjorde bedömningen att avtalen borde säkerställa att utbildning kan förläggas hos fler vårdgivare och inom ramen för fler verksamheter. Utredningen bedömde också att villkor som rör planering bör vara tydliga för att underlätta medverkan och uppföljning.⁷⁷

4.6.2 Avtalen enligt den tematiska utvärderingen av sjuksköterskeutbildningen

I den tematiska utvärderingen av utbildning som leder till sjuksköterskeexamen som genomförts av Universitetskanslersämbetet ingår drygt 130 avtal. Avtalen utgör underlag för nedanstående analys.⁷⁸ Samtliga 25 lärosäten som ger sjuksköterskeutbildningen har tecknat

⁷⁷ SOU 2022:35 s. 97 ff.

⁷⁸ Universitetskanslersämbetet (2021 b).

avtal med en eller flera hälso- och sjukvårdsregioner i verksamhetens närområde. Knappt en tredjedel av lärosätena har tecknat avtal med aktörer utanför verksamhetens närområde. Två lärosäten, Mälardalens universitet och Umeå universitet, har tecknat avtal med privata vårdgivare.

Olika avtalstyper

Avtal gällande verksamhetsförlagd utbildning ingås mellan en uppdragsgivare i egenskap av ett lärosäte och uppdragstagare i egenskap av en region, kommun eller privat vårdgivare. Det förekommer även avtal av samordnande karaktär, där lärosätet är uppdragsgivare till flera parter, exempelvis avtalet mellan Umeå universitet och åtta kommuner i Västerbottens län. Avtalet är ett ramavtal som förutsätter att universitetet kommer överens med respektive kommun om antal platser för respektive program under kommande kalenderår med en prognos för ytterligare ett år. Ytterligare ett exempel är samarbetsavtalet mellan Mittuniversitet och Kommunförbundet Västernorrland som uppdragstagare. Enligt överenskommelsen åtar sig kommunerna att tillhandahålla verksamhetsförlagd utbildning omfattande upp till 63 platser per kurs i grundutbildningen. I det fall en kommun inte kan tillhandahålla överenskommet antal platser kan kommunen samråda med närliggande kommuner och regioner om möjlighet att tillgodose platsbehovet.

Lärosätena kan även samordna sig med en uppdragstagare som motpart. Ett exempel på ett sådant avtal är ramavtal mellan Högskolan Kristianstad, Lunds universitet och Malmö universitet som uppdragsgivare och Region Skåne som uppdragstagare. Ramavtalet reglerar övergripande principer mellan parterna och respektive lärosäte sluter en överenskommelse med regionen. I överenskommelsen regleras volymerna för verksamhetsförlagd utbildning i form av antal studenter och antal veckor samt verksamhetstyp för placeringen.

Ett annat exempel på samordning från båda parter är principavtal mellan Umeå universitet, Luleå tekniska universitet, Mittuniversitetet och Norra sjukvårdsregionförbundet (regionerna Jämtland Härjedalen, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten). Avtalet reglerar inte åtaganden för specifika utbildningar utan kompletterande lokala avtal ingås mellan universitet och berörd region.

I Västra Götaland finns exempel på ett ramavtal av större omfattning. Ramavtalet omfattar Göteborgs universitet, Högskolan i Skövde, Högskolan Väst och Högskolan i Borås, Västra Götalandsregionen och Västra Götalands 49 kommuner.⁷⁹

Ibland tecknas identiska avtal mellan lärosäten och olika parter. Exempelvis har Luleå tekniska universitet tecknat ett avtal med 14 kommuner i Region Norrbotten, där utbildningsplatserna regleras i bilagor till avtalet. Bilagorna redovisar dels antal platser för flera terminer, dels en uppdelning av platser per kommun. Ett annat exempel är Högskolan i Gävle som har tecknat identiska avtal med tio kommuner i Region Gävleborg. Vissa regioner har även avtal med andra vårdgivare där vårdavtal tecknats om verksamhetsförlagd utbildning och där studenter kan komma att placeras. Exempel på sådana avtal är avtalet mellan Högskolan Dalarna och Region Dalarna. Syftet med avtalet är att kunna erbjuda studenter vid Högskolan Dalarnas vårdutbildningar verksamhetsförlagd utbildning av hög kvalitet inom regionen eller hos annan vårdgivare som har avtal med regionen. Ytterligare exempel är avtalet mellan Linnéuniversitetet och Region Kronoberg samt ramavtalet mellan Högskolan Kristianstad, Lunds universitet, Malmö universitet och Region Skåne. I avtalet mellan Linköpings universitet och kommuner i Region Östergötland åtar sig kommunerna att säkerställa att de privata vård- och omsorgsföretag de anlitar och som har platser för verksamhetsförlagd utbildning ska omfattas av vad som överenskommits mellan parterna. I samarbetsavtalet mellan Mittuniversitet och Kommunförbundet Västernorrland anges att en kommun vid behov kan samråda med närliggande kommuner och regioner om möjlighet att tillgodose platsbehovet.

Struktur och åtaganden

Avtalen tar ofta upp lärosätets ansvar för att tillhandahålla handledarutbildning. De flesta lärosäten erbjuder någon sorts handledarutbildning, vanligen från det reguljära utbildningsutbudet. Det finns dock ingen beskrivning av utbildningens innehåll. Uppsala universitet erbjuder, förutom poänggivande kurser i handledningsmetodik, även en handledarutbildning till samtliga handledare. Vid behov erbjuds även pedagogiskt stöd till handledare och huvudhandledare. I stort

⁷⁹ Avtalet beskrivs i avsnitt 4.6.4.

sett samtliga lärosäten erbjuder även olika sorters pedagogiskt stöd till handledare så som handledarträffar, föreläsningar, workshops, temadagar och andra stödsatser vid behov. Uppdragstagaren åtar sig att tillhandahålla handledare och huvudhandledare med erforderlig handledarkompetens och adekvat ämneskompetens enligt kvalitetskriterier i avtalet.

Det är uppdragstagarens roll att tillhandahålla överenskommet antal platser samt att fördela dessa på relevanta placeringar som svarar mot de mål som följer av utbildningsplanen samt kursplaner, också om andra utförare anlitas.

Det är lärosätets ansvar att administrera studenternas placeringar och att inför varje termin inkomma med underlag avseende antal studenter som ska genomföra verksamhetsförlagd utbildning samt inriktning. Lärosätet är också ansvarigt för att informera om eventuella förändringar vad gäller antal studenter och utbildningsutbudet. Flera avtal nämner utseende av kontaktperson, en så kallad samordnare, för planering av verksamhetsförlagd utbildning för båda parter. Lärosätet ansvarar för att ge studenterna och handledare information om exempelvis vaccinationer, arbetstider och andra grundläggande förutsättningar inför placeringen. Uppdragstagaren ansvarar för att studenterna har tillgång till lokaler och nödvändig utrustning. En student anses under sin placering vara anställd på den arbetsplats där den verksamhetsförlagda utbildningen genomförs och omfattas av försäkringen vid arbetsplatsen.

Lärosätet har det formella ansvaret för examination av verksamhetsförlagd utbildning.

Dimensionering och ekonomisk ersättning

Ekonomisk ersättning anges i princip i samtliga fall i kr per vecka och student. Beloppet räknas vanligen upp varje år och varierar mellan ungefär 1 400 och 1 600 kr per vecka och student.

Vissa avtal reglerar den ekonomiska ersättningen efter kompetensen hos handledarna. Linnéuniversitetet ersätter kommunerna i Region Kalmar län med full ersättning om huvudhandledare och handledare har magisterexamen motsvarande 240 högskolepoäng samt 7,5 högskolepoäng handledarutbildning. Om uppdragstagaren vid avtalets tecknande inte kan uppfylla kompetenskravet hos utsedda

handledare ska uppdragstagaren sträva efter att fortast möjligt uppfylla kompetenskravet. Vid lägre kompetens justeras ersättningen som uppdragstagaren erhåller för varje student enligt en bilaga till avtalet. I ramavtalet mellan Högskolan Kristianstad, Lunds universitet, Malmö universitet och Region Skåne består den ekonomiska ersättningen till uppdragstagaren av två delar. En fast ersättning motsvarande 75 kr per vecka och student baseras på beställt antal veckor och betalas direkt till Region Skåne terminsvis. Därutöver tillkommer en del baserad på antalet faktiskt genomförda studerandeveckor motsvarande 1 449 kr per vecka och student enligt 2018 års ersättningsnivå.

Mälardalens universitet använder sig av ersättningsnivåer i avtal med kommunerna i Södermanlands län baserat på handledarnas kvalifikationer och handledarorganisationens uppbyggnad. Full ersättning utgår för verksamhetsförlagd utbildning där handledarorganisationen med handledare och huvudhandledare är uppbyggd samt att ansvarig verksamhet har en huvudhandledare med handledarutbildning om 7,5 högskolepoäng och magisterexamen inom relevant område. Tre fjärdedelar av ersättningen utgår när handledarorganisationen finns på plats samt ansvarig verksamhet har som målsättning att huvudhandledare har magisterexamen inom relevant område. Ett krav är vidare att huvudhandledaren har relevant yrkesexamen och handledarutbildning om 7,5 högskolepoäng. Det krävs även att handledare från respektive enhet deltar i handledarutbildning om 7,5 högskolepoäng anordnad av lärosätet och har relevant yrkesexamen.

Samverkan

Parterna ansvarar gemensamt för att studenterna ges utbildning av hög kvalitet och för att säkra kompetensförsörjningen för framtidens hälso- och sjukvård, för kvalitetsutveckling, för att den verksamhetsförlagda utbildningen uppfyller utbildnings- och kursplaners mål samt för utveckling och utvärdering. Ofta anger avtalen också att planering och genomförande av handledarutbildning samt utveckling av handledningsmodeller ska vara föremål för samverkan.

Att teckna, omförhandla och följa upp avtalen

Tecknande och förnyelse av befintliga avtal sker i samverkan mellan lärosäten, sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. Avtalen löper tills vidare och förnyas vid behov, antingen på initiativ av lärosätet eller vårdgivaren. De lärosäten som ingått ett ramavtal tecknar separata underavtal eller programavtal med varierande löptid som uppdateras löpande.

Det är oftast en verksamhetschef samt handledare eller huvudhandledare för respektive profession som deltar i avtalsdialogen. Från lärosätena deltar företrädare för sjuksköterskeutbildningen.

Lärosätena har årliga samverkansmöten med vårdverksamheterna som de har avtal med för uppföljning och planering av kommande period.

4.6.3 Nationella vårdkompetensrådets vägledning för trepartsavtal

Nationella vårdkompetensrådet har tagit fram en vägledning till ett gemensamt trepartsavtal⁸⁰ för verksamhetsförlagd utbildning med syfte att främja och stötta huvudmännen att ingå gemensamma avtal om verksamhetsförlagd utbildning så att antalet platser kan öka med bibehållen kvalitet. Modellen som tjänar som utgångspunkt är det omfattande trepartsgemensamma avtalet som togs fram i Västra Götalandsregionen år 2021, som berörs i nästa avsnitt.

4.6.4 Särskilda avtalsmodeller

Regionalt avtal för Västra Götaland

År 2021 togs ett trepartsgemensamt avtal fram i Västra Götaland. Avtalet omfattar 49 kommuner, Västra Götalandsregionen samt Göteborgs universitet, Högskolan i Skövde, Högskolan Väst och Högskolan i Borås. Det trepartsgemensamma avtalet ersätter tidigare lokala avtal mellan enskilda lärosäten och kommuner samt avtal mellan lärosätena och Västra Götalandsregionen. Syftet med avtalet är att reglera struktur, ansvar och finansiering och att skapa förut-

⁸⁰ De parter som ingår i avtalet är universitet och högskolor samt regioner och kommuner som sjukvårdshuvudmän.

sättningar för gemensam utveckling, samverkan och kvalitetssäkring av verksamhetsförlagd utbildning. Avtalet reglerar också digital hantering, utbildningsvolym och handledningsmodeller.⁸¹ Utöver detta upprättas överenskommelser gällande platser för verksamhetsförlagd utbildning med till exempel privata vårdaktörer samt med förvaltningar i Region Halland för specifika utbildningar.

Lärosätena, regionen och kommunerna har genom avtalet åtagit sig att gemensamt ingå i strukturen för samverkan, att planera och utveckla den verksamhetsförlagda utbildningen ur ett regionalt, delregionalt och lokalt perspektiv, att informera varandra om förändringar i verksamheten som kan påverka den verksamhetsförlagda utbildningen samt att identifiera behov och tillgång till platser samt avtala om tidsramar för beställningsprocessen.

Organisatoriskt regleras en samverkansmodell bestående av en regional samverkansgrupp med fokus på utbildningsuppdraget och en delregional samverkansgrupp med fokus på operativa frågor. Den regionala samverkansgruppen fastställer årligen innehåll, omfattning och tidsplan för den verksamhetsförlagda utbildningen, medan den delregionala samverkansgruppen ansvarar för arbetet med beställning av platser, genomförande, betalning, utvärdering och kvalitetssäkring. Avtalet gäller tills vidare med en uppsägningstid om sex månader.

Erfarenheterna av avtalsmodellen är goda. Att både kommunala och regionala sjukvårdshuvudmän omfattas av avtalet har bidragit till en bredare samverkan och förståelse för parternas förutsättningar. Lärosätena som ingår i avtalet framhåller att samarbetet har förbättrat samverkan i många avseenden. Samtliga ingående parter har också en gemensam digital samarbetsyta där protokoll från den regionala samverkansgruppen och de delregionala samverkansgrupperna publiceras.⁸²

Vissa förändringar av avtalet förbereds, exempelvis att inkludera andra utbildningar som inte ingår i nuvarande avtal. Två exempel är kompletterande utbildning för biomedicinska analytiker med utländsk examen samt utbildningen till skolsköterska. Andra förändringar som föreslås är förtydliganden gällande uppsägningsförfaranden, tvist-ärenden och avtalsbrott.⁸³

⁸¹ Västra Götalandsregionen (2021).

⁸² Utredningens enkätundersökning.

⁸³ Utredningens enkätundersökning.

Ramavtal i Skåne

Sedan år 2014 finns ett ramavtal som reglerar övergripande principer för verksamhetsförlagd utbildning mellan Högskolan Kristianstad, Lunds universitet, Malmö universitet och Region Skåne. Avtalet omfattar utbildningar till arbetsterapeut, audionom, barnmorska, röntgen-sjuksköterska, biomedicinsk analytiker, fysioterapeut, sjuksköterska (inklusive specialistutbildningar) och tandhygienist.

Under åren 2022–2023 har det pågått ett arbete för att omarbeta avtalet enligt Nationella vårdkompetensrådets vägledning till ett gemensamt trepartsavtal. Detta skulle innebära att Skånes 33 kommuner på sikt också erbjuds möjlighet att ansluta sig till avtalet. Frågan om ekonomisk ersättning till kommunerna för platser för verksamhetsförlagd utbildning är dock oklar. Det finns också svårigheter med att inkludera ett större antal professionsutbildningar givet förutsättningarna. Arbetet för att omarbeta avtalet är ännu inte slutfört.⁸⁴

Samverkansavtal mellan Karolinska institutet och Region Stockholm

Karolinska institutet och Region Stockholm omfattas av ett regionalt ALF-avtal. Frågor som rör Region Stockholms medverkan bereds och beslutas i samverkansorganisationen Karolinska institutet-Region Stockholm. Samverkansorganisationen skapar en plattform för strukturerat samarbete mellan regionen och lärosätet i kliniska utbildningsfrågor, bland annat verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter. Samverkan omfattar kvalitetsarbete och en långsiktig planering avseende prognostal för antal studenter i verksamhetsförlagd utbildning per vecka i olika verksamheter i regionen. Den verksamhetsförlagda utbildningen följs upp systematiskt genom en programgemensam enkät samt genom kursvärderingar.

Region Stockholm beslutar varje år om ett utbildningsdirektiv som reglerar regionens hela utbildningsuppdrag. Utbildningsdirektivet omfattar samtliga vårdgivare, både regionägda och privata. Utbildningsdirektivet följs upp årligen av Region Stockholm i ett utbildningsbokslut.

⁸⁴ Utredningens möte med Regionala vårdkompetensrådet Södra den 24 maj 2023 samt e-postmeddelande från enhetschef vid Koncernkontoret i Region Skåne den 30 november 2023.

4.7 Behov, omfattning och kostnad av verksamhetsförlagd utbildning

4.7.1 Nuläge

Av lärosätenas redovisade uppgifter framgår att det totala antalet nybörjarplatser i sjuksköterskeutbildningen uppgick till 6 191 stycken. Av dessa avsåg 3 067 platser antagning till en vårtermin och 3 124 platser antagning till en hösttermin. Nybörjarplatserna avser lärosätenas samtliga antagningsorter och omfattningen av 2022 års sjuksköterskeutbildning.

Lärosätena har i utredningens enkätundersökning rapporterat in omfattningen av den verksamhetsförlagda utbildningen i en nulägesbeskrivning avseende år 2022. Nulägesbeskrivningen av sjuksköterskeutbildningen visar att det finns variationer i hur många veckor verksamhetsförlagd utbildning som ingår i sjuksköterskeutbildningen vid respektive lärosäte. Variationen sträcker sig från 22 till 45 veckor verksamhetsförlagd utbildning. Detta kan förklaras dels med att omfattningen av den verksamhetsförlagda utbildningen i antal timmar eller antal veckor tidigare inte varit reglerad i högskoleförordningen, dels att det inte finns en nationell bestämmelse om vad som innehållsmässigt ska eller kan omfattas av den verksamhetsförlagda utbildningen.

Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska genomförde en enkätundersökning till lärosätena om deras sjuksköterskeutbildningar. Enkäten innehöll frågor om bland annat antalet högskolepoäng och antal timmar i utbildningen. I det redovisade svaret framgår att den verksamhetsförlagda utbildningen omfattar mellan 30 och 60 högskolepoäng. Detta innebär 20–40 veckor verksamhetsförlagd utbildning, då en termin om 30 högskolepoäng motsvarar 20 veckor.⁸⁵ Denna variation gällande veckor av verksamhetsförlagd utbildning stämmer väl överens med förevarande utrednings redovisning av lärosätenas egna uppgifter om antal veckor verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen.⁸⁶

Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska har även redovisat antal timmar verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen baserat på enkätundersökningen. I det redovisade svaret framgår att antal timmar verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen varierar. Av lärosätenas svar framgår att

⁸⁵ SOU 2022:35, bilaga 5, fråga 5.

⁸⁶ De uppgifter som lämnades av lärosätena baserades på förhållandena år 2022.

verksamhetsförlagd utbildning vid några lärosäten omfattar omkring 2 000 timmar á 60 minuter. Detta motsvarar 50 veckor och är högre än den övre gränsen som redovisats under ovan nämnda fråga i samma enkätundersökning. En möjlig förklaring till differensen kan vara att beräkningen av antal timmar verksamhetsförlagd utbildning är komplex. Svaren i enkätundersökningen bör därför tolkas med viss försiktighet.⁸⁷

4.7.2 Lärosätenas prognos för framtida behov

Som grund för analysen av hur studenters verksamhetsförlagda utbildning fördelas mellan olika sjukvårdshuvudmän i nuläget och i en uppskattad prognos av framtida fördelningar har lärosätena blivit ombudda att redovisa antal studenter och veckor för verksamhetsförlagd utbildning uppdelat per termin, sjukvårdshuvudman och antagningsort.⁸⁸ En lärosätesspecifik analys har gjorts av vilken vårdaktör som ombesörjer majoriteten av den verksamhetsförlagda utbildningen i dag och hur den framtida ökningen av platser kommer att fördelas mellan regioner, kommuner och privata vårdgivare. I analysen har lärosätena kategoriserats utifrån förändringar i fördelningen från nulägesbeskrivningen till framtidsprognosen. De olika kategorierna är:

- att regionen kommer ta en större del av det ökade framtida behovet av verksamhetsförlagd utbildning,
- att kommunen kommer ta en större del av det ökade framtida behovet av verksamhetsförlagd utbildning, eller
- att fördelningen av verksamhetsförlagd utbildning i stort sett kommer att vara densamma som i dagsläget.

Endast två lärosäten har ingått direkta avtal med privata vårdgivare, trots att flertalet lärosäten prognosticerar verksamhetsförlagd utbildning hos sådana vårdgivare. Avtalen med regioner och kommuner tillåter dock ofta placering av studenter hos andra aktörer än de som har utföraravtal, exempelvis hos privata vårdgivare. Lärosätenas redovisning av verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare har därför hanterats separat.

⁸⁷ SOU 2022:35, bilaga 5, fråga 6.

⁸⁸ Lärosätenas egen redovisning i utredningens enkät.

Regioner och kommuner

Analysen visar att regionerna i dagsläget erbjuder störst del av verksamhetsförlagd utbildning och förväntas göra så även i framtiden. Endast i ett fall står kommunen för den största delen av verksamhetsförlagd utbildning i nulägesbeskrivningen och förväntas göra så även i framtiden.

De sammanvägda bedömningarna per lärosäte visar att:

- för fem lärosäten förväntas regionerna ta en större del av det ökade behovet av verksamhetsförlagd utbildning,
- för elva lärosäten förväntas kommunerna ta en större del av det ökade behovet av verksamhetsförlagd utbildning,⁸⁹ och
- för tio lärosäten förväntas fördelningen av den verksamhetsförlagda utbildningen bli densamma som i dag, det vill säga fördelningen av det ökade behovet av verksamhetsförlagd utbildning sker jämt mellan regionen och kommunen.

I analysen har lärosätena delats in i de sex sjukvårdsregionerna i landet för att undersöka regionala mönster. I tre av sjukvårdsregionerna (sjukvårdsregion Mellansverige, Västra sjukvårdsregionen och Sydöstra sjukvårdsregionen) förväntar sig majoriteten av lärosätena att kommunala vårdaktörer kommer ta en större andel av det ökade framtida behovet av verksamhetsförlagd utbildning. I de tre andra sjukvårdsregionerna (Norra sjukvårdsregionen, sjukvårdsregion Stockholm-Gotland och Södra sjukvårdsregionen) bedömer majoriteten av lärosätena att fördelningen av den verksamhetsförlagda utbildningen hos regional eller kommunal sjukvårdshuvudman kommer se ut som i dagsläget.

Privata vårdgivare

Majoriteten av lärosätena har prognosticerat verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare trots att direkta avtal saknas med dessa i de flesta av fallen. Bland lärosätena som har redovisat verksamhets-

⁸⁹ Ett lärosäte erbjuder sjuksköterskeutbildning vid flera antagningsorter. Bedömningarna gällande fördelning av det ökade behovet av verksamhetsförlagd utbildning skiljer sig åt mellan orterna. Lärosätet förekommer därför både i kategorin som omfattar ett större behov av verksamhetsförlagd utbildning hos regionerna och i kategorin som innefattar ett större behov av verksamhetsförlagd utbildning hos kommunerna.

förlagd utbildning bland privata vårdgivare finns även vissa som har redovisat verksamhetsförlagd utbildning i nulägesbeskrivningen, men inte i framtidsprognosen, eller vice versa. Det finns även lärosäten som inte alls har redovisat verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare, trots att avtalen med regioner eller kommuner möjliggör detta.

Av 25 lärosäten har sju lärosäten inte redovisat någon verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare. 18 lärosäten har redovisat verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare både i nulägesbeskrivningen och i framtidsprognosen. För dessa 18 lärosäten görs bedömningen:

- att tolv lärosäten prognostiserar en ökning av verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare i framtiden och
- att ett lärosäte prognostiserar att nuvarande omfattning av verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare kommer förbli oförändrad.

För resterande fem lärosäten skiljer sig de redovisade uppgifterna sig åt enligt följande:

- två lärosäten har redovisat verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare i nulägesbeskrivningen, men inte i framtidsprognosen,
- ett lärosäte har inte redovisat verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare i nulägesbeskrivningen,
- två lärosäten har redovisat verksamhetsförlagd utbildning hos privata vårdgivare, men inte gällande samtliga orter.

4.7.3 Lärosätenas prognos för verksamhetsförlagd utbildning

Nedan redovisas en uppskattning av hur behovet av verksamhetsförlagd utbildning och utbildningsplatser i sjuksköterskeutbildningen utvecklas framåt. Utredningens prognos bygger på en uppskattning från lärosätena om det framtida behovet av ökning av veckor för verksamhetsförlagd utbildning.

Den uppskattade ökningen av verksamhetsförlagd utbildning och nybörjarstudenter bygger på:

- en eventuell utbyggnad för att få tillräckligt antal utexaminerade enligt de mål som rapporterats till utbildningsdepartementet gällande regeringsuppdraget ”Mål för antal examina 2022–2024” samt möjliga kommande antalsmål, samt
- den nya bestämmelsen i 6 kap. 17 a § högskoleförordningen samt bilaga 4 som reglerar antal timmar för vissa yrkesexamina. För sjuksköterskeutbildningen gäller att minsta antal timmar ska uppgå till 4 600 timmar varav minst hälften ska vara klinisk utbildning.

Lärosätena har redovisat en ökning av antal veckor verksamhetsförlagd utbildning. Vidare har sex lärosäten även rapporterat om ökning av antalet nybörjarplatser i utbildningen.

Baserat på detta har utredningen analyserat förändring av antal veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning. Antal veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning byggs på antal studenter på en termin multiplicerat med antal veckor verksamhetsförlagd utbildning för samma termin. Det ger det totala antalet veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning den aktuella terminen. Det totala antalet veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning för hela programmet räknas genom summan av samtliga terminer. För att anpassa prognosen utifrån studenter avhopp har ett rakt avdrag om 5,8 procent per termin gjorts. Det ger en fiktiv examensfrekvens på cirka 74 procent, vilket motsvarar den senaste rapporterade för sjuksköterskeexamen.⁹⁰

Uppskattning av studenters placeringar

För samtliga lärosäten uppskattas det totala antalet veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning öka med 35 procent.

För att undersöka skillnader i ökning utifrån regionala mönster har lärosätena delats in i de sex sjukvårdsregionerna i landet. Uppdelningen visar på stora skillnader mellan sjukvårdsregionerna gällande det framtida ökade behovet av antalet veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning. Störst ökat behov av platser för verksamhetsförlagd utbildning uppskattas i Sydöstra sjukvårdsregionen (71 procent) och lägst ökning uppskattat i sjukvårdsregion

⁹⁰ Statistiska centralbyrån (2023 a).

Stockholm-Gotland (12 procent).⁹¹ För övriga fyra sjukvårdsregioner uppskattas behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning öka mellan 24 och 49 procent.

Tabell 4.1 Tabell över totalt antal veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning per lärosäte och sjukvårdsregion

Nuläge, framtidsprognos och procentuell ökning per sjukvårdsregion

Lärosäte per sjukvårdsregion	Totalt antal placeringsveckor (nuläge)	Totalt antal placeringsveckor (framtidsprognos)	Total ökning av placeringsveckor (procent)
Norra sjukvårdsregionen	17 768	26 515	8 748 (49 %)
Luleå tekniska universitet	3 342	5 192	1 850 (55 %)
Mittuniversitetet	5 437	9 043	3 606 (66 %)
Umeå universitet	8 989	12 281	3 292 (37 %)
Sjukvårdsregion Mellansverige	39 394	53 947	14 553 (37 %)
Högskolan Dalarna	8 339	9 518	1 179 (14 %)
Högskolan i Gävle	5 082	7 546	2 464 (48 %)
Karlstads universitet	5 462	7 309	1 846 (34 %)
Mälardalens universitet	8 571	13 160	4 589 (54 %)
Uppsala universitet (Uppsala)	6 777	7 838	1 061 (16 %)
Örebro universitet	5 163	8 577	3 414 (66 %)
Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland	32 370	36 380	4 010 (12 %)
Karolinska institutet	11 341	11 341	0 (0 %)
Marie Cederschiöld högskola	6 751	8 176	1 425 (21 %)
Röda Korsets högskola	6 580	8 593	2 013 (31 %)
Sophiahemmet högskola	6 774	7 201	427 (6 %)
Uppsala universitet (Campus Gotland)	924	1 069	145 (16 %)
Sydöstra sjukvårdsregionen	17 704	30 205	12 501 (71 %)
Linköpings universitet	5 350	7 312	1 962 (37 %)
Linnéuniversitetet	7 793	11 542	3 749 (48 %)
Stiftelsen Högskolan i Jönköping	4 562	11 352	6 790 (149 %)
Södra sjukvårdsregionen	30 506	37 719	7 213 (24 %)
Blekinge tekniska högskola	6 382	6 962	580 (9 %)
Högskolan i Halmstad	4 203	7 815	3 612 (86 %)

⁹¹ Den verksamhetsförlagda utbildningen som genomförs inom ramen för Uppsala universitets sjuksköterskeutbildning är delad i två sjukvårdsregioner. Sjukvårdsregion Mellansverige (gällande utbildning som bedrivs i Uppsala) och sjukvårdsregion Stockholm-Gotland (gällande utbildning som bedrivs på Campus Gotland).

Lärosäte per sjukvårdsregion	Totalt antal placeringsveckor (nuläge)	Totalt antal placeringsveckor (framtidsprognos)	Total ökning av placeringsveckor (procent)
Högskolan Kristianstad	6 569	6 998	429 (7 %)
Lunds universitet	5 432	7 305	1 873 (34 %)
Malmö universitet	7 920	8 639	719 (9 %)
Västra sjukvårdsregionen	22 571	31 848	9 277 (41 %)
Göteborgs universitet	6 942	8 605	1 663 (24 %)
Högskolan i Borås	5 376	9 270	3 894 (72 %)
Högskolan i Skövde	4 556	5 360	804 (18 %)
Högskolan Väst	5 698	8 613	2 915 (51 %)
Totalt:	160 314	216 615	56 302 (35 %)

Källa: Utredningens enkätundersökning.

Uppskattning av kostnader

I nulägesbeskrivningen baseras beräkning av kostnaderna för den verksamhetsförlagda utbildningen på lärosätenas redovisning av antal studenter, antal veckor för verksamhetsförlagd utbildning samt ersättning per vecka och student.

Kostnadsberäkningen bygger på det totala antalet veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning multiplicerat med ersättningen per vecka och student. Kostnadsberäkningen omfattar ett kalenderår, det vill säga samtliga studentkullar i samtliga terminer under ett kalenderår. I nulägesbeskrivningen har utredningen utgått från 2022 års uppgifter om antal studenter och veckor verksamhetsförlagd utbildning.

En uppskattning av framtida kostnader har beräknats baserat på lärosätenas bedömning av ökningen av nybörjarplatser och ökning av veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen samt uppräknings av ersättningen per vecka och student enligt pris- och löneomräkning (PLO).

Lärosätenas bedömning av förändringar i antal veckor verksamhetsförlagd utbildning, nybörjarplatser och den höjda ersättningsnivån per vecka och student resulterar i en kostnadsökning i sjuksköterskeutbildningen motsvarande 37 procent. Det är ökningen av antalet veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning som står för den största delen av denna kostnadsökning, men även ökningen av nybörjarplatser samt ökningen av ersättningsnivån bidrar.

Sammanfattande kommentarer

Utifrån lärosätenas uppgifter kan konstateras att en liten utökning av nybörjarplatser bedöms ske. Samtidigt förväntas en ökning av antalet veckor verksamhetsförlagd utbildning i och med den nya bestämmelsen i högskoleförordningen som reglerar antal timmar i sjuksköterskeutbildningen. Detta ger en total ökning veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning med 35 procent, vilket innebär ett markant ökat behov av platser för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter i hälso- och sjukvården.

Det ökade behovet av verksamhetsförlagd utbildning kräver omstrukturering av utbildningsprogrammen och utbildnings- och kursplaner.

Behovet av fler platser för verksamhetsförlagd utbildning kommer att kräva omförhandling av befintliga avtal och sannolikt fler avtalsparter. Nya miljöer för verksamhetsförlagd utbildning behöver skapas och nya sätt att genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen behöver om möjligt implementeras.

Lärosätena är skyldiga att garantera plats i verksamhetsförlagd utbildning för samtliga antagna studenter i utbildningen. Det rapporterade underlaget från lärosätena kan fungera som en uppskattning av det framtida behovet av verksamhetsförlagd utbildning. För att lärosätena ska kunna tillhandahålla fler utbildningsplatser i den utsträckning som krävs för den framtida kompetensförsörjningen av sjuksköterskor behöver sjukvårdshuvudmännen kunna möta den ökade efterfrågan på verksamhetsförlagd utbildning.

5 Hinder för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet

Bristen på platser för verksamhetsförlagd utbildning är inte ett nytt fenomen. Redan i samband med 1975 års högskolereform diskuterades att bristen på platser för verksamhetsförlagd utbildning utgjorde ett hinder för att bygga ut vårdutbildningarna. På den tiden bedrevs sjuksköterskeutbildningen huvudsakligen av landstingskommunala högskolor, vars huvudman alltså svarade för både utbildningen och hälso- och sjukvårdsverksamheten. Ändå räckte platserna för verksamhetsförlagd utbildning inte till. Utredningen VÅRD 77 konstaterade att bristen på platser bland annat berodde på alltför höga krav i utbildningsplanerna, brist på lärare och en alltför snäv krets av verksamheter där verksamhetsförlagd utbildning bedrevs.¹

Enligt direktivet för denna utredning ska hinder för att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning ska kunna erbjudas som aktörerna inte kan hantera själva identifieras och redovisas. Utredningen ska även lämna förslag på hur hindren kan lösas. Med hinder avses försvårande faktorer som en eller flera aktörer möter. I utredningens samordningsarbete och i utredningsarbetet i övrigt har ett flertal problem som hindrar en utbyggnad av fler platser för verksamhetsförlagd utbildning uppmärksamrats. Många av problemen är komplexa och påverkar även varandra sinsemellan. Hindren kan också vara av det slag att de kan påverkas av någon av aktörerna, men inte av alla. Samordningsåtgärder är därför av största betydelse för att kunna åtgärda de hinder som identifierats, liksom en ökad och samlad statlig satsning av den modell med ett nationellt samverkansavtal som utredningen beskriver i kapitel 6.

¹ Se avsnitt 2.2.2.

I detta kapitel inventeras och redovisas de hinder som utredningen uppmärksammat gällande att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet på sjuksköterskeutbildningen. Detta kapitel ger en överskådlig bild av hindren med hänvisningar till andra delar av betänkandet där dessa beskrivs fördjupat.

Den analys av hinder som utredningen genomfört och som ligger till grund för förslagen till åtgärder har avgränsats till att fokusera på faktorer som mer specifikt påverkar tillgången på verksamhetsförlagd utbildning. Samtidigt utgör hälso- och sjukvårdens tillgång till ekonomiska resurser och personal grundläggande förutsättningar som i högsta grad påverkar möjligheten att kunna tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning. Åtgärder som tar sikte på hälso- och sjukvårdens allmänna förutsättningar bedöms dock inte omfattas av utredningens uppdrag.²

Nedan visas en sammanställning av de hinder som utredningen identifierat och de åtgärder som föreslås för att undanröja respektive hinder.

Figur 5.1 Hinder och åtgärder för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10
Å1		●				●				
Å2		●	●				●			●
Å3			●				●			●
Å4	●	●	●	●	●		●	●	●	●
Å5	●		●		●				●	●
Å6	●								●	●
Å7			●							●
Hinder										
H1: Brist på samordning mellan aktörer										
H2: Utbildningen möter inte hälso- och sjukvårdens utveckling										
H3: Verksamhetsförlagd utbildning bedrivs i för få typer av verksamheter										
H4: Nuvarande avtal möter inte dagens behov										
H5: Tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning utnyttjas inte										
H6: EU-rätten begränsar varianter av klinisk utbildning										
H7: Bristande tillgång till handledare										
H8: Brist på lärare med rätt kompetens										
H9: Svaga utbildningsstödjande strukturer										
H10: Bristande harmonisering										
Åtgärder										
Å1: Simulering bör godtas som klinisk utbildning (kapitel 3)										
Å2: Nationell utbildningsguide för en generisk modulbaserad handledarutbildning (kapitel 4)										
Å3: Harmonisering av bedömningsmetod och bedömningskriterier (kapitel 4)										
Å4: Avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (kapitel 6)										
Å5: Nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning (kapitel 7)										
Å6: Ansvarsfördelning och samordning av it inom universitets- och högskolesektorn (kapitel 7)										
Å7: Stöd till regioner och kommuner i syfte att underlätta för privata vårdgivare att delta i utbildning (kapitel 9)										

Källa: Utredningens illustration.

² Se kapitel 1.

5.1 Brist på samordning mellan aktörer

Verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen består av kurser och utbildningen är förlagd till olika hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det är genom avtal om verksamhetsförlagd utbildning som samarbetet mellan de olika aktörerna regleras. Sjuksköterskeutbildningen bedrivs av 25 lärosäten.³

Regioners, kommuners och privata vårdgivares medverkan är oundgänglig för att lärosätena ska kunna erbjuda utbildningsplatser och examinera studenter.⁴ Både lärosäten och hälso- och sjukvårdshuvudmän har stor frihet att organisera sin verksamhet utifrån egna val och förutsättningar.⁵ En väl fungerande samverkan mellan dessa aktörer är sålunda nödvändig både vad gäller antalet platser och för den verksamhetsförlagda utbildningens innehåll och kvalitet.

Det är vanligt att en huvudman har avtal med flera lärosäten om att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning. Det innebär att hälso- och sjukvårdshuvudmannen måste förhålla sig till olika kursplaner, varierande lärandemål för studenterna och olika kvalitetskrav utifrån avtalen med lärosätena.

På samma sätt kan ett lärosäte som har avtal med flera hälso- och sjukvårdshuvudmän behöva anpassa utbildningen till deras förutsättningar. I takt med att distansutbildning i olika former ökar ställs större krav på samordning för att möjliggöra för studenter att finna en plats för verksamhetsförlagd utbildning i närheten av studentens hemort. Det saknas dock i nuläget för uppgiften direkt lämpade fora för sådan samverkan. De regionala vårdkompetensråden samlar relevanta aktörer, och kan bidra till samordningsarbetet, men de har begränsade beslutsmandat.⁶

Det finns flera fundamentala skillnader i strukturer och ändamål mellan lärosäten och aktörer inom hälso- och sjukvården. Exempelvis tillämpar lärosätena terminsuppdelning i kontrast till hälso- och sjukvården som pågår året om. Hos lärosätet ligger ansvaret för verksamhetsförlagd utbildning vanligen på studierektorsnivå, medan den praktiska fördelningen av platser sköts av en praktikplatssamordnare. I hälso- och sjukvården är det inte alltid lika självskrivet vem som ansvarar för planeringen av studentens utbildning.⁷

³ Se avsnitt 2.2.3.

⁴ Se kapitel 4.

⁵ Se kapitel 2 och 8.

⁶ Se avsnitt 2.2.5.

⁷ Se avsnitt 4.3.

Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet har lyft fram vikten av att lärosäten och vårdgivare samarbetar om det gemensamma utbildningsuppdraget. Hälso- och sjukvården måste ha viss kapacitet och lärosätena måste regelbundet förmedla behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning till vårdgivarna. Vårdgivarna har bedömts behöva utöka sin utbildningskapacitet genom systematiska åtgärder och förbättra stödet i lednings- och styrsystem.⁸

Den verksamhetsförlagda utbildningen fyller olika syften för aktörerna. Från lärosätet betraktat är den verksamhetsförlagda utbildningen ett sätt att ge studenten möjlighet att träna färdighet och tillämpa kunskaper. Utbildningstiden ska vara kvalificerad, differentierad och vara möjlig att kontrollera. Från hälso- och sjukvårdens perspektiv kan verksamhetsförlagd utbildning bidra till framtida och lokal kompetensförsörjning.⁹

Utredningen ser brist på samordning mellan lärosäten och vårdgivare som ett hinder för att kunna erbjuda fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Det ska inte förstås som att det råder en avsaknad av samordning i dag, utan att det finns ett behov av en starkare samordning avseende bland annat hur, när och var verksamhetsförlagd utbildning lämpligen genomförs.¹⁰ Utredningen menar också att det finns en outnyttjad potential för ökad samverkan bland annat gällande kursutbud, pedagogisk utveckling och forskning.

5.2 Utbildningen möter inte hälso- och sjukvårdens utveckling

Varje lärosäte utformar i hög grad självständigt villkoren för verksamhetsförlagd utbildning genom kurs- och utbildningsplaner.¹¹ Lärosätena är dock bundna av yrkeskvalifikationsdirektivets detaljerade krav angående klinisk utbildning samt den omfattning av verksamhetsförlagd utbildning i timmar som följer av högskoleförordningen.¹² Lärosätenas olika utformning av kursplaner gör det svårt att få en överblick över hur verksamhetsförlagd utbildning är utformad och att göra jämförelser mellan lärosätena. Verksamhetsförlagd utbild-

⁸ Se avsnitt 2.2.5.

⁹ Se kapitel 4.

¹⁰ Se avsnitt 5.3 angående samordningsfrågor som berör de privata vårdgivarnas medverkan i verksamhetsförlagd utbildning.

¹¹ Se avsnitt 2.1.2.

¹² Se kapitel 3.

ning kan exempelvis ingå i en kurs som ett av flera examinerande moment och det går inte alltid att utläsa dess omfattning i högskolepoäng, tid eller genom översiktsplaner. Omfattningen kan anges i veckor, timmar eller ibland högskolepoäng och timmar för inläsning kan ingå i kurserna.¹³ Det är också lärosätet som genom examinator sätter betyg på kursen.¹⁴

Hälso- och sjukvårdsverksamheterna bestämmer inte utformningen av kurs- och utbildningsplanerna, trots att delar av utbildningen bedrivs i hälso- och sjukvården. Det finns därför en risk för att lärosätena inte i tillräckligt hög utsträckning beaktar vårdens förutsättningar och utveckling för att verksamhetsförlagd utbildning ska kunna genomföras.¹⁵ Det är exempelvis inte ovanligt att lärosätena i kurs- och utbildningsplaner fokuserar på verksamhetsförlagd utbildning som förutsätts ske i sluten vård på sjukhus, trots att hälso- och sjukvården genomgår en omställning till nära vård, vård i hemmet, kommuners hälso- och sjukvård, e-hälsa etcetera. Alla lärosäten har inte heller tecknat avtal om verksamhetsförlagd utbildning med kommuner, vilket begränsar platserna och verksamheterna där verksamhetsförlagd utbildning kan genomföras.

Möjligheterna för hälso- och sjukvårdsverksamheterna att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning blir begränsade om kurs- och utbildningsplanernas beskrivning av verksamhetsförlagd utbildning inte motsvarar hälso- och sjukvårdens aktuella verksamhetsformer. Universitetskanslersämbetets tematiska utvärdering av sjuksköterskeutbildningen har också uppmärksammat vikten av att lärosäten identifierar nya typer av kliniska placeringar genom att utveckla lärandemål och lärandeaktiviteter som tar hänsyn till hälso- och sjukvårdens förändring.¹⁶ Samtidigt kan det från lärosätenas sida finnas legitima synpunkter på förutsättningarna att tillhandahålla tillräcklig kvalitet i den verksamhetsförlagda utbildningen hos exempelvis mindre kommuner. Det kan exempelvis handla om tillgången på handledare eller förekomsten av en tillräcklig variation av moment i vårdverksamheten som den verksamhetsförlagda utbildningen ska omfatta.¹⁷

¹³ Se avsnitt 4.7.

¹⁴ Se avsnitt 4.3.4.

¹⁵ Se avsnitt 4.5. Se även avsnitt 5.3.

¹⁶ Se avsnitt 2.2.7.

¹⁷ Utredningens möte med Sveriges universitets- och högskoleförbund, Arbetsgruppen för vårdkompetens den 15 september 2023.

Kursplanerna är i dag inte fullt ut anpassade till hälso- och sjukvårdens utveckling med ett minskat antal slutenvårdsplatser. Basen för den verksamhetsförlagda utbildningen behöver därför breddas så att praktik kan göras där det finns ett tillräckligt antal patienter och yrkesverksamma sjuksköterskor.

5.3 Verksamhetsförlagd utbildning bedrivs i för få typer av verksamheter

Hälso- och sjukvårdens förutsättningar och utveckling påverkar var verksamhetsförlagd utbildning kan genomföras. Var i hälso- och sjukvårdsverksamheten studenterna placeras är en fråga som huvudsakligen styrs av avtalen mellan lärosätena och huvudmännen i hälso- och sjukvården. Verksamhetsförlagd utbildning kan anordnas inom ramen för olika verksamheter hos regioner, kommuner och privata vårdgivare.

Primärvård samt kommuners hälso- och sjukvård

Främst anordnas verksamhetsförlagd utbildning inom ramen för slutenvård på sjukhus, trots att antalet vårdplatser har minskat.¹⁸ Den slutna vården på sjukhus intar numera en mindre central plats till följd av den pågående omställningen av hälso- och sjukvården. Omställningen syftar till en god och nära vård utifrån patientens behov som innebär att den första linjens hälso- och sjukvård har förstärkts på viss bekostnad av sjukhusvården. Särskilt den kommunala hälso- och sjukvården anses ha betydelse för att åstadkomma nära vård.¹⁹

Genom primärvårdsreformen avses primärvården bli navet i hälso- och sjukvården.²⁰ Primärvård definieras i 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper vad avser sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Primärvårdens grunduppdrag

¹⁸ SOU 2022:35 s. 92 och 115.

¹⁹ Prop. 2017/18:83.

²⁰ Prop. 2019/20:164, bet. 2020/21:SoU2 och rskr. 2020/21:61.

regleras i 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och omfattar bland annat att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster, att samordna insatser för patienten och att möjliggöra medverkan vid forskningsarbete.²¹ Primärvården ska stå för en bred kompetens som kan tillgodose de flesta vårdrelaterade behov med hjälp av olika generalistkompetenser, bland annat sjuksköterskor. Gränsdragningen mellan primärvård respektive annan specialistsjukvård går nu mellan vård som kräver generalist- respektive annan specialistkompetens oavsett var vården ges och av vilken huvudman.²² Detta ställer höga krav på kompetensförsörjningen.²³

Att en större del av vården ska ske inom primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården påverkar förutsättningarna för verksamhetsförlagd utbildning. Det finns ett ökat behov av platser för verksamhetsförlagd utbildning i primärvården och kommunernas hälso- och sjukvård samt hos privata vårdgivare.²⁴ Platser för verksamhetsförlagd utbildning kan också förläggas till nya verksamhetsområden, såsom socialtjänst och anpassade boenden för personer med funktionsnedsättning.²⁵

Socialstyrelsen har i sitt uppföljningsarbete av vårdens omställning beskrivit att flera regioner bedriver samverkan och dialog med lärosäten för att förbättra strukturen kring verksamhetsförlagd utbildning, exempelvis antagning av studenter till fler studieorter företrädesvis i glesbygd. Regionerna har också utvecklat lärandemiljöer, utbildningsavdelningar, handledning och arbetssätt.²⁶

Utredningen bedömer att det är ett hinder att inte fler platser för verksamhetsförlagd utbildning erbjuds inom primärvården och kommunernas hälso- och sjukvård. Det gäller inte minst inom kommunernas hälso- och sjukvård, där variationen är mycket stor mellan olika lärosäten. Vissa lärosäten använder kommunernas hälso- och sjukvård i marginell omfattning, medan andra lärosäten bedriver närmare hälften av den verksamhetsförlagda utbildningen i dessa verksamheter.

²¹ Bestämmelsen har den 1 januari 2024 reviderats genom SFS 2023:37.

²² Prop. 2019/20:164 s. 70.

²³ Prop. 2019/20:164 s. 33.

²⁴ SOU 2022:35 s. 92.

²⁵ Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor.

²⁶ Socialstyrelsen (2020) s. 113.

Privata vårdgivares medverkan sker främst via sjukvårdshuvudmännen

Enligt utredningens uppgifter finns i nuläget endast fyra avtal mellan privata vårdgivare och lärosäten som bedriver sjuksköterskeutbildning. Det innebär att privata vårdgivare främst medverkar i verksamhetsförlagd utbildning i egenskap av att genom offentlig upphandling eller valfrihetssystem vara utförare åt regioner och kommuner.²⁷

Samtidigt ges en betydande andel av hälso- och sjukvården av privata vårdgivare. Under år 2021 gjordes 39 procent av alla patientbesök i hälso- och sjukvården hos en privat vårdgivare. Antalet besök hos privata vårdgivare uppgick till 50 procent av alla besök i primärvården och 23 procent i den somatiska specialistsjukvården. I den slutna vården fanns 9 respektive 3 procent av vårdplatserna i den somatiska respektive psykiatriska vården hos privata vårdgivare.²⁸ Alla regioner i Sverige har sedan den 1 januari 2010 vårdval i primärvården. Några regioner har infört vårdval i andra delar av sjukvården. Region Stockholm har vårdval på flest områden inom specialistsjukvården. Totalt finns 107 vårdval i Sverige.²⁹

Lärosätena kan alltså sällan direkt påverka i vad mån privata vårdgivare medverkar i den verksamhetsförlagda utbildningen. Det är vanligen först på anmodan av region eller kommun som den privata vårdgivaren förväntas tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning. Eftersom avtalen huvudsakligen tecknats mellan lärosäten och regioner respektive kommuner är det också huvudmännens ansvar att tillse att de privata vårdgivarna lever upp till de kvalitetskrav som avtalen stipulerar.³⁰

Det faktum att medverkan sker genom offentlig upphandling innebär vissa problem med bristande långsiktighet för de privata vårdgivarna. Även om vårdgivaren investerar i de anställdas handledarkompetens och andra resurser, är kontraktets giltighetstid med huvudmannen begränsat i tid. När det gäller valfrihetssystem är den privata vårdgivarens deltagande dessutom begränsat av patienternas egna val. Det innebär att privata vårdgivare kan ha vissa svårigheter att integreras i övrig hälso- och sjukvård och bidra med utbildningsinsatser.³¹

²⁷ Se kapitel 9.

²⁸ Sveriges Kommuner och Regioner (2022).

²⁹ Sveriges Kommuner och Regioner (2023 d).

³⁰ Se kapitel 9.

³¹ Se SOU 2019:29 s. 181.

Vad som ovan sagts innebär att det på en hälso- och sjukvårdshuvudmans geografiska område vanligen kan finnas många olika vårdgivare, även privata sådana. Det gäller särskilt inom primärvården, som anses ska fungera som ett nav i hälso- och sjukvården och som följaktligen också borde få en större betydelse som verksamhet där platser för verksamhetsförlagd utbildning förläggs. Hur regioner och kommuner utformar avtal om hälso- och sjukvårdstjänster och i vad mån det sker avrop från avtalen får stor betydelse för de privata vårdgivarnas medverkan i verksamhetsförlagd utbildning.

Utredningen anser att det i den nuvarande ordningen för samarbete om verksamhetsförlagd utbildning mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän finns inbyggda hinder som försvårar privata vårdgivares medverkan.³²

5.4 Nuvarande avtal möter inte dagens behov

De drygt 130 avtalen mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdshuvudmän avgör i nuläget till stor del var studenterna kan erbjudas platser för verksamhetsförlagd utbildning geografiskt, även vad gäller distansutbildning.³³ Utredningen ser hinder i att avtalen ger olika typer av inlåsningseffekter för studenter som vill genomföra verksamhetsförlagd utbildning på annan ort än avtalen medger. Problemet torde bli mer utbrett i takt med att omfattningen av distansutbildning i olika former ökar.

Den geografiska placeringen av platser för verksamhetsförlagd utbildning kan medföra särskilda svårigheter för distansutbildningar. Dessa utbildningar har som regel ett hybridupplägg där den teoretiska utbildningen sker platsoberoende, men lärosäten förlägger den verksamhetsförlagda utbildningen till den ort eller det geografiska område där lärosätet är beläget. Det förekommer också att lärosäten tecknar avtal med vårdgivare runtom i landet och att studenter söker direkt till den plats där de vill genomföra verksamhetsförlagd utbildning. Dagens avtalsstruktur kan göra det svårt för lärosäten att teckna avtal om platser som tillgodoser studenternas behov när dessa är bosatta över hela landet. Det förekommer att näraliggande lärosätens behov av platser liksom studenter folkbokförda i regionen prioriteras av

³² Se kapitel 9 och kapitel 6.

³³ Se avsnitt 4.6.

huvudmännen liksom studenter från lärosäten med vilka huvudmännen har avtal.³⁴

Att använda verksamheter i glesbygd kan bidra till att erbjuda fler platser för verksamhetsförlagd utbildning till studenterna och kan samtidigt främja den framtida kompetensförsörjningen i glesbygden.³⁵ I nuläget saknar flera lärosäten avtal om verksamhetsförlagd utbildning med kommuner, trots att dessa bedriver en allt större del av hälso- och sjukvården även i glesbygd. Platser för verksamhetsförlagd utbildning kan i nuläget vara outnyttjade utan att kunna användas av andra lärosäten på grund hur avtalen tecknats. Floran av avtal som reglerar verksamhetsförlagd utbildning är alltså ett hinder för att effektivt kunna nyttja platser för verksamhetsförlagd utbildning i landet och det finns ett behov av att skapa större geografiska områden för placering av studenter.³⁶

Decentraliserad utbildning är ett sätt att främja glesbygdens kompetensförsörjning, möjliggöra att fler personer får möjlighet att studera till sjuksköterska på olika håll i landet och samtidigt tillgängliggöra fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Den decentraliserade utbildningen är dock inte komplikationsfri. Några problem som uppmärksammas är att studenter i flera fall byter till en större studieort, kvalitetsproblem som hänger samman med små studentgrupper samt sämre möjligheter till exempelvis interprofessionellt lärande mellan olika hälso- och sjukvårdsutbildningar.³⁷ När det gäller lärcentrum finns även svårigheter relaterade till kommunernas långsiktiga planeringsarbete, då de enligt 2 § förordningen (2017:1303) om statsbidrag för lärcentrum beviljas statsbidrag för endast ett år åt gången i den mån det finns tillgängliga medel.³⁸

Avtalen innehåller ofta kvalitetskrav och önskemål rörande exempelvis yrkeserfarenhet, akademiska examina och specifik handledarutbildning. Denna typ av kvalitetskrav kan innebära hinder för hälso- och sjukvårdens möjligheter att erbjuda platser för verksamhetsförlagd utbildning.³⁹

³⁴ Universitetskanslersämbetet (2022 a) s. 46 f.

³⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021) s. 140.

³⁶ Se kapitel 6 och 7.

³⁷ Universitetskanslersämbetet (2022 a) s. 49 f.

³⁸ Se även Myndigheten för yrkeshögskolan, Arbetsförmedlingen, Svenska ESF-rådet, Skolverket, Universitetskanslersämbetet, Universitets- och högskolerådet, Tillväxtverket och Folkbildningsrådet (2022).

³⁹ Se kapitel 4 och avsnitt 5.7.

Utredningen konstaterar att nuvarande ordning med drygt 130 lokala avtal skapar inlåsningseffekter som försvårar ett effektivt nyttjande av tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning. För att på bästa sätt använda kapaciteten för verksamhetsförlagd utbildning inom hälso- och sjukvården krävs samarbete i större geografiska områden.

5.5 Tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning utnyttjas inte

Ett problem är att vissa av de befintliga platserna för verksamhetsförlagd utbildning inte utnyttjas. Det kan bero på att platserna är belägna långt ifrån studieorten eller studentens bostadsort. Både lärosäten och studenter kan av olika skäl välja bort platser för verksamhetsförlagd utbildning. För studenternas del kan resa och boende vara förenat med merkostnader som blir ett hinder. För lärosäten kan också avtalens lydelse innebära begränsningar i möjligheten att nyttja platser för verksamhetsförlagd utbildning.⁴⁰

Som tidigare framkommit finns ett behov av att utöka studieplatserna på sjuksköterskeutbildningen för att tillgodose hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov. Om konkurrensen om utbildningsplatserna blir för låg finns dock risk för att även studenter med sämre förutsättningar att fullfölja studierna antas. Detta kan inverka negativt på genomströmningen av studenter. Genomströmningen kan påverkas positivt genom tidigt insatta stödinsatser från lärosätena riktade till studenter som riskerar att inte kunna fullfölja sina studier. Hälso- och sjukvården ser också omotiverat låg genomströmning som en misshushållning, då resurser för verksamhetsförlagd utbildning läggs på studenter som inte tar examen och inte kan bidra till att möta behovet av fler legitimerade sjuksköterskor.

Riksrevisionen har inlett ett arbete för att granska lärosätenas och regeringens åtgärder för att minska antalet avhopp från grundutbildningar till bristyrken, bland annat sjuksköterskeutbildningen.⁴¹ Den överenskommelse om god och nära vård som staten ingått med Sveriges Kommuner och Regioner för år 2023 har också som syfte att öka antalet studenter på sjuksköterskeutbildningen och säker-

⁴⁰ Se avsnitt 4.6 samt avsnitt 6.2.2.

⁴¹ Riksrevisionen (2023 b).

ställa genomströmningen.⁴² Universitets- och högskolerådet har haft ett uppdrag att satsa på ökad kvalitet och genomströmning i distansutbildning.⁴³ Sex lärosäten har även fått medel för att utveckla distansutbildning, särskilt vad gäller tillgången till och kvaliteten på verksamhetsförlagd utbildning på professionsutbildningar.⁴⁴

Utredningen uppfattar att studenters merkostnader för resor och boende utgör ett hinder för att nyttja samtliga befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning effektivt, och att det sannolikt inverkar negativt på genomströmningen på sjuksköterskeutbildningen. Utvecklingen mot mer distansutbildning i olika former kommer rimligen att medföra att detta hinder ökar i omfattning.

5.6 EU-rätten begränsar varianter av klinisk utbildning

EU-rätten utövar ett starkt inflytande över genomförandet av sjuksköterskeutbildningen, då sjuksköterskeyrket är ett av de reglerade yrken som omfattas av yrkeskvalifikationsdirektivet, som är införlivat i svensk rätt.⁴⁵ Lärosätena har en frihet att utforma sjuksköterskeutbildningen, men denna frihet begränsas till stor del av yrkeskvalifikationsdirektivets och även examensordningens krav. Direktivet bygger på ett ömsesidigt och automatiskt erkännande av bevis på formella kvalifikationer för bland annat sjuksköterskor i medlemsstaterna på grundval av en samordning av minimikraven för utbildningarna. Det gäller exempelvis sjuksköterskeutbildningens innehåll och omfattning inklusive verksamhetsförlagd utbildning. Till skillnad från andra utbildningar som omfattas av yrkeskvalifikationsdirektivet görs vad gäller sjuksköterskeutbildningen skillnad mellan teoretisk och klinisk utbildning.

Regleringen av den kliniska utbildningen är tämligen specifik. Den kliniska utbildningen ska exempelvis uppgå till minst hälften av utbildningens minimitid, som uppgår till totalt tre år eller 4 600 timmar. Genomförandet av den kliniska utbildningen ska ske i direkt kontakt med patienter och ske vid en vårdinrättning. Detta innebär att olika alternativa pedagogiska modeller som framgångsrikt nyttjas på sjuksköterskeutbildningen såsom simulering och kliniska tränings-

⁴² Regeringens beslut den 26 januari 2023.

⁴³ Regeringens beslut den 9 december 2021.

⁴⁴ Utbildningsdepartementet (2023 d).

⁴⁵ Se avsnitt 3.2.2.

center inte omfattas av yrkeskvalifikationsdirektivets definition av klinisk utbildning. Därmed begränsas lärosätena i det pedagogiska utvecklingsarbetet som dels skulle kunna främja ett gott läranderesultat hos studenterna, dels möjliggöra att ett större antal studenter fick klinisk utbildning utan att antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning skulle behöva öka i motsvarande grad.⁴⁶

I och med det förtydligande av yrkeskvalifikationsdirektivets krav på antalet timmar och definitionen av en timme som införts i högskoleförordningen har lärosätena tydligt uppmärksamats på omfattningen av kraven rörande verksamhetsförlagd utbildning. Lärosätena räknar med en ökning av den verksamhetsförlagda utbildningen i kursplanerna för landets alla sjuksköterskeprogram. Den sammanlagda ökningen av antalet veckor som studenter genomför verksamhetsförlagd utbildning i hälso- och sjukvården är 35 procent.⁴⁷ Givet denna prognos är behovet av att finna fler platser och former för verksamhetsförlagd utbildning ännu större.

Utredningen ser utformningen av artikel 41 i yrkeskvalifikationsdirektivet som ett hinder för lärosätena att utveckla varianter av verksamhetsförlagd utbildning som kan räknas som klinisk utbildning, exempelvis simulering, trots att forskningsresultat visar att simulering kan främja studenternas lärande.⁴⁸ Mot denna bakgrund är en revidering av direktivet önskvärd i syfte att inkludera simulering i klinisk utbildning, och möjliggöra mer klinisk utbildning utan att antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning behöver öka i motsvarande grad.

5.7 Bristande tillgång till handledare

Det finns inga författningsenliga krav på handledare eller handledarutbildning. Det finns inte heller någon gemensam nationell handledarutbildning. I avtalen mellan lärosäten och huvudmän finns dock ofta krav eller önskemål på handledares kompetens och handledarmodeller, som varierar i detaljeringsgrad.⁴⁹ Tillgången till kvalifice-

⁴⁶ Se avsnitt 3.2.3.

⁴⁷ Se avsnitt 4.7.3.

⁴⁸ Se avsnitt 3.2.3.

⁴⁹ Se avsnitt 4.4 och SOU 2022:35 s. 115 f.

rade handledare är avgörande för tillgången på platser för verksamhetsförlagd utbildning.⁵⁰

När verksamhetsförlagd utbildning genomförs är det huvudmännen som enligt avtal ska svara för att studenterna tilldelas en handledare, medan lärosätena ansvarar för att tillse att kraven i kursplanerna efterlevs. Därmed är genomförandet av verksamhetsförlagd utbildning beroende av tillräckliga personella resurser och att handledare utbildats i tillräcklig utsträckning. Brist på handledare är ett väsentligt skäl till att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning inte kan åstadkommas och det förekommer att nytexaminerade sjuksköterskor får handleda studenter.⁵¹ Bristen på handledare kan exempelvis bero på avsaknad av erfaren eller utbildad personal i verksamheten eller avsaknad av incitament för att vara handledare.⁵²

Bristande mobilitet mellan lärosäten och hälso- och sjukvård utgör ett hinder för utveckling av handledarkompetens. Mobilitet mellan högskolan och andra sektorer som exempelvis hälso- och sjukvård är en förutsättning för kvalitet i utbildning och forskning. Öppenhet och transparens vid anställningar är av betydelse för att åstadkomma en sådan mobilitet för både kvinnor och män.⁵³ Frågan om hinder för mobilitet mellan högskolan och andra sektorer har nyligen utretts inom Utbildningsdepartementet.⁵⁴

I hälso- och sjukvården finns ofta kontinuitetsproblem som kan innebära hinder för att genomföra handledning. Det kan handla om sårbarhet i verksamheter där endast få sjuksköterskor är anställda. Det kan också handla om situationer där ordinarie personal ersätts med tillfällig sådan eller om att hälso- och sjukvården inte tillvaratar kompetensen hos äldre sjuksköterskor som skulle kunna kontrakteras för handledaruppdrag.⁵⁵

Från lärosätenas håll har framförts att högskoleförordningens begränsning av förenade anställningar till lektorer och professorer bör tas bort, så att lärosätena själva får besluta. Utredningen Specialist-sjuksköterskeutbildning och vissa andra sjukvårdsutbildningar har också föreslagit en förändring av den rättsliga regleringen av förenade anställningar för att lyfta fram forskning också inom vårdvetenskap

⁵⁰ Se avsnitt 4.4.3 samt Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (2019) s. 36 f.

⁵¹ Sveriges Kommuner och Regioner (2023 b) s. 17 f.

⁵² SOU 2022:35 s. 115.

⁵³ Prop. 2020/21:60 s. 119 f.

⁵⁴ Utbildningsdepartementet (2022 b).

⁵⁵ Nationella vårdkompetensrådet (2023).

och främja möjligheten för fler yrkeskategorier att komma i fråga för förenade anställningar.⁵⁶

Utredningen ser sålunda brist på handledare som ett påtagligt hinder för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning inom hälso- och sjukvården. Det finns flera underliggande orsaker till bristen på handledare som behöver adresseras genom olika åtgärder.

5.8 Brist på lärare med rätt kompetens

För att kunna öka antalet utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen utgör brist på vetenskapligt meriterad personal på lärosätena ett hinder. För att utbildning ska kunna bedrivas krävs en tillräcklig vetenskaplig kompetens hos lärarna på lärosätet och praktiktäna omvårdnadsforskning som binder samman teori och empiri. Detta förutsätter mobilitet mellan lärosätena och hälso- och sjukvården.

I Universitetskanslersämbetets tematiska utvärdering av sjuksköterskeutbildningen lyfte lärosätena bland annat fram behovet av kompetensförsörjning och svårigheterna att nyrekrytera och behålla lärare, i synnerhet lektorer och professorer men också lärare med aktuell klinisk erfarenhet och specialistsjuksköterskekompetens. En åtgärd som har vidtagits av flera lärosäten är att utveckla kombinerade uppdrag mellan lärosäten och vårdverksamheter för att skapa nya karriärvägar och samtidigt säkra den kliniska kompetensen. På många håll pågår också ett arbete för att vetenskapligt meritiera personal genom att möjliggöra forskarutbildning för lärare.

Kopplingen till kliniskt arbete saknas ofta för dagens lärartjänster på sjuksköterskeutbildningen. Vetenskapliga och pedagogiska meriter synes betonas mer än klinisk förankring.⁵⁷

Möjligheterna att bedriva forskning för disputerade personer med en medellång vårdutbildning, exempelvis sjuksköterskor, är jämförelsevis begränsade och utgör ett jämställdhetsproblem. Efter doktorexamen har sjuksköterskan två huvudsakliga val: antingen att återvända till den kliniska verksamheten eller att huvudsakligen undervisa vid högskolan. Det är svårt för sjuksköterskor att konkurrera om exempelvis ALF-medel, som avser klinisk forskning. Anställningar

⁵⁶ SOU 2018:77 s. 490 ff.

⁵⁷ Mogensen, Thorell Ekstrand & Löfmark (2010) s. 18 ff.

som möjliggör en kombination av klinisk verksamhet och forskning för sjuksköterskor har därför efterlysts.⁵⁸

Utredningen bedömer att bristen på lärare med rätt kompetens är ett påtagligt hinder för att skapa fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen. Mycket tyder också på att problemet kommer att accentueras, bland annat på grund av stundande pensionsavgångar. Fler möjligheter att kombinera kliniskt arbete med utbildning och forskning är angeläget för att främja hälso- och sjukvårdsutbildning av god kvalitet.

5.9 Svaga utbildningsstödjande strukturer

Verksamhetsförlagd utbildning har av hävd bedrivits inom ramen för regionernas hälso- och sjukvård, med en tyngdpunkt på slutenvård på sjukhus. Regionerna har också över tid etablerat olika stödstrukturer för utbildning, inte sällan organiserade i enheter för forskning och utbildning. Med enheterna som bas finns ofta stöd för bland annat hantering av avtal för verksamhetsförlagd utbildning, planering och uppföljning, samt utbildning av handledare. Även inom vissa företrädesvis större kommuner finns strukturer ägnade åt att stödja utbildning. Mindre kommuner är ofta för små för att var och en bära egna strukturer, men kan ibland omfattas av gemensamma stödstrukturer för flera kommuner, till exempel via kommunförbund. På samma sätt är privata vårdgivare normalt sett för små för att bära egna utbildningsstödjande strukturer och till skillnad från kommunerna saknas vad utredningen känner till gemensamma lösningar.⁵⁹

Det finns många strukturella utmaningar som behöver hanteras för att ge bra förutsättningar för att erbjuda verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet. Den verksamhetsförlagda utbildningen bör planeras in tidsmässigt utifrån när hälso- och sjukvården och handledarna har kapacitet att ta emot studenterna. Det krävs också ett löpande samarbete mellan lärosäte och vårdgivare för att säkerställa bland annat att handledarna har aktuell kunskap om utbildningen och den handledningsmodell som tillämpas, att lärosäte och vårdgivare har samsyn om vad studenterna förväntas lära sig och hur kunskaperna bedöms, samt att handledarna har kännedom om studenternas förutsättningar.⁶⁰

⁵⁸ Vetenskapsrådet (2021 b) s. 36 f.

⁵⁹ Se kapitel 4 och kapitel 9.

⁶⁰ Se avsnitt 4.4.

Det saknas ibland personer i hälso- och sjukvården som har ett väldefinierat ansvar för studenter under utbildning.⁶¹

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården innebär att en större andel av den verksamhetsförlagda utbildningen framåt kommer att behöva genomföras i kommunernas hälso- och sjukvård och i den hälso- och sjukvård som utförs av privata vårdgivare. Det kommer att ställa krav på förstärkta eller nya utbildningsstödjande strukturer inom hälso- och sjukvården. Det kan bland annat handla om studie-rektorer för sjuksköterskeutbildningen, utbildning och annat stöd till handledare, utbildningsinfrastruktur i form av lokaler och viss utrustning samt planeringsstöd. Dessa stöd behöver utvecklas utifrån lokala och regionala förutsättningar inom hälso- och sjukvården.

Därutöver har utredningen identifierat avsaknaden av ett nationellt it-stöd som ett hinder för ett effektivt nyttjande av befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning. Ett lärosäte samverkar vanligtvis med flera olika vårdgivare om verksamhetsförlagd utbildning. Det är inte heller ovanligt att en vårdgivare samverkar med fler än ett lärosäte. Dagens it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning ägs och utvecklas av individuella lärosäten eller hälso- och sjukvårdshuvudmän, alternativt av ett urval hälso- och sjukvårdshuvudmän i samverkan, och de är inte alltid tillgängliga för samtliga vårdgivare inom en region. Det innebär att såväl lärosäten som vårdgivare kan behöva arbeta i flera olika parallella it-stöd, och att det saknas en samlad bild av antalet tillgängliga platser, både lokalt och nationellt, mot vilken efterfrågan på platser för verksamhetsförlagd utbildning kan matchas. Vid en och samma tidpunkt kan det råda brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning i en lokal avtalsgeografi, medan det samtidigt finns outnyttjade platser i en angränsande lokal avtalsgeografi.⁶²

Utredningen uppfattar svaga utbildningsstödjande strukturer som ett hinder för att nyttja den potential som finns att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i fler verksamheter. I synnerhet gäller det platser för verksamhetsförlagd utbildning i kommunernas hälso- och sjukvård och den hälso- och sjukvård som utförs av privata vårdgivare.

⁶¹ Se avsnitt 4.4 samt 5.10.

⁶² Se kapitel 7.

5.10 Bristande harmonisering

Verksamhetsförlagd utbildning förutsätter som ovan framkommit ett väl utvecklat samarbete mellan ett flertal olika aktörer. En problematik är avsaknaden av en enhetlig och adekvat terminologi för verksamhetsförlagd utbildning. En annan är otillräckliga och ojämlika ekonomiska villkor. Harmonisering skulle underlätta och uppmuntra medverkan från hälso- och sjukvården i verksamhetsförlagd utbildning.

5.10.1 En enhetlig terminologi saknas

I lärosätenas utbildningsplaner, kursplaner och avtal används olikartad terminologi för att beskriva de praktiska eller kliniska inslagen i sjuksköterskeutbildningen. Verksamhetsförlagd utbildning, som är den term som vanligen används för att beskriva praktiska inslag som ingår i sjuksköterskeutbildningen, har inte heller någon enhetligt fastslagen definition. I vissa avtal används begreppet verksamhetsintegrerat lärande.

Också i övrigt finns en omfattande terminologi som berör organiseringen av verksamhetsförlagd utbildning, exempelvis kliniska lektorer och adjunkter, kontaktlärare, kliniska amanuenser och adjungerade kliniska adjunkter. Betydelsen av begreppen handledare och huvudhandledare som ofta förekommer i avtalen varierar. Terminologin är med andra ord inte harmoniserad.

De EU-rättsliga begreppen skiljer sig också från de begrepp som vanligen används i en svensk sjuksköterskeutbildningskontext. I artikel 31.3 i yrkeskvalifikationsdirektivet används både begreppen klinisk utbildning och klinisk undervisning för att beskriva de teoretiska och kliniska momenten i sjuksköterskeutbildningen, till synes synonymt. På engelska används endast begreppet *training*. Inte heller begreppet timme är definierat i yrkeskvalifikationsdirektivet. Regeringen har numera infört en definition av begreppet timme i bilaga 4 till högskoleförordningen.⁶³

Utredningen ser en mer enhetlig terminologi som underlättande för hälso- och sjukvårdens verksamheter att medverka i verksamhetsförlagd utbildning. Det gäller i synnerhet vårdgivare som tar emot studenter från flera lärosäten. Med ökad mobilitet bland studenter

⁶³ Se kapitel 3.

och utbildningssamarbeten i större geografiska områden är harmonisering något som sannolikt blir av allt större värde för att samarbetet mellan lärosäten och hälso- och sjukvård om den verksamhetsförlagda utbildningen ska fungera.

5.10.2 Olika och otillräckliga ekonomiska villkor

Den ekonomiska ersättningen till hälso- och sjukvården hanteras normalt som en ersättning från lärosäte till sjukvårdshuvudman, och regleras i de lokala avtalen om verksamhetsförlagd utbildning. Vanligtvis utbetalas ersättningen per vecka verksamhetsförlagd utbildning som en student har genomfört.⁶⁴

Ersättningen har räknats upp i långsammare takt än anslaget för utbildning till universitet och högskolor, vilket kan tolkas som att ersättningen har urholkats över tid.⁶⁵ Höjd ersättning är också ett önskemål som sjukvårdshuvudmän och vårdgivare återkommande har framfört till utredningen. Det är dock utredningens uppfattning att nuvarande ordning för samarbete om verksamhetsförlagd utbildning inte utgår från en princip om full kostnadstäckning, utan från en idé om ett solidariskt finansieringsansvar för lärosäten och hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Ersättningsnivån varierar från lärosäte till lärosäte utifrån vad som överenskommits i avtalen om verksamhetsförlagd utbildning. Vidare kan ersättningen variera mellan olika vårdgivare. Regioner erhåller i princip alltid full ersättning. Kommuner erhåller ibland samma ersättning som regioner, ibland lägre ersättning och ibland ingen ersättning alls.⁶⁶ Privata vårdgivare erhåller oftast ersättning, men ibland vidareförmedlar inte den region eller kommun som är sjukvårdshuvudman ersättningen till den privata vårdgivare som utför hälso- och sjukvården i vilken den verksamhetsförlagda utbildningen har genomförts. I kontakterna med utredningen har de privata vårdgivarna framhållit vikten av de erbjuds lika ersättning som offentliga vårdgivare, som ett incitament för att medverka i verksamhetsförlagd utbildning. På motsvarande sätt har Sveriges Kommuner och Regioner understrukit vikten av att ordningen för samarbete om verksamhetsförlagd

⁶⁴ Se avsnitt 4.6.

⁶⁵ Se avsnitt 10.3.

⁶⁶ Se kapitel 4.

utbildning vidareutvecklas för att i högre grad omfatta även kommunerna, inklusive likvärdiga ersättningsvillkor.

Inom styrningen av hälso- och sjukvården finns det en utmaning i det att ersättningen från lärosätet inte på något direkt sätt kommer den verksamhet eller den handledare som svarat för den verksamhetsförlagda utbildningen till del. Inte sällan används ersättningen för att finansiera mer generellt stöd och strukturer för utbildning i hälso- och sjukvården. Det kan givetvis vara en klok användning av ersättningen, men det skapar inte ett incitament för verksamhet och handledare att ta emot studenter.

Utredningen konstaterar att det finns ekonomiska hinder för utbildning inom hälso- och sjukvården. En skälig ersättning som är lika för alla vårdgivare skulle stärka vårdgivarnas incitament att medverka i verksamhetsförlagd utbildning. Det gäller också inom ramen för nuvarande ordning vilken utredningen förstår det som utgår från en princip om solidarisk finansiering mellan lärosäten och vårdgivare.

6 En reform för hållbar klinisk utbildning genom samverkan

Verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen regleras i dag genom avtal mellan regioner och kommuner respektive lärosäten.¹ Under lång tid har det funnits en tradition av att genom avtal reglera verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen. I detta kapitel utreds de grundläggande förutsättningarna för att teckna ett nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) för sjuksköterskeutbildningen. Statliga, nationella avtalslösningar för vissa andra utbildningar behandlas också. I kapitlet diskuteras huruvida ett VULF-avtal för sjuksköterskeutbildningen skulle vara ändamålsenligt för att möjliggöra fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och hur ett sådant avtal i så fall lämpligen skulle kunna utformas och organiseras. Utredningen föreslår att ett VULF-avtal bör ingås och beskriver en modell för ett sådant avtal.

6.1 Ett avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning bör ingås

Förslag: Staten bör ingå ett nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) för sjuksköterskeutbildningen. Regeringen bör utse en förhandlingsperson med uppdrag att i dialog med parterna Sveriges Kommuner och Regioner och Vårdföretagarna utarbeta ett avtalsförslag.

Det nationella avtalet bör kompletteras med regionala avtal. Regeringen bör uppdra till lärosäten med medicinska fakulteter att ingå regionala avtal med berörda lärosäten samt hälso- och sjukvårdshuvudmän i geografiska områden som lämpligen utgår från sjukvårdsregionernas och de regionala vårdkompetensrådets indelning.

¹ Nuvarande avtal och avtalsmodeller presenteras i kapitel 4.

Regeringen bör också föreslå riksdagen att besluta om avtalets finansiering.

Bedömning: Ett VULF-avtal kan genom en hållbar struktur för samverkan mellan aktörerna bidra till att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet skapas. Det kan också med precision styra resurser till åtgärder för att avhjälpa hindren för verksamhetsförlagd utbildning. Därigenom möjliggörs fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen och fler legitimerade sjuksköterskor.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

Utredningen har analyserat nuvarande ordning för samarbete mellan lärosäten och hälso- och sjukvård gällande verksamhetsförlagd utbildning. I ett första steg har utredningen prövat alternativ till nuvarande ordning. Utredningen har prövat alternativet lagreglering av sjukvårdshuvudmännens utbildningsansvar, vilket bland annat föreslagits i tidigare utredningar. Utredningen har avfärdat denna lösning, eftersom den inte är effektiv för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och därmed inte kan möjliggöra fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen.² Likaså har utredningen, i enlighet med direktivet, prövat alternativet att särskilt reglera privata vårdgivares skyldighet att medverka i utbildning. En sådan åtgärd skulle innebära lagtekniska svårigheter och bedöms inte vara kostnadseffektiv.³

I ett andra steg har utredningen utvärderat nuvarande ordning med avtal om verksamhetsförlagd utbildning mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän. Utredningen konstaterar att avtal är ändamålsenliga för att reglera det nödvändiga samarbetet mellan lärosätena och hälso- och sjukvården, men att nuvarande avtalsmodell behöver reformeras. Avtalsmodellen behöver utvecklas dels strukturellt för att möta utvecklingen inom den högre utbildningen och inom hälso- och sjukvården, dels innehållsligt för att avhjälpa vissa allvarliga hinder för att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och därmed fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen ska kunna erbjudas.⁴

² Se kapitel 8.

³ Se kapitel 9.

⁴ Se kapitel 4 och 5.

Med ett avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) avser utredningen en strukturell och innehållslig vidareutveckling av den nuvarande ordningen för samarbete om verksamhetsförlagd utbildning som sedan år 2002 sker genom avtal mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän.⁵ Utredningens bedömning, efter att ha har utvärderat för- och nackdelarna med ett VULF-avtal, är att ett sådant avtal är ett ändamålsenligt instrument för att på ett hållbart sätt skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i fler verksamheter i hälso- och sjukvården och därigenom möjliggöra fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen.⁶

Stärk det nödvändiga samarbetet mellan lärosäten och hälso- och sjukvården

Sjuksköterskeutbildningen ska till minst 50 procent bestå av klinisk utbildning, där utbildningen är förlagd till olika kliniska verksamheter inom öppen och slutna hälso- och sjukvård och omsorg. Medverkan från hälso- och sjukvårdsverksamheter är därmed helt central för att utbildningsplatser ska kunna erbjudas. Samtidigt ansvarar lärosätena för studenternas examination. Det betyder att en väl fungerande samverkan mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdshuvudmän är nödvändig för att bedriva sjuksköterskeutbildning.

En principiell styrka med en avtalsmodell är att avtal är frivilliga och ömsesidiga överenskommelser mellan parter som behåller sin beslutanderätt. Inom en avtalsmässig ram för ett gemensamt åtagande följer skyldigheter och rättigheter för parterna. I jämförelse med en ensidig lagreglering av sjukvårdshuvudmännens skyldighet att medverka i utbildning eller en särskild reglering av privata vårdgivares skyldighet att delta i utbildning, anser utredningen att avtal bättre speglar det gemensamma ansvar som lärosäten och vårdgivare har för att genomföra hälso- och sjukvårdsutbildning av god kvalitet. I och med att avtal är formellt frivilliga att ingå respekteras också universitetens och högskolornas autonomi liksom regionernas och kommunernas självbestämmande. Ett nationellt VULF-avtal med Vårdföretagarna som en av parterna fråntar inte heller privata vårdgivare rätten att självständigt besluta om att ansluta sig till regionala avtal.

⁵ Se avsnitt 6.5.

⁶ Se avsnitt 6.3.

Avtal lägger också grunden för gemensamma strukturer för styrning och samarbete, vilket bland annat illustreras av de strukturer som har etablerats för samarbete mellan lärosäten och hälso- och sjukvård utifrån ALF- och TUA-avtalen för läkarutbildningen respektive tandläkarutbildningen. Nära samarbete mellan lärosäten och hälso- och sjukvård är nödvändigt för att kunna bedriva hälso- och sjukvårdsutbildning av god kvalitet. Aktörerna uttrycker också ett behov av ett närmare samarbete om såväl sjuksköterskeutbildningen som hälso- och sjukvårdsutbildningar mer generellt. Sjukvårdshuvudmän framför inte sällan önskemål om att utbildningarnas utformning och innehåll bör förändras för att bättre möta kompetensbehoven inom dagens hälso- och sjukvård. Universitet och högskolor uttrycker regelbundet önskemål om bättre förutsättningar för utbildning inom hälso- och sjukvården.

Utredningen anser sålunda att ett VULF-avtal stödjer det nödvändiga ömsesidiga ansvarstagandet för hälso- och sjukvårdsutbildning och lägger grunden för gemensamma strukturer för styrning och samarbete. I och med att avtalsförslaget omfattar finansiella medel främjas också gemensamma prioriteringar av hur resurser för klinisk utbildning i hälso- och sjukvården bäst används.

Inkludera kommuner och privata vårdgivare

Hälso- och sjukvårdens utveckling har inneburit en rörelse från sluten vård på sjukhus till öppen vård i olika former. Inriktningen mot god och nära vård innebär att kommunernas hälso- och sjukvård ökar i betydelse. Parallellt har användningen av privata vårdgivare som utförare av offentligt finansierad vård ökat.

Nuvarande ordning som kan härledas till principöverenskommelsen från år 2002 utgår i första hand från samarbete och avtal mellan lärosäte och närmaste region (dåvarande landsting). Även om allt fler lärosäten över tid har ingått avtal även med kommuner om verksamhetsförlagd utbildning, och regionerna och kommunerna som sjukvårdshuvudmän allt oftare ställer krav på privata utförare att medverka i utbildning, menar utredningen att det finns ett behov att reformera nuvarande avtalsmodell för att tillvarata aktörernas utvecklingspotential.

Framåt bedöms den största potentialen att öka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning finnas i kommunernas hälso- och sjukvård och i den hälso- och sjukvård som utförs av privata vårdgivare. Detta styrks i utredningens analys liksom i utredningens enkätundersökning som bland annat visar i vilka verksamheter som lärosätena planerar att öka mängden verksamhetsförlagd utbildning för att uppfylla yrkeskvalifikationsdirektivets krav.⁷

Utredningen ser det därför som en viktig strukturell vidareutveckling av nuvarande avtalsmodell att kommuner och privata vårdgivare integreras på ett tydligare sätt. Enligt utredningens förslag till VULF-avtal sker detta dels genom att kommuner och privata vårdgivare genom sina intresseorganisationer företräds som avtalsparter och medlemmar i samverkansgrupp på nationell nivå, dels genom att kommuner ingår som avtalsparter på regional nivå och är representerade i styr- och samordningsgrupper.

Ingå regionala avtal för mer effektiv resursanvändning

I dag regleras platser för verksamhetsförlagd utbildning i drygt 130 lokala avtal. Avtalen ingås ofta mellan ett lärosäte och en region eller mellan ett lärosäte och en kommun. Enstaka avtal ingås mellan ett lärosäte och en privat vårdgivare. Det förekommer även ramavtal av samordnande karaktär, där ett eller undantagsvis flera lärosäten reglerar frågan om verksamhetsförlagd utbildning med flera sjukvårdshuvudmän.⁸

Den högre utbildningens utveckling innebär att utbildning bedrivs mer platsoberoende och inom allt större geografiska områden. Enstaka lärosäten bedriver sjuksköterskeutbildning på distans där studenten kan välja att genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen i hela landet. Flera lärosäten bedriver decentraliserad vårdutbildning, med verksamhetsförlagd utbildning på ett antal mindre studieorter, inte sällan på betydande avstånd från lärosätenas campusorter. Några lärosäten bedriver sjuksköterskeutbildning på en studieort belägen på en plats där lärosätet saknar avtal om verksamhetsförlagd utbildning.⁹

Följaktligen har det uppstått en spänning mellan de lokala avtalen och det faktum att den högre utbildningen bedrivs mer platsoberoende

⁷ Se avsnitt 4.7.

⁸ Se avsnitt 4.6.

⁹ Se avsnitt 4.3.

och i större geografiska områden. En konsekvens är att de lokala avtalen ger inlåsnings effekter som innebär att tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning inte används effektivt. Vid en och samma tidpunkt kan det råda brist på platser i en lokal avtalsgeografi, medan det finns lediga platser i en angränsande avtalsgeografi. Tyvärr saknas i dag processer för att systematiskt matcha efterfrågan och utbud, vilket innebär att platserna för verksamhetsförlagd utbildning inte används effektivt betraktat ur ett nationellt perspektiv.

I och med att fler studenter numera väljer att läsa sjuksköterskeutbildningen på ett lärosäte i en del av landet men önskar genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen på annan ort, hanteras en allt större del av den verksamhetsförlagda utbildningen utanför lärosätens ordinarie system och processer. Den ökade studentmobiliteten innebär svårigheter för lärosätena att säkerställa att platserna för verksamhetsförlagd utbildning uppfyller ställda kvalitetskrav vad gäller till exempel handledarkompetens och lärandemiljö.

Det finns också verksamhetsmässiga skäl för samarbete i större geografiska områden. Sjuksköterskeutbildning på 25 lärosäten innebär utmaningar för utbildningens forskningsanknytning. Forskningsmiljöerna riskerar att bli för små och utspridda för att en nödvändig kritisk massa ska uppnås. Goda forskningsmiljöer förutsätter sålunda ett närmare samarbete mellan de lärosäten som bedriver hälso- och sjukvårdsutbildning.

På samma sätt är samarbete i större geografiska områden viktigt för att möjliggöra utbildning av god kvalitet och ett hållbart utbildningsutbud. Specialistsjuksköterskeutbildning i likhet med vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar förutsätter tillgång till platser för verksamhetsförlagd utbildning i större geografiska områden än nuvarande lokala avtal. Det kan också vara svårt att på varje enskilt lärosäte upprätthålla den lärarkompetens som krävs för att bedriva hälso- och sjukvårdsutbildning av god kvalitet. Denna utmaning kan vara än mer accentuerad för andra hälso- och sjukvårdsutbildningar.

Utredningen anser att regionala avtal skulle möjliggöra en mer effektiv användning av befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning genom att stödja en bättre matchning av utbud och efterfrågan. Ett fördjupat regionalt samarbete mellan lärosäten och hälso- och sjukvård skulle också lägga grunden för starkare forskningsmiljöer och tillgång till lärare med aktuell vetenskaplig och klinisk kompetens. I Västra Götalandsregionen har fyra lärosäten ingått ett gemen-

samt regionalt avtal om verksamhetsförlagd utbildning med regionen och 49 kommuner, vilket visar att det är möjligt att ingå regionala avtal med ett stort antal parter.¹⁰ Även i Region Skåne pågår ett arbete för att sluta avtal mellan lärosäten, regionen och ett antal kommuner.

De regionala avtalen kan enligt utredningens mening med fördel bygga på samarbete i noder kopplade till de medicinska fakulteterna och med sjukvårdsregionernas och de regionala vårdkompetensrådets geografiska indelning som utgångspunkt. Därigenom används den kompetens och kapacitet som finns vid de medicinska fakulteterna för att stärka de nationella strukturerna för högre utbildning och forskning, samtidigt som ytterligare organisatoriska indelningar som rör hälso- och sjukvården undviks. En rörelse från dagens drygt 130 lokala avtal till sex eller sju regionala avtal bör också totalt sett innebära mindre avtalsadministration.

Harmonisera villkor för att underlätta hälso- och sjukvårdens medverkan

De 21 statliga lärosätena och de fyra enskilda utbildningsanordnarna som bedriver sjuksköterskeutbildning beslutar självständigt om utbildningens innehåll och utformning genom utbildnings- och kursplaner inom ramen för högskoleförordningen och den EU-rättsliga regleringen av sjuksköterskeutbildningen.¹¹ Att totalt 25 lärosäten var för sig beslutar om utbildningens innehåll och utformning och ingår avtal om verksamhetsförlagd utbildning har resulterat i en betydande variation avseende bland annat handledningsmodeller, krav på handledar-kompetens och bedömningsmodeller. Därtill har olika lärosäten skilda administrativa processer och it-stöd.

Även om varje lokal lösning säkerligen har sina goda skäl, är variationen i sig en komplicerande faktor för hälso- och sjukvårdens medverkan i hälso- och sjukvårdsutbildning. Det gäller sjukvårdshuvudmän som tar emot studenter från flera lärosäten och inte minst privata vårdgivare som till skillnad från regioner och kommuner kan bedriva verksamhet i hela landet och därigenom behöva anpassa sig till ett stort antal lärosätens olika krav. Privata vårdgivare verksamma i hela landet exponeras också för att 20 regioner och 290 kommuner

¹⁰ Se avsnitt 4.6.4.

¹¹ Se avsnitt 2.11 samt 4.5.

i egenskap av sjukvårdshuvudmän ställer olika krav vid anlitande av privata vårdgivare för att utföra offentligt finansierad vård.

Utredningen anser att ett nationellt VULF-avtal genom harmonisering kan underlätta hälso- och sjukvårdens medverkan i utbildning och därigenom bidra till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Exempel på harmonisering som skulle vara underlättande är bland annat enhetlig ersättning till alla vårdgivare som tillhandahåller platser för verksamhetsförlagd utbildning och en gemensam terminologi. Även de regionala avtalen kan bidra till harmonisering, vilket underlättar för hälso- och sjukvården, exempelvis gemensamma handledningsmodeller och likartade kompetenskrav på handledare.

I kapitel 5 beskrivs också hinder relaterade till studenternas genomströmning. VULF-avtalet skulle bidra till en bättre genomströmning av studenter på sjuksköterskeutbildningen då utbildningsförutsättningarna i hälso- och sjukvården stärks och studierna blir mer harmoniserade.

Tillskjut statlig finansiering för att avhjälpa hinder

Utöver att åtgärda ovan nämnda strukturella brister i nuvarande ordning för samarbete om verksamhetsförlagd utbildning ser utredningen ett behov av att reformera avtalsmodellen innehållsligt i syfte att avhjälpa hinder för verksamhetsförlagd utbildning. Ett avtal gör det möjligt att med hög grad av precision i jämförelse med andra tillgängliga styrmedel såsom lagstiftning styra statliga resurser till åtgärder för att avhjälpa identifierade hinder. Det förutsätter att staten tillskjuter finansiella resurser till ett VULF-avtal på ett motsvarande sätt som till ALF- och TUA-avtalen.

Utifrån analysen av hinder för verksamhetsförlagd utbildning ser utredningen primärt följande hinder som ett VULF-avtal lämpligen bör adressera.¹²

För det första behöver de utbildningsstödande strukturerna (organisation och personella resurser) inom hälso- och sjukvården stärkas som ett led i att skapa bättre förutsättningar för kommuner och privata vårdgivare att medverka i högre utbildning. Regionerna har av hävd tagit och behöver även framgent ta det största ansvaret för verksamhetsförlagd utbildning, men den största potentialen att öka mäng-

¹² Se kapitel 5.

den platser för verksamhetsförlagd utbildning finns av allt att döma inom kommunernas hälso- och sjukvård och i offentligt finansierad vård som utförs av privata vårdgivare. De utbildningsstödjande strukturerna behöver stärkas såväl generellt som specifikt för att bättre stödja kommuner och privata vårdgivare. Även infrastrukturen för utbildning (lokaler och utrustning) inom hälso- och sjukvården behöver stärkas.

För det andra bör studenter kompenseras för merkostnader för resor och boende när den verksamhetsförlagda utbildningen inte utförs på eller i närheten av den ordinarie studieorten. Kostnaderna innebär ett hinder för studenter att genomföra verksamhetsförlagd utbildning, vilket ytterst kan minska genomströmningen och i förlängningen antalet examinerade sjuksköterskor. För hälso- och sjukvården, i första hand mindre kommuner belägna på längre avstånd från lärosäten, kan studenternas kostnader för resor och bostad innebära att planerade platser för verksamhetsförlagd utbildning inte nyttjas. Det innebär en misshushållning med utbildningskapaciteten inom hälso- och sjukvården och kan försvåra kompetensförsörjningen, inte minst i glesbygd.

För det tredje bör möjligheterna till forskning för sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor förbättras. Detta kan öka tillgången till handledare i hälso- och sjukvården och universitetslärare med aktuell vetenskaplig och klinisk kompetens, stärka sjuksköterskeutbildningens forskningsanknytning samt kvalitén i hälso- och sjukvården. Brist på handledare och lärare med rätt kompetens har identifierats som två allvarliga hinder för att öka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning liksom antalet utbildningsplatser. Att i högre grad kunna erbjuda möjlighet till forskarutbildning och forskarmeritering kan också öka sjuksköterskeyrkets attraktionskraft genom fler och förbättrade karriärvägar. VULF-avtalet kan dessutom bidra till att forskning integreras i utbildningen och skapa intresse för en forskarkarriär hos sjuksköterskestudenter.

Utredningen vill följaktligen se en innehållslig utveckling av avtalsmodellen för att inkludera åtgärder som kan avhjälpa hinder för verksamhetsförlagd utbildning. Detta kräver att staten tillskjuter finansiering. De hinder som ett VULF-avtal lämpligen syftar till att avhjälpa kan givetvis komma att förändras över tid beroende på utvecklingen inom hälso- och sjukvården och inom den högre utbildningen och beroende på om de åtgärder som vidtas visar sig vara verkningsfulla.

Därför är det viktigt att det sker en regelbunden uppföljning av åtgärdernas verkan och löpande utveckling av avtalets innehåll. De finansiella medlen ska kunna användas inom både hälso- och sjukvårdens och lärosätenas verksamhet, inom ramen för det nationella VULF-avtalet och i enlighet med de regionala nodernas prioriteringar.

Samla den statlig styrningen och skapa långsiktiga förutsättningar

I dag pågår fler olika statliga initiativ i syfte att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Vissa initiativ vänder sig till de lärosäten som bedriver sjuksköterskeutbildning, till exempel finansiella medel för verksamhetsförlagd utbildning om 50 miljoner kr per år fördelade mellan alla lärosäten som bedriver sjuksköterskeutbildning och medel för decentraliserad vårdutbildning om 20 miljoner kr per år fördelad mellan några av de lärosäten som bedriver vårdutbildning. Andra statliga satsningar vänder sig till sjukvårdshuvudmännen, bland annat överenskommelsen om god och nära vård i vilken 250 miljoner kr är en prestationsbaserad ersättning till regioner och kommuner som erbjuder fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Nämnade satsningar är tidsbegränsade, vanligtvis i form av ettåriga beslut i regleringsbrev och överenskommelser om statsbidrag. Därutöver finns närliggande statliga satsningar som rör forskarmeritering för professionellt verkssamma inom hälso- och sjukvården inklusive sjuksköterskor. Notabelt är också att de statliga satsningarna vänder sig parallellt till universitet och högskolor respektive regioner och kommuner, utan mekanismer för samordning, trots att hälso- och sjukvårdsutbildning förutsätter ett nära samarbete mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Genom att samla den statliga finansieringen i ett VULF-avtal skapas enligt utredningens mening en mer samlad styrning från riksdag och regering visavi lärosäten och sjukvårdshuvudmän, och därtill en mer långsiktig styrning än nuvarande tidsbegränsade satsningar. Vidare främjas en helhetssyn, ett gemensamt ansvarstagande och en samordning av åtgärder som vänder sig till lärosäten och sjukvårdshuvudmän genom att satsningarna hanteras inom ramen för ett gemensamt avtal. Det är utredningens bedömning att en mer samlad och långsiktig statlig styrning skapar bättre förutsättningar för att bedriva hälso- och sjukvårdsutbildning av god kvalitet.

En reformerad och skalbar avtalsmodell

Utredningen bedömer att förslaget till VULF-avtal för att genomföras i sin helhet kräver en årlig finansiering från staten om 300 miljoner kr per år. Förslaget till VULF-avtal är dock skalbart. Den strukturella vidareutvecklingen av nuvarande avtalsmodell för att inkludera kommuner och privata vårdgivare samt ingå avtal i större geografiska områden kan genomföras med ett begränsat tillskott av finansiella resurser.

Den innehållsmässiga vidareutvecklingen som föreslås omfatta stöd för att stärka de utbildningsstödjande strukturerna och infrastrukturen för utbildning i hälso- och sjukvården, merkostnadsersättning till studenter för resor och boende vid verksamhetsförlagd utbildning utanför den ordinarie studieorten samt finansiering av forskningstid för att säkerställa tillgången på lärare och handledare med aktuell vetenskaplig och klinisk kompetens är mycket angelägen för att skapa bättre långsiktiga förutsättningar för utbildning inom hälso- och sjukvården. Vidareutvecklingen kan genomföras stegvis i sin helhet eller i valda delar utifrån vad som är möjligt.

Förslaget till VULF-avtal är också skalbart i det avseendet att det är konstruerat för att enkelt kunna utökas från att gälla sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor till att omfatta fler hälso- och sjukvårdsutbildningar, såsom utbildningarna till barnmorska, röntgensjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och biomedicinsk analytiker.

Det är givetvis utredningens uppfattning att förslaget till VULF-avtal bör genomföras i sin helhet och på föreslagen ambitionsnivå avseende finansiella resurser för att snarast möjligt möta behovet av fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i fler verksamheter och därigenom möjliggöra fler utbildningsplatser och i förlängningen fler examinerade sjuksköterskor.

6.2 VULF-avtalets konstruktion

VULF-avtalet bör omfatta bestämmelser om samarbete gällande sjuksköterskeutbildningen och specialistsjuksköterskeutbildningen. Avtalsinnehållet bör omfatta användningen av till avtalet knutna statliga medel för utbildningsstödjande strukturer inom hälso- och sjukvården, studenters merkostnader vid verksamhetsförlagd utbildning, forskarmeritering för sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor

samt harmonisera vissa nationella villkor, bland annat ersättnings storlek och vilka som har rätt att ta del av ersättningen. VULF-avtalets styrning bör ske på nationell nivå, men framför allt genom en regional konstruktion av noder, som beskrivs nedan.

Utredningen har beträffande en lämplig avtalskonstruktion övervägt olika tänkbara modeller:

- *Modell A:* att staten tecknar ett centralt VULF-avtal med sju regioner som tillika utgör centra för regionala avtalsnoder: Region Stockholm, Region Uppsala, Region Östergötland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Örebro och Region Västerbotten. Dessa regioner är också parter i det centrala ALF-avtalet och det finns därmed en redan etablerad struktur att utgå från.
- *Modell B:* att staten tecknar ett centralt VULF-avtal med de regionala vårdkompetensråden, som bildar regionala noder. Kommunerna skulle ges en tydlig roll i en sådan lösning. Ett problem är dock att de regionala vårdkompetensråden i dag inte har någon egentlig beslutsrätt. De fungerar därför lämpligen som organ för beredning och prioritering inför beslut av en annan organisation.
- *Modell C:* att staten tecknar ett avtal med Sveriges Kommuner och Regioner samt Vårdföretagarna. Därefter får lärosätena formera fem geografiska noder i norr, söder, öst, väst samt huvudstadsområdet. Indelningen är tänkt att skapa geografiskt ändamålsenliga enheter. De geografiska noderna får sedan i uppdrag att teckna avtal med alla regioner, kommuner och privata vårdgivare i det aktuella geografiska området som önskar omfattas av VULF-avtalet. Detta skulle emellertid innebära införandet av en ytterligare geografisk indelning vid sidan av medicinska fakulteter, regioner och regionala vårdkompetensråd.
- *Modell D:* att staten tecknar ett avtal med Sveriges Kommuner och Regioner samt Vårdföretagarna. Därefter ges de medicinska fakulteterna i uppdrag att formera noder bland alla lärosäten som ger sjuksköterskeutbildningen samt hälso- och sjukvårdshuvudmän i lämpliga geografiska områden med indelningen för sjukvårdsregionerna och de regionala vårdkompetensråden som utgångspunkt. Regionala avtal tecknas mellan parterna som ingår i respektive nod. De medicinska fakulteterna har det bredaste utbudet av hälso- och sjukvårdsutbildningar och står för merparten av forsk-

ningen, vilket kan bidra till en samordning och ett mer effektivt nyttjande av landets samlade utbildnings- och forskningsresurser inom området. Genom denna modell kan därtill den administrativa struktur som sedan länge är upparbetad vid de medicinska fakulteterna gällande ALF-avtalet stötta uppbyggnaden av en liknande struktur för VULF-avtalet.

Utredningen anser att modell D bäst motsvarar behovet av en avtalsstruktur för ett VULF-avtal. VULF-avtalet bör enligt utredningens uppfattning i möjligaste mån följa ALF-avtalets logik och bygga vidare på dess strukturer för att främja ledning och samordning samt för att undvika onödig administration. Genom ett nationellt avtal kan vissa nationella förutsättningar regleras som underlättar hälso- och sjukvårdens medverkan i utbildning. I kombination med regionala avtal möjliggörs en anpassning till de olika förutsättningar som råder i olika delar av landet. Om de regionala avtalen följer indelningen för sjukvårdsregioner och regionala vårdkompetensråd förstärks befintliga stödstrukturer för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, samtidigt som nya, ytterligare indelningar undviks. Även den föreslagna indelningen innebär dock praktiska utmaningar, till exempel finns sju universitet med medicinska fakulteter och sex sjukvårdsregioner. Vidare ingår vissa lärosäten i mer än ett regionalt vårdkompetensråd. Hur de regionala nodernas indelning ska utformas i detalj är en fråga som behöver hanteras av regeringens förhandlingsperson i framtagandet av det nationella VULF-avtalet.

Utredningens uppfattning stärks också av den genomgång av befintliga regionala avtal som gjorts. Den visar att flertalet regionala avtal har ett bredare fokus än endast läkarutbildningen, i synnerhet gällande Karolinska institutet och Region Stockholm. Ett VULF-avtal bör därför anknyta till och komplettera ALF-avtalet. Samtidigt inspireras avtalsmodellen också av ULF-avtalet vad gäller det stora antalet avtalsparter och aktörer. Även samverkansavtalet i Västra Götaland har fungerat som inspirationsmodell och visar möjligheten att reglera frågor om verksamhetsförlagd utbildning för över 50 avtalsparter. VULF-avtalet bör enligt utredningens uppfattning konstrueras, struktureras och finansieras på det sätt som utvecklas nedan.

6.2.1 Ändamål

Det övergripande syftet med avtalet är att långsiktigt säkerställa en sjuksköterskeutbildning av god kvalitet med tillgång till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. För att uppfylla det övergripande syftet ska avtalet:

- främja en effektiv användning av platser i fler verksamheter, i synnerhet inom kommunernas hälso- och sjukvård samt hos privata vårdgivare,
- bidra till en effektivare användning av platser i hela landet,
- säkerställa handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som studenten förutsätts nå under utbildningen,
- säkerställa vetenskapligt meriterade lärare med aktuell klinisk kompetens, och
- underlätta för yrkesverksamma sjuksköterskor och specialist-sjuksköterskor att genomgå forskarutbildning eller postdoktoral meritering.

6.2.2 Avtalsstruktur och -organisation

Ett VULF-avtal kommer med nödvändighet att omfatta ett stort antal parter. Mot denna bakgrund bör avtalet utformas på central och regional nivå.

Avtalsparter

Nationella avtalsparter

Det centrala VULF-avtalet föreslås tecknas mellan staten, som företrädar flertalet lärosäten, Sveriges Kommuner och Regioner, som företrädar hälso- och sjukvårdshuvudmännen samt Vårdföretagarna, som företrädar många av de privata vårdgivarna.

Sveriges Kommuner och Regioner kan genom att teckna ett centralt VULF-avtal inte binda regioner och kommuner till att teckna regionala VULF-avtal. Vårdföretagarna kan inte heller genom att

ingå ett centralt VULF-avtal framtvinga åtgärder hos privata vårdgivare. Att på central nivå knyta avtalet till intresseorganisationer som samlar aktörer som kan tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning kan enligt utredningens uppfattning dock inverka positivt på viljan till och incitamenten för enskilda aktörer att ingå regionala VULF-avtal. Konstruktionen innebär också att kommuner och privata vårdgivare inkluderas tydligare i samarbetet om verksamhetsförlagd utbildning jämfört med i nuvarande ordning.

Regionala avtalsparter

Regionala VULF-avtal bör enligt förslaget tecknas mellan lärosäten som ger sjuksköterskeutbildningen samt hälso- och sjukvårdshuvudmän i det regionala avtalets geografiska område. Det är frivilligt för lärosäten, regioner och kommuner att ansluta sig till VULF-avtalet. De statliga lärosäten som har medicinska fakulteter bör fungera som samordnande parter för detta arbete. Privata vårdgivare bör enligt utredningens uppfattning inte ges möjlighet att teckna regionala VULF-avtal mot bakgrund av att deras medverkan i verksamhetsförlagd utbildning sker nästan uteslutande i egenskap av upphandlade leverantörer i förhållande till regioner och kommuner. Utredningens uppfattning är vidare att ett VULF-avtal kommer att förbättra villkoren för privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning avsevärt och således minska behovet av enskilda avtal mellan lärosäten och privata vårdgivare.¹³ VULF-avtalet hindrar dock inte lokala avtal om verksamhetsförlagd utbildning mellan parter som så önskar.

Styrning av VULF-avtalet

Nationell samverkansgrupp och ett nationellt kansli

På central nivå föreslås att det inrättas en nationell samverkansgrupp för VULF-avtalet. Den nationella samverkansgruppen bör exempelvis utse de regionala nodernas styrelser på förslag av de aktörer som ingår i respektive nod, ange övergripande prioriteringar för samarbetet, följa och utvärdera avtalets tillämpning och vid behov föreslå ändringar, främja samverkan mellan noderna och på olika sätt bistå

¹³ I nuläget finns utredningen veterligen endast fyra sådana avtal mellan lärosäten och privata vårdgivare, se avsnitt 9.9.

de regionala noderna administrativt exempelvis genom att tillhandahålla förslag på regionala VULF-avtal.

Ett nationellt kansli bör inrättas. Vikten av att det finns ett nationellt kansli att vända sig till som samordnande punkt har framkommit i arbetet med ett ULF-avtal. Också i övrigt bör det nationella kansliet tillhandahålla administrativt stöd till den regionala VULF-organisationen. Det nationella kansliet bör placeras vid en nationell statlig myndighet. Utredningen har övervägt flera alternativ. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) är ett sådant liksom Socialstyrelsen som fungerar som värmyndighet för Nationella vårdkompetensrådet. Ytterligare ett alternativ är Vetenskapsrådet, som i dag tillhandahåller ett kansli för ALF-avtalet, som ger administrativt stöd till den nationella styrgruppen för ALF och koordinerar Vetenskapsrådets utvärderingar av den kliniska forskningens kvalitet i ALF-regionerna samt sköter samordning i förhållande till ett antal myndigheter. Utredningens uppfattning är att ett forskningsråd bör fungera som värmyndighet för det nationella kansliet mot bakgrund av att medel för forskarmeritering fördelas och att samordningsvinsterna med ALF-organisationen talar för Vetenskapsrådet som lämpligt forskningsråd.

Regionala noder, ledningsgrupper och kanslier

På regional nivå föreslås VULF-avtalet organiseras genom noder. De sju lärosätena med medicinska fakulteter föreslås fungera som centra för noderna. Dessa lärosäten utgörs av Göteborgs universitet, Karolinska institutet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Umeå universitet, Uppsala universitet samt Örebro universitet. I de regionala noderna ingår därutöver samtliga övriga lärosäten, regioner och kommuner som lämpligen kan hänföras till nodens område och som önskar ansluta sig till det regionala VULF-avtalet.

VULF-avtalet kräver samordning och samarbete i större områden. Den kompetens och struktur som krävs för att fullgöra och administrera VULF-avtalet är inte möjlig att bygga upp vid vart och ett av de 25 aktuella lärosätena som utbildar sjuksköterskor och inte heller hos samtliga av de regioner, kommuner och privata vårdgivare som tar emot studenter inom ramen för verksamhetsförlagd utbildning. Nodernas uppgift är att utgöra en bas för kunskap, kompetens och

kapacitet. På regional nivå ska noderna främja samarbete och samverkan med aktörer som kan erbjuda platser, liksom främja forskarmeritering i omvårdnad. Varje nod prioriterar användningen av finansiella medel för verksamhetsförlagd utbildning samt fördelar medel för utbildningsstödjande strukturer och forskarmeritering i omvårdnad.

Samtliga parter som vill ingå i ett regionalt VULF-avtal omfattas av de förmåner och skyldigheter som följer av avtalet. Exempelvis har de regionala avtalsparterna möjlighet att använda ett nationellt it-stöd.¹⁴

Organisationen i regionala noder möjliggör att VULF-medlens användning kan prioriteras gemensamt av lärosäten, sjukvårdshuvudmän och eventuellt privata vårdgivare och därmed samordnas för att på bästa sätt möta behoven av utbildningsstödjande insatser och forskarmeritering. Utredningen anser att de medicinska fakulteterna är lämpliga centra för de regionala noderna. Fakulteterna har ett brett utbildningsutbud och där bedrivs omfattande forskning, vilket främjar samordning och effektivare användning av den samlade nationella utbildnings- och forskarmeriteringsresursen. De medicinska fakulteterna har redan en organisatorisk infrastruktur som är anpassad till ALF- samt TUA-avtalen som möjliggör samordning av insatser också i förhållande till ett VULF-avtal. I uppdraget att utgöra centra för noder ingår att tillhandahålla ett regionalt kansli för respektive nod. De lärosäten som har medicinska fakulteter föreslås vidare fungera som förvaltande organ för de finansiella medlen inom ramen för VULF-avtalet och svarar för utbetalning av VULF-medel till olika aktörer.

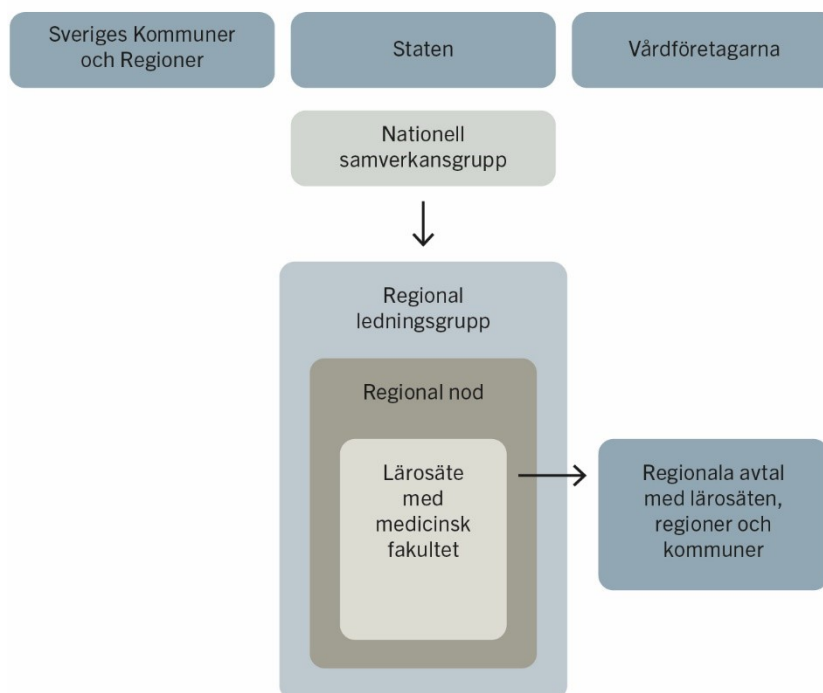
Varje regional nod leds operativt av en regional ledningsgrupp. Den regionala ledningsgruppen utses av den nationella samverkansgruppen på förslag från aktörerna i en viss regional nod. Den regionala ledningsgruppen ska bestå av en jämlik representation fördelat på lärosäten, regioner och kommuner.¹⁵ Ordförande väljs från den medicinska fakulteten om inte annan överenskommelse träffas. Vid händelse av konflikter i de geografiska noderna bör ärenden kunna hänskjutas till den nationella samverkansgruppen.

¹⁴ Se kapitel 7.

¹⁵ Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) har bildats i varje län för att stödja kommunerna i regional samverkan rörande bland annat hälso- och sjukvårdsfrågor. De regionala samverkans- och stödstrukturerna skulle förslagsvis kunna utse representanter till nodernas ledning.

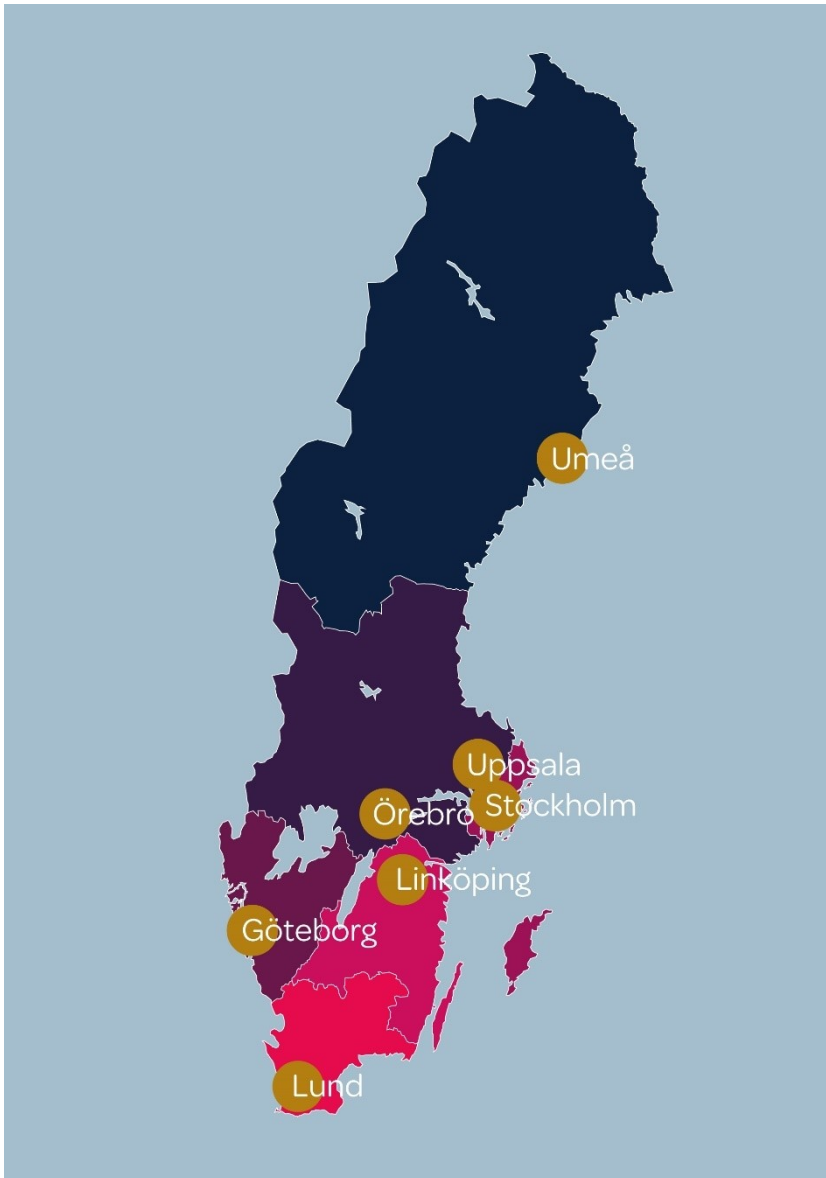
Figur 6.1 Förslag på ett VULF-avtal för sjuksköterskeutbildningen

Organisation och struktur

*Källa:* Utredningens illustration.

Figur 6.2 Centra för de regionala noderna

Medicinska fakulteter och sjukvårdsregioner i Sverige

*Källa:* Universitetskanslersämbetets illustration.

6.2.3 Avtalets omfattning och innehåll

Det centrala VULF-avtalet

Sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningen bör omfattas

Det centrala VULF-avtalet bör enligt utredningens uppfattning omfatta både sjuksköterskeutbildningen och specialistsjuksköterskeutbildningen. Det är viktigt för att inte skapa barriärer som motverkar syftet med att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Att sjuksköterskeutbildningen inte omfattades av ett VULF-avtal var en kritik från många remissinstanser som riktades mot förslaget om ett VULF-avtal för specialistsjuksköterskeutbildningen som lades fram av Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar. På många sätt är utbildningarna knutna till varandra både på lärosätena och under den verksamhetsförlagda utbildningen. Det gäller exempelvis för lärar- och handledarresurser både vid lärosäten och inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Dessutom är behovet av fler platser för verksamhetsförlagd utbildning stort både inom sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningen. Utmaningarna för att lyckas skapa fler platser är också snarlika, exempelvis vad gäller behovet av fler handledare och lärare med vetenskaplig och klinisk kompetens.

Forskarutbildningen i omvårdnad, som VULF-avtalet är ämnat att stärka, berör också de resurser som är knutna till båda utbildningarna. Det finns mot denna bakgrund tydliga kopplingar och synergieffekter av att låta ett VULF-avtal omfatta både sjuksköterskeutbildningen och specialistsjuksköterskeutbildningen.

Fler utbildningar bör för närvarande inte inkluderas i VULF-avtalet

Utredningen har övervägt huruvida fler utbildningar med anknytning till hälso- och sjukvården bör ingå i ett VULF-avtal. Det finns ett 20-tal sådana högskoleutbildningar som skulle kunna aktualiseras. I samband med tidigare utredningar har framförts att många andra utbildningar befinner sig i en likartad situation med brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning, exempelvis fysioterapeututbildningen. Utredningen delar denna bild. De gemensamma utmaningarna och möjligheten till synergieffekter gällande utbildningsresurser och utbildningsstrukturer samt att olika studentgrupper i viss mån skulle

kunna genomgå verksamhetsförlagd utbildning integrerat talar för att ett avtal bör kunna inkludera fler medellånga vårdutbildningar.

Trots flera gemensamma utgångspunkter för högskoleutbildningarna med anknytning till hälso- och sjukvården finns det också olikheter. Ju fler utbildningar som omfattas av ett VULF-avtal, desto högre grad av komplexitet för avtalets del. Att involvera många utbildningar i ett avtal är också förenat med kostnader för staten. Om ett avtal skulle utsträckas till samtliga utbildningar där verksamhetsförlagd utbildning genomförs i hälso- och sjukvården skulle detta också inkludera läkar- och tandläkarutbildningarna. I sådana fall skulle detta innebära att ALF- och TUA-avtalen inte längre blir behövliga.

Det kan konstateras att förevarande utrednings uppdrag enligt direktivet är begränsat till ett avtal för sjuksköterskeutbildningen. Utredningens bedömning är att avtalets utformning i nuläget skulle bli för komplex och statens kostnader för omfattande om fler utbildningar än sjuksköterske- respektive specialistsjuksköterskeutbildningen skulle omfattas, exempelvis barnmorskeutbildningen och röntgensjuksköterskeutbildningen. Det är möjligt att på sikt, beroende på erfarenheterna, utvidga VULF-avtalet till fler yrkesgrupper. För att underlätta en eventuell framtida utökning till fler hälso- och sjukvårdsutbildningar är det viktigt att denna möjlighet beaktas vid konstruktionen av ett VULF-avtal.

Forskarmeritering för sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor

Utredningens förslag är att VULF-avtalet också ska omfatta en statlig satsning på klinisk praktisknära forskarmeritering för sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. Den övergripande målsättningen med satsningen är att uppnå fler forskningsmeriterade och kliniskt verksamma lärare på sjuksköterskeutbildningen samt att öka andelen forskningsmeriterade handledare inom verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen och deras kompetens. Målsättningen är att det ska finnas 150 sjuksköterskor samt specialistsjuksköterskor (helårsekvivalenter) per år som till följd av forskningssatsningen genomgår forskarutbildning eller postdoktoral meritering. Satsningen kan enligt utredningens mening på tre centrala sätt främja fler platser för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen:

1. genom att öka tillgången till och kvaliteten på kandidater till högre akademiska förenade lärarbefattningar, det vill säga lektorer och professorer inom omvårdnad med förenade anställningar som sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor,
2. genom att fler handledare inom verksamhetsförlagd utbildning tillika anställda i hälso- och sjukvården och omsorgen kan genomgå forskarutbildning och postdoktoral meritering och
3. genom att främja intresset för att kombinera praktiskt omvårdnadsarbete med en forskarkarriär hos sjuksköterskestudenter.

Därtill bidrar en satsning på forskarmeritering till utbildningens kvalitet genom att stärka dess vetenskapliga grund. Satsningen bidrar vidare till hälso- och sjukvårdens utveckling och kvalitet genom dess kliniska koppling.

Det centrala VULF-avtalets innehåll

a) Utbildning och administration av avtalet

Det centrala VULF-avtalet bör reglera övergripande frågor som verksamhetens syfte och mål, strukturen för genomförande av verksamhetsförlagd utbildning samt främjande av forskarmeritering i omvårdnad. Det centrala avtalet bör:

- ange avtalets parter,
- ange parternas skyldigheter och de förmåner som följer av VULF-avtalet,
- fastslå definitioner, exempelvis verksamhetsförlagd utbildning,
- beskriva den nationella samverkansgruppen, dess arbete, befogenheter och mandatperiod,
- reglera att de regionala ledningsgrupperna utses av den nationella samverkansgruppen på förslag av aktörerna i en viss regional nod,
- reglera en enhetlig ekonomisk ersättning till den som tillhandahåller platser för verksamhetsförlagd utbildning,
- reglera villkor för finansiering av studenternas merkostnader för verksamhetsförlagd utbildning utanför ordinarie studieort,

- reglera hur ekonomiska medel får användas, exempelvis att anställa studierektorer inom hälso- och sjukvården för att underlätta samordningen av verksamhetsförlagd utbildning, främjande av funktionella utbildningslokaler och utbildningsmiljöer inom hälso- och sjukvården, såsom kliniska träningscentra samt forskarmeritering för yrkesverksamma sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor,
- reglera att lärosätena med medicinska fakulteter fungerar som medelförvaltare för de statliga VULF-medlen,
- reglera tillgång till ett nationellt it-stöd för VFU-platser för alla aktörer som ansluter sig till VULF-avtalet, för det fall att ett nationellt it-stöd införs,
- reglera grundläggande frågor gällande de regionala noderna, exempelvis befogenheter och skyldighet att teckna avtal med samtliga aktörer som vill ingå i ett regionalt VULF-avtal och erbjuda eller finna platser för verksamhetsförlagd utbildning på de premisser som följer av avtalet,
- reglera att sjukvårdshuvudmän som ingår avtal med privata vårdgivare om att utföra vård ska säkerställa att det även hos den privata vårdgivaren ska vara möjligt att genomföra utbildning av god kvalitet,
- ange hur avtalet ska utvärderas och följas upp av den nationella samverkansgruppen,
- reglera hur eventuella konflikter i noderna eller de regionala ledningsgrupperna ska hanteras av den nationella samverkansgruppen, samt
- ange avtalets giltighetstid samt villkor för justering och uppsägning.

Utredningen ser det som svårt för mindre kommuner och privata vårdgivare att etablera och upprätthålla egna stödstrukturer för utbildningen. Respektive regionala nod kan enligt utredningens uppfattning bäst avgöra hur den regionala stödstrukturen bör utformas. En möjlighet är att regionernas befintliga resurser för forskning och utveckling byggs ut för att även ge service åt exempelvis handledare i kommunal hälso- och sjukvård samt hos privata vårdgivare. Regionerna har en mångårig erfarenhet av exempelvis samordnare för verksamhetsförlagd utbildning och regionernas befintliga infrastruktur kan då

nyttjas av aktörer som vanligen saknar en sådan struktur i syfte att frigöra fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. En annan möjlighet är att ett lärosäte kan tillhandahålla en sådan stödstruktur för kommuner och privata vårdgivare. Såväl hälso- och sjukvården som lärosätena kan sålunda ta del av de finansiella medlen i VULF-avtalet.

b) Klinisk praktisknära forskarutbildning för sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor

Det centrala avtalet bör även reglera förutsättningar för finansiering av forskarutbildning och inom vilka ämnesområden finansiering kan ges.

För att satsningen ska vara ändamålsenlig och bidra till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet bör forsknings-satsningen fokusera på att höja kompetensen hos sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inom klinisk professionsnära forskning. VULF-medlen är därför tänkta att finansiera att yrkesverksamma sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor kan genomgå forskarutbildning eller postdoktoral meritering.

Fyra kriterier måste vara uppfyllda för att finansiering ska komma i fråga:

1. sjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan måste uppfylla de aktuella behörighetskraven och vara antagen av en högskola som bedriver forskarutbildning,
2. sjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan måste ha en tillsvidareanställning hos en region, kommun eller privat vårdgivare,
3. sjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan ska genomgå forskarutbildning på 50 procent av arbetstiden samt i fråga om postdoktoral meritering vara tjänstledig på hel- eller deltid från anställning hos region, kommun eller privat vårdgivare, och
4. den kliniska arbetsgivaren ska förbinda sig att underlätta för den forskarstuderande att genomföra sin forskarutbildning exempelvis genom schemaläggning och i förekommande fall anpassning av arbetsuppgifter.

För att den regionala noden ska kunna utge medel krävs att antingen den aktuella högskolan eller den aktuella vårdgivaren hos vilken sjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan är anställd finns i den aktuella nodens område.

Modellen bygger alltså på att sjuksköterskan eller specialist-sjuksköterskan har kvar sin tillsvidareanställning hos en arbetsgivare i hälso- och sjukvården under forskarutbildningen. VULF-medlen är tänkta att ersätta arbetsgivaren för lönekostnaden. Regionen, kommunen eller den privata vårdgivaren har i egenskap av arbetsgivare att hantera lönefrågan och är inte bundna av lärosätenas så kallade doktorandstegar eller motsvarande. På postdoktoral nivå söker sjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan i konkurrens med andra en postdoktoral anställning vid ett lärosäte (2 + 1 år) och bör under meriteringstiden vara tjänstledig från sin tillsvidareanställning i hälso- och sjukvården. Därefter får andra lämpliga anställningsformer användas för att kombinera forskning, utbildning och klinisk praktik, exempelvis förenade anställningar.

VULF-medlen är tänkta att stimulera fler sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor att vara verksamma i forskning och utbildning kombinerat med praktiskt omvårdnadsarbete. Forskningsstatsningen är därför inte uppbyggd enligt ALF-avtalets modell med exempelvis projektbidrag. Utredningen menar dock att förslaget på sikt kommer att stärka sjuksköterskors och specialistsjuksköterskors förmåga att konkurrera om forskningsmedlen i ALF-avtalet och andra externa forskningsbidrag.

Utredningen har identifierat en stor potential när det gäller utbyggnad av platser för verksamhetsförlagd utbildning hos kommuner och privata vårdgivare. Därför är det väsentligt att alla sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor oavsett om de är anställda hos en region, kommun eller privat vårdgivare ska kunna komma i fråga för att ta del av VULF-medlen som är avsedda för den kliniska professionsnära forskarutbildningen. De doktorander som antas kan om det är lämpligt knytas till befintliga forskarskolor. De regionala noderna beslutar om en fördelning av forskningsmedlen för forskarutbildning och postdoktoral meritering och kan sinsemellan göra olika prioriteringar beroende på behov, även om forskarutbildning torde betonas. Oavsett om det gäller forskarutbildning eller postdoktoral meritering krävs att den enskilda sjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan

har en tillsvidareanställning hos region, kommun eller privat vårdgivare i enlighet med det andra kriteriet ovan.

De regionala VULF-avtalens innehåll

De regionala VULF-avtalen bör:

- ange de regionala avtalsparter som är anslutna till avtalet,
- konkretisera de övergripande målen i det centrala VULF-avtalet,
- beskriva nodens organisation och arbete för att förverkliga avtalsmålen,
- reglera hur samverkan med andra noder ska ske,
- beskriva processen med att utse regionala ledningsgrupper och arbetsformerna samt befogenheterna för dem,
- reglera närmare bestämmelser om genomförande av verksamhetsförlagd utbildning och vilka krav som uppställs på de deltagande aktörerna,
- beskriva hur eventuella brister som påträffas i den verksamhetsförlagda utbildningen ska påtalas och när och hur de ska åtgärdas,
- ange formerna för den regionala ledningsgruppen som fattar beslut om fördelning av ekonomiska medel till utbildningsinsatser respektive forskning i omvårdnad i enlighet med de ramar som det centrala VULF-avtalet reglerar,
- närmare reglera villkor för studenter som utför verksamhetsförlagd utbildning utanför studieorten att få sina merkostnader ersätta som anges i det centrala avtalet,
- reglera nodernas årliga redovisning av resultat samt uppföljning av avtalen till den nationella samverkansgruppen,
- ange att eventuella konflikter i noden eller dess regionala ledningsgrupp ska hänskjutas till den nationella samverkansgruppen, samt
- ange avtalens giltighetstid samt villkor för justering och uppsägning.

6.2.4 Kostnader och finansiering

Utredningen uppskattar statens kostnad för VULF-avtalet till totalt cirka 300 miljoner kr per år. För den strukturella vidareutvecklingen av nuvarande avtalsmodell med ett nationellt avtal i kombination med regionala avtal med de lärosäten som har medicinska fakulteter som noder bedöms kostnaden uppgå till 9 miljoner kr per år.

När det gäller den innehållsliga utvecklingen beräknas kostnaden för utbildningsstödjande strukturer (organisation och personella resurser), utbildningsinfrastruktur (lokaler och utrustning) samt merkostnadsersättning för studenter uppgå till totalt drygt 140 miljoner kr per år. Den beräknade kostnaden utgår från att det långsiktigt, jämfört med 2022 års nivå, krävs ytterligare 56 000 veckor verksamhetsförlagd utbildning för att uppfylla kraven i yrkeskvalifikationsdirektivet och för att möjliggöra den planerade utbyggnaden av sjuksköterskeutbildningen samt att cirka 10 procent av studenterna har merkostnader för resor och boende vid verksamhetsförlagd utbildning för vilka de bör ersättas. I de 140 miljonerna ingår också den årliga förvaltningskostnaden för ett nationellt it-stöd om 5 miljoner kr per år.

Därtill uppgår kostnaden för finansiering av forskningstid för forskarutbildning och postdoktoral meritering till cirka 150 miljoner kr per år. Kostnaden bygger på bedömningen att det för att möta det långsiktiga behovet av vetenskapligt meriterade lärare och handledare, och stärka kopplingen mellan kliniskt arbete och utbildning och forskning genom olika typer av kombinationstjänster, krävs finansiering av totalt 150 helårsekvivalenter per år. Fördelningen mellan finansiering av doktorander respektive postdoktorer bör beslutas om på VULF-avtalets regionala nivå utifrån de specifika behov som föreligger, vilka också kan variera över tid och mellan olika delar av landet.¹⁶

¹⁶ Se avsnitt 10.16.1 för mer detaljerade beräkningar av kostnaderna för VULF-avtalet och dess olika delar.

Tabell 6.1 Kostnader för VULF-avtalet

Typ av kostnad	Kostnad, kr	Kommentar
Nationellt kansli	1 500 000	Årlig kostnad
Kanslier för regionala noder	7 500 000	Årlig kostnad
Utbildningsstödjande strukturer	80 000 000	Årlig kostnad
Utbildningsinfrastruktur	50 000 000	Årlig kostnad
Ersättning för resor och boende	6 000 000	Årlig kostnad
Förvaltning av nationellt it-stöd	5 000 000	Årlig kostnad
Forskarmeritering för sjuksköterskor	150 000 000	Årlig kostnad
Totalt per år	300 000 000	

Källa: Utredningens tabell.

Utredningen anser att kostnaderna för VULF-avtalet i betydande utsträckning kan finansieras genom att förlänga och styra om befintliga tidsbegränsade statliga initiativ för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Om nya medel inte kan tillskjutas föreslår utredningen i första hand att de 250 miljoner kr till regioner och kommuner inom ramen för de årliga överenskommelserna om god och nära vård för 2022 och 2023 och de 50 miljoner kr till lärosäten i regleringsbrevet för 2023 för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning förlängs och styrs om till finansieringen av ett VULF-avtal. Även andra befintliga statliga initiativ utgör möjliga finansieringskällor för VULF-avtalets olika delar, bland annat medlen om 20 miljoner kr till vissa lärosäten för decentraliserad vårdutbildning 2022–2024. VULF-avtalets forskarmeriteringssatsning ligger väl i linje med finansieringen av praktknära forskning och forskarskolor.

Genom ett VULF-avtal skulle det skapas mer långsiktiga förutsättningar för att bedriva hälso- och sjukvårdsutbildning av god kvalitet och den statliga styrningen som i dag sker i parallella spår skulle samordnas visavi sjukvårdshuvudmän respektive lärosäten.¹⁷

Utredningen föreslår därutöver att nuvarande finansiering av ersättningen för deltagande i verksamhetsförlagd utbildning till vårdgivare består. Det vill säga att lärosäten erhåller medel för detta inom ramen för den statliga ersättningen per helårsstudent och helårsprestation, och att respektive lärosäte ersätter vårdgivarna för genomförd verksamhetsförlagd utbildning. VULF-avtalet ska sålunda utgöra

¹⁷ Se avsnitt 10.16.3 för mer information om olika statliga initiativ som berör verksamhetsförlagd utbildning och forskarmeritering för sjuksköterskor, vilka kan vara aktuella för att finansiera ett VULF-avtal.

ett tillskott utöver den nuvarande statliga utbildningsersättningen till lärosätena. Det är dock önskvärt att det i samverkan mellan lärosäten, sjukvårdshuvudmän och vårdgivare på regional nivå bestäms hur ersättningen från lärosätena till vårdgivarna bäst används för att skapa långsiktigt goda förutsättningar för utbildning inom hälso- och sjukvården.

6.2.5 Avtalstid, uppföljning och uppsägning

Avtalets giltighetstid bör vara densamma som ALF-avtalets, det vill säga gälla tills vidare.

VULF-avtalets olika delar bör följas upp med stöd av det nationella kansliet, bland annat för att ge en bild av om intentionerna med avtalet uppfylls samt skapa underlag till eventuell omförhandling. Uppföljningen bör omfatta respektive nods användning av medlen, fördelningen mellan insatser hos de olika avtalspartnerna och antal sjuksköterskor som ingår i forskarmeriteringssatsningen. Uppföljning och utvärdering av klinisk forskningsaktivitet och kvalitetsgranskning av forskningsproduktionen ingår inte, utan täcks in av uppföljningen av ALF-avtalet.

Uppsägning av avtalet kan göras på central och regional nivå och uppsägningstiden bör vara det kalenderår tre år från det att uppsägningen görs. Uppsägning bör också kunna göras omgående av ett lärosäte om en sjukvårdshuvudman inte har åtgärdat brister i verksamheten som påtalats på det sätt som avtalet anger. Uppsägning bör också kunna göras av sjukvårdshuvudmän för det fall att lärosätenas förpliktelser exempelvis att betala ersättning inte hörsammas.

6.3 För- och nackdelar med ett VULF-avtal för sjuksköterskeutbildningen

Enligt direktivet ska utredningen analysera för- och nackdelar med ett VULF-avtal. Nedan följer en genomgång av de huvudsakliga för- och nackdelar som utredningen har identifierat. Det är utredningens sammanvägda bedömning att ett VULF-avtal är ett ändamålsenligt instrument för att möjliggöra fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och därigenom fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen.

6.3.1 Fördelar med ett VULF-avtal

En fördel är att ett avtal är en frivillig och ömsesidig överenskomelse. I jämförelse med en ensidig lagreglering av sjukvårdshuvudmännens skyldighet att medverka i utbildning eller en särskild reglering av privata vårdgivares skyldighet att delta i utbildning, speglar ett avtal bättre det gemensamma ansvar som lärosäten och vårdgivare har för att genomföra hälso- och sjukvårdsutbildning av god kvalitet. Genom att i ett nationellt avtal inkludera kommuner och privata vårdgivare främjas också verksamhetsförlagd utbildning i fler verksamheter. I och med att avtal är formellt frivilliga att ingå respekteras också universitetens och högskolornas autonomi liksom regionernas och kommunernas självbestämmande. Inte heller inskränker ett avtal privata vårdgivares beslutanderätt.

En annan fördel är att ett avtal lägger grunden för gemensamma strukturer för styrning och samarbete, vilket bland annat illustreras av de strukturer som har etablerats för samarbete mellan lärosäten och hälso- och sjukvård utifrån ALF- och TUA-avtalen för läkarutbildningen respektive tandläkarutbildningen. Ett avtal för sjuksköterskeutbildningen kan kompletterat och samordnat med ALF och TUA bidra till en starkare helhetssyn i samarbetet mellan lärosäten och hälso- och sjukvård gällande hälso- och sjukvårdsutbildning. Redan i dag sker på regional nivå en samordning av ALF och TUA. Flera regionala ALF-avtal anlägger också en bredare syn på hälso- och sjukvårdsutbildning som inte begränsar samarbetet och resurserna till att uteslutande omfatta läkarutbildningen. Ett VULF-avtal skulle därför kunna bidra till ökat samarbete för fler hälso- och sjukvårdsutbildningar. Förslaget till VULF-avtal är konstruerat för att enkelt kunna kombineras med ALF och TUA, liksom att byggas ut för att omfatta ytterligare medellånga hälso- och sjukvårdsutbildningar såsom utbildningar till fysioterapeut, arbetsterapeut och biomedicinsk analytiker. Genom samarbete i större geografiska områden kan också befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning nyttjas mer effektivt, utbildningar samordnas och grunden läggas för starkare forskningsmiljöer. Vikten av att stärka samarbetet mellan lärosäten och hälso- och sjukvård i dessa frågor understryks också av det nationella initiativet att inrätta det nationella vårdkompetensrådet samt sex sjukvårdsregionala råd.

Ytterligare en fördel är att ett avtal genom harmonisering av förutsättningarna för verksamhetsförlagd utbildning kan underlätta hälso- och sjukvårdens medverkan i utbildning och därigenom bidra till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Variationen mellan olika lärosäten är en försvårande omständighet för hälso- och sjukvården. Det gäller inte minst för privata vårdgivare som till skillnad från regioner och kommuner inte är begränsade till att bedriva verksamhet inom sina respektive geografiska områden, utan kan vara verksamma i hela landet och behöva samarbeta ytterst med 25 lärosäten och därtill 20 regioner och 290 kommuner för vilka privata vårdgivare kan utföra offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Exempel på harmonisering som skulle underlätta är bland annat en enhetlig nationell ersättning till alla vårdgivare som tillhandahåller platser för verksamhetsförlagd utbildning och en gemensam terminologi. Även de regionala avtalen kan bidra till harmonisering, som skulle underlätta för hälso- och sjukvården, exempelvis när det gäller gemensamma handledningsmodeller och likartade kompetenskrav på handledare.

Vidare är en fördel att ett avtal med en hög grad av precision kan styra statliga resurser till åtgärder för att avhjälpa identifierade hinder. Utredningens analys visar att det för att nyttja befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning mer effektivt och öka antalet platser i fler verksamheter bland annat är angeläget att stärka de utbildningsstödjande strukturerna inom hälso- och sjukvården, kompensera studenter för merkostnader vid verksamhetsförlagd utbildning utanför ordinarie studieort samt säkerställa tillgången på lärare och handledare med rätt kompetens. De åtgärder som krävs för att avhjälpa nämnda hinder förutsätter att staten tillskjuter finansiella resurser till ett VULF-avtal, på ett motsvarande sätt som till nuvarande ALF- och TUA-avtal.

Därtill är en fördel att ett avtal som regelbundet följs upp och utvärderas, till exempel på motsvarande sätt som ALF-avtalet, kan anpassas löpande för att stödja utvecklingen inom den högre utbildningen och inom hälso- och sjukvården. Utvärdering enligt principerna för kollegial granskning skulle vara i linje med akademins kvalitetssäkringsarbete och främja utveckling genom att bidra till ett lärande mellan lärosäten, sjukvårdshuvudmän och vårdgivare i olika delar av landet.

Därutöver är en fördel med ett VULF-avtal att det på sikt kan innebära en minskad administrativ börda. I nuläget regleras samarbetet

kring den verksamhetsförlagda utbildningen i drygt 130 lokala avtal som regelbundet följs upp och med jämna mellanrum förhandlas om. Genom ett nationellt VULF-avtal i kombination med sex till sju regionala avtal skulle den totala avtalsadministrationen minska, även om den sannolikt skulle öka för de medicinska fakulteter som föreslås fungera som avtalsnoder. Enligt utredningens förslag ska dock de medicinska fakulteterna kompenseras för det utökade ansvaret. På nationell nivå kan kanslifunktionen med fördel samordnas med motsvarande funktion för ALF-avtalet vid Vetenskapsrådet, varigenom det bör kunna göras vissa samordningsvinster.

Slutligen är en fördel med ett VULF-avtal att riksdagens och regeringens styrning av lärosäten och sjukvårdshuvudmän blir mer samordnad och långsiktig i kontrast till nuvarande parallella och tidsbegränsade satsningar. Genom att hantera satsningar inom ramen för ett gemensamt avtal främjas också en helhetssyn, ett gemensamt ansvarstagande och en samordning av åtgärder mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän. En mer samlad och långsiktig statlig styrning skapar bättre förutsättningar för att bedriva hälso- och sjukvårdsutbildning av god kvalitet.

6.3.2 Nackdelar med ett VULF-avtal

En nackdel med ett VULF-avtal för sjuksköterske- och specialist-sjuksköterskeutbildningen är att en ordning där olika avtal med staten reglerar villkor för specifika utbildningar kan innebära en ojämlikhet mellan yrkesgrupper och studenter. Samtidigt finns en sådan särställning redan för både läkarutbildningen och tandläkarutbildningen genom ALF- och TUA-avtalen. Mot denna bakgrund skulle det kunna vara mer ändamålsenligt att inkludera fler hälso- och sjukvårdsutbildningar i ett VULF-avtal. Utifrån utredningens direktiv föreslås VULF-avtalet omfatta sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningarna, då utbildningarna på många sätt hänger samman och är beroende av samma typ av resurser. Förslaget till VULF-avtal har dock konstruerats för att enkelt kunna byggas ut för att omfatta fler medellånga hälso- och sjukvårdsutbildningar.

En annan nackdel är att ett VULF-avtal kan vara svårt att organisera och styra då det omfattar ett stort antal parter. I dag ger 25 lärosäten sjuksköterskeutbildning i samverkan med 20 regioner och 290 kommuner som sjukvårdshuvudmän och därtill privata vård-

givare. När det gäller ALF- och ULF-avtalen har denna fråga hanterats genom att kombinera ett nationellt avtal med regionala avtal. Det stora antalet parter som berörs av ett VULF-avtal, speglar närmast förutsättningarna för ULF-avtalet och talar för behovet av regionala avtal för större geografiska områden med vissa utvalda lärosäten som samordnande noder.

Ytterligare en nackdel är att ett VULF-avtal kan innebära en högre grad av detaljstyrning. Det kan inte uteslutas att ett avtal på ett negativt sätt skulle begränsa lärosätens och vårdgivares handlingsfrihet och begränsa eller försvåra befintliga former av samverkan som har utvecklats lokalt. I dag finns på många håll en välutvecklad samverkan mellan lärosäten och hälso- och sjukvård på lokal och regional nivå. Utredningens genomgång av de regionala ALF- och TUA-avtalen visar på en variation och en anpassning till regionala och lokala förutsättningar och behov inom de ramar som respektive nationellt avtal sätter. I detta sammanhang ska dock noteras att flertalet lärosäten och sjukvårdshuvudmän ställde sig positiva till ett tidigare förslag om VULF-avtal för specialistsjuksköterskeutbildningen. Emellertid förstår utredningen det som att en viktig förutsättning för detta ställningstagande är att det med ett VULF-avtal följer ytterligare finansiella medel från staten, det vill säga att ett VULF-avtal inte begränsas till att vara en strukturell vidareutveckling av nuvarande avtalsmodell och endast inbegriper en omfördelning av den nuvarande reguljära statliga finansieringen av sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningarna. Ytterst står det också varje lärosäte och sjukvårdshuvudman fritt att ansluta sig till ett avtal och de förmåner och skyldigheter som följer med detta.

Därtill är en nackdel med ett VULF-avtal att det kan innebära en ökad administrativ börda för lärosäten och hälso- och sjukvård, jämfört med mer generella anslag till myndigheter och statsbidrag till kommuner och regioner. Även om det finns tydliga vinster med en strukturell vidareutveckling av nuvarande avtalsmodell, så är det viktigt att det med ett VULF-avtal tillskjuts ytterligare statliga medel, både för att möjliggöra åtgärder för att avhjälpa de identifierade hindren för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och för att skapa en acceptans hos lärosäten, sjukvårdshuvudmän och privata vårdgivare. För att underlätta och undvika onödig administration är det också angeläget att VULF-avtalets konstruktion gör det möjligt att åter- och meranvända etablerade lednings- och samarbetsstrukturer

för ALF- och TUA-avtalen. Den nationella kanslifunktionen för ett VULF-avtal kan med fördel samordnas med kanslifunktionen för ALF-avtalet vid Vetenskapsrådet. I sammanhanget ska också noteras att flera regionala ALF-avtal redan i dag anlägger ett bredare perspektiv på utbildning (och forskning), och omfattar fler hälso- och sjukvårdsutbildningar än läkarutbildningen.

6.4 Avtalen mellan staten och landstingen om vårdhögskoleutbildning

Sjuksköterskeutbildningen bedrevs under många decennier främst av landstingskommunala vårdhögskolor.¹⁸ Under 1990-talet föreslogs åtgärder för att höja vårdutbildningarnas kvalitet och stärka anknytningen till forskning och utvecklingsarbete, men med bibehållen kostnadsneutralitet för staten. Ett förslag var att landstingen genom avtal med staten skulle få överlämna utbildningsuppdrag till statliga universitet och högskolor.¹⁹ Regeringen tillkallade år 1994 en särskild förhandlare med uppgift att förhandla med landstingen om statens möjlighet att genom avtal med landstingen anordna vårdhögskoleutbildningar. Utredaren skulle bland annat utarbeta ett förhandlingsunderlag inklusive ett ramavtal mellan staten och landstingen. Ramavtalet skulle omfatta en möjlighet till både kommunalt och statligt beställaransvar. Ramavtalet skulle precisera en mall för utbildningsavtal mellan landsting och statliga högskolor innefattande ersättningsbelopp för teoretisk och klinisk utbildning inklusive lokaler, personalöverföring, pensionsfrågor och resultatredovisning. Enhetliga ersättningsbelopp för resurstilldelning skulle utarbetas i samverkan med landstingen och fastställas både för teoretisk och klinisk utbildning.²⁰

Under åren 1995–1999 tecknade statliga högskolor och universitet sådana avtal med alla landsting utom Jönköpings läns landsting samt Gotlands kommun. Karolinska institutet ansvarade för de tre enskilda stiftelsehögskolorna Röda Korsets högskola, Ersta-Sköndals högskola²¹ samt Sophiahemmet sjuksköterskeskola²² genom sitt avtal med

¹⁸ Se avsnitt 2.2 samt 8.6

¹⁹ Prop. 1993/94:177, bet. 1993/94:UbU13 och rskr. 1993/94:400.

²⁰ Dir. 1994:76.

²¹ Nuvarande Marie Cederschiöld högskola.

²² Nuvarande Sophiahemmet högskola.

Stockholms läns landsting. Avtalen innebar att landstingen var beställare och beslutade om utbildningarnas volym och finansiering. De statliga högskolorna och universiteten var utförare och därmed ansvariga för planering, innehåll och genomförande. Avtalen omfattade ramavtal, överflyttningsavtal och utbildningsavtal. Ramavtalen angav de övergripande villkoren för överlämnande av genomförandeuppdraget till staten, avtalets varaktighet och former för förlängning eller uppsägning. Överflyttningsavtalen reglerade överförandet av utbildningen till den statliga högskolan, bland annat formerna för övertagande av personal, studentfrågor och ersättningsfrågor gällande lokaler. Utbildningsavtalen reglerade bland annat den ekonomiska ersättningen för helårsstudenter och helårsprestationer, utbildningens lokalisering och individuella överenskommelser. Klinisk praktik räknades in i det totala beloppet som skulle tillhandahållas utan kostnad. Avtalen innebar att statliga universitet anordnade vårdhögskoleutbildningar på uppdrag av landstingen, dock utan att överta huvudmannaskapet.²³ Det praktiska överförandet av genomförande av medellånga vårdutbildningar till statliga högskolor och universitet pågick under åren 1996–2000.²⁴

Endast tre högskolor betalade ersättning till landstingen för klinisk praktik. I vissa fall reglerade avtalen att landstinget skulle överföra medel för den kliniska praktiken till högskolan, som sedan köpte praktikplatser med samma medel. Landstingen tillämpade i vissa fall intern ersättning till enheter där praktik bedrevs. I andra landsting var det mer integrerat så att högskolan sågs som en del av vårdverksamheten och därför inte behövde regleras. Det förekom en begränsad mängd praktik i kommunal och privat verksamhet och det fanns ett behov av att utöka praktiken i sådana verksamheter. Vårdhögskoleutbildningarna hade tillgång till kommunala praktikplatser som följt med när kommunerna parallellt med landstingen fick huvudmannaskap för hälso- och sjukvården (Ädelreformen) samt genom att kommunerna även frivilligt upplät platser av rekryteringsskäl. En del praktikplatser följde också med vid privatisering av hälso- och sjukvården. De landstingskommunala vårdhögskolorna betalade inte för de kommunala praktikplatserna, eftersom resurserna hade överförts genom skatteväxlingar i samband med Ädelreformen. Det fanns en strävan efter en starkare koppling mellan teori och praktik, illustre-

²³ Prop. 2000/01:71 s. 14 ff.

²⁴ Ds 1999:44 s. 135 f.

rad exempelvis genom kliniska adjunkter och lektorer samt införandet av kliniska undervisningsavdelningar.²⁵

6.5 Principöverenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet om vårdutbildningarna

År 2000 tillsatte regeringen en förhandlingsdelegation för att klargöra under vilka förutsättningar som det samlade huvudmannaskapet för vårdutbildningarna skulle kunna överföras till staten under förutsättningen kostnadsneutralitet.²⁶ Frågor om kostnader skulle behandlas, bland annat gällande klinisk undervisning.²⁷ Förhandlingarna ledde till att en principöverenskommelse om ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för landstingens samt Gotlands kommuns vårdhögskoleutbildningar och undertecknades av staten och Landstingsförbundet den 11 januari 2001. Principöverenskommelsen godkändes av riksdagen och innebär att staten år 2002 övertog huvudmannaskapet för de dåvarande landstingens samt Gotlands kommuns vårdhögskoleutbildningar. Den landstingskommunala vårdhögskolan i Jönköping övertogs av den enskilda utbildningsanordnaren Stiftelsen Högskolan i Jönköping. Principöverenskommelsen från år 2002 angav hur parterna ville utveckla samverkansformer mellan de dåvarande landstingen och högskolorna inom vård- och omsorgsutbildningarna.²⁸ Övertagandet av huvudmannaskapet innebär att staten fick det övergripande ansvaret för att organisera, genomföra och finansiera vårdutbildningarna.²⁹

I principöverenskommelsen angavs att en väl fungerande klinisk praktik är av grundläggande betydelse för en bra vårdhögskoleutbildning. Vid ett statligt huvudmannaskap var högskolan beroende av att landstingen också i fortsättningen skulle tillhandahålla praktikplatser. Inriktningen var att landstingen skulle erbjuda minst det antal praktikplatser med inriktning mot landstingskommunal verksamhet som högskolan disponerade vid övertagandet och genom ytterligare platser tillgodose framtida behov. Parterna var ense om vikten av samverkan mellan högskola och vårdgivare för att utveckla den kliniska

²⁵ Regeringskansliet och Landstingsförbundet (1999).

²⁶ Angående diskussionen om huvudmannaskapet för vårdutbildningarna, se kapitel 8.

²⁷ Regeringens beslut den 27 april 2000.

²⁸ Prop. 2000/01:71 s. 14 f. och 25 f., bet. 2000/01:UbU17 och rskr. 2000/01:262.

²⁹ Prop. 2000/01:71 s. 26 f.

praktiken.³⁰ Överföringen av huvudmannaskapet innebar en reducering av det allmänna statsbidraget till landstingen från och med år 2002 med 1 420 miljoner kr.³¹ I detta belopp ingick ersättning för klinisk praktik. Parterna var överens om att frågor om den kliniska praktiken skulle regleras genom avtal mellan högskola och landsting senast då huvudmannaskapet övergick till staten. Om ingen annan överenskommelse träffades skulle klinisk praktik ersättas med 1 200 kr per student och praktikvecka.³²

I motivuttalandena anfördes att bland annat klinisk praktik borde regleras i avtal mellan högskola och landsting i och med det statliga huvudmannaskapet. Kommuner förutsattes bidra med platser också i fortsättningen, även om detta inte reglerades i avtal. Samverkan kring frågor som rörde den kliniska praktiken ansågs vara av sådan fundamental betydelse att regeringen bedömde att parterna genom regionala avtal borde bestämma utformningen av den kliniska praktiken i de enskilda fallen. Skulle landstinget och den enskilda högskolan inte komma överens i fråga om den kliniska praktiken förutsattes landstinget enligt principöverenskommelsen få 1 200 kr per student och praktikvecka i ersättning för klinisk praktik. Högskolorna önskade som dittills att själva få förfoga över de ekonomiska medlen för praktiken och därefter överföra dem till landstingen, medan landstingen önskade erhålla praktikersättning direkt från staten utan lärosätenas inblandning.³³

6.6 Ökad nationell styrning av verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen

6.6.1 Förslaget om en effektiv vård

År 2013 tillsattes utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Syftet var att göra en analys av hälso- och sjukvårdens effektivitetsproblem och utvecklingsområden. Samordnarens uppdrag var att ge förslag på åtgär-

³⁰ 6 § i Principöverenskommelse om ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för landstingens vårdhögskoleutbildningar mellan svenska staten och Landstingsförbundet.

³¹ 9 § i Principöverenskommelse om ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för landstingens vårdhögskoleutbildningar mellan svenska staten och Landstingsförbundet. Klausulen omfattade inte forskning.

³² 12 § i Principöverenskommelse om ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för landstingens vårdhögskoleutbildningar mellan svenska staten och Landstingsförbundet.

³³ Prop. 2000/01:71 s. 32 ff.

der på nationell, regional och lokal nivå för att säkerställa att professionerna på bästa möjliga sätt skulle kunna bidra till ökad effektivitet i hälso- och sjukvården.³⁴ I slutbetänkandet framhölls behovet av en ökad nationell styrning inom utbildningsområdet i takt med att huvudmännen ökat sitt inflytande över utbildningarnas innehåll.³⁵ Utredningen lyfte också fram att den decentraliserade hälso- och sjukvården samt statens styrning genom exempelvis ekonomiska bidrag inte skapat incitament för en tillräcklig grad av samordning eller tillräckliga förutsättningar för likvärdighet genom nationella standarder.³⁶ Utredningen analyserade statens ökade styrning av hälso- och sjukvården sedan 1990-talet och identifierade vissa kortsiktighetsproblem med statens ökade intresse för ekonomisk styrning av hälso- och sjukvården.³⁷ I betänkandet beskrevs en ny variant av specialdestinerade statsbidrag som infördes under 2000-talet, så kallade prestationsbaserade statsbidrag. Statsbidragen betalades ut genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting när vissa krav på ett område uppnåts av huvudmännen, exempelvis Kömiljardöverenskommelsen. Utredningen såg en risk för att statens styrning är så mångfasetterad att det blir otydligt för huvudmännen vilka intentioner och prioriteringar som staten har. Utredningen bedömde att även om prestationsbaserad ersättning kan ge kraftiga effekter i styrda verksamheter finns en risk för att medlen inte används på ett effektivt sätt och exempelvis leder till undanträngningseffekter och mindre lämpliga lösningar.³⁸

Utredningen berörde även sjuksköterskeutbildningen. Bristen på sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor konstaterades vara synnerligen negativ för hälso- och sjukvårdens effektivitet och utgöra ett nationellt problem som pågått i minst två decennier utan att djupare ha analyserats eller åtgärdats. Utredningen ansåg att kompetensförsörjningsbristen borde ha analyserats nationellt och blivit föremål för en gemensam åtgärdsstrategi genom en nationell samverkansfunktion. Sannolika skäl för kompetensförsörjningsbristen som lyftes fram var exempelvis utbildningens dimensionering, arbets-

³⁴ Dir. 2013:104.

³⁵ SOU 2016:2 s. 339.

³⁶ SOU 2016:2 s. 155.

³⁷ SOU 2016:2 s. 161 f.

³⁸ SOU 2016:2 s. 163 ff. och 176 f. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har också påpekat att det finns en risk med att prestationsbaserade ersättningar minskar utrymmet för lokal anpassning, då överenskommelser sluts på nationell nivå och lägesbeskrivningen präglas av nationella perspektiv, se Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2013).

miljö, karriärutvecklingsmöjligheter och löneförhållanden. Sjuksköterskebristen konstaterades vara en nationell fråga som indikerade ett behov av en nationell samverkansfunktion där staten, huvudmän och professionen fortlöpande skulle kunna ta ställning till utbildningsbehovet. Utredningen ansåg att både specialistsjuksköterskeutbildningen och grundutbildningen till sjuksköterska borde ses över, bland annat avseende avvägningen mellan praktisk tjänstgöring och teoretisk utbildning. Den omfattande förändringen av utbildningen under 1980–1990-talen när omvårdnaden stärkte sin ställning som akademiskt ämne ansågs enligt utredningen också föranleda ett behov av samverkan mellan olika yrkesgrupper och ett behov av att se över innehållet i respektive vårdutbildning. Detta borde enligt utredningen beaktas vid en översyn av den samlade sjuksköterskeutbildningens innehåll.³⁹

6.6.2 Förslaget om ett VULF-avtal för specialistsjuksköterskor

Förslaget från den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården hörsammades delvis. År 2017 fick en särskild utredare i uppdrag att se över specialistsjuksköterskeutbildningen för att möta hälso- och sjukvårdens förändrade behov och ge studenterna nödvändiga kunskaper och förmågor. Mot bakgrund av bristen på specialistsjuksköterskor fick utredaren i uppdrag att lyfta fram goda exempel på åtgärder som hälso- och sjukvårdshuvudmännen samt staten skulle kunna vidta för att öka yrkets attraktivitet samt tillgången på utbildade specialistsjuksköterskor. Det skedde bland annat efter att dåvarande Stockholms läns landsting år 2016 i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting initierat ett arbete för att se över möjligheten att överföra specialistsjuksköterskeutbildningen från staten till de dåvarande landstingen.

I utredningsdirektivet anfördes att genomförandet av specialistjuksköterskeutbildningen ställer krav på ett nära samarbete mellan högskolor och vårdgivare, särskilt gällande verksamhetsförlagd utbildning. Lärosätena måste komma överens med sjukvårdshuvudmännen så att ett tillräckligt antal studenter, handledare och examinatorer kan delta och så att utbildningen samt handledningen bedrivs med hög kvalitet. Klinikernas storlek, patientunderlaget och tillgången på

³⁹ SOU 2016:2 s. 341 ff. och 592.

kvalificerade handledare lyftes fram som avgörande för verksamhetsförlagd utbildning av hög kvalitet. Därför fick utredaren i uppdrag att utreda om det fanns behov av formaliserad nationell samordning som kunde stärka kvaliteten i den verksamhetsförlagda utbildningen och hur en sådan samverkan i så fall borde organiseras, exempelvis enligt modell av Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (STRådet). I utredningsuppdraget ingick också vidareutveckling av regional samverkan för att utbildningsutbudet bättre skulle kunna möta efterfrågan i vården. Utredaren skulle också belysa lärosätenas samt sjukvårdshuvudmännens roller och samarbete i planeringen av verksamhetsförlagd utbildning och lämna förslag på åtgärder för att förbättra utbildningens kvalitet.⁴⁰

År 2018 föreslog Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar i sitt betänkande att ett nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) borde inrättas för specialistsjuksköterskor och avancerade kliniska specialistsjuksköterskor enligt samma modell som ALF-avtalet för läkarutbildningen. Avtalet borde också vara reglerat på regional nivå. Syftet var att skapa bättre förutsättningar för staten och vårdgivarna, att åstadkomma en ökad kvalitet i den verksamhetsförlagda utbildningen samt möjliggöra en god uppföljning av hur statliga medel för verksamhetsförlagd utbildning används. Utredningens uppfattning var att nuvarande regionala avtal alltför generellt reglerar vårdgivarens skyldighet att tillhandahålla utbildningsplatser och att flera avtal även saknar uppgifter om omfattningen av verksamhetsförlagd utbildning. Därför borde ett nationellt VULF-avtal fastställa omfattning och ersättning i likhet med ALF-avtalet. Likaså menade utredningen att statens ersättning till vårdgivarna för deras medverkan i verksamhetsförlagd utbildning borde regleras och att ersättningen borde ses över för att säkerställa en korrekt nivå.⁴¹

Ett VULF-avtal skulle enligt utredningen tydliggöra att vårdgivare och lärosäten har ett gemensamt ansvar för att säkerställa en utformning och ett genomförande för en tillräcklig mängd platser för verksamhetsförlagd utbildning av hög kvalitet. Ett avtal skulle innebära att staten behöver fastslå ett högsta tak för antal studenter gällande ersättning av kostnader för verksamhetsförlagd utbildning. Stora volymändringar skulle därför inte medges utgående från omgivningens

⁴⁰ Dir. 2017:86.

⁴¹ SOU 2018:77 s. 483 ff.

behov. Utredningen bedömde att avtalet dock inte skulle inskränka lärosätenas autonomi. Staten skulle företräda de statliga universiteten och högskolorna, men även enskilda utbildningsanordnare skulle medverka. Också aktörer i regioner eller kommuner som bedriver skattefinansierad vård och som för sin verksamhet har behov av specialistjuksköterskor och avancerade kliniska specialistsjuksköterskor borde enligt utredningen inkluderas i avtalet. Därför borde regioner som ingår avtal med privata vårdgivare säkerställa att utbildning och forskning kan utföras med hög kvalitet även hos dessa vårdgivare. Den föreslagna avtalsmodellen omfattade en central nivå i kombination med regionala avtal. De regionala avtalen var tänkta att reglera hur enheter som ska bedriva verksamhetsförlagd utbildning ska utses, inrättande av ett gemensamt ledningsorgan samt hur den gemensamma prioriteringen och fördelningen av ersättningen för utbildning och vårdnära forskning ska ske. Utredningen ansåg också att samverkan och styrning på olika nivåer borde regleras för att skapa pålitliga strukturer i fråga om roller, ansvar och finansiering.⁴²

Ett VULF-avtal skulle enligt utredningen vidare öka tillgången till forskningsmedel för forskning i omvårdnad samt synliggöra behovet av sådan forskning. Forskningen skulle kunna stärka kvaliteten i vården och bidra till bättre samverkansmöjligheter inom ramen för regionala avtal. Precis som i fråga om ALF-avtalet skulle fördelningen av forskningsmedel förhandlas på regional nivå och därutöver också grundas på konstaterad forskningskvalitet. Utredningens förslag var att VULF-avtalets forskningsmedel skulle uppgå till en tredjedel av ALF-medlen, 200 miljoner kr årligen. Utredningen ansåg mot denna bakgrund att högskoleförordningen borde förändras för att möjliggöra för fler specialistsjuksköterskor att ha förenade anställningar.⁴³ Forskningsmedel enligt VULF-avtalet skulle då i likhet med vad som gäller för ALF-avtalet kunna följa med en förenad anställning. Utredningens förslag var att det regionala samverkansorganet gemensamt skulle definiera behovet av förenade anställningar.⁴⁴

I utredningens konsekvensanalys angavs att ett VULF-avtal skulle innebära en kostnad för staten och att ett avtal borde utformas och förhandlas fram av en särskild förhandlare i samråd med Sveriges Kommuner och Regioner samt centrala parter för privata vårdgivare.

⁴² SOU 2018:77 s. 485 och 509.

⁴³ SOU 2018:77 s. 510 och 519. Tolkningen av den aktuella bestämmelsen i högskoleförordningen varierar dock mellan olika lärosäten.

⁴⁴ SOU 2018:77 s. 494 f.

För att ta fram ett VULF-avtal måste antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning och ersättnings storlek per helårsstudent bedömas. Utredningens bedömning var att ersättningsnivån bör justeras. Den ersättningsnivå som slogs fast år 2002 (1 200 kr per student och vecka) har justerats årligen genom pris- och löneuppräknings. Utredningen anförde dock att det var oklart om lärosätena justerat ersättningen i den takt som utbildningsersättningen ökat, vilket var 51 procent från år 2002 till år 2018. Ökningen skulle ha inneburit en ersättning om 1 812 kr och kostnaden för avtalet gällande specialist-sjuksköterskor skulle då ha blivit omkring 60 miljoner kr årligen beräknat på cirka 2 300 studenter och 12 veckors verksamhetsförlagd utbildning. Summan skulle enligt förslaget anvisas inom nuvarande anslag för utbildning på grundnivå och avancerad nivå. En jämförelse gjordes med läkarutbildningen. Antalet helårsstudenter år 2018 var 7 800 studenter. Statens ersättning var cirka 72 000 kr per helårsstudent och kostnaden för verksamhetsförlagd utbildning som ersattes var omkring 561 miljoner kr.⁴⁵ Förslaget om ett VULF-avtal har ännu inte förverkligats.

6.6.3 Synpunkter från remissinstanserna

Betänkandet från Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar fick i vissa delar omfattande kritik av remissinstanserna.⁴⁶ Innebörden av de olika förslagen förefaller också ha tolkats olika av remissinstanserna. När det gäller frågan om ett VULF-avtal anförde remissinstanserna bland annat följande.

Förslaget om ett VULF-avtal möttes av positiv respons från de flesta lärosäten.⁴⁷ Avtalsmodellen ansågs kunna underlätta samverkan väsentligt och skapa goda förutsättningar för kvalitet i verksamhetsförlagd utbildning samt stärka vårdnära forskning.⁴⁸ Genom att medel för placeringar skulle kunna leda till forskningsprojekt och

⁴⁵ SOU 2018:77 s. 507 ff.

⁴⁶ Remissvar till betänkandet SOU 2018:77, U2018/0421.9/UH.

⁴⁷ Exempelvis remissvaren från Högskolan i Halmstad, Högskolan i Borås, Malmö universitet, Mittuniversitetet, Blekinge tekniska högskola, Högskolan i Skövde, Högskolan Kristianstad, Högskolan i Gävle och Umeå universitet. Sveriges universitets- och högskoleförbund ställde sig också positivt till ett VULF-avtal och påpekade att alla lärosäten var positiva till ett avtal, men att Karolinska institutet ville utreda frågan närmare innan ett ställningstagande kunde göras.

⁴⁸ Linköpings universitets remissvar.

finansiering av doktorander, skulle förslaget bidra till en hållbar kompetensförsörjning av disputerade universitetslärare.⁴⁹ Avtalsmodellen ansågs också kunna bidra positivt till att stimulera fler förenade anställningar inom omvårdnadsforskning samt till att öka kvaliteten i vården genom forskning. Dessa omständigheter ansågs också kunna bidra till mer jämlika och jämställda förutsättningar för specialist-sjuksköterskans kompetensutveckling.⁵⁰ En remissinstans var positiv till avtalsmodellen, men ansåg att den borde omfatta alla sjuksköterskeutbildningar såsom sjuksköterska, röntgensjuksköterska, specialistsjuksköterska och barnmorska.⁵¹ En annan synpunkt var att avtalet inte tillräckligt tydligt definierade parternas ansvar, befogenheter, arbetsuppgifter eller hur ersättning skulle fördelas mellan lärosätena.⁵² Det påpekades också att VULF-medlen borde komma privata vårdgivare och enskilda utbildningsanordnare till del på lika villkor.⁵³

Flera lärosäten ställde sig också kritiska till förslaget om ett VULF-avtal. Avtalet beskrevs exempelvis som ett bra första steg, men ansågs vara betydligt mer komplext i jämförelse med ALF-avtalet. Fler aktörer bedriver specialistsjuksköterskeutbildningar, kommuner omfattas och VULF-avtalet skulle också omfatta enstaka kurser. Regionala avtal ansågs också kunna vara svåra att enas om.⁵⁴ En remissinstans ansåg att ett VULF-avtal inte borde ingås eftersom förslaget saknar en genomgripande analys och konsekvensbedömning i jämförelse med den gällande ordningen, där för- och nackdelar lyfts fram och jämförts med ALF-avtalet. Ett statligt VULF-avtal ansågs inte kunna lösa de lokala svårigheter som omgärdade frågan om verksamhetsförlagd utbildning och bättre forskningsresultat inom vårdnära forskning skulle kanske kunna uppnås med andra metoder.⁵⁵ I ett annat remissvar ansågs det vara oklart vad ett VULF-avtal är rent konkret samt hur fördelningen av medel är tänkt att gå till gällande exempelvis projektmedel, utbildning, förenade anställningar och strategiska satsningar. Förslaget ansågs inte heller tydliggöra om förenade anställningar skulle omfattas av VULF-avtalet. Ersättningsbeloppet 200 mil-

⁴⁹ Högskolan Dalarnas remissvar.

⁵⁰ Luleå tekniska universitets samt Lunds universitets remissvar.

⁵¹ Uppsala universitets remissvar.

⁵² Remissvaren från Karlstads universitet, Mälardalens högskola, Göteborgs universitet och Stiftelsen Högskolan i Jönköping.

⁵³ Sophiahemmet högskolas och Ersta Sköndal Bräckes högskolas remissvar.

⁵⁴ Örebro universitets remissvar.

⁵⁵ Karolinska institutets remissvar.

joner kr ansågs vidare vara alltför lågt. Det påpekades att avtalet borde ange utveckling av hållbara samverkansmodeller mellan akademi respektive hälso- och sjukvård vad gäller forskning, vård och utbildning för att stärka ett vetenskapligt förhållningssätt i vården. Avtalet borde också tydliggöra att en sådan målsättning kräver en ökning av förenade anställningar och gemensamma forskningsmiljöer, där vårdens medarbetare och forskare från akademien gemensamt formulerar forskningsfrågorna.⁵⁶

I ytterligare ett remissvar framhölls att ett VULF-avtal borde bekosta samtliga platser för verksamhetsförlagd utbildning på avancerad nivå med samma ersättning för att undvika konsekvenser på sjuksköterskeprogrammet. Ökad eller reglerad ersättning för platser ansågs inte nödvändigtvis bidra till en lösning av problem gällande behov av fler utrymmen, fler patientplatser eller fler handledare med yrkeserfarenhet. Det påpekades också att VULF-avtalet inte tillräckligt tydligt definierade vad som menas med kvalitet, såsom högskolemässighet i verksamhetsförlagd utbildning. Inte heller krav på den kliniska verksamhetens organisation kring verksamhetsförlagd utbildning med lärandemiljöer av typerna prekliniska övningar, simulering, en klinisk utbildningsavdelning, studentcentrerat lärande samt krav på huvudhandledare och handledare med specialistutbildning, magisterutbildning och handledarutbildning definierades enligt kritiken tillräckligt tydligt. Det framhölls att lärosätena och sjukvårdshuvudmännen borde ta ett gemensamt ansvar för examinationernas uppbyggnad och genomförande samt att vårdverksamheterna borde ta ett större ansvar för att studenterna uppnår lärandemålen under den verksamhetsförlagda utbildningen. Kliniska lektorat framhölls som stöd åt både handledare och studenter. Det påpekades också att i och med att VULF-avtalet var tänkt att ersätta ett maxantal platser kunde det riskera att antalet studieplatser minskar med beaktande av VULF-ersättningen och takbeloppet.⁵⁷

Regionerna var i remissvaren delade till förslaget om ett VULF-avtal för specialistsjuksköterskeutbildningen. Många regioner framhöll komplexiteten med ett VULF-avtal. Det framfördes att ett VULF-avtal svårt kan jämföras med ALF-avtalet, då ALF-avtalet endast omfattar staten och sju huvudmän. För specialistsjuksköterskeutbildningen skulle det däremot handla om ett stort antal högskolor, samt-

⁵⁶ Göteborgs universitets remissvar.

⁵⁷ Mälardalens högskolas remissvar.

liga regioner och samtliga kommuner som tänkbara avtalsparter.⁵⁸ Några remissinstanser framhöll att förslaget var positivt ur ett administrativt perspektiv och kunde förenkla uppföljning, men påtalade vikten av att det maximala antalet studieplatser som lärosätena får ersättning för återspeglar behovet av specialistsjuksköterskor i respektive region.⁵⁹ En jämlik ersättningsnivå framhölls i flera fall som något positivt, eftersom ersättningen inte ansågs täcka kostnaden för verksamhetsförlagd utbildning.⁶⁰ För Region Västerbotten hade exempelvis ersättningen för en plats för verksamhetsförlagd utbildning ökat med 200 kr på tio år, vilket regionen inte ansåg motsvara kostnadsökningen för handledning under samma period.⁶¹ Vissa remissinstanser ansåg att ersättningen borde förtydligas och vara indelad i undervisning och forskning.⁶² En annan synpunkt var att avtalet borde ha en organisation i form av en styrgrupp.⁶³

Att VULF-avtalet endast skulle omfatta specialistsjuksköterskeprogrammet och inte grundutbildningen till sjuksköterska ifrågasattes.⁶⁴ Bland vissa remissinstanser ifrågasattes en särlösning för specialistsjuksköterskeutbildningen. I stället föreslogs att ett VULF-avtal borde avse alla legitimationsgrundande akademiska vårdutbildningar på grundnivå och avancerad nivå med en tydlig koppling till universitetssjukhusvårdens uppdrag inom utbildning och klinisk forskning.⁶⁵ Det skulle också kunna innebära att ALF-avtalet måste sägas upp.⁶⁶ Andra remissinstanser ansåg att det kan finnas svårigheter med att planera verksamhetsförlagd utbildning nationellt och att det vore bättre att utveckla de regionala avtal som redan finns mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän.⁶⁷ En annan invändning var att ett VULF-avtal inte skulle säkerställa ett tillräckligt antal platser för verksamhetsförlagd utbildning mot bakgrund av att problemets kärna beskrevs

⁵⁸ Sveriges Kommuner och Regioners remissvar.

⁵⁹ Region Jämtland Härjedalens och Region Västernorrlands remissvar.

⁶⁰ Remissvaren från Region Jämtland Härjedalen, Region Östergötland, Västra Götalandsregionen, Region Sörmland, Region Uppsala och Region Gävleborg.

⁶¹ Region Västerbottens remissvar.

⁶² Region Östergötlands och Region Norrbottens remissvar.

⁶³ Region Östergötlands remissvar

⁶⁴ Remissvaren från Västra Götalandsregionen, Region Östergötland, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Värmland, Region Västerbotten och Region Skåne.

⁶⁵ Remissvaren från Region Örebro län, Region Skåne, Region Dalarna, Region Uppsala och Region Östergötland.

⁶⁶ Region Skånes och Region Uppsalas remissvar.

⁶⁷ Remissvaren från Region Västmanland, Region Sörmland och Sveriges Kommuner och Regioner.

som platsbrist i vårdverksamheten samt överintag av studenter på lärosäten.⁶⁸

En ökad satsning på verksamhetsförlagd utbildning och forskning inom omvårdnad ansågs positiv ur ett jämlikhetsperspektiv och viktig för kompetensförsörjningen.⁶⁹ Ett VULF-avtal skulle exempelvis kunna innebära satsningar på handledarskap, adjungeringar och utveckling av pedagogiska modeller för att stärka den verksamhetsförlagda utbildningen.⁷⁰ Samtidigt ifrågasattes avtalets konsekvenser för samverkan i den komplexa kliniska forskningen.⁷¹ Särskilt konsekvenserna för ALF-avtalet lyftes fram som viktiga att belysa, eftersom vissa forskningsmedel inom omvårdnad fördelas genom ALF-avtalet. VULF-avtalsfrågan borde mot denna bakgrund utredas separat.⁷²

Från kommunerna uttrycktes också olika uppfattningar om ett VULF-avtal bland remissinstanserna. Ett VULF-avtal ansågs kunna stärka den vårdvetenskapliga forskningen och den verksamhetsförlagda utbildningen.⁷³ Utredningen fick dock kritik för att ha saknat kommunal representation, vilket ansågs vara tydligt i betänkandet. Kommunala kompetensbehov ansågs inte ha lyfts fram, trots utvecklingen av en nära vård med regional och kommunal primärvård som kärna. Det framhölls vidare att det är viktigt att lärosätena möter också kommuners behov.⁷⁴ Det anfördes också att kommunerna borde få vara med i samverkansgruppen för VULF-avtalet och ta del av ekonomiska medel utan att resurserna passerar och fördelas av regioner. Möjligheten till kompetenshöjning för kommunens specialistsjuksköterskor framhölls som en positiv konsekvens av ett VULF-avtal.⁷⁵ Vidare framhölls att ersättningen till kommuner var en viktig fråga som varit aktuell i många år, men som inte fått uppmärksamhet. Mot ekonomisk ersättning ansågs det vara befogat för lärosätena att ställa krav på en kvalificerad verksamhetsförlagd utbildning hos kommunerna. Ersättningen skulle kunna användas av kommunerna för att låta sjuksköterskorna få utveckla handledarskap och mentorskap under delar av arbetstiden.⁷⁶

⁶⁸ Region Skånes remissvar.

⁶⁹ Remissvaren från Region Norrbotten, Region Västerbotten och Region Värmland.

⁷⁰ Region Västerbottens remissvar.

⁷¹ Remissvaren från Region Värmland, Region Gävleborg och Region Sörmland.

⁷² Region Västerbottens remissvar.

⁷³ Uddevalla kommuns remissvar.

⁷⁴ Remissvar från Båstads kommun, Malmö stad, Sveriges Kommuner och Regioner samt Region Västerbotten.

⁷⁵ Båstads kommuns remissvar.

⁷⁶ Halmstads kommuns remissvar.

Övriga remissinstanser hade också delade uppfattningar om VULF-avtalet. Vissa remissinstanser var positiva till ett avtal som kunde stärka förutsättningarna för en effektiv samverkan gällande verksamhetsförlagd utbildning.⁷⁷ Förhållandet till ALF och de regionala ALF-avtalen ansågs dock behöva klargöras. Vidare ansågs en nationell styrgrupp och uppföljning i likhet med ALF-avtalet behövas. Det påpekades också att det inte var säkert att ett VULF-avtal skulle medföra en minskad administrativ börda.⁷⁸ Trots att det ansågs finnas ett behov av att stärka forskningen fanns en rädsla för att avtalet skulle bli tungrott och komplext.⁷⁹ Andra remissinstanser framhöll att ett VULF-avtal var mycket angeläget för att stärka kvaliteten på verksamhetsförlagd utbildning och stimulera vårdvetenskaplig forskning. En struktur på nationell och regional nivå ansågs central för att finansiera förenade anställningar. Trots att antalet forskare i omvårdnad ökat under de senaste 15 åren hade anslagen inte följt med.⁸⁰ Vidare påtalades att ett VULF-avtal inte borde begränsas till en utbildning, utan också omfatta sjuksköterske-, röntgensjuksköterske- samt barnmorskeutbildningarna.⁸¹ Ytterligare professioner för vilka ett liknande avtal vore önskvärt lyftes också fram, exempelvis arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister. En diskussion om behovet och konsekvenserna av separata avtal för olika professioner efterlystes.⁸² Ytterligare en remissinstans framförde att till följd av konkurrens om platser med grundutbildningen till sjuksköterska borde det i stället utformas en klinisk tjänstgöring under handledning i likhet med den som gäller för ST-läkare. För att kunna handleda studenter på ett kvalitativt sätt har pedagogisk utbildning betydelse. För specialistläkarna finns handledarmodellen inbyggd i systemet, då handledning av ST-läkare ingår i arbetet som specialistläkare.⁸³

⁷⁷ Socialstyrelsens samt Sveriges universitets- och högskoleförbunds remissvar.

⁷⁸ Socialstyrelsens remissvar.

⁷⁹ Vetenskapsrådets remissvar.

⁸⁰ Svensk sjuksköterskeförenings och Svenska barnmorskeförbundets remissvar.

⁸¹ Vårdförbundets remissvar.

⁸² Statens beredning för medicinsk och social utvärdering remissvar.

⁸³ Fysioterapeuternas remissvar.

6.7 Besläktade avtalsmodeller

I det förra avsnittet presenterades förslaget om ett VULF-avtal för specialistsjuksköterskeutbildningen och emottagandet som det fick. Det har under flera decennier funnits avtal där staten och sjukvårdshuvudmännen har reglerat ersättning och ansvar för verksamhetsförlagd utbildning och klinisk forskning för läkar- respektive tandläkarutbildningen (ALF respektive TUA). Det har även etablerats ett liknande avtal för lärarutbildningarna med fokus på praktisk forskning (ULF). Dessa tre avtalsmodeller utgör de huvudsakliga varianter som skulle kunna fungera som utgångspunkt för en konstruktion av ett VULF-avtal för sjuksköterskeutbildningen. Nedan presenteras modellerna.

6.7.1 ALF-avtalet

Bakgrund – LUA-avtalet

Avtalsreglering mellan staten och hälso- och sjukvårdens huvudmän när det gäller läkarutbildningen går många decennier tillbaka i tiden. Läkarutbildningen och den medicinska forskningen har ansetts ha en avgörande betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling. Genom läkarutbildningen erövrar studenten kunskaper och färdigheter som kommer den praktiska vården till del. Eftersom staten är huvudman för både utbildning och forskning har det ansetts vara statens uppgift att främja hälso- och sjukvårdens utveckling.⁸⁴

Redan på 1960-talet gavs statliga anslag till kommunala undervisningssjukhus. År 1970 fanns exempelvis åtta sådana avtal mellan staten respektive kommuner och dåvarande landsting.⁸⁵ Statliga bidrag lämnades till kommunala sjukvårdshuvudmän för upplåtelse till läkarutbildning och forskning vid vissa kommunala sjukhus i Stockholmsområdet, Göteborg, Lund, Umeå, Malmö allmänna sjukhus samt regionsjukhuset i Linköping. Med några års mellanrum förhandlades nya avtal fram mellan statens förhandlingsnämnd och sjukvårdshuvudmännen i samband med att de gamla avtalen löpte ut.⁸⁶ År 1974 tecknades avtal med Stockholms läns landstingskommun, Uppsala läns lands-

⁸⁴ Prop. 1984/85:28 s. 11.

⁸⁵ Prop. 1970:1, bilaga 7 s. 127 ff.

⁸⁶ Prop. 1970:115 s. 2 f., prop. 1971:44, prop. 1974:93, prop. 1977/78:3, prop. 1983/84:129, prop. 1984/85:135, prop. 1986/87:104 och prop. 1986/87:144.

tingskommun, Östergötlands läns landstingskommun, Malmöhus läns landstingskommun, Göteborgs och Bohus läns landstingskommun, Västerbottens läns landstingskommun, Malmö kommun och Göteborgs kommun.⁸⁷ År 1985 hade avtalen utvidgats till tolv stycken och det fanns också ortvisa regionala avtal för Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund, Malmö, Göteborg och Umeå.⁸⁸

Avtalen kallades under denna tid för läkarutbildningsavtal (LUA). Avtalen ansågs utgöra nödvändiga förutsättningar för att kunna bedriva klinisk forskning och delar av läkarutbildningen. Genom avtalen hade staten möjlighet att hyra in sig hos vissa sjukvårdshuvudmän, vilket krävde en långtgående samordning. Staten betalade ersättning till sjukvårdshuvudmännen som skulle svara för de merkostnader som de åsamkades genom att bedriva utbildning och forskning parallellt med sjukvård. Enligt LUA lämnades ersättning i form av ett driftkostnads- och ett investeringsbidrag. Driftkostnadsersättningen var ett bidrag för de resurser som staten tog i anspråk i den löpande sjukvårdsverksamheten och investeringsbidraget var en andel av faktiskt nedlagda investeringar i byggnader och viss utrustning.⁸⁹ Driftersättningen beräknades mycket schablonmässigt och utgjorde alltså ett bidrag till huvudmannens kostnader för vårdens organisation för att kunna bedriva läkarutbildning och forskning och kunde närmast liknas vid en hyresersättning. Den starka interaktionen mellan läkarutbildningen och forskningen ansågs dock kunna leda till svårigheter att se var den ena verksamheten började och den andra slutade.⁹⁰ Både driftersättning och investeringsbidrag fördes samman med huvudmannens resurser utan specialdestinering. LUA reglerade de ekonomiska förhållandena och samordningen mellan staten och respektive sjukvårdshuvudman. Från sjukvårdshuvudmännens sida fanns ett missnöje med avtalens konstruktion, eftersom man ansåg att staten borde kunna precisera volym för utbildning och forskning för en möjlig beräkning av resurserna från huvudmännens sida. Från högskolornas sida fanns också ett missnöje, då man önskade ett större inflytande över de ekonomiska medlen. Som lösning föreslogs att parterna i högre grad borde göra en finjusterad kostnadsberäkning för utbildning och

⁸⁷ Prop. 1977/78:3, bilaga 1 s. 8.

⁸⁸ Prop. 1984/85:28 s. 3 ff.

⁸⁹ Prop. 1981/82:106 s. 115 f.

⁹⁰ Prop. 1984/85:28 s. 9.

forskning samt att den institutionella ramen för arbetet borde förbättras.⁹¹

LUA grundade sig på mångåriga utredningar om hur en fördelning av kostnader skulle kunna göras på ett rättvist sätt. Den ekonomiska regleringen mellan parterna var dock sällan ett resultat av enighet mellan parterna, utan resultatet av förhandlingar och kompromisser. För att samarbetet och resursutnyttjandet skulle kunna förbättras föreslogs att parterna borde komma fram till en gemensam uppfattning om hur de gemensamma medlen borde användas, det vill säga vilket inflytande högskolorna skulle ha. Detta föreslogs ske genom ett organ som gemensamt kunde fatta beslut i ekonomiska frågor.⁹² Det anfördes att avtalsområdet är speciellt, eftersom det bygger på en hög grad av integration mellan statlig och landstingskommunal verksamhet. Därför ställs krav på goda samrådsformer som kan möjliggöra för lokala lösningar och överenskommelser om hur de ekonomiska medlen bör fördelas.⁹³ LUA ersattes sedan av avtalsmodellen ALF som presenteras i följande avsnitt.

Det centrala ALF-avtalet

ALF-avtalet utgör en förkortning för "Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården." Det omfattar staten och sju regioner: Stockholm, Uppsala, Östergötland, Skåne, Västra Götaland, Örebro och Västerbotten. Det nuvarande avtalet tecknades år 2015 och ersatte 2003 års avtal mellan staten och då berörda landsting (18 §).⁹⁴ Därutöver finns kompletterande avtal mellan regionerna och lärosätena som bedriver läkarutbildning.

ALF-avtalet reglerar samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Avtalet reglerar därutöver ALF-ersättningen, det vill säga statens ersättning till regionerna för att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning. Avtalet avser att möjliggöra ett gemensamt främjande för hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete inom forskning, utbildning och utveckling. Syftet är också att samordna

⁹¹ Prop. 1981/82:106 s. 115 f.

⁹² Prop. 1981/82:106 s. 117.

⁹³ Prop. 1984/85:28 s. 10.

⁹⁴ Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

och koncentrera de resurser som görs tillgängliga i samarbetet. I 1 § ALF-avtalet regleras även att de regioner som ingår avtal med en privat vårdgivare ska säkerställa att utbildning och forskning kan utföras med hög kvalitet också hos den vårdgivaren. Universitetssjukvården utvärderas vart fjärde år gällande forskning, utbildning och utveckling. I utvärderingen slås en miniminivå fast och regioner som inte lever upp till villkoren ska åtgärda problemen inom en viss tid. Annars har staten rätt att säga upp avtalet (3 §).

I avtalet anges att universitet och regioner har ett gemensamt ansvar för utformning och genomförande av den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare. För att säkra de blivande läkarnas kliniska erfarenhet som krävs för yrket är en ändamålsenlig undervisning, relevant träning och god handledning för att nå utbildningens mål av stor betydelse. För detta krävs miljöer i hälso- och sjukvården som är anpassade för studenternas lärande samt träning och handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som studenten förutsätts nå under utbildningen (5 §). Det finns en partssammansatt nationell styrgrupp för ALF som bland annat ska följa avtalets tillämpning och ta fram riktlinjer (15 §). I den nationella styrgruppen sitter maximalt 14 ledamöter, varav sju vardera för regioner respektive staten (15 §).

ALF-avtalet reglerar den ekonomiska ersättningen som utgår till regionerna när de medverkar i utbildning av läkare och klinisk forskning. Regionerna medverkar genom att ställa lokaler, personal och andra resurser till förfogande, vilket preciseras i regionala avtal (4 och 16 §§). För regionernas medverkan lämnar staten ersättning och denna ersättning ska användas för de kostnader som uppkommer vid medverkan i klinisk forskning och utbildning. Ersättningsnivån för år 2015 när avtalet tecknades var 72 337 kr per år och helårsstudent. Nivån bestäms årligen av de medel som anslås av riksdagen och för det antal helårsstudenter som riksdagen fastslår. Det finns också reglerat ett minimiantal helårsstudenter per universitet och år som staten förväntar sig att regionerna ska ta emot (6 §). Ersättningsbeloppen till regionerna räknas årligen om till löpande års prisnivå med beaktande av besparingar eller utgiftsminskningar som riksdagen beslutar för anslagen för universitet och högskolor (12 §). Regionen gör en ekonomisk och verksamhetsinriktad redovisning av hur ALF-ersättningen har använts fördelat på utbildning och forskning. Redo-

visningen ska tydliggöra hur ersättningen fördelas på lokalkostnader, lönekostnader och övriga kostnader (14 §).

ALF-avtalet reglerar också klinisk forskning. Det innebär forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad ohälsa (7 §). Regionerna ersätts för sin medverkan i sådan forskning och det sker med hjälp av en kvalitetsbaserad fördelningsgrund för en viss del av den årliga ersättningen för klinisk forskning (8 §).

Regionala avtal ska träffas mellan de sju regionerna samt de sju universiteten. Där ska bland annat organiseringen av utbildningen framgå liksom hur enheter som ska bedriva verksamhetsintegrerad utbildning av läkare ska utses. De regionala avtalen ska även reglera ett gemensamt ledningsorgan för samarbete mellan region och universitet på jämbördiga villkor samt prioritering och fördelning av ALF-ersättningen för utbildning av läkare och klinisk forskning (16 §). Avtalet kan sägas upp med en uppsägningstid på tre år, men staten kan omedelbart säga upp avtalet om en region inte åtgärdar konstaterade brister i universitetssjukvården (17 §).

De utbetalade beloppen för utbildning till läkare från ett lärosäte till en region under åren 2009–2021 uppgick till följande belopp tusentals kr.

Tabell 6.2 Utbetalade belopp från lärosäten till regioner under åren 2009–2021

Tusental kr

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Göteborgs universitet	103 892	129 185	132 127	134 222	138 234	146 875	144 781	155 607	160 682	166 645	168 167	172 168	178 273
Karolinska institutet	124 830	106 922	124 850	136 930	142 958	120 926	136 920	125 083	119 081	136 580	136 675	138 535	139 334
Linköpings universitet	57 636	60 559	65 212	70 684	76 809	65 905	69 178	70 777	73 583	82 861	85 897	90 458	92 513
Lunds universitet	83 772	89 201	91 852	95 961	101 466	98 465	106 525	108 241	110 782	111 850	113 403	117 204	119 985
Umeå universitet	74 181	80 990	85 542	123 832	128 145	129 796	131 531	135 029	138 740	142 733	143 145	147 453	147 221
Uppsala universitet	57 345	60 809	63 394	66 707	69 748	71 185	74 869	76 324	77 935	79 608	80 643	83 440	86 349
Örebro universitet							18 880	23 975	24 787	25 470	26 124	27 213	26 015

Tabellbilagan "Redovisning av anslaget för klinisk utbildning och forskning" i Högskoleverkets och Universitetskanslersämbetets årsrapporter för budgetåren 2009–2021. Redovisningen gäller anslaget för klinisk utbildning och forskning och är endast lärosätenas redovisade utbetalda ersättning för utbildning på grundnivå och avancerad nivå. Utbetalad ersättning för forskning och forskarutbildning ingår inte. Redovisningen för Göteborgs universitet och Umeå universitet för år 2021 inkluderar utbetalad ersättning för odontologisk utbildning och forskning å 86,9 miljoner kr respektive 74,5 miljoner kr.

ALF-medlen fördelas år 2023 till lärosätena enligt följande och med beaktande av antal helårsstudenter:

Tabell 6.3 Förändringar av anslagsnivån 2023–2025 för 2:66 Ersättningar för klinisk utbildning och forskning

Tusental kr

	2023	2024	2025
Anvisat 2022	2 769 954	2 769 954	2 769 954
Pris- och löneomräkning	38 403	116 988	184 640
Beslutade föreslagna och aviserade reformer	6 879	7 071	7 237
Förslag/beräknat anslag	2 815 236	2 894 014	2 961 832

Källa: Prop. 2022/23:1, utgiftsområde 16 s. 205 f.

Tabell 6.4 Fördelning av anslagsmedel 2023 för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF)

Tusental kr

Universitet	Ersättning för antal HST	Grundbelopp för forskning	Ersättning kvalitet i klinisk forskning	Summa
Uppsala universitet	88 869	183 253	30 965	303 113
Lunds universitet	110 896	301 495	79 231	491 622
Göteborgs universitet	105 110	318 203	103 766	527 079
Umeå universitet	95 333	164 153	35 994	295 479
Linköpings universitet	98 429	125 956	21 283	245 668
Karolinska institutet	143 081	419 878	115 804	678 762
Örebro universitet	29 822	64 058	7 207	101 086
Summa	671 566	1 576 994	394 248	2 642 809

Källa: Prop. 2022/23:1, utgiftsområde 16 s. 205 f. Ersättning per helårsstudent på läkarutbildningen utgör beloppet som omfattas av anslaget 2:66 Ersättningar för klinisk utbildning och forskning och beräknas för år 2023 till 81 481 kr.

Tabell 6.5 Läkarutbildning som omfattas av anslaget 2:66 Ersättningar för klinisk utbildning och forskning

Helårsstudenter

Universitet	2023	2024	2025
Uppsala universitet	1 091	1 091	1 091
Lunds universitet	1 361	1 361	1 361
Göteborgs universitet	1 290	1 290	1 290
Umeå universitet	1 170	1 170	1 170
Linköpings universitet	1 208	1 208	1 208
Karolinska institutet	1 756	1 756	1 756
Örebro universitet	366	366	366
Summa	8 242	8 242	8 242

Källa: Prop. 2022/23:1, utgiftsområde 16 s. 205 f.

ALF-medlen för grundutbildning respektive forskning följs inte nödvändigtvis åt. Socialstyrelsen har utvärderat universitetssjukvården i förhållande till ALF-avtalet och konstaterat att primärvårdens utbildningsuppdrag motsvarar omkring tio procent av ALF-medlen för grundutbildning, men står tillsammans med allmänmedicin för endast en till två procent av ALF-medlen för forskning.⁹⁵

Vetenskapsrådet har konstaterat problem när det gäller prioritering av klinisk forskning i hälso- och sjukvården. I utvärderingen av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet konstateras att forskningstid inte prioriteras tillräckligt i förhållande till vårdproduktion och därmed hindrar forskare och forskarstuderande att medverka i forskningsprojekt och kliniska prövningar. Många forskare och doktorander har en mycket begränsad forskningstid, ibland mindre än 20 procent av en heltidstjänst. Det kan därför ta avsevärd tid för kliniska doktorander att färdigställa avhandlingar och bli självständiga forskare och forskningen integreras inte i vården. Hälso- och sjukvårdens kvalitet påverkas också negativt.⁹⁶

Regeringskansliet har tillsatt en utredare som ska bistå Utbildningsdepartementet med att ta fram underlag inför en omförhandling av ALF-avtalet. Utredningens utgångspunkt är att staten och regionerna har ett gemensamt intresse och ansvar av att erbjuda klinisk forskning, utbildning och utveckling för att stärka hälso- och sjukvården i Sverige. Syftet är att långsiktigt säkerställa en klinisk utbildning av blivande läkare av hög kvalitet, en konkurrenskraftig klinisk forskning och en kunskapsbaserad utveckling av svensk hälso- och sjukvård.⁹⁷

Regionala ALF-avtal

Det finns sju regionala ALF-avtal som konkretiserar och utvecklar åtagandena enligt det centrala ALF-avtalet. Nedan följer en genomgång av dessa regionala avtal, som uppvisar ett flertal variationer sinsemellan.

Det regionala ALF-avtalet mellan Region Stockholm och Karolinska institutet är utformat för att ge goda möjligheter att vidareutveckla

⁹⁵ Socialstyrelsen (2018) s. 36.

⁹⁶ Vetenskapsrådet (2023 a) s. 21 f.

⁹⁷ Regeringens beslut den 26 augusti 2022.

samverkan mellan sjukvården i regionen och lärosätet.⁹⁸ Syftet är att tillsammans förbättra människors hälsa. Samverkan mellan Region Stockholm och Karolinska institutet organiseras på tre nivåer: ledningsnivå, sjukhusnivå och verksamhetsnivå (6 §). Avtalet reglerar verksamhetsförlagd utbildning för fler hälsoprofessioner än läkare. Samverkan på utbildningsområdet omfattar alla utbildningar inom Karolinska institutet med inriktning mot vården. Undervisningen i den verksamhetsförlagda utbildningen ska innefatta interprofessionella inslag för att uppnå examensmål och förbereda studenterna för arbete i komplexa verksamheter som kräver samarbete och samverkan mellan personal med olika kompetenser (1 §). Enligt avtalet tillförs medel för samverkan från staten genom ALF-medel för klinisk forskning och ALF-medel för utbildning av läkare. Därutöver ger lärosätet ersättning till regionen för vissa utbildningar enligt 16 §. Regionen anslår på motsvarande sätt för samverkan med lärosätet forsknings- och utvecklingsmedel för finansiering av klinisk forskning och åtaganden i klinisk utbildning (12 §). Karolinska institutet ersätter regionen för dess åtagande för verksamhetsförlagd utbildning inom program vid lärosätet för utbildning till arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, fysioterapeut, psykolog, psykoterapeut, röntgensjuksköterska, sjuksköterska, specialistsjuksköterska och tandhygienist med 1 510 kr per student och praktikvecka enligt 2015 års prisnivå. Beloppet räknas upp årligen till löpande prisnivå med beaktande av besparingar eller utgiftsminskningar som riksdagen beslutar om för nämnda anslag. Utbildningsrådet beräknar årligen den verksamhetsförlagda utbildningens omfattning enligt ovan uttryckt i antal praktikveckor och beräkningen samt ersättningen grundar sig på det antal dagar studenten genomgår verksamhetsförlagd utbildning (16 §).

Det regionala ALF-avtalet mellan Umeå universitet och Region Västerbotten från år 2022 gäller samarbete om utbildning, särskilt av läkare och tandläkare, klinisk medicinsk inklusive odontologisk forskning samt utveckling av hälso- och sjukvården och tandvården.⁹⁹ Samverkan omfattar läkar- och tandläkarutbildningarna och de medellånga utbildningarna med inriktning mot vård och hälsa, med därtill hörande relevanta forsknings- och utvecklingsområden, inklusive hantering av ALF- och TUA-medel för utbildning och forskning.

⁹⁸ Avtal mellan Stockholms läns landsting och Karolinska institutet.

⁹⁹ Regionalt avtal mellan Umeå universitet och Region Västerbotten om samarbete om utbildning, särskilt av läkare och tandläkare, klinisk medicinsk forskning (inklusive odontologisk forskning) samt utveckling av hälso- och sjukvården och tandvården av den 31 maj 2022.

Ett övergripande mål med samverkan är bland annat utbildning av hög kvalitet av läkare, tandläkare och andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, där utbildningarna ska leda till hög studentnytta. Norrlands universitetssjukhus och medicinska fakulteten vid Umeå universitet utgör navet för Norra sjukvårdsregionens samlade utveckling av klinisk forskning och utveckling. Parterna är överens om att stödja noderna för utbildning och klinisk forskning vid sjukhusen i Sunderbyn, Sundsvall och Östersund. Noderna är kopplade till Norrlands universitetssjukhus och Umeå universitet för att tillförsäkra kvalitet, effektivitet och konkurrenskraft. Ledningen sker på tre nivåer och på högsta nivå kan exempelvis fattas beslut om budget och medel från klinisk forskning till utbildning av läkare kan omfördelas (5 §). Det finns flera kommittéer, exempelvis en ALF-kommitté som på styrelsens uppdrag bereder frågor som rör ALF-medlens fördelning och redovisning. Kommittén beslutar också om nyttjande och tilldelning av ALF-medel inom ramen för budgeten (6 §). Därutöver finns ytterligare kommittéer som bland annat bereder frågor som rör samverkan inom övergripande utbildningsfrågor för utbildningar inom vårdområdet. För verksamhetsförlagd utbildning omfattar uppdraget samverkan för alla utbildningar. I en av kommittéerna bereds avtal om verksamhetsförlagd utbildning och det finns därför en operativ stab som bereder ärenden (8 §). Det högsta beslutande organet avgör vilka sjukvårdsenheter som upplåts åt medicinsk utbildning och forskning (12 §). Av resursskäl kan endast vissa delar av hälso- och sjukvården utgöra sådana enheter (16 §). Bland de krav som uppställs på sådana enheter kan nämnas att sjukvårdsenheten ska vara delaktig i det verksamhetsintegrerade lärandet enligt de pedagogiska riktlinjer som Umeå universitet har beslutat om. Kliniska handledare ska också ha den pedagogiska utbildning och den kompetens som föreskrivs i riktlinjerna och kvaliteten på den verksamhetsförlagda utbildningen ska utvärderas kontinuerligt (18 §). Region Västerbotten ansvarar för finansieringen av hälso- och sjukvårdens verksamhet och finansierar delvis resurser till bland annat verksamhetsförlagd utbildning. Umeå universitet tar finansiellt ansvar för utbildningen samt för klinisk forskning. Parterna förvaltar gemensamt tilldelade ALF-medel (21 §). Det finns även ett hängavtal till det regionala avtalet från år 2021 mot bakgrund av att läkarutbildningen vid Umeå universitet är regionaliserad och bedrivs på fyra studieorter. Förutom Umeå universitet och Region Västerbotten utgör också Region

Norrbotten, Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland avtalsparter. För att reglera hur ALF-medel hanteras på de olika studieorterna har ett hängavtal tillkommit. Av avtalet framgår att ALF-medlen för läkarprogrammet ska fördelas mellan studieorterna utifrån principer som överensstämmer med dem som tillämpas för grundutbildningen på läkarprogrammet. Studenterna ska tillförsäkras en likvärdig utbildning oavsett utbildningsort (3 §).¹⁰⁰

Det regionala ALF-avtalet mellan Lunds universitet och Region Skåne anger att läkarutbildningens verksamhetsförlagda utbildning utgår från tre utbildningsnoder: hälso- och sjukvårdsförvaltningarna Skånes universitetssjukvård i Lund och Malmö samt vid Skånevård Sund, Helsingborg.¹⁰¹ Alla enheter inom Region Skånes hälso- och sjukvård eller privata vårdgivare som bedriver vård enligt avtal med Region Skåne förbinder sig genom avtalet eller genom ackrediteringsunderlag att vid behov upplåta sina resurser för verksamhetsförlagd utbildning (3 §). Medicinska fakulteten ansvarar för Lunds universitets räkning för att göra en prioritering av de ALF-medel som riktas till forskning och utbildning. Medicinska fakulteten fastställer målen för kurserna som ingår i utbildningen och utifrån detta utarbetas kurs- och terminsbudget. Utbildningens innehåll prioriteras ytterst av medicinska fakulteten inom ramen för utbildningens budget. De prioriteringar som görs utgör underlag för ALF-tilldelning, som beslutas av parterna i sin respektive organisation (6 §). ALF-medlen ska i sin helhet användas till den prioriterade utbildningen, forskningen och i övrigt i enlighet med beslutad finansieringsplan. Parterna upprättar varje år en finansieringsplan över användningen av ALF-medel som fördelas bland annat på grundutbildning av läkare, övrig grundutbildning av logopeder, fysioterapeuter och sjukhusfysiker (7–8 §§). Fördelningen av medlen ska ske bara för de överenskomna ändamålen och verksamhetschefen ansvarar för att medlen bara används i enlighet med den överenskomna budgeten (11 §). ALF-medel får omfördelas för att täcka kostnader för grundutbildning av logopeder och sjukhusfysiker samt till praktikplatsfördelning för fysioterapeuter. Det ska då ske genom att fastställa en finansieringsplan (14 §).

¹⁰⁰ Hängavtal till regionalt ALF-avtal mellan Umeå universitet och Region Västerbotten.

¹⁰¹ Regionalt avtal mellan Lunds universitet och Region Skåne om samarbete om grundutbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Det regionala ALF-avtalet om läkarutbildning och forskning mellan Region Östergötland och Linköpings universitet från år 2015 reglerar uppdrag inom klinisk utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling samt spridning och implementering av ny kunskap inom hälso- och sjukvården.¹⁰² Avtalet reglerar också samverkan i universitetssjukvården, prioritering och fördelning av ALF-medel för läkarutbildningen samt klinisk forskning och utveckling (1§). Övriga sjukvårdshuvudmän i Sydöstra sjukvårdsregionen, Region Jönköpings län samt Region Kalmar län, har möjlighet att ansluta sig till avtalet (2 §). En ledningsgrupp för universitetssjukvård, forskning och utbildning utser verksamhetsenheter anpassade till studenternas lärande och träning där det exempelvis finns tillräckligt med patientunderlag, kapacitet och kompetens att tillhandahålla VFU-platser samt handledare och kompetens för forskarutbildning (3–5 §§). Region Östergötland medverkar i läkarutbildningen i enlighet med universitetets utbildningsmål genom överenskomna undervisningsinsatser, relevant träning och handledning av läkarstudenter. Det sker genom att enheten ska erbjuda klinisk utbildning av god kvalitet i enlighet med universitetets utbildningsmål som leds av kliniskt och pedagogiskt skickliga företrädesvis disputerade läkare enligt den medicinska fakultetens pedagogik och lärandemål, tillhandahålla en handledare åt varje student, lokaler samt tillträde till bibliotek och it-stöd. Universitetet ska tillhandahålla handledarutbildning och följa upp samt återkoppla gällande studentomdömen för placeringen (4 §). Parterna överenskommer om en gemensam beredning av ALF-anslagen för forskning respektive utbildning (7 §).

I det regionala ALF-avtalet mellan Örebro universitet och Region Örebro län från år 2015 regleras samarbete om utbildning till läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.¹⁰³ De övergripande målen med avtalet är en högkvalitativ klinisk forskning och utbildning inom samverkansområdet. Samverkan omfattar alla utbildningar som riktar sig till hälso- och sjukvården och alltså inte endast läkarutbildningen, även om ALF-medlen uteslutande är avsedda för verksamheter som bidrar till läkarutbildningens kvalitet och kvalitetsutveckling. Örebro universitet har det övergripande ansvaret för utbildningen och för att studenten når examens-

¹⁰² Regionalt avtal om läkarutbildning och forskning (RALF 2015) Östergötland.

¹⁰³ Regionalt samverkansavtal mellan Örebro universitet och Region Örebro län om samarbete om medicinsk utbildning och forskning samt utveckling av hälso- och sjukvården.

målen. För verksamhetsförlagd utbildning som förläggs till Region Örebro län sker planering, genomförande och kvalitetssäkring gemensamt av parterna (1 §). Samverkan organiseras på tre nivåer och på den högsta nivån beslutas hur enheter som ska medverka i verksamhetsförlagd utbildning för läkare utses både inom och utanför universitetssjukvården (2 §). Vidare finns ett ALF-utskott som ombesörjer frågor om klinisk forskning och läkarutbildningen. ALF-medel ska användas för att skapa en infrastruktur för att klara av åtaganden i anslutning till läkarutbildningen och främst ska de finansiera handledning. Klinikersättningen ska ligga i nivå med vad andra regioner ger i ersättning (3 §).

I det regionala ALF-avtalet mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs universitet om samarbete kring grundutbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården från år 2015 anges att parterna gemensamt ska främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete inom forskning, utbildning och utveckling.¹⁰⁴ Avtalet anger att regionen ska medverka i läkarutbildningen enligt utbildningsmålen och överenskomna utbildningsinsatser. Regionen ska tillhandahålla enheter inom hälso- och sjukvården som medverkar i verksamhetsintegrerat lärande anpassat för studenternas lärande och träning. Enheterna ska ge erforderliga resurser som exempelvis personal, handledare och lokaler. Handledarutbildning tillhandahålls av universitetet (p. 2). Enheterna ska tillhandahålla platser för verksamhetsintegrerat lärande på läkarprogrammet och enheterna där utbildningen bedrivs ska ha kombinationsanställda lärare. Regionanställda läkare som ska leda verksamhetsintegrerat lärande ska ha handledarutbildning. Enheten ska handleda studenter kontinuerligt. Det anges vidare att lärare som har ett övergripande utbildningsansvar för studenter på läkarprogrammet bör ha en förenad anställning (p. 1). Samverkan organiseras främst genom två organ som bland annat beslutar om enheter där verksamhetsintegrerat lärande ska genomföras och hur ALF-medel för undervisning ska fördelas (p. 3).

Det regionala ALF-avtalet mellan Uppsala universitet och Region Uppsala om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården från år 2015 anger att regionen ska tillhandahålla lokaler, personal och andra resurser för läkar-

¹⁰⁴ Regionalt avtal mellan Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen om samarbete kring grundutbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

utbildningen, som universitetet är huvudman för.¹⁰⁵ Kontinuerlig uppföljning och utvärdering ska ske utifrån de krav som universitetet har på klinisk handledning och utbildning samt att de blivande läkarna har klinisk erfarenhet (1 §). Samverkansorgan finns på tre nivåer (5 §). ALF-medel för utbildning ska främst finansiera handledning och färdighetsträning av läkarstuderande i öppen och sluten vård. Med handledning avses undervisning i nära anslutning till sjukvård, såsom journalgenomgångar, undervisningsronder och annan patientnära undervisning. Med färdighetsträning avses övning i praktiska sjukvårdsmoment eller bedömning av statusfynd och undersökningsresultat. Regionen åtar sig att tillhandahålla handledare, lokaler, inredning och utrustning samt övrig service för att genomföra verksamhetsförlagd utbildning. Regionen medger att regionanställd personal utöver handledning och färdighetsträning även kan delta i förberedd undervisning som föreläsningar och gruppundervisning och att särskilda undervisningsmottagningar med avgiftsfri sjukvård får inrättas (13 §). Regionen erhåller ersättning i två delar. En del avser verksamhetsförlagd utbildning och en del avser klinisk forskning, men medlen kan omfördelas från klinisk forskning till verksamhetsförlagd utbildning av parterna (12 §).

6.7.2 TUA-avtalet

Det finns även ett avtal om samarbete om grundutbildning av tandläkare, odontologisk forskning och utveckling av tandvården (TUA). Detta avtal ingick staten med Region Västra Götaland och Region Västerbotten år 2005.¹⁰⁶ Avtalets historik sträcker sig dock tillbaka till 1980-talet. TUA-avtalet liknar i väsentliga delar ALF-avtalet. Avtalet reglerar förutsättningar för samarbete i fråga om grundutbildning till tandläkare, odontologisk forskning och utveckling av tandvården. Avtalet reglerar även ersättning för regionernas åtagande i medverkan av tandläkarutbildning och kliniskt inriktad odontologisk forskning. Avtalets ändamål är att uppnå en bra tandläkarutbildning och forskning inom odontologiska ämnesområden med förankring i tandvårdsverksamheten. Avtalet innebär att samarbetet fördjupas och

¹⁰⁵ Regionalt avtal mellan Uppsala universitet och Landstinget i Uppsala län om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

¹⁰⁶ Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av tandläkare, odontologisk forskning och utveckling av tandvården.

vidgas inom utbildning, forskning och utveckling. Utöver TUA-medel förfogar parterna över resurser i form av statliga anslag till universitetet för exempelvis tandläkarutbildning och samarbetet omfattar även sådana resurser i den omfattning parterna regionalt avtalar om detta. Avtalet anger vidare att klinisk grundutbildning av tandläkare får bedrivas inom ramen för regionens hela tandvårdsorganisation och vid enheter inom denna organisation. Regionen tillhandahåller lokaler, personal och andra resurser för detta ändamål. Universitetet kan efter överenskommelse med regionen placera anställda och andra resurser vid vissa enheter inom tandvårdsorganisationen. Regionens åtaganden specificeras i de regionala avtalen och regionerna är berättigade till ersättning (1 §). Samverkan styrs genom ett gemensamt ledningsorgan som bland annat behandlar frågor av principiell betydelse gällande grundutbildningen av tandläkare (2 §). Ersättningen för den basorganisation som krävs för klinisk utbildning av tandläkare, såsom lokaler, personal och utrustning, uppgår till 30 miljoner kr för ett år. Därutöver ersätts regionens medverkan i grundutbildningen med 65 000 kr per år och helårsstudent (3 §).

Det regionala samverkansavtalet för TUA mellan Region Västerbotten och Umeå universitet är samma avtal som även gäller för ALF.¹⁰⁷ Det finns därutöver ett tillämpningsavtal som närmare reglerar TUA. I detta avtal anges att medicinska fakulteten är ansvarig för tandläkarutbildningens teoretiska och praktiska innehåll. Den kliniska handledningen och färdighetsträningen av tandläkarstuderande utförs av regionanställda tandläkare och assisterande personal (tandsköterskor) och för denna personal har regionen hela personalansvaret. Den regionanställda personalen står då de är verksamma i den kliniska utbildningen till den kursansvariges disposition. Arbetstiden inom ramen för den kliniska utbildningen omfattar handledningstid tillsammans med studenter i kliniska situationer, utvecklingsarbete till gagn för tandläkarutbildningen som disponeras av den kursansvarige och övrig tid som behövs för att fullgöra handledningsuppgiften men som inte nödvändigtvis involverar studenter.¹⁰⁸ Avtalet påverkar samarbetet mellan region och universitet och påverkar vilka förutsättningarna regionerna har att bedriva klinisk odontologisk forskning liksom

¹⁰⁷ Regionalt avtal mellan Umeå universitet och Region Västerbotten om samarbete om utbildning, särskilt av läkare och tandläkare, klinisk medicinsk forskning (inklusive odontologisk forskning) samt utveckling av hälso- och sjukvården och tandvården av den 31 maj 2022.

¹⁰⁸ Tillämpning av regionalt samverkansavtal och verksamhetsplan för TUA-kommittén (2014) s. 3.

kompetensförsörjning. Samverkansfrågor som rör tillämpningen av TUA-avtalet i Region Västerbotten hanteras av TUA-kommittén.

Det regionala avtalet mellan Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen gällande TUA reglerar parternas förutsättningar för att gemensamt främja tandvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete inom forskning, utbildning och utveckling. De medel som är avsedda för utbildning, utveckling och forskning ska styras genom prioriteringar i samförstånd och vara tydligt identifierbara. Inom ramen för universitetstandvården ska bland annat utbildning bedrivas som inkluderar kunskapstillämpning, kunskapsspridning och utveckling av tandvård. Utbildning och forskarutbildning ska hålla mycket hög kvalitet. Med hög kvalitet menas att enheten ska ha kombinationsanställda lärare och TUA-finansierade lärare. Det är också önskvärt att enheten har till universitetet adjungerade lärare. Lärare som har utbildningsansvar för studenter på tandläkarprogrammet bör ha kombinationsanställning. Enheten ska ha tillräcklig bemanning och ett tillräckligt och adekvat patientunderlag för att kunna genomföra klinisk odontologisk utbildning (p. 1). Avtalet anger vidare att båda parter gemensamt ansvarar för utformning och genomförande av verksamhetsförlagd utbildning och att regionen medverkar i tandläkarutbildningen i enlighet med utbildningsmål och överenskomna undervisningsinsatser. Regionen tillhandahåller enheter inom folktandvården som medverkar i verksamhetsförlagd utbildning anpassad för studenternas lärande och träning. Enheterna ska ha tillräckliga resurser och universitetet tillhandahåller handledarutbildning samt följer upp återkopplade studentomdömen (p. 2).¹⁰⁹

TUA-medlen fördelas enligt följande och med beaktande av följande antal helårsstudenter:

¹⁰⁹ Regionalt avtal mellan Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen om samarbete kring utbildning inom det odontologiska området, odontologisk forskning och utveckling av tandvård.

Tabell 6.6 Fördelning av anslagsmedel 2023 för grundutbildning av tandläkare, odontologisk forskning och utveckling av tandvården (TUA)

Tusental kr

Universitet	Ersättning för antal HST	Ersättning för forskning och basorganisation	Summa
Göteborgs universitet	38 985	50 063	89 048
Umeå universitet	30 182	46 159	76 341
Summa	69 166	96 222	165 389

Källa: Prop. 2022/23:1, utgiftsområde 16 s. 206 f. Ersättning per helårsstudent på tandläkarutbildningen som omfattas av anslaget 2:66 Ersättningar för klinisk utbildning och forskning beräknas för 2023 till 83 838 kr.

Tabell 6.7 Tandläkarutbildning som omfattas av anslaget 2:66 Ersättningar för klinisk utbildning och forskning

Helårsstudenter

Universitet	2023	2024	2025
Göteborgs universitet	465	465	465
Umeå universitet	360	360	360
Summa	825	825	825

Källa: Prop. 2022/23:1, utgiftsområde 16 s. 206 f.

6.7.3 ULF-avtalet

Fram till år 2003 reglerades ersättning för praktikplatser för den dåvarande lärarutbildningen genom ett avtal mellan staten och dåvarande Kommunförbundet. Efter lärarutbildningsreformen år 2001 fördes förhandlingar om att nå en ny överenskommelse mellan parterna, men mot bakgrund av skol- och högskoleväsendets decentraliserade karaktär avstod parterna från att ingå ett nytt avtal. I stället kom avtalen om verksamhetsförlagd utbildning att tecknas på lokal nivå.¹¹⁰ Utredningen om en ny lärarutbildning framhöll i sitt betänkande att det vore viktigt att teckna formella avtal mellan lärosäte och huvudmän med en tydlig ansvarsfördelning. Utredningen förordade en ny central överenskommelse tecknad av Sveriges universitet- och högskoleförbund respektive Sveriges Kommuner och Regioner samt Friskolornas riksförbund. Staten skulle då kunna ersätta huvudmännen med ett schablonbelopp beräknat på viss procent av helårsomsättningen per studerande och plats. Schablonbeloppet för sjuksköterskestuden-

¹¹⁰ SOU 2008:109 s. 397 f.

ter ansågs lämpligt att ta som utgångspunkt.¹¹¹ Förslaget genomfördes dock inte.

En avtalsmodell för praktikhälsa forskning om och med skolväsendet

Avtalet Utbildning, lärande och forskning (ULF) är ett resultat av en försöksverksamhet under åren 2017–2021. Regeringen genomförde försöksverksamheten för att pröva och utveckla modeller som kan stärka praktikhälsa forskning och som kan lägga grunden för stabila samverkanstrukturer mellan personer verksamma i skolväsendet respektive på universitet och högskolor. Försöksverksamheten syftade alltså till att stärka skolväsendets och lärar- respektive förskollärarytbildningarnas vetenskapliga grund. Regeringen ansåg att kunskaper och erfarenheter från ALF-avtalet skulle tas tillvara när försöksverksamheten utformades. Modeller för samverkan om praktikhälsa forskning mellan skolhuvudmän och högskolor var tänkta att prövas och utvecklas.¹¹² I budgetpropositionen för år 2017 motiverades försöksverksamheten med att utbildningen inom skolväsendet enligt skollagen ska vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. En hållbar och omfattande samverkan mellan utbildning, fortbildning och forskning är därför avgörande för lärar- och förskolläraryrkenas utveckling. Försöksverksamhetens syfte var att pröva och utveckla modeller för samverkan om praktikhälsa forskning mellan skolhuvudmän och lärosäten med tillstånd att utfärda lärar- eller förskolläraryrkenexamen. Modellerna var tänkta att stärka utvecklingen av skolväsendet och undervisningen, öka kvaliteten på den praktikhälsa forskningen och eventuellt möjliggöra nya former av kombinationstjänster som skulle göra en tänkbar forskarkarriär intressant ur ett lärar- och förskolläraryrkesperspektiv. Fram till år 2019 avsattes 30 miljoner kr för försöksverksamheten.¹¹³

Fyra lärosäten visade intresse för att delta i försöksverksamheten: Uppsala universitet, Göteborgs universitet, Umeå universitet samt Karlstads universitet. Regeringen uppdrog åt dem att planera och genomföra försöksverksamheten gällande modeller för långsiktig samverkan mellan universitet och högskolor respektive huvudmän

¹¹¹ SOU 2008:109 s. 402 f.

¹¹² Prop. 2016/17:50 s. 105 f.

¹¹³ Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 16 s. 211.

inom skolväsendet kring praktikinära forskning. Syftet var att stärka den vetenskapliga grunden i lärar- och förskollärarytbildningarna samt i skolväsendet. Försöksverksamheten skulle fortlöpande dokumenteras och utvärderas och dokumentation samt utvärderingar spridas på ett lättillgängligt sätt. Uppdraget skulle delredovisas år 2018 och sedan årligen redovisas till och med år 2021. Regeringen anförde att det är angeläget att universitet som bedriver forskning av betydelse för skolväsendet och skolhuvudmän tillsammans ges möjlighet att bedriva forskning. En närmare koppling mellan lärarutbildningen och förskollärarytbildningen respektive skolans och förskolans verksamhet kan möjliggöra att forskningsfrågor formuleras och forskningsresultat får större spridning. Att som lärare och förskollärare få arbeta med forskning i sin anställning kan också öka yrkenas attraktivitet.¹¹⁴

De fyra ansvariga universiteten skulle enligt regeringens beslut bjuda in andra universitet och högskolor med intresse av att delta i försöksverksamheten. Varje universitet eller högskola skulle knytas till ett av de fyra ansvariga universiteten med önskemål om geografisk spridning. Försöksverksamheten skulle utformas och genomföras i samverkan mellan ansvariga universitet, deltagande universitet och högskolor samt skolhuvudmän. Varje universitet och högskola skulle samverka med flera skolhuvudmän. Det skulle vidare finnas en variation bland skolhuvudmännen med avseende på exempelvis storlek, geografiskt läge, skolform och årskurser. Försöksverksamheten skulle planeras och genomföras på ett sådant sätt att olika typer av modeller för långsiktig samverkan kunde prövas i försöksverksamheten. Skolhuvudmännens deltagande var frivilligt i enlighet med överenskommelser eller avtal med ett av de fyra ansvariga universiteten. Några exempel på komponenter i modellerna som nämndes av regeringen var olika typer av avtal för kombinationsanställningar, former för lärares och förskollärares deltagande, handledning, kurser, arrangemang för datainsamling, verksamhetsförlagd utbildning och examensarbeten.¹¹⁵

Försöksverksamheten samordnades med utgångspunkt i en avsiktsförklaring som låg till grund för genomförandet och dialoger om samverkan, som förankrats hos skolhuvudmännen genom Sveriges Kommuner och Regioner samt Friskolornas riksförbund. Det bildades en

¹¹⁴ Regeringens beslut den 9 mars 2017.

¹¹⁵ Regeringens beslut den 9 mars 2017.

samordningsgrupp med företrädare för de fyra ansvariga lärosätena som även hade ledningsansvar för lärarutbildningen vid respektive lärosäte. Samordningsgruppen skapade även en webbplats.¹¹⁶

Utöver samordningsgruppen skapades fyra noder, var och en organiserad runt ett av de fyra lärosätena. Noderna hade geografisk spridning och olika inriktning vad gäller arbetssätt, organisation och modeller. Till respektive nod knöts sedan ytterligare 25 lärosäten och ett stort antal huvudmän. Lärosätena som deltog fick frivilligt anmäla sitt intresse och delta om man hade de förutsättningar som krävdes för att utveckla samverkansmodeller, var beredd att medfinansiera verksamheten och beredd att ingå avtal med skolhuvudmän som man samverkade med kring den verksamhetsförlagda utbildningen. I Uppsala-noden ingick nio lärosäten: Högskolan i Gävle, Kungliga Musikhögskolan, Kungliga Tekniska högskolan, Linnéuniversitetet, Lunds universitet, Malmö universitet, Stockholms universitet, Södertörns högskola och Uppsala universitet. I Göteborgs-noden ingick sex lärosäten: Chalmers tekniska högskola, Gymnastik- och idrotts-högskolan, Göteborgs universitet, Högskolan i Borås, Högskolan Kristianstad samt Stiftelsen Högskolan i Jönköping. I Umeå-noden ingick sex lärosäten: Högskolan Dalarna, Luleå tekniska universitet, Mittuniversitetet, Mälardalens högskola, Umeå universitet och Örebro universitet. I Karlstad-noden ingick fyra lärosäten: Högskolan i Halmstad, Högskolan Väst, Karlstads universitet och Linköpings universitet. Samverkan mellan lärosätena och skolhuvudmännen reglerades genom lokala avtal om bland annat varje parts åtaganden, sammansättningen av ett ledningsorgan samt prioriteringar och fördelning av medel.¹¹⁷

Försöksverksamheten kretsade alltså kring praktisknära forskning. Frågan om verksamhetsförlagd utbildning reglerades inte. Bakgrunden var att det bedömdes ha blivit svårt för noderna att kanalisera de ekonomiska medlen till rätt aktör. Avtal om verksamhetsförlagd utbildning träffades i stället på regional nivå och avtalens strukturer utgick från geografiska förhållanden. ULF-avtalet inkluderade inte någon ersättning till studenter för eventuella merkostnader i samband med verksamhetsförlagd utbildning. ULF-avtalet inkluderade inte heller satsningar på exempelvis studierektorer, då en sådan struktur redan fanns.

¹¹⁶ ULF-avtal (2023 a).

¹¹⁷ SOU 2018:19 s. 48 f.

Flera utredningar om avtalsmodeller för praktiktäna forskning

Parallellt med försöksverksamheten pågick även utredningen Ökad samverkan kring praktiktäna forskning för stärkt vetenskaplig grund i skolväsendet.¹¹⁸ Utredningen lyfte fram försöksverksamhetens betydelse för att öka kvaliteten av lärandet i utbildningssystemet men föreslog i sitt betänkande att försöksverksamheten borde få ett förtydligt uppdrag i ett flertal avseenden. Bland annat handlade det om att utveckla metoder för att initiera och precisera forskningsfrågor i samverkan mellan parter, att utveckla forskningsmiljöer och finansieringsmodeller hos lärosäten och skolhuvudmän, att utveckla former för fördelning av arbetstid för forskare respektive lärare eller förskollärare och synliggöra olika inriktningar inom praktiktäna forskning. Därutöver borde verksamhetsförlagd utbildning på lärar- och förskollärarytbildningen utvecklas så att den förbereder den blivande läraren eller förskolläraren i att använda och förstå hur systematiskt kvalitetsarbete och forskning kan användas för förbättring av praktiken i skolan eller förskolan. Rollen som handledare inom verksamhetsförlagd utbildning borde också utvecklas till att omfatta forsknings- och utvecklingsprojekt och seminarier för att bygga forskningsmiljöer i skolverksamheten.¹¹⁹

Också 2015 års skolkommission behandlade frågan om avtalsmodeller för att främja praktiktäna forskning. Utredningen anförde att hälso- och sjukvårdsområdet ofta ses som en förebild för skolområdet vad gäller utvecklingen av en vetenskaplig grund för verksamheten. Viktiga komponenter för detta är disputerade lärare och deras möjlighet att bedriva forskning i anslutning till den kliniska verksamheten, som skett i samverkan med lärare och forskare vid lärosäten som bedriver lärarytbildning. Stora delar av studenternas utbildning är förlagd till sjukhusmiljö och oftast är även doktorander, forskare och lärare vid berörda lärosäten yrkesverksamma. Skolkommissionen anförde vidare:

En central förutsättning för att detta har varit möjligt är dessa s.k. ALF-avtal. Ett motsvarande avtal, eller annan konstruktion med likartade konsekvenser, inom skolområdet skulle kunna lägga en ny grund för kunskapsutvecklingen inom skola och lärarytbildningar, baserad på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Ett sådant avtal skulle kunna möjliggöra för verksamma lärare och förskollärare med licentiat-

¹¹⁸ Dir. 2017:27.

¹¹⁹ SOU 2018:19 s. 141 ff.

eller doktorsexamen att fortsätta forska och aktivt delta i forskningsprojekt, och därmed bidra till kunskaps- och verksamhetsutveckling. I dag prioriterar forskarutbildade lärare många gånger anställning vid högskola eller universitet då goda möjligheter att fortsätta sin forskning sällan erbjuds i skolverksamheten. Vidare har lärarutbildningarna behov av forskning som genomförs av disputerade lärare i skolverksamheter, dels för att utveckla ny kunskap, dels för att sprida forskningsresultat inom skolområdet. Kombinationsanställningar kan bidra till en samverkan mellan skola och lärosäten genom att koppla undervisning och forskning närmare varandra. Ett nationellt avtal skulle kunna slutas mellan staten, som ansvarig för lärarutbildningarna, och företrädare för skolhuvudmän. Denna nationella överenskommelse skulle sedan kompletteras med lokala avtal mellan lärosäten med forskning, grund- och forskarutbildning och huvudmän med anställda lektorer samt skolenheter där verksamhetsförlagd utbildning sker. Kommissionen förordar en sådan modell för skolans område, och ser därför positivt på den av regeringen aviserade försöksverksamheten gällande samverkan mellan lärosäten och skolhuvudmän, liknande det ALF-avtal som finns inom hälso- och sjukvårdsområdet (prop. 2016/17:50).¹²⁰

Vidare anförde skolkommissionen apropå försöksverksamheten att också andra samverkansmodeller mellan lärosäten och skolhuvudmän utvärderas och att erfarenheter tas tillvara i utvecklingsarbetet gällande praktikinära forskning. Modellerna borde stärka utvecklingen av skolväsendet och undervisningen, öka kvaliteten på den praktikinära forskningen och eventuellt skapa nya former av kombinationstjänster som skulle göra en möjlig forskarkarriär mer intressant för lärare. Mot denna bakgrund ansåg kommissionen att det vore gynnsamt om modellerna även kunde inkludera samverkan om verksamhetsförlagd utbildning. Kommissionen ansåg att skolor där det finns verksamma förstelärare och lektorer som är delaktiga i verksamhetsförlagd utbildning genom sådana modeller skulle kunna utvecklas till dynamiska miljöer av möten mellan forskning och grundutbildning.¹²¹

Försöksverksamhetens resultat

Försöksverksamheten med praktikinära forskning blev så pass framgångsrik att den nu har permanentats. Det finns behov av långsiktig och hållbar samverkan mellan lärarutbildningen och skolhuvudmän för att främja forskningens förutsättningar, kompetensförsörjningen

¹²⁰ SOU 2017:35 s. 167 f.

¹²¹ SOU 2017:35 s. 168.

inom lärarutbildningen samt professionens kompetens. Etablerade strukturer för samverkan ger också en grund för andra samarbeten såsom verksamhetsförlagd utbildning, examensarbeten och professionsutveckling. Enligt utvärderingen från 2018 hade samtliga 25 lärosäten som deltagit slutit avtal kring samverkan med en eller flera skolhuvudmän och ULF-avtal hade slutits mellan lärosäten och skolhuvudmän. Samverkan hade anpassats efter lokala och regionala behov. Forskning, utveckling och delade anställningar hade blivit föremål för samverkan och gett ömsesidig växelverkan. Regeringen bedömde att satsningen har stora möjligheter att utvecklas ytterligare och beslöt därför att tillskjuta ytterligare medel samt låta verksamheten fortsätta, så att fler skolhuvudmän kan delta och samarbetsavtalen kan bli mer långsiktiga.¹²² I budgetpropositionen för 2021 ökade de avsatta medlen för praktiktäna skolforskning.¹²³

I slutredovisningen av försöksverksamheten med praktiktäna forskning anfördes angående infrastruktur att ULF-verksamheten behöver formaliserade samarbeten mellan lärosäten och huvudmän på nationell, regional och lokal nivå som kan säkra kontinuitet och långsiktigt hållbara miljöer som kan underlätta för forskningssatsningar och medelsfördelning. Formaliserade samarbeten avser avtal, gemensamma ledningsorganisationer och mötesplatser. I slutredovisningen föreslogs att det tecknas ett ULF-avtal mellan staten och huvudmännen för åren 2025–2035. Avtalet bör ange övergripande målsättningar, ansvarsfördelning gällande organisation och finansiering samt inrättandet av en nationell samordningsgrupp med företrädare för lärosäten och huvudmän. Den nationella samordningsgruppen bör ha en aktiv dialog med företrädare för intressenter och ansvara för att följa upp verksamheten nationellt och i noderna. Ett nationellt ULF-kansli bör inrättas för samordning och bereda ärenden åt Nationella samverkansgruppen. Vidare föreslogs att fem i stället för fyra noder inrättas och att den primära indelningsgrunden är befintliga överenskommelser om lärosätessamverkan som till stor del utgår från geografi. Samarbetet föreslogs bli formaliserat genom överenskommelser mellan lärosäten i noden. Varje nod borde också enligt förslaget inrätta ett gemensamt ledningsorgan som består av företrädare för ingående lärosäten, huvudmän och studenter, och som leder det strategiska arbetet samt etablerar ett ULF-kansli för samordning av det

¹²² Prop. 2020/21:60 s. 112, bet. 2020/21:UjU16, rskr. 2020/21:254.

¹²³ Prop. 2020/21:1, utgiftsområde 16 s. 108.

operativa arbetet inom noden. Varje nod borde också fastställa gemensamma målsättningar och processer för ULF-verksamheten och fördela medel för aktiviteter. Erfarenheterna från noderna var att de underlättat för lärosäten och huvudmän att utbyta erfarenheter, dela kompetenser, samordna lärosätenas och huvudmännens verksamheter samt att de stärkt det regionala samarbetet. Eftersom noderna samlar universitet och högskolor av olika slag och storlekar ansågs modellen också främja jämlikhet.¹²⁴ I synnerhet mindre kommuner har framhållit förtjänsterna med ULF-avtalet. ULF-avtalet har också visat sig vara betydelsefullt för att främja kombinationstjänster som gör det lönsamt att vara handledare och för att vetenskap bättre ska kunna nyttiggöras i den praktiska skolverksamheten. En erfarenhet som också gjorts gällande ULF-avtalet gäller vikten av möjlighet till omställning vad gäller dimensioneringen av studieplatser för att fånga upp välmeriterade studenter som söker till lärarutbildningarna.

I budgetpropositionen för år 2023 ökade de avsatta medlen för praktisk skolforskning. Anslaget uppgår till 36 043 000 kr per år för åren 2023–2025. Regeringen bemyndigades också att under 2023 för anslaget praktisk skolforskning ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 72 100 000 kr åren 2024–2026.¹²⁵

Ett centralt ULF-avtal för perioden åren 2025–2034 mellan staten, Sveriges Kommuner och Regioner, Friskolornas Riksförbud och Idéburna skolors riksförbund förhandlas för närvarande. Ett förslag till ett nytt nationellt ULF-avtal utarbetat av företrädare för högskolorna och skolhuvudmännen lämnades till regeringen i juni 2023.¹²⁶

6.8 Mobilitet och kompetenshöjande forskningssatsningar inom omvårdnad

Ett sätt att åstadkomma en högre grad av mobilitet kan vara att i högre utsträckning möjliggöra förenade anställningar och andra kombinationstjänster för sjuksköterskor som är yrkesverksamma och även verksamma inom forskning. Förenade anställningar innebär att en högskola med medgivande av en sjukvårdshuvudman får besluta att

¹²⁴ Nationella samordningsgruppen för ULF (2021) s. 31 f.

¹²⁵ Prop. 2022/23:1, utgiftsområde 16 s. 84 f.

¹²⁶ ULF-avtal (2023 b).

en anställning som professor eller lektor vid högskolan ska vara förenad med en anställning som specialistutbildad läkare eller tandläkare eller med en annan anställning än som läkare vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning. Den enskilde betraktas som anställd både hos universitetet och hos vårdgivaren. Detta följer av 3 kap. 8 § högskolelagen (1992:1434) och 4 kap. 2 § högskoleförordningen (1993:100).

Det är fortsättningsvis ovanligt att sjuksköterskor har förenade anställningar. Nationella vårdkompetensrådet undersökte förekomsten av förenade anställningar under åren 2018–2020. Endast vid fyra lärosäten var det relativt vanligt att utlysa förenade anställningar för sjuksköterskor och andra än läkare. Av totalt 206 utlysta förenade anställningar avsåg 23 sjuksköterskor, varav sex professurer. På vissa lärosäten förekommer också liknande anställningsformer som kallas delad eller kombinerad anställning och innebär att specialistsjuksköterskor är anställda vid ett lärosäte, men har en del av arbetstiden förlagd till exempelvis en region. Villkoren kan därmed variera och transparensen vara sämre jämfört med förenade anställningar, vars förutsättningar regleras i lag.¹²⁷

År 2022 var antalet anställda inom forskning och undervisning med forskarexamen i hälsovetenskaper 1 394. Av dessa var 1 071 kvinnor och 323 män.¹²⁸

Under höstterminen 2022 fanns totalt 275 doktorander inom omvårdnad i Sverige. Av dessa var 233 personer eller 85 procent kvinnor och 42 personer eller 15 procent män.¹²⁹ Under åren 2012–2022 disputerade 1 175 doktorander inom hälsovetenskaper, varav 391 doktorander i omvårdnad. Som jämförelse kan nämnas att 1 443 doktorander under samma period disputerade i klinisk medicin och 828 i medicinska och farmaceutiska grundvetenskaper.¹³⁰

Forskarskolor utgör sedan lång tid tillbaka ett verktyg som ofta används för att stimulera fler forskarutbildade lärare samt mer forskning eller stärkta forskningsområden. Vanligtvis har ett forskningsråd fått i uppdrag av regeringen att uppdra åt minst två lärosäten att i samverkan med ytterligare lärosäten inrätta en forskarskola. Detta har ibland inneburit en särskild satsning på kompetenslyft inom forskning riktad till särskilda yrkeskategorier.

¹²⁷ SOU 2018:77 s. 491 f.

¹²⁸ Universitetskanslersämbetet (2023 e).

¹²⁹ Universitetskanslersämbetet (2023 f).

¹³⁰ Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVa).

Ett sådant exempel är forskarskolan för yrkesverksamma inom socialtjänsten (FYS) med nationellt intag. Forte fick i uppdrag från Utbildningsdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner att uppdra åt Malmö respektive Lunds universitet att i samverkan med Göteborgs universitet och Linnéuniversitetet inrätta forskarskolor med syfte att få yrkesverksamma socionomer att nå licentiatexamen. Forskarskolan fick 87 miljoner kr i projektfinansiering från Fortes medel för tillämpad välfärdsforskning, vilket omfattade att 30 yrkesverksamma socionomer inom socialtjänsten under åren 2019–2021 på halvtid skulle kunna studera till licentiatexamen. Som motivering till inrättandet av forskarskolan anfördes att den offentligt finansierade socialtjänsten utgör en viktig del av det svenska välfärdssystemet, men att många utredningar konstaterat stora kunskapsluckor hos socialtjänsten samt att det behövs forskning för att förbättra kunskapsläget. Projektet skulle vara en stor och långsiktig satsning på kunskapsuppbyggnad inom socialtjänsten och stärka den praktiska forskningen, socialtjänstens forskningsanknytning och samverkan mellan högskola och socialtjänst.¹³¹

Det finns i nuläget ett flertal forskarskolor i Sverige inom ramen för hälsovetenskap, vårdvetenskap och omvårdnad. Vissa av dessa forskarskolor har nationellt intag och andra är lokala vid olika universitet. Vid Karolinska institutet finns exempelvis en forskarskola i hälsovetenskap, vars övergripande mål är att stärka den vårdvetenskapliga utbildningen på forskarnivå och stimulera vårdforskning av hög kvalitet med nära anknytning till vården samt att bidra till rekryteringsbasen av forskarutbildade personer. De doktorander som antagits har olika yrkesbakgrund, men de flesta inom vårdområdet och de flesta i egenskap av sjuksköterskor. Doktoranderna delfinansieras av Karolinska institutets fakultetsmedel under fyra år.¹³² Mälardalsområdets forskarskola i vårdvetenskap utgör ytterligare ett exempel och är ett samarbete mellan Karolinska institutet, Uppsala universitet, Mälardalens universitet och Sophiahemmet högskola. Den finansieras av Vetenskapsrådet och utgör en satsning på forskarskolor för lärare inom hälso- och sjukvårdsutbildningar. Totalt elva doktorander får delfinansiering via forskarskolan. Anslaget ska användas till doktorandlön som motsvarar ungefär 60 procent av fyra års heltidsstudier. För att stimulera till lärarförsörjningen inom de olika hälso-

¹³¹ Forskarskolan för yrkesverksamma i socialtjänsten.

¹³² Forskarskolan i hälsovetenskap.

professionsprogrammen anmodas lärosätena att erbjuda doktoranderna undervisning upp till 20 procent av en heltid, varvid forskarutbildningen kan utökas till fem år.¹³³ Ytterligare en forskarskola finns vid Göteborgs universitet som riktar sig till lärare inom hälso- och sjukvårdsutbildningar. Vid Umeå universitet finns bland annat en nationell forskarskola i allmänmedicin, som startade med ett anslag på 15 miljoner kr från Vetenskapsrådet och omfattade 50 doktorander. Forskarskolan finansieras numera med andra medel.

¹³³ Mälardalsområdets Forskarskola i Vårdvetenskap.

7 Ett nationellt it-stöd

Utredningens analys av hinder visar att avsaknaden av ett nationellt it-stöd försvårar ett effektivt nyttjande av tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning. Ett för lärosätena gemensamt nationellt it-stöd är en viktig utbildningsstödjande struktur som de många aktörerna inte kan etablera var för sig. I detta kapitel föreslår utredningen därför att ett nationellt it-stöd bör utvecklas för att möjliggöra ett effektivare nyttjande av befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning samt underlätta och effektivisera administrationen av verksamhetsförlagd utbildning. Vidare föreslås att regeringen bör se över ansvarsfördelningen och samordningen för it-stöd avseende utbildning och forskning inom universitets- och högskolesektorn i syfte att skapa en ändamålsenlig organisering som lägger grunden för moderna och säkra lösningar och ett effektivt nyttjande av resurserna för it.

7.1 Ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning bör utvecklas

Förslag: Regeringen bör ge Universitets- och högskolerådet i uppdrag att utveckla ett nationellt it-stöd för planering och samordning av platser för verksamhetsförlagd utbildning. It-stödet bör utvecklas och implementeras för samtliga högskoleutbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet, men i ett första steg för sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningarna. På längre sikt kan it-stödet omfatta även andra högskoleutbildningar med praktik, till exempel lärarutbildningarna.

Regeringen bör även tillskjuta tidsbegränsade finansiella medel för utvecklingskostnaden i syfte att främja en hög anslutningsgrad och därigenom maximera den nationella nyttan. It-stödet bör vara frivilligt att ansluta sig till. För lärosäten och vårdgivare

som väljer att ingå i VULF-avtal bör det dock vara obligatoriskt att, som ett minimum, rapportera viss statistik om verksamhetsförlagd utbildning via it-stödet. När it-stödet har tagits i drift bör lärosätena stå för den löpande finansieringen och systemet tillhandahållas kostnadsfritt för hälso- och sjukvården. Lärosätenas kostnader för förvaltningen av it-stödet finansieras lämpligen med de medel som utredningen föreslår ska tillskjutas via VULF-avtalet för att stärka de utbildningsstödande strukturerna inom hälso- och sjukvården.

Bedömning: Ett nationellt it-stöd effektiviserar nyttjandet av tillgängliga platser, bidrar till kvalitetssäkring och kan minska den manuella administrationen av placeringar och platser. Det kan också bidra med kunskapsunderlag för planering av och beslut om verksamhetsförlagd utbildning genom lokala, regionala och nationella översikter över bland annat tillgång och efterfrågan på platser för verksamhetsförlagd utbildning. Ju fler lärosäten, utbildningar och verksamheter som kan använda it-stödet, desto större blir nyttan, både verksamhetsmässigt och ekonomiskt.

Universitets- och högskolerådet är inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning för it inom universitets- och högskolesektorn den myndighet som är bäst lämpad att ansvara för utveckling och förvaltning av ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning. Nyttan med ett nationellt it-stöd ökar med hög anslutningsgrad, varför utredningen anser att det är viktigt att den ekonomiska tröskeln för lärosäten och vårdgivare att ansluta till it-stödet är låg.

För att underlätta för både lärosäten och vårdgivare bör det nationella it-stödet omfatta samtliga hälso- och sjukvårdsutbildningar med verksamhetsförlagd utbildning. Av praktiska skäl kan it-stödet lämpligen utvecklas stegvis med sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningen i ett första steg. För att om möjligt minska det totala antal system som lärosätena använder bör det undersökas om behoven kring hantering av verksamhetsförlagd utbildning även i andra högskoleutbildningar kan samordnas med vårdutbildningarnas behov. Även behandlingen av personuppgifter utifrån dataskyddsbestämmelserna bör utredas närmare. Detta sker lämpligen i en fördjupad förstudie.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

Brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning är ett av de största hindren mot den önskade och av regeringen genom mål för antalet examina beslutade utbyggnaden av sjuksköterskeutbildningen.¹ Fler platser behövs även för att kunna uppfylla kravet på klinisk utbildning i yrkeskvalifikationsdirektivet, oavsett om utbildningen byggs ut eller inte. Utöver att tillskapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet i fler hälso- och sjukvårdsverksamheter är det viktigt att använda den nuvarande nationella tillgången på platser på effektivast möjliga sätt.

Bättre matchning av utbud och efterfrågan

I utredningens många möten och andra kontakter med lärosäten, sjukvårdshuvudmän och vårdgivare, har det framkommit att det vid en och samma tidpunkt, kan råda brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning i en lokal geografi och finnas tillgängliga platser som inte används i andra områden. Dagens drygt 130 lokala avtal för verksamhetsförlagd utbildning innebär en geografisk inlåsning som utmanas av att utbildningar ges i större geografiska områden, såsom distansutbildningar och regionaliserade vårdutbildningar, där studenterna inte befinner sig på lärosätesorten. Universitetskanslersämbetet konstaterar i en rapport att verksamhetsförlagd utbildning utgör en särskild utmaning för distansutbildningar, då det oftast finns en geografisk koppling mellan lärosätets lokalisering och var platser erbjuds, samtidigt som distansstudenter vanligtvis vill genomföra sin verksamhetsförlagda utbildning nära hemorten.² Samtidigt har Nationella vårdkompetensrådet noterat att det finns svårigheter att nyttja platser för verksamhetsförlagd utbildning i kommunal hälso- och sjukvård och att studenter inte alltid genomför verksamhetsförlagd utbildning i kommunal verksamhet, trots att det finns lediga platser.³ Det visar på behovet av att förbättra den nationella matchningen av utbud och efterfrågan på platser för verksamhetsförlagd utbildning.

Att utöka det geografiska området för verksamhetsförlagd utbildning och flytta fler vårdutbildningar och utbildningsmoment till

¹ Riksrevisionen (2021) s. 26, 37, Sveriges Kommuner och Regioner (2023 b) s. 14 och Valfärds-kommissionens slutredovisning (2021) s. 29. Se även betänkandets avsnitt 2.2.5.

² Universitetskanslersämbetet (2022 a).

³ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022 b).

exempelvis landsbygd är även en av de åtgärder som Nationella vårdkompetensrådet föreslår i sin kompetensförsörjningsplan för primärvården.⁴ Lärosätenas behov av att samverka med vårdgivare utanför området för de lokala avtalen för verksamhetsförlagd utbildning kommer i så fall att öka.

Ett gemensamt it-stöd skulle ge lärosätena en nationell lägesbild av tillgången på platser, och därigenom kunna förbättra matchningen av utbud och efterfrågan. Detta behöver dock inte innebära en nationellt styrd fördelning av platserna. I regel finns skäl till att eftersträva en geografisk närhet mellan lärosäte och placering för verksamhetsförlagd utbildning. De två behoven skulle kunna mötas samtidigt genom att lärosätena ges företräde till platser i det egna närområdet, men att oanvända platser vid en viss tidpunkt tillgängliggörs för andra lärosäten. De förslag som utredningen lägger fram avseende VULF-avtal och harmonisering av villkor för verksamhetsförlagd utbildning underlättar nyttjandet av platser utanför lärosätenas avtalsområden.⁵

Även för privata vårdgivare skulle ett nationellt it-stöd kunna underlätta medverkan i verksamhetsförlagd utbildning, då privata vårdgivare, till skillnad från regioner och kommuner inte är begränsade till att bedriva verksamhet i regionens respektive kommunens geografiska område, utan kan utföra vård på uppdrag av flera olika sjukvårdshuvudmän i hela landet. I dag har privata vårdgivare inte alltid tillgång till befintliga systemstöd eller tvingas använda olika parallella system som tillhandahålls av olika sjukvårdshuvudmän.⁶

Planeringsunderlag för beslut om sjuksköterskeutbildningen

Regeringens beslut om utbyggnad av sjuksköterskeutbildningen liksom ändringen i högskoleförordningen utifrån kraven i yrkeskvalifikationsdirektivet förefaller hittills ha fattats utan robust nationell information om tillgången på platser för verksamhetsförlagd utbildning.⁷ Bortsett från den uppskattning som gjorts inom ramen för denna utredning finns det i dag inte någon nationell sammanställning över hur många veckor verksamhetsförlagd utbildning respektive lärosäte har valt att inkludera i sina sjuksköterskeutbildningar.

⁴ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022 b). Se även kapitel 2 och 5.

⁵ Se kapitel 4 och kapitel 6.

⁶ Privata vårdgivares förutsättningar att medverka i verksamhetsförlagd utbildning behandlas i kapitel 9.

⁷ Se vidare kapitel 4.

Utredningens enkätundersökning visar att lärosätena behöver öka omfattningen av den verksamhetsförlagda utbildningen med totalt 56 000 veckor eller 35 procent, för att nuvarande utbildningar ska uppfylla kraven i direktivet. Sannolikt blir konsekvensen att lärosätena kommer att tvingas skrinlägga den planerade utbyggnaden eller minska antagningen till sjuksköterskeutbildningen, då det redan med nuvarande omfattning på den verksamhetsförlagda utbildningen är en utmaning att hitta platser till alla studenter. Det stora flertalet lärosäten har också hos Universitetskanslersämbetet begärt dispens med att anpassa utbildningen till högskoleförordningen.⁸

Med ett nationellt it-stöd kan statistik om till exempel utbud, efterfrågan och nyttjande av platser för verksamhetsförlagd utbildning redovisas och utgöra underlag för såväl nationella som regionala och lokala beslut om sjuksköterskeutbildningen. Framtagande av ett nationellt planeringsinstrument för verksamhetsförlagd utbildning har tidigare föreslagits som ett uppdrag för Nationella vårdkompetensrådet.⁹ Behovet av ett nationellt planeringsverktyg för verksamhetsförlagd utbildning har senare även noterats av Nationella vårdkompetensrådets arbetsgrupp för verksamhetsförlagd utbildning.¹⁰

Bättre förutsättningar för kvalitetssäkring

Lärosätena ansvarar, precis som för den teoretiska delen av utbildningen, för kvaliteten på den verksamhetsförlagda utbildningen. Det framgår dock av utredningens kontakter med Universitetskanslersämbetet att det i dag finns begränsad kännedom på nationell nivå om kvaliteten på den verksamhetsförlagda utbildningen. Det är anmärkningsvärt mot bakgrund av att klinisk utbildning ska utgöra minst 50 procent av sjuksköterskeutbildningen enligt yrkeskvalifikationsdirektivets och högskoleförordningens bestämmelser. Denna nationellt sett begränsade kunskap om kvaliteten på den verksamhetsförlagda utbildningen förefaller enligt utredningens uppfattning gälla generellt för hälso- och sjukvårdsutbildningarna.

I dag hanteras vissa vårdgivare och vissa platser för verksamhetsförlagd utbildning manuellt utanför befintliga systemstöd, vilket gör att information om dessa platser, såsom utbildningsmiljö och hand-

⁸ Se vidare avsnitt 3.2.4.

⁹ Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (2019) s. 63.

¹⁰ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022 c).

ledares kompetens inte samlas systematiskt. Om platserna hanteras i ett nationellt system kan de kvalitetskrav som ställs i avtal, och vårdgivarens förmåga att leva upp till kraven, hanteras på samma sätt och följas upp, oavsett vilken vårdgivare det gäller. Rätt utformat kan ett nationellt it-stöd möjliggöra en förbättrad kvalitetssäkring av verksamhetsförlagd utbildning.

En viktig aspekt för kvalitet på verksamhetsförlagd utbildning är handledarens kompetens.¹¹ I de systemstöd som används i dag saknas ofta strukturerad information om handledarnas kompetens. Utredningens enkätundersökning visar att lärosätena många gånger saknar information om handledarnas kompetens och hur många handledare som finns att tillgå inom verksamheterna. Behovet av att samla information om handledare lyfter även Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige i en skrivelse ställd till utredningen och till Nationella vårdkompetensrådet. Rådet önskar en nationell lösning för en så kallad ”handledarkompetensportfölj”, där handledaren kan registrera sina meriter i form av handledarutbildningar, yrkeserfarenhet, handledarerfarenhet och andra ledarmeriter.¹² En sådan sammanställning skulle också vara ett bra stöd för att bedöma om handledaren behöver fördjupa eller bredda sin kompetens, och ett bra underlag för lärosäten att bedöma kvaliteten på en placering och även använda som underlag för utformning och dimensionering av handledarutbildningar.

Ökad mottagningskapacitet inom hälso- och sjukvården

Sjukvårdshuvudmän och vårdgivare har återkommande till utredningen framfört önskemålet att lärosätena ska fördela verksamhetsförlagd utbildning jämnare över verksamhetsåret. Detta lyfts även fram av Sveriges Kommuner och Regioner som en viktig insats för att kunna använda befintliga platser mer effektivt.¹³ I dag kan hälso- och sjukvårdens mottagningskapacitet för verksamhetsförlagd utbildning överskridas under vissa veckor och perioder, medan det under andra perioder finns utrymme att ta emot fler studenter. Med flera separata it-system är det svårt att få en översikt av när verksamhetsförlagd utbildning genomförs och planera när den bäst skulle kunna genomföras utifrån situationen inom hälso- och sjukvården.

¹¹ Betydelsen av handledares kompetens beskrivs i avsnitt 4.4.

¹² E-postmeddelande från Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige den 12 oktober 2023.

¹³ Sveriges Kommuner och Regioner (2023 b).

Ett nationellt it-stöd skulle kunna ge tillgång till lokala, regionala och nationella lägesbilder av när verksamhetsförlagd utbildning genomförs hos olika vårdgivare och underlätta för lärosäten att i möjligaste mån styra verksamhetsförlagd utbildning till perioder när det finns mer kapacitet i hälso- och sjukvården. Därigenom skulle fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i hälso- och sjukvården kunna erbjudas.¹⁴

Mindre manuell hantering för lärosäten och vårdgivare

Den förstudie som Universitets- och högskolerådet genomfört utifrån utredningens önskemål visar att det finns en betydande potential att minska det administrativa arbete som i dag läggs på hantering av platser för verksamhetsförlagd utbildning. Om ett system för placeringar integreras med det studieadministrativa systemet Ladok skulle mycket tid kunna sparas jämfört med dagens hantering, där information hanteras i parallella system.¹⁵ Manuell överföring av information (bland annat personuppgifter) mellan system är också en informationssäkerhetsrisk, som med ett integrerat och gemensamt, nationellt systemstöd skulle kunna undvikas. Modern funktionalitet såsom automatisk fördelning av studenter till platser, med hänsyn tagen till eventuella undantag eller förtursönskemål, skulle också kunna ersätta nuvarande tidskrävande och manuella hantering av placeringar.¹⁶

Några av de i dag oftast använda systemstöden är utvecklade av sjukvårdshuvudmän för att stödja deras hantering av studenter i hälso- och sjukvården, och har inte fokus på lärosätenas administrativa hantering av placeringar.¹⁷ Ett nationellt it-stöd som förutom stöd för vårdgivares hantering bättre stödjer lärosätenas processer skulle effektivisera administrationen.

Ett gemensamt system för alla typer av offentliga och privata vårdgivare skulle minska lärosätenas manuella hantering av vårdgivare som i dag inte ingår i de system som används. Det är i många fall

¹⁴ Ett exempel på hur verksamhetsförlagd utbildning kan fördelas över tid beskrivs i avsnitt 4.3.3.

¹⁵ Ladokkonsortiet (2023). Ladok är ett nationellt it-stöd som stödjer lärosätenas utbildningsadministrativa processer, bland annat genom registrering av studenter deltagande, resultat och examina inom högre utbildning.

¹⁶ Universitets- och högskolerådet (2023 b).

¹⁷ Universitets- och högskolerådet (2023 b).

kommuner och privata aktörer som i dag hanteras manuellt vid sidan om de befintliga systemen. Om lärosätena tillhandahåller ett gemensamt system skulle det underlätta för vårdgivare som samverkar med flera olika lärosäten och för lärosäten som samverkar med flera olika vårdgivare. Utredningens enkätundersökning och Universitets- och högskolerådets förstudie visar att vårdgivarna och lärosätena i dag kan behöva arbeta i olika parallella system beroende på vilket lärosäte eller vilken vårdgivare de samverkar med. Detta blir särskilt kännbart för privata vårdgivare, som kan arbeta på orter över hela landet och tillhandahålla verksamhetsförlagd utbildning till flera olika lärosäten och till flera olika sjukvårdshuvudmän. Ett effektivt it-stöd som stödjer hela processen är även en förutsättning för att administrativt kunna hantera den förväntade ökningen av antal vårdgivare och samverkansparter.

En gemensam plattform (it-stöd) har även framhållits som en av förutsättningarna för att utöka antalet samverkansrelationer mellan lärosäten, regioner och kommuner i hela landet av Sveriges Kommuner och Regioner.¹⁸

Ökat inflytande för studenter

Studentkårsrepresentanter har under utredningsarbetet framfört önskemål om att studenter ska kunna önska placering. Denna möjlighet finns vid några lärosäten i dag.¹⁹ Flera andra lärosäten har dock ställt sig tveksamma eller negativa till detta, ibland med hänvisning till att det är lärosätet som av kvalitetsskäl ska hantera placeringen, ibland med hänvisning till att det kan vara påfrestande att hantera besvikelsen hos studenter vars önskemål om placering inte kan tillgodoses.

Ett nationellt it-stöd med funktionalitet som möjliggör för studenterna att rangordna bland utbudet av platser för verksamhetsförlagd utbildning, och att kunna ange önskemål om platser utanför lärosätets närområde, skulle öka studenternas inflytande över sin utbildning. Detta skulle tillsammans med förslaget om en enhetlig kompensation för merkostnader för resor och boende under verksamhetsförlagd utbildning kunna bidra till att platser som i dag ten-

¹⁸ Sveriges Kommuner och Regioner (2023 b).

¹⁹ Universitets- och högskolerådet (2023 b).

derar att inte användas, till exempel platser utanför ordinarie studieort, nyttjas i högre grad.²⁰ Ökat studentinflytande över placeringen av den verksamhetsförlagda utbildningen kan också leda till färre avhopp och högre genomströmning och därigenom till fler utbildade sjuksköterskor. Det är dock viktigt att notera att det fortfarande är lärosätet som ansvarar för att säkerställa kvaliteten på placeringen och i slutändan bedöma om placeringen är lämplig.

Effektivare systemförvaltning och säkrare system

Lärosäten och sjukvårdshuvudmän använder i dag olika system eller olika versioner av samma system, såväl mellan som inom givna avtalsområden för verksamhetsförlagd utbildning. Vissa vårdgivare saknar tillgång till eller använder inte systemstöd, företrädesvis kommuner och privata vårdgivare. Befintliga it-system bedöms inte uppfylla moderna systemkrav, bland annat avseende personuppgiftshantering och teknik. Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige har i en skrivelse ställt till utredningen och till Nationella vårdkompetensrådet föreslagit att en nationell programvara för studentplacering bör tas fram mot bakgrund av att det i dag finns en rad lokala lösningar som inte uppfyller de krav som ställs i lagstiftning, bland annat vad gäller personuppgiftshantering och autentisering.²¹ Samtidigt visar utredningens enkätundersökning att lärosätena uttrycker liknande behov av funktionalitet och att det därmed finns förutsättningar för att samordna systembehoven.

Ett nationellt it-stöd skulle enligt utredningens bedömning främja en mer kostnadseffektiv systemförvaltning, eftersom de resurser som i dag läggs på att förvalta och utveckla flera parallella system i stället skulle kunna koncentreras till ett gemensamt system. Det skulle underlätta att uppfylla moderna krav på exempelvis personuppgiftshantering och it-säkerhet, eftersom funktionaliteten bara behöver utvecklas för ett system. Både det studieadministrativa systemet Ladok och antagningssystemet NyA är exempel på att det är möjligt att samordna behoven och gemensamt utveckla it-stöd för utbildning inom universitets- och högskolesektorn.

²⁰ Se vidare kapitel 6.

²¹ E-postmeddelande från Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige den 12 oktober 2023.

Stegvis utveckling

I den förstudie som Universitets- och högskolerådet genomfört utifrån utredningens önskemål, föreslås att det nya systemet till att börja med ska utvecklas för sjuksköterskeprogrammet, men på sikt omfatta alla hälso- och sjukvårdsutbildningar på högskolenivå. Utredningen instämmer i att det är klokt att inledningsvis begränsa omfattningen av systemet och successivt vidareutveckla det för att kunna hantera ytterligare utbildningar, men anser att även andra hälso- och sjukvårdsutbildningar bör kunna inkluderas i den första versionen. Utredningen bedömer vidare att målbilden för systemet i ett andra steg bör kunna utökas till att hantera även andra högskoleutbildningar som har inslag av praktik, exempelvis lärarutbildningarna. Även om förstudien fokuserat på vårdutbildningar bör det i det initiala utvecklingsarbetet undersökas om behoven av funktionalitet för hantering av praktik på ytterligare högskoleutbildningar kan samordnas med vårdutbildningarnas behov. Det totala antalet system som lärosätena i dag använder för planering av verksamhetsförlagd utbildning inom olika utbildningar kan då om möjligt minska.

Vårdgivarna har behov av att få en samlad bild över all typ av praktik som förekommer i verksamheten. Det gäller utöver den praktik som studerande på universitets- och högskolenivå gör, även till exempel studerande på gymnasienivå eller vid yrkeshögskola. Detta behov riskerar att inte kunna uppfyllas om systemet avgränsas till att omfatta enbart universitets- och högskoleutbildningar. Denna fråga bör utredas vidare för att belysa hur detta behov bäst kan tillgodoses.

Frivillig anslutning

Det är viktigt att ett nationellt it-stöd används av så många lärosäten och vårdgivare som möjligt för att maximera nyttan. Utredningen anser dock inte att det ska vara obligatoriskt att använda systemet. Det kan finnas lärosäten och vårdgivare som har skäl att använda andra it-stöd, till exempel särskilda behov av funktionalitet eller nyligen gjorda stora investeringar i egna system. Det kan åtminstone på kort sikt motivera ett val att inte övergå till ett nytt system.

Det är dock viktigt att det finns goda incitament att använda systemet. Ju fler lärosäten och vårdgivare som använder systemet, desto större blir den nationella nyttan. Utredningen föreslår därför att ut-

vecklingskostnaden finansieras genom tidsbegränsade statliga medel. Den löpande förvaltningskostnaden bör lärosätena stå för, lämpligen finansierad genom det föreslagna VULF-avtalets stöd till utbildningsstödjande strukturer, vilket skulle göra användningen av it-stödet kostnadsfri för hälso- och sjukvården.

För att ändå kunna samla och redovisa nationell statistik för platser för verksamhetsförlagd utbildning bör det dock vara ett krav för de aktörer som ingår i VULF-avtal att rapportera vissa uppgifter i systemet.

Ansvarig myndighet

Även om processen för placeringar för verksamhetsförlagd utbildning involverar både lärosäten och vårdgivare är det lärosätena som formellt ansvarar för utbildningen och utbildningens kvalitet. Det är även lärosätena som hanterar den större delen av administrationen. Utredningen ser det därför som naturligt att det är lärosätena, eller en organisation inom universitets- och högskolesektorn som i första hand ansvarar för och äger ett nationellt system för verksamhetsförlagd utbildning. Inom högre utbildning och forskning finns sedan tidigare ett antal nationella samarbeten gällande it-behov och ansvaret för dessa varierar.

Det är utredningens bedömning att Universitets- och högskolerådet är den organisation som inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning är bäst lämpad att ansvara för ett nationellt systemstöd för verksamhetsförlagd utbildning. Utvecklingen av ett sådant systemstöd behöver ske i nära samverkan med de verksamheter som ska använda systemet, det vill säga universitet och högskolor, hälso- och sjukvårdshuvudmän och vårdgivare samt studenter. Utredningen vill understryka vikten av att hälso- och sjukvården involveras i arbetet med kravanalys och utveckling, då Universitets- och högskolerådet inte sedan tidigare har erfarenhet av att utveckla system som inbegriper denna målgrupp.

7.2 Ansvarsfördelning och samordning av it inom universitets- och högskolesektorn bör förtydligas

Förslag: Regeringen bör se över ansvarsfördelningen och samordningen för it-stöd avseende utbildning och forskning inom universitets- och högskolesektorn i syfte att skapa en ändamålsenlig organisering som lägger grunden för moderna och säkra lösningar och ett effektivt nyttjande av resurserna för it.

Bedömning: I arbetet med att identifiera den organisation som är bäst lämpad att ansvara för ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning har utredningen konstaterat att ansvaret för it inom universitets- och högskolesektorn är fragmentiserat, och att det finns skäl för en starkare nationell samordning. Det är viktigt att ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning inte blir en särlösning, utan integreras i en större teknisk helhet för it för utbildning. Det är utredningens bedömning att en tydligare ansvarsfördelning och starkare samordning skulle skapa bättre förutsättningar för att tillhandahålla modern och säker it för utbildning och forskning, bidra till en effektivare användning av personella och finansiella resurser för it och skapa möjligheter för universitets- och högskolesektorn att kraftsamla kring gemensamma digitaliseringsfrågor.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

På längre sikt anser utredningen att det finns skäl att se över ansvarsfördelningen och samordningen av it i universitets- och högskolesektorn i syfte att skapa en ändamålsenlig organisering som lägger grunden för moderna och säkra lösningar och ett effektivt nyttjande av resurserna för it.

Digitaliseringen ställer allt högre krav på tillgång till modernt it-stöd och det finns utan tvekan gemensamma behov som skulle vinna på att samordnas och hanteras gemensamt inom sektorn. I dag framstår ansvaret för digitalisering inom sektorn som splittrat. I Sverige är ansvaret fördelat mellan olika centrala myndigheter och samordning sker ofta i informella konstellationer mellan olika lärosäten. I flera andra länder har sammanhållna och robusta strukturer för it

inom forskning och högre utbildning etablerats. Sådana strukturer kan driva gemensamma digitaliseringsfrågor samt fungera som gemensam leverantör och kunskapscentrum.

Moderna och kostnadseffektiva it-stöd är även en förutsättning för att svensk forskning och högre utbildning ska vara internationellt konkurrenskraftig. Dagens it-verktyg är allt oftare integrerade med varandra, och det är inte lätt att tydligt avgränsa mellan it-stöd för utbildning respektive för forskning. Lagringslösningar, videomötestjänster, enkät- och databearbetningstjänster kan till exempel användas inom både utbildning, forskning och administration och behöver en gemensam infrastruktur för att kunna integreras och fungera väl tillsammans. Om ansvaret för olika delar av infrastrukturen är fördelat på olika organisationer finns det en risk för att frågor av gemensamt intresse utreds och hanteras på olika sätt. Frågor om teknisk säkerhet och informationssäkerhet är också gemensamma för verksamhetsområdena, även om utmaningarna och behoven kan se olika ut.

Utredningen ser följaktligen ett värde i en större samordning av it-behoven i universitets- och högskolesektorn. En högre grad av samordning skulle sannolikt bidra till ett effektivare nyttjande av resurserna för it, och ge sektorn förutsättningar att kraftsamla kring digitalisering. Inte minst skulle de mindre lärosätena vinna på fler gemensamma lösningar. Det skulle också bidra till att skapa förutsättningar för moderna, säkra och internationellt konkurrenskraftiga lösningar för svensk högre utbildning och forskning.

7.3 Dagens it-stöd är inte lämpliga att utveckla

Den förstudie som Universitets- och högskolerådet genomfört på önskemål av utredningen har förutom att undersöka förutsättningarna för ett nationellt it-stöd även undersökt möjligheten att realisera ett sådant genom att vidareutveckla något av de system som används i dag eller genom att utveckla ett nytt system. Förstudien rekommenderar inte att något av de befintliga systemen vidareutvecklas, utan förordar att ett nytt system utvecklas.

Majoriteten av de lärosäten som anordnar sjuksköterskeutbildning använder i dag ett av två huvudsakliga it-system: Praktikplatsen.se eller Klipp.

Tabell 7.1 Sammanställning över nuvarande it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeutbildningen

Region	Lärosäte	System
Region Blekinge	Blekinge tekniska högskola	Klipp
Region Dalarna	Högskolan Dalarna	Mira Network
Region Gotland	Uppsala universitet	Klipp
Region Gävleborg	Högskolan i Gävle	Klipp
Region Halland	Högskolan i Halmstad	Klipp
Region Jämtland Härjedalen	Mittuniversitetet	Klipp
Region Jönköpings län	Stiftelsen Högskolan i Jönköping	Egenutvecklat
Region Kalmar län	Linnéuniversitetet	Klipp
Region Kronoberg	Linnéuniversitetet	Klipp
Region Norrbotten	Luleå tekniska universitet	Klipp + Praktikplatsen.se
Region Skåne	Högskolan Kristianstad	Praktikplatsen.se
Region Skåne	Lunds universitet	Praktikplatsen.se
Region Skåne	Malmö universitet	Praktikplatsen.se
Region Stockholm	Karolinska institutet	Klipp
Region Stockholm	Marie Cederschiöld högskola	Klipp
Region Stockholm	Röda Korsets högskola	Klipp
Region Stockholm	Sophiahemmet högskola	Klipp
Region Sörmland	Mälardalens universitet	Klipp
Region Uppsala	Uppsala universitet	Klipp
Region Värmland	Karlstads universitet	Klipp
Region Västerbotten	Umeå universitet	Praxia
Region Västernorrland	Mittuniversitetet	–
Region Västmanland	Mälardalens universitet	Klipp
Region Örebro län	Örebro universitet	Egenutvecklat
Region Östergötland	Linköpings universitet	Klipp + Praktikplatsen.se
Västra Götalandsregionen	Göteborgs universitet	Praktikplatsen.se
Västra Götalandsregionen	Högskolan i Borås	Praktikplatsen.se
Västra Götalandsregionen	Högskolan i Skövde	Praktikplatsen.se
Västra Götalandsregionen	Högskolan Väst	Praktikplatsen.se

Källa: Universitets- och högskolerådet (2023 b).

Praktikplatsen.se är utvecklat av Göteborgsregionen, som är en samverkansorganisation för totalt 13 kommuner i Västsverige. Systemet används av kommuner, regioner och utbildningsanordnare över hela landet, och har stöd för att hantera praktik för studenter inom grund-

skola, gymnasie- och vuxenutbildning, yrkeshögskola, universitet och högskola samt ferie- och arbetsmarknadspraktik.

Klipp ägs och utvecklas gemensamt av Region Stockholm och Region Uppsala. Det finns, utöver den version Stockholm och Uppsala äger, ett flertal andra versioner av Klipp. Det är en följd av att ett antal regioner under åren 2009–2010 förvärvade dåvarande version av systemet som de sedan dess förvaltar och utvecklar lokalt. Klipp används av någon enstaka kommun och därutöver enbart av regioner och lärosäten. Systemet har stöd för att hantera praktik inom hälso- och sjukvården under grundskola, gymnasie- och vuxenutbildning, utbildning på yrkeshögskola samt universitet och högskola. Utredningens enkätundersökning visar att lärosäten som använder Klipp vanligtvis bara har tillgång till regionens praktikplatser i systemet. Kommunala eller privata vårdgivares praktikplatser hanteras i många fall utan systemstöd. Det är därför svårt att få en samlad bild över den verksamhetsförlagda utbildningen och varje enstaka ytterligare kommun eller privat vårdgivare som ska hanteras innebär mer manuellt arbete.

Både Praktikplatsen.se och Klipp utvecklas och tillhandahålls i grunden av praktikgivarna själva.²² Flera av de lärosäten som använder Klipp eller Praktikplatsen.se uppger att systemen inte är anpassade efter deras verksamheter och behov och att det bland annat saknas integrationer till centrala tjänster och system, såsom det studieadministrativa systemet Ladok. Utmärkande för systemen är att de utifrån vårdgivarens behov stödjer flera olika praktiktyper, såsom universitets och högskolors verksamhetsförlagda utbildning och grundskolors, gymnasieskolors och yrkeshögskolors praktikplatstilldelning. Detta ger vårdgivaren en samlad bild av planerad praktik inom olika verksamheter.

Några lärosäten tillhandahåller själva systemstöd för verksamhetsförlagd utbildning till de vårdgivare som de samverkar med, exempelvis Högskolan Dalarna, Umeå universitet och Örebro universitet. I fallet Umeå universitet används Praxia för att hantera lärosätets platser för verksamhetsförlagd utbildning. Region Västerbotten, som Umeå universitet bland andra samverkar med, använder Praxia parallellt med Praktikplatsen.se, som är regionens system för övrig praktikhantering.

²² Kommunerna inom Göteborgsregionen, Region Stockholm, Region Uppsala samt de regioner som har egna versioner av Klipp.

Region Stockholm och Region Uppsala har startat ett arbete för att utveckla ett nytt Klipp. Det är tänkt att användas av de båda regionerna, kommunerna i Uppsala län samt privata vårdgivare och lärosäten i både Uppsala och Stockholm. En förstudie är genomförd, och upphandling av utvecklingstjänster har pågått under hösten 2023. Det nya systemet ska bättre stödja de delar av processen som i dag kräver manuell hantering, till exempel intygshantering, behörighetsansökningar och enkäter. Systemet kommer dock inte att ha någon integration med Ladok, vilket innebär att lärosätena kommer att behöva importera uppgifter om studenter via fil eller registrera dem manuellt. Det finns, enligt vad utredningen förstår, inte några planer på att utveckla funktionalitet för att registrera studenter, önskemål eller rangordning av platser, automatisk placering av studenter eller hantering av bedömningar.

Utöver Praktikplatsen.se och Klipp finns bland lärosätena enstaka andra varianter av it-stöd för hantering av verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeutbildningarna, som lärosätena själva antingen utvecklat eller upphandlat.²³

Det finns även särskilda systemstöd för hantering av verksamhetsförlagd utbildning inom lärarutbildningarna, bland annat VFU-portalen som utvecklats av Stockholms universitet och Studieplansverktyget (tidigare Valwebben) som utvecklats av Enheten för IT-stöd och systemutveckling (ITS) vid Umeå universitet. Både VFU-portalen och Studieplansverktyget används av ett antal lärosäten. Utredningen har inte utvärderat dessa system.

7.3.1 Sammanfattning och slutsatser

Utredningen delar Universitets- och högskolerådets bedömning att inget av de utvärderade systemen är lämpligt att vidareutveckla. Utredningen anser att de huvudsakliga bristerna är att de nuvarande systemen inte är utvecklade med ett nationellt perspektiv, att de många gånger saknar funktionalitet som lärosätena har behov av, att flera av dem är föråldrade och att de inte upplevs användarvänliga. Vidare finns det fördelar med att utveckla ett eget system jämfört med att upphandla ett system. Den här typen av studieadministrativt systemstöd är en grundläggande infrastruktur för utbildningsverksamheten

²³ Se sammanställning i tabell 7.1 ovan.

som behöver kunna användas under lång tid. Det behöver dessutom kunna anpassas efter både lärosätenas och vårdgivarnas behov och administration. Om universitets- och högskolesektorn själv äger och utvecklar systemet har sektorn rådighet över dessa typer av frågor och undviker eventuella problem med att byta system i samband med offentlig upphandling.

7.4 Funktionalitet i ett nationellt it-stöd

I den förstudie som Universitets- och högskolerådet har genomfört utifrån utredningens önskemål redovisas en sammanställning över vilken funktionalitet som bör inkluderas i ett gemensamt system. Sammanställningen bygger på utredningens enkät till lärosäten gällande nationellt it-stöd samt Universitets- och högskolerådets dialoger med representanter från både lärosäten och vårdgivare. Utredningen ser ingen anledning att göra en annan bedömning av vilken funktionalitet som behövs än den som Universitets- och högskolerådet gör. Den önskade funktionaliteten som redovisas i förstudien har nedan sammanfattats i ett antal huvudprocesser.

7.4.1 Läsa in och registrera grunddata

För att undvika manuell hantering av personuppgifter behöver systemet ha integrationer till de studieadministrativa systemen. I första hand gäller det Ladok för registrerade studenter, men det kan även vara värdefullt med en integration till antagningssystemet NyA. Integration till NyA skulle möjliggöra påbörjad planering av den verksamhetsförlagda utbildningen redan när studenter antagits till en utbildning.

När studenternas basuppgifter lästs in ska studenten under sin studietid kunna komplettera sina uppgifter inför en period av verksamhetsförlagd utbildning med exempelvis intyg om vaccinering eller sekretess. Studenten ska även kunna registrera eventuella ansökningar om förtur eller undantag. Förtur innebär att studenten i första hand bör placeras i en viss verksamhet, medan undantag innebär att studenten inte bör placeras i vissa verksamheter. Även ansökningar om andra typer av önskemål eller behov, såsom att få göra verksamhetsförlagd utbildning på annan ort, behöver kunna hanteras i systemet. För alla

typer av ansökningar nämnda här gäller att alla underlag samt kommunikation och beslut gällande ansökan helst ska kunna hanteras i systemet.

Eventuella förändringar som görs i studentens basinformation i Ladok ska automatiskt uppdatera basinformationen i it-stödet för verksamhetsförlagd utbildning. Det bör därutöver finnas integrationer för att fortlöpande kunna läsa in kurstillfällen från Ladok medan studenten genomgår sin utbildning. I studentinformationen ska även historik över tidigare placeringar samt bedömningar från dessa sparas.

Utöver studentuppgifter behöver även vårdgivare samt deras verksamheter och handledare registreras i systemet. För handledare ska exempelvis information om genomgångna handledarutbildningar, akademisk kompetens samt yrkeserfarenhet kunna registreras och uppdateras i syfte att ge lärosäten och vårdgivare möjlighet att kvalitetssäkra placeringarna och inventera behov av ytterligare kompetensutveckling. För verksamheterna bör basinformation om enheten kunna registreras, såsom adress, typ av verksamhet, arbets- eller öppettider och liknande. Till respektive vårdgivare knyts information om avtal för verksamhetsförlagd utbildning, om ett sådant finns. Det ska där framgå vilka lärosäten som omfattas av avtalet och hur många platser som inkluderas.

Studenternas och andra individers personuppgifter ska hanteras enligt gällande rätt.²⁴

7.4.2 Registrera behov av platser för verksamhetsförlagd utbildning

Lärosätena ska kunna registrera information om sin planerade verksamhetsförlagda utbildning, till exempel hur många och vilka typer av platser de behöver, samt under vilka tidsperioder. Det kan till exempel vara information om vilka moment och lärandemål som ska innefattas, placeringens längd och antal platser.

²⁴ Se avsnitt 7.6.

7.4.3 Registrera tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning

Vårdgivare och deras verksamheter ska kunna registrera sina tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning i systemet. De kan utformas som platsannonser med en kort beskrivning av verksamheten, arbetstider, handledningsmodell och kontaktpersoner. Vårdgivarens platser ska knytas till det avtal och det lärosäte som platserna avser. Om vårdgivaren har möjlighet att erbjuda platser utöver vad som är reglerat i avtal, ska det vara möjligt att registrera platser som inte är knutna till avtalet.

Lärosätet ska kunna frigöra platser som en vårdgivare reserverat för lärosätets egna utbildningar om lärosätet inte har behov av platserna. Platserna ska då bli sök- och valbara för andra lärosäten.

7.4.4 Söka platser för verksamhetsförlagd utbildning

Ett lärosäte ska kunna söka och filtrera platser för verksamhetsförlagd utbildning per vårdgivare som lärosätet har avtal med, men även utifrån platser som erbjuds nationellt utöver avtal. Lärosätet ska kunna reservera och boka platser för egen räkning.

Om lärosätet vill tillåta studenterna att själva söka bland avtalade vårdgivares platser i systemet, ska det vara möjligt för en student att söka och filtrera bland lärosätets platser. En student ska då kunna anmäla intresse för ett antal platser och rangordna sina önskemål.

Om lärosätet valt att låta studenterna ansöka om att göra verksamhetsförlagd utbildning i ett område eller verksamhet utanför lärosätets avtal ska det vara möjligt för studenten att registrera en sådan ansökan. Lärosätet ska också kunna skicka förfrågningar till vårdgivare i andra delar av landet om platser för verksamhetsförlagd utbildning. Det kan till exempel röra sig om platser som en vårdgivare erbjuder utöver sina befintliga avtal. Placeringen behöver sedan godkännas av lärosätet, vårdgivaren och slutligen studenten för att en placering ska bli aktuell.

7.4.5 Fördela studenter till platser för verksamhetsförlagd utbildning

Det ska finnas möjlighet till både manuell och automatisk fördelning av studenter till platser för verksamhetsförlagd utbildning. Vid automatisk fördelning av studenter ska hänsyn tas till studenternas rangordning av önskade platser samt förtur och undantag, om sådana villkor finns registrerade för studenterna. Vid automatisk fördelning ska hänsyn även tas till tidigare placeringar, så att studentens praktik får avsedd bredd. En föreslagen automatisk fördelning ska kunna justeras av lärosätet. Vid manuell fördelning av platser är det viktigt att eventuella villkor såsom rangordning, förtur och undantag är synliga för den som fördelar studenterna.

7.4.6 Hantera information och kommunikation kring placering

När fördelningen av platser är klar, ska det vara möjligt att skicka information om placeringarna till exempelvis studenter, handledare och huvudhandledare. Det ska vara möjligt att bifoga färdiga informationsmaterial till utskicken. För studenterna kan det till exempel gälla information om verksamheten såsom adress, arbetstider, eventuella krav på deklARATIONER eller annat, och kontaktperson. För verksamheten och handledarna kan det vara information om studenterna, kursplan och lärandemål, kontaktperson på lärosätet, eventuella in-tyg samt information om hur bedömningarna ska göras.

För vårdgivarna kan det i denna fas även vara värdefullt med integrationer till personal- och identitetssystem, för exempelvis hantering av behörighet till patientjournalssystem och passerkort.

7.4.7 Hantera genomförande av verksamhetsförlagd utbildning

Under tiden den verksamhetsförlagda utbildningen pågår ska studenten eller handledaren kunna registrera studentens närvaro. Handledarens bedömningar av studenten ska kunna registreras i systemet i färdiga mallar. Utredningens förslag om harmonisering av bedömningsmetoder och bedömningskriterier kan underlätta den system-

mässiga hanteringen av detta.²⁵ Ansvarig lärare ska efter genomförd verksamhetsförlagd utbildning kunna ta del av bedömningarna i systemet och därefter registrera studentens betyg i Ladok. Registreringen ska om det utifrån betygprocessen är möjligt automatiseras genom en integration från systemet för verksamhetsförlagd utbildning till Ladok. I annat fall får den ske manuellt.

Det har under utredningens dialog med verksamhetsföreträdare även framförts önskemål om att utvärderingar och enkäter ska kunna hanteras i it-stödet.

7.4.8 Ta fram statistik, rapporter och faktureringsunderlag

Systemet behöver ha stöd för att kunna ta fram statistik och olika typer av rapporter. Det kan till exempel gälla hur många efterfrågade eller lediga platser för verksamhetsförlagd utbildning som finns nationellt, inom ett visst geografiskt område, för ett visst lärosäte eller i en viss typ av verksamhet. Det kan också gälla hur nyttjandet av platserna sett ut inom ett visst tidsintervall eller hur stora volymer som är avtalade nationellt eller inom vissa områden. Verksamheter som tillhandahåller platser behöver också kunna ta ut underlag för antalet veckor som nyttjats av ett lärosäte under en viss period som underlag för sin fakturering till lärosätet.

Det ska även vara möjligt att kunna få en sammanställning över fördelningen av planerade veckor under till exempel en termin för att kunna avgöra om den fördelningen behöver förändras.

Inför en period av verksamhetsförlagd utbildning ska det vara möjligt för samordnare, lärare eller handledare att få en lista på de studenter som ska genomföra en viss kurs för verksamhetsförlagd utbildning. Listan ska förutom basinformation om studenten innehålla information om eventuell förtur, undantag eller andra särskilda önskemål eller behov. Varje verksamhet eller handledare ska också kunna få listor på vilka studenter som är placerade hos dem.

²⁵ Se vidare kapitel 4.

7.4.9 Rapportering av statistik

Även om lärosäten och vårdgivare skulle välja att inte använda det nya gemensamma systemet, behöver det finnas funktionalitet som gör det möjligt att rapportera viss statistik. Detta eftersom ett viktigt syfte med systemet är att skapa en nationell överblick över utbud, efterfrågan och matchning av platser, samt kvalitet. Lärosäten ska därför som ett minimum kunna rapportera in hur många platser de har behov av och vårdgivare hur många platser de kan erbjuda under en viss tidsperiod. Det är även önskvärt att rapportera hur många platser lärosätet erbjudits och hur många av vårdgivarens platser som nyttjats. Vidare är det önskvärt att vissa kvalitetsuppgifter registreras.

7.5 Kostnader och finansiering

Universitets- och högskolerådet har uppskattat kostnaderna för att utveckla och förvalta ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning, utifrån de krav på systemet som identifierats under förstudien. Den initiala utvecklingskostnaden uppskattas till mellan 31 miljoner kr och 37 miljoner kr, där 31 miljoner kr är en trolig kostnad och 37 miljoner kr den högsta uppskattade kostnaden. Den löpande förvaltningskostnaden uppskattas till 11,2 miljoner kr per år. I den uppskattade utvecklingskostnaden ingår även resurser för införande av systemet och initial uppbyggnad av support för systemet. Utvecklingstiden är beräknad till två år efter en initial fas bestående av en djupare förstudie på sex till nio månader.

Den löpande förvaltningskostnaden innefattar en viss mängd resurser för att kunna fortsätta utveckla systemet efter att den första versionen levererats. Den innefattar även driftkostnader för exempelvis servrar och gemensam support.²⁶ Universitets- och högskolerådet förväntar sig dock därutöver att även lokala supportorganisationer behöver etableras på lärosätena för att hantera första linjens support.

Utredningen har jämfört den uppskattade utvecklings- och förvaltningskostnaden med kostnaden för att utveckla den nya utbildningsplaneringsmodulen i Ladok, som är ett jämförbart projekt. Kostnaden för det projektet blev 39 miljoner kr och det tog två och ett halvt år innan modulen var färdigställd. Det utvecklingsprojektet inne-

²⁶ Universitets- och högskolerådet (2023 b).

bar dock ett tillägg till ett befintligt system, där mycket av infrastrukturen fanns på plats. Mot den bakgrunden ser utredningen det som sannolikt att utvecklingskostnaden för ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning hamnar i det övre intervallet av Universitets- och högskolerådets kostnadsuppskattning.

Som ytterligare en jämförelse av utvecklingskostnaden har utredningen tagit del av den uppskattade kostnaden för Region Stockholms och Region Uppsalas utveckling av ett nytt Klipp. Budgeten för utvecklingen av det systemet är cirka 10 miljoner kr. Det nya Klipp saknar väsentliga delar av den funktionalitet som enligt Universitets- och högskolerådets förstudie behövs i ett nytt system och är begränsad till ett fåtal sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. Om utvecklingen skulle avse ett nationellt it-stöd med efterfrågad funktionalitet skulle utvecklingskostnaden vara väsentligt högre.

Utredningen föreslår att den initiala utvecklingskostnaden hanteras som ett regleringsbrevsuppdrag eller särskilt uppdrag med tillhörande finansiering till den myndighet som ges i uppdrag att utveckla och förvalta systemet. Den därpå följande förvaltningskostnaden finansieras lämpligen genom att deltagande lärosäten delar på förvaltningskostnaden, till exempel utifrån varje lärosätes andel av det totala antalet helårsstudenter på de utbildningar som hanteras i systemet. Medel i ett VULF-avtal för stöd till utbildningsstödjande strukturer skulle lämpligen också kunna användas för att finansiera förvaltningskostnaden. Genom att staten via uppdrag till en central myndighet och ekonomiska medel till statliga lärosäten och enskilda utbildningsanordnare finansierar systemkostnaden, undanröjs ett ekonomiskt hinder för regioner, kommuner och privata vårdgivare att nyttja ett gemensamt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning.

7.6 Dataskydd och personuppgiftsbehandling

Ett gemensamt, nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning, som används av lärosäten, vårdgivare och studenter kommer med nödvändighet att aktualisera frågor om dataskydd och personuppgiftsbehandling. Att beakta dataskyddsaspekter kommer att vara mycket centralt för att tillse en personuppgiftsbehandling som är laglig och korrekt och omfattar ett stort antal individer. Utredningens uppfattning är att ett nationellt it-stöd kan konstrueras på ett sätt som möjliggör en lagenlig och korrekt personuppgiftsbehandling som till-

godoser den enskildes integritetsskyddsintresse bättre än nuvarande system. Utredningen kan konstatera att det redan finns andra studieadministrativa system som med stöd av registerförfattningar kan upprätthållas, exempelvis det nationella studieadministrativa systemet Ladok. De närmare övervägandena i fråga om dataskyddsbestämmelsernas tillämpning måste göras vid en senare tidpunkt, men nedan beskrivs centrala dataskyddsaspekter som aktualiseras.

Ett nationellt it-stöd kommer att innebära personuppgiftsbehandling av framför allt studenters personuppgifter. Det kan exempelvis handla om studenters namn, personnummer, adresser, e-postadresser, telefonnummer och personliga hälsouppgifter av relevans för den verksamhetsförlagda utbildningen.

Möjligheten att behandla personuppgifter regleras av EU:s allmänna dataskyddsförordning (GDPR).²⁷ Enligt artikel 4 definieras personuppgifter som varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar person direkt eller indirekt. GDPR skyddar enligt artikel 1 fysiska personers grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter. Enligt artikel 2 p. 1 ska GDPR tillämpas på sådan behandling av personuppgifter som helt eller delvis företas på automatisk väg och annan behandling som ingår eller kommer att ingå i ett register.

En initial fråga är vem som skulle anses vara personuppgiftsansvarig för behandlingen som sker genom ett nationellt it-stöd. Den personuppgiftsansvarige är enligt artikel 4 GDPR en fysisk eller juridisk person som ensam eller med andra bestämmer ändamålen och medlen för behandlingen av uppgifterna. Ansvaret kan också vara delat enligt artikel 26 GDPR. Den personuppgiftsansvarige har enligt artikel 24 GDPR ett stort ansvar för behandlingen, exempelvis att genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda personuppgifterna. Den personuppgiftsansvarige måste bedöma vilken säkerhetsnivå som är lämplig utgående från behandlingen och enligt artikel 32 GDPR krävs mer långtgående åtgärder i fråga om uppgifter som kan innebära högre risker vid behandlingen. En sådan åtgärd är exempelvis att begränsa åtkomsten till personuppgifterna. Den personuppgiftsansvarige måste också svara för att de allmänna dataskyddsprinciperna iakttas, exempelvis principen om uppgiftsmini-

²⁷ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning) (EUT L 119, 4.5.2016, s. 1–88).

mering, så att uppgifter om studenter som inte behövs för ändamålet inte behandlas och att uppgifter inte heller lagras under längre tid än vad som följer av ändamålet. Ett annat viktigt ansvar är att anmäla personuppgiftsincidenter till tillsynsmyndigheten och samtidigt lämna information till berörda enskilda enligt artikel 33 och 34 GDPR.

För att personuppgifter ska få behandlas på ett lagligt sätt krävs att det finns en rättslig grund för behandlingen enligt artikel 6 GDPR, som kan vara baserad antingen på samtycke eller nödvändighet. I förevarande fall torde behandlingen kunna anses vara nödvändig för att utföra uppgifter av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning alternativt att behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse för den personuppgiftsansvarige som följer av lagstiftningen. Detta förutsätter att ansvaret att upprätthålla it-stödet regleras i lag eller förordning precis som i fråga om andra studieadministrativa system.²⁸ I annat fall måste studenterna samtycka till behandlingen av hans eller hennes personuppgifter i varje enskilt fall. Oavsett rättslig grund för behandlingen måste den enskilde studenten få information om hur personuppgifterna behandlas, möjligheten att kontakta dataskyddsombud etcetera och detta är åtaganden som gäller den personuppgiftsansvarige.

Uppgifter om studenters hälsa, exempelvis vaccinationer, kommer sannolikt att behandlas i det nationella it-stödet. Uppgifter om hälsa utgör en särskild kategori personuppgifter som enligt artikel 9.1 GDPR enligt huvudregeln är förbjuden att behandla. Det är dock möjligt att behandla sådana personuppgifter med stöd av undantagen i artikel 9.2, exempelvis om den registrerade lämnat sitt samtycke till behandlingen enligt artikel 9.2 (a) eller om behandlingen kan anses nödvändig av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse på grundval av unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt, vilket ska stå i proportion till det eftersträfvade syftet, vara förenligt med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen enligt artikel 9.2 (g). Ytterligare ett undantag i artikel 9.2 (i) är att säkerställa höga kvalitets- och säkerhetsnormer för vård där lämpliga och specifika åtgärder för att skydda den registrerades rättigheter och friheter fastställs, särskilt tystnadsplikt.

²⁸ Jämför förordningen (1993:1153) om redovisning av studier m.m. vid universitet och högskolor.

I 3 kap. 3 § första stycket lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) preciseras att känsliga personuppgifter som hälsa får behandlas av en myndighet med stöd av artikel 9.2 g GDPR om uppgifterna har lämnats till myndigheten och behandlingen krävs enligt lag, om behandlingen är nödvändig för handläggningen av ett ärende eller i annat fall om behandlingen är nödvändig med hänsyn till ett viktigt allmänt intresse och inte innebär ett otillbörligt intrång i den registrerades personliga integritet. Vid behandling som sker enbart med stöd av första stycket är det förbjudet att utföra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter.

I motivuttalandena till bestämmelsen förtydligas att det är tillåtet att behandla känsliga personuppgifter som följer direkt av offentlighets- och sekretesslagen och förvaltningslagen när det gäller allmänna handlingar, exempelvis diarieföring och skyldighet att ta emot e-post. Sådan behandling är bara tillåten om det rör sig om uppgifter som lämnats till myndigheten, det vill säga att det rör sig om uppgifter i inkomna handlingar enligt 2 kap. 6 § tryckfrihetsförordningen eller uppgifter som har lämnats muntligen. För att undantaget ska vara tillämpligt krävs också att behandlingen av personuppgifter är reglerad i lag. När det gäller undantaget behandling som är nödvändig för handläggning av ett ärende omfattas alla åtgärder som en myndighet vidtar från initierande av ett ärende tills att det avslutas genom ett beslut, det vill säga ett uttalande från myndighetens sida som är avsett att få faktiska verkningar för en mottagare i det enskilda fallet. Behandlingen måste dessutom vara nödvändig för handläggningen av ärendet, vilket dock inte innebär att den måste vara oundgänglig. Den sista punkten omfattar behandling i annat fall, det vill säga den omfattar också faktisk verksamhet hos myndigheter, men är inte tänkt att tillämpas slentrianmässigt. Det måste vara frågan om ett viktigt allmänt intresse som inte innebär ett otillbörligt intrång i den registrerades personliga integritet. Detta kräver att myndigheten gör en proportionalitetsbedömning som innefattar en avvägning mellan behovet av att utföra behandlingen samt vilket intresse den registrerade typiskt sett har av att behandlingen inte sker.²⁹

En konsekvensbedömning avseende dataskydd kommer att behöva genomföras enligt artikel 35 GDPR. Konsekvensbedömningar måste göras, särskilt om ny teknik används, om behandlingen kan

²⁹ Prop. 2017/18:105 s. 195 f.

medföra hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter. Konsekvensbedömningen ska åtminstone innehålla en systematisk beskrivning av den planerade behandlingen och dess syften, en bedömning av behovet av och proportionaliteten hos behandlingen relaterat till syftena, risker för de registrerades rättigheter och friheter samt de åtgärder som planeras för att hantera risker inklusive skyddsåtgärder samt säkerhetsåtgärder och rutiner. Sannolikt krävs även samråd med Integritetsskyddsmyndigheten enligt artikel 36 GDPR före behandling beroende på konsekvensbedömningens utfall.

Vid utvecklingen av det nationella it-stödet bör också beaktas att användarna utgör statliga och kommunala myndigheter samt privata rättssubjekt, som exempelvis omfattas av skillnader i fråga om offentlighet och sekretess. Användarna kommer vidare att omfattas av olika sekretess- och tystnadspliktsregler beroende på anställning.

De närmare övervägandena i fråga om dataskyddsbestämmelsernas tillämpning och eventuellt behov av författningsförändringar bör göras inom ramen för den fördjupade förstudien.

7.7 Formaliserat ansvar för gemensamma it-stöd

Nedan beskrivs de organisationer som i dag ansvarar för olika typer av samarbeten när det gäller systemstöd och it-infrastruktur inom universitets- och högskolesektorn samt hälso- och sjukvården.

7.7.1 Ladokkonsortiet

Det studieadministrativa systemet Ladok ägs och förvaltas gemensamt av 40 lärosäten och Centrala studiestödsnämnden.³⁰ Samarbetet sker i konsortieform, där de deltagande parterna har en representant vardera. Stämman utser en styrelse som arbetar med konsortiets principiella, strategiska och ekonomiska frågor. Styrelsen utser också en konsortiechef, som tillsammans med en ledningsgrupp ansvarar för den operativa verksamheten. Den faktiska utvecklingen av systemet sker av Enheten för IT-stöd och systemutveckling (ITS) vid Umeå universitet, som sedan länge är leverantör av it-utvecklingstjänster för Ladok.

³⁰ Ladokkonsortiet (2023).

Kostnaderna för förvaltning och utveckling fördelas mellan konsortiets medlemmar utifrån varje medlems andel av totalt antal registrerade studenter på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå.³¹

Ladokkonsortiet genomförde 2018 en extern utvärdering av nuvarande styrform och ägarskap. Utredaren förordade på kort sikt att konsortieformen bibehålls, dels eftersom det fanns ett stort stöd för konsortieformen, dels för att det vid utredningens färdigställande fortfarande återstod en del utvecklingsarbete för nya Ladok 3, som behövde prioriteras. Utredaren lyfte dock i utvärderingen att konsortieformen har nackdelar, bland annat eftersom det juridiskt är en svag organisationsform och att konsortiets prioriterings- och beslutsprocesser är tidskrävande då de hanteras av stämman, där samtliga medlemmar i konsortiet deltar.³²

7.7.2 Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges Kommuner och Regioner är en medlems- och arbetsgivarorganisation som ska stödja och utveckla kommuners och regioners verksamheter. Det är en politiskt styrd organisation och styrelsen består av förtroendevalda från kommuner och regioner.³³

Kommuner och regioner samarbetar i digitaliseringsfrågor och systemstöd genom bolaget Inera AB, som Sveriges Kommuner och Regioner tillsammans med samtliga regioner och 289 av Sveriges 290 kommuner äger.³⁴ Inera AB utvecklar och förvaltar it-arkitektur och digital infrastruktur, digitala tjänster för invånare och digitala tjänster för verksamheter inom välfärden, bland annat kommuner, regioner, statliga myndigheter och privata vårdgivare.

Den infrastruktur och de tjänster som Inera AB tillhandahåller finansieras av användarna, antingen baserat på faktiskt nyttjande eller genom solidarisk finansiering utifrån invånarantal, beroende på vilken typ av tjänst eller infrastruktur det gäller. Inera AB anger även att finansiering kan ske genom gemensam finansiering i överenskomelser mellan Sveriges Kommuner och Regioner och staten.³⁵

³¹ Ladokkonsortiet (2022).

³² Fust (2019).

³³ Sveriges Kommuner och Regioner (2023 c).

³⁴ Inera AB (2023).

³⁵ Sveriges Kommuner och Regioner Företag AB (2023).

Enligt uppgift i Universitets- och högskolerådets förstudie om ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning har det vid två tidigare tillfällen diskuterats om Sveriges Kommuner och Regioner ska överta ägarskapet för Klipp. Detta har inte blivit verklighet, enligt uppgift från Sveriges Kommuner och Regioner bland annat på grund av att det från vissa regioner funnits farhågor om att ett gemensamt system skulle innebära sämre möjligheter till lokala anpassningar.

7.7.3 Vetenskapsrådets avdelning Sunet

Vetenskapsrådet genom Sunet (Swedish University Computer Network) har till uppgift att tillgodose behovet av datakommunikation hos lärosäten och andra offentliga verksamheter med koppling till forskning eller högre utbildning. Sunet levererar även valbara tilläggs-tjänster till de anslutna organisationerna. Sunet startade som ett forsknings- och utvecklingsprojekt, men är i dag inrättat som en avdelning inom Vetenskapsrådet. Verksamheten finansieras till största del via avgifter från de anslutna organisationerna, men Sunet erhåller även anslag via Vetenskapsrådet.³⁶ De anslutna organisationerna, cirka 90 till antalet, består av universitet och högskolor, ett antal myndigheter, museer och forskningsinfrastrukturer samt ett antal övriga organisationer.³⁷

SUNET tillhandahåller ett flertal olika tjänster till de anslutna organisationerna. Majoriteten av tjänsterna är av karaktären infrastruktur, såsom identitets- och inloggningstjänster, fasta och trådlösa nät-tjänster samt säkerhets- och lagringstjänster. I utbudet finns dock även mer verksamhetsnära tjänster, såsom ett systemstöd för digital tentamen, ett enkätverktyg och en lärplattform. Endast enstaka tjänster av det totala utbudet har i dag en direkt koppling till forskning.³⁸

Sunets uppdrag i it-frågor regleras dels i Vetenskapsrådets instruktion, dels i Vetenskapsrådets regleringsbrev. I instruktionen anges att Vetenskapsrådet ska ansvara för kommunikationssystemet Swedish University Computer Network (Sunet) och tillhandahålla grundanslutning för anslutna organisationer. Det föreskrivs även att Vetenskapsrådet får tillhandahålla tilläggstjänster inom Sunet, och att myndigheten ska ta ut avgifter för grundanslutningen och tilläggstjänsterna.

³⁶ Sunet (b).

³⁷ Sunet (a).

³⁸ Sunet (d).

Kostnaderna för grundanslutningen till Sunets nät ska enligt förordningen (2009:975) med instruktion för Vetenskapsrådet fördelas i proportion till respektive lärosätes andel av högskolesektorns totala intäkter. Hur kostnader för grundanslutning till andra typer av organisationer ska fördelas anges inte och inte heller hur kostnader för tilläggstjänster ska fördelas.

I Vetenskapsrådets regleringsbrev för 2023 sägs angående anslaget för Sunet, att det

får användas för utgifter för Swedish University Computer Network (Sunet), ett datanätverk för överföring av digital information mellan universitet och högskolor och vissa andra organisationer. Anslaget får även användas för utgifter för grundanslutning till Sunet för de konstnärliga högskolorna, statliga kulturarvsinstitutioner och Kungl. Biblioteket samt för de specifika kostnader Sunet har för anslutning till internationella forskningsnät.

Anslaget får dessutom användas för finansiering av utveckling av gemensamma lösningar inom digital kommunikation och it-tjänster.³⁹

Det specificeras inte närmare vilka typer av lösningar eller it-tjänster som Sunet ska finansiera och utveckla.

Sunet styrs av en kommitté, vars ledamöter nomineras av Vetenskapsrådet, Sveriges universitets- och högskoleförbund, Kungliga biblioteket samt Sveriges förenade studentkårer, och utses av Vetenskapsrådet.⁴⁰

7.7.4 Universitets- och högskolerådet

Universitets- och högskolerådet arbetar bland annat med att utveckla och förvalta it-system åt utbildningssektorn. Universitets- och högskolerådet ansvarar till exempel med stöd av 4 kap. förordningen (1993:1153) om redovisning av studier m.m. för antagningssystemet NyA, som samlar individuella uppgifter om studenter å lärosätenas vägnar. Ytterligare ansvarsområden för Universitets- och högskolerådet är ett system för administration av högskoleprovet, ett system för administration av tentamina samt ett ärendehanteringssystem för ansökningar om särskilt pedagogiskt stöd från studenter med funktionsnedsättning.⁴¹ Universitets- och högskolerådet anlitar Enheten

³⁹ Utbildningsdepartementet (2023 b), Villkor för anslag 3:9, ap.1 Sunet.

⁴⁰ Sunet (c).

⁴¹ Universitets- och högskolerådet (2022).

för IT-stöd och systemutveckling (ITS) vid Umeå universitet, för utveckling av de flesta system som Universitets- och högskolerådet ansvarar för.

Kostnaderna för förvaltning och utveckling debiteras de lärosäten som nyttjar systemen. När det gäller antagningssystemet NyA fördelas kostnaderna dels utefter respektive lärosätes andel av det totala antalet anmälningar under en viss period, dels utifrån respektive lärosätes andel av det totala antalet helårsstudenter.⁴²

Universitets- och högskolerådets övergripande uppdrag är enligt förordning (2012:811) med instruktion för Universitets- och högskolerådet att ansvara för uppgifter i fråga om service, samordning, främjande och utvecklande verksamhet samt internationellt samarbete och mobilitet inom utbildningsområdet. När det gäller uppdragsverksamhet har Universitets- och högskolerådet till uppgift att biträda vid antagning av studenter och ansvara för ett samordnat antagningsförfarande samt att ge service och råd i fråga om studieadministrativ verksamhet. När det gäller förvaltning och utveckling av it-system inom utbildningsområdet, som Universitets- och högskolerådet i sin egen information uppger är ett av myndighetens huvudsakliga arbetsområden, är myndighetens instruktion i vissa avseenden väldigt specifik, i andra avseenden allmänt hållen. I 2 a § i instruktionen sägs att Universitets- och högskolerådet med hjälp av automatiserad behandling ska föra ett register över uppgifter om elevers slutbetyg, examensbevis eller motsvarande från gymnasieskolan och den kommunala vuxenutbildningen på gymnasial nivå för att kunna biträda vid antagning av studenter och ansvara för ett samordnat antagningsförfarande. Uppgifterna i registret ska lämnas till statistikansvarig myndighet för skolväsendet eller till den myndighet eller det organ som den statistikansvariga myndigheten bestämmer. Myndigheten får därutöver enligt 3 § samma förordning utföra uppdrag inom ramen för sina uppgifter, om kostnaderna för sådana uppdrag kan täckas av befintliga resurser eller ersättning från uppdragsgivaren. Det anges dock inte i instruktionen vilken typ av uppdrag som avses.

⁴² Universitets- och högskolerådet (2021).

I Universitets- och högskolerådets regleringsbrev för 2023 står att myndigheten får ta ut och disponera avgifter för antagning till högskoleutbildning och studieadministration och att myndigheten själv får bestämma avgifternas storlek.⁴³

7.7.5 Sammanfattning och slutsatser

Samarbetet inom Ladokkonsortiet förefaller fungera väl och det finns inom organisationen en god kompetens och väl fungerande relationer med lärosätena. Det är dock utredningens bedömning att konsortium mellan lärosäten inte är en organisationsform som lämpar sig att vara formell mottagare av ett regeringsuppdrag att utveckla och förvalta ett it-system.

Utredningen bedömer inte heller att Sveriges Kommuner och Regioner eller Inera AB är lämpliga som systemägare, eftersom verksamhetsförlagd utbildning främst är utbildningsanordnarnas ansvar och ansvaret för ett systemstöd därmed i första hand bör ligga på en statlig myndighet inom universitets- och högskolesektorn. Regeringen kan inte heller formellt ge uppdrag till Sveriges Kommuner och Regioner i dess egenskap av intresseorganisation.

Både Universitets- och högskolerådet och Vetenskapsrådet ansvarar för viktiga systemstöd för den svenska universitets- och högskolesektorn. Utredningen bedömer dock att ansvaret för ett nationellt systemstöd för verksamhetsförlagd utbildning lämpligen placeras på Universitets- och högskolerådet. Anledningen är att Universitets- och högskolerådets basuppdrag rör utbildningsfrågor samt främjande och utveckling av dessa, samt universitets och högskolors studieadministration, medan Vetenskapsrådets basuppdrag är kopplat till forskning. Enheten för IT-stöd och systemutveckling (ITS) vid Umeå universitet är primär leverantör av utvecklings- och driftstjänster till både Universitet- och högskolerådet och Ladokkonsortiet, varför ett uppdrag till Universitets- och högskolerådet indirekt gör det möjligt att nyttja kompetens som Enheten för IT-stöd och systemutveckling byggt upp vid utvecklingen och förvaltningen av det studieadministrativa systemet Ladok.

⁴³ Utbildningsdepartementet (2022 a). Myndigheters möjligheter att ta ut avgifter styrs generellt av avgiftsförordningen (1992:191), som anger att myndigheter får ta ut avgifter bara om det följer av en lag eller förordning eller ett särskilt beslut av regeringen.

7.8 Tidigare utredningar om it-samordning inom universitets- och högskolesektorn

Utredningen om Organisation, styrning och finansiering av forskningsinfrastruktur har kommenterat Sunets placering vid Vetenskapsrådet och Vetenskapsrådets styrning av Sunet.

Utredningens bedömning är att SUNET:s verksamhet inte är helt i linje med Vetenskapsrådets huvuduppgift att finansiera grundforskning. Myndigheten har delegerat mycket ansvar till en intern gruppering, SUNET:s kommitté, som ansvarar för att ta fram strategi, budget och verksamhetsplan. SUNET:s kommitté består av en blandning av anställda vid Vetenskapsrådet och andra myndigheter, och fungerar nästan som en egen styrelse för SUNET. Det är oklart vilken roll Vetenskapsrådets styrelse spelar när det gäller visionen och planeringen av SUNET. Samtidigt som anslutna organisationer är en avnämare av SUNET:s tjänster, är organisationerna också indirekta, och i vissa fall direkta, beslutsfattare för SUNET genom representation i SUNET:s kommitté. Vetenskapsrådets modell för att organisera SUNET kan skapa oklara mandat och roller både internt på myndigheten och för andra aktörer. Otydligheten i organisation kan i sin tur leda till att processer för att fånga upp behov upplevs som icke-transparenta. Transparensen i SUNET:s behovsuppfångstprocess är viktig för tillit och tilltro till verksamheten, eftersom anslutna organisationer står inför stora digitala utmaningar och behov som kräver investeringar, vilka ibland finansieras genom avgifter till SUNET.⁴⁴

I betänkandet föreslås att Sunets organisation och styrning bör utvecklas för att tydliggöra ansvar, roller och mandat, särskilt gentemot anslutna organisationer. Utredningen berör även Sunets så kallade tilläggstjänster och noterar att Sunet:

har en stor portfölj av tjänster till anslutna organisationer. De[t] rör sig om exempelvis identitetsfederation (inloggningstjänsten SWAMID), molntjänster för utbildnings- och forskningssamarbeten (t.ex. Box, Projektplace), tjänster för digitala möten (t.ex. Zoom) och digitala tentamen. Denna typ av tjänster avser inte endast forskningen utan tillhör i hög grad behoven som samordnats vid anslutna organisationers it-avdelning. Utredningen anser att även denna typ av tjänster med fördel kan organiseras under den nya föreslagna myndigheten som ansvarar för digitala infrastrukturer för forskning. Verksamheten som rör tjänsterna har en naturligare hemvist, både i termer av sakfråga och kompetens, i den nya myndigheten för digital infrastruktur än vid Vetenskapsrådet där verksamheter ligger i dag.⁴⁵

⁴⁴ SOU 2021:65 s. 215 f.

⁴⁵ SOU 2021:65 s. 262.

Vidare resoneras i betänkandet om att ansvaret för digital infrastruktur för forskning antingen kan inrättas som en egen myndighet eller införlivas i en myndighet för forskningsinfrastruktur av särskilt nationellt intresse. Det senare är ett av förslagen i utredningen.

Eftersom Vetenskapsrådet är värmyndighet för Sunet har utredningen följt upp hur myndigheten ställt sig till förslaget om att samla it-ansvaret för forskning i en ny myndighet. I sitt remissvar ställer sig Vetenskapsrådet positivt till förslaget om en särskild myndighet för digital infrastruktur för forskning⁴⁶. Vetenskapsrådet hänvisar även till en gemensam rapport från Vetenskapsrådet och Sveriges universitets- och högskoleförbund angående organisering av digital infrastruktur för forskning, där ett liknande förslag om en särskild myndighet läggs fram.⁴⁷

I Ladokkonsortiets externa utvärdering om framtida styrform och ägarskap för Ladok där den externa utredaren på kort sikt rekommenderade att konsortieformen skulle behållas, gavs också en rekommendation om organisationsform på längre sikt.⁴⁸

Vid intervjuerna, i mitt ordinarie arbete, men också efter att ha följt diskussionen kring it-utveckling, användandet av ny teknik, exv AI, och inte minst säkerhetsfrågor så rekommenderas att sektorn överväger, att tillsammans inom sektorn och med övriga intressenter, starta ett arbete med att bilda "it-service/-utveckling för högre utbildning och forskning". Detta kräver, om organisationen läggs utanför de egna myndigheterna, tillstånd av regeringen. Fördelarna är en ökad professionalism, kund-/ leverantörsförhållandet blir tydligare och att prioriteringar över tiden kan göras mellan och inom de olika systemen. Allt tyder på att sektorn blivit mer benägen att samordna viktiga processer, inte minst för att kunna arbeta mer effektivt mellan och inom de olika myndigheterna.⁴⁹

I den externa utvärderingen konstaterade utredaren vidare att det för närvarande är flera olika myndigheter som äger och förvaltar gemensamma it-system inom universitets- och högskolesektorn, men att tiden är mogen att ta ytterligare ett steg i samordningen. Som skäl lyfter utredaren att studenter, lärare och forskare önskar ett mer samordnat arbete från de olika myndigheterna, och att en gemensam organisation för it inom högre utbildning och forskning skulle lägga

⁴⁶ Vetenskapsrådet (2021 a).

⁴⁷ Vetenskapsrådet och Sveriges universitets- och högskoleförbund (2020).

⁴⁸ Se avsnitt 7.5.

⁴⁹ Fust (2019), s. 12–13.

grunden för både högre effektivitet och större möjligheter att möta utvecklingsbehoven vad gäller it-system.⁵⁰

Sveriges universitets och högskolors IT-chefsforum (ITCF) har i en analys av hur upphandling av programvarulicenser fungerar inom universitets- och högskolesektorn konstaterat att det finns potential för en mer rationell och kostnadseffektiv hantering av upphandlingar.⁵¹ I dag sker avtalssamarbeten frivilligt i mån av tid och relativt ostrukturerat. I rapporten föreslår ITCF att Sunets kommitté ska ge Sunet i uppdrag att ta ansvar för en nationell hantering av programvarulicenser. Förutom att det skulle effektivisera användningen av resurser för upphandling om upphandlingarna sker gemensamt, skulle den större gemensamma upphandlingsvolymen också förbättra lärosätenas möjligheter att ställa krav och erhålla konkurrenskraftiga villkor från leverantörer.⁵²

Riksrevisionen har i en granskningsrapport om lärosätenas informationssäkerhetsarbete gällande forskningsdata i december 2023 rekommenderat universitet och högskolor att i samråd med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och andra relevanta myndigheter inrätta en gemensam stödfunktion för informationssäkerhet. Riksrevisionen har konstaterat att lärosätena inte bedriver ett effektivt informationssäkerhetsarbete för att skydda forskningsdata och att lärosätena har liknande utmaningar när det gäller informationssäkerhet. Utmaningarna gäller framför allt behovet av att höja kunskapsnivån bland medarbetarna, att kunna erbjuda tekniska lösningar för hantering av forskningsdata och att upprätthålla kompetens i regelverken kring forskningsdata.⁵³ Utredningen anser att det vore önskvärt om även andra gemensamma frågor med bäring på it och it-stöd samordnades inom sektorn.

7.8.1 Sammanfattning

I dag ansvarar varje lärosäte för att hantera sina it-behov. När det gäller det studieadministrativa systemet Ladok har flertalet lärosäten valt att ingå i Ladokkonsortiet. Därutöver finns viss nationell samordning via Vetenskapsrådet och Universitets- och högskolerådet.

⁵⁰ Fust (2019), s. 12 f.

⁵¹ Se avsnitt 7.8.1.

⁵² Sveriges universitets och högskolors IT-chefsforum (2021).

⁵³ Riksrevisionen (2023 a).

Eftersom Vetenskapsrådets basuppdrag är att stödja forskning, förstår utredningen det som att tanken är att Vetenskapsrådet främst ska ansvara för samordning av behov kring infrastruktur och forskningsrelaterat systemstöd. Universitets- och högskolerådets basuppdrag är att stödja utbildning och ansvara för samordning av det utbildningsanknutna systemstödet. Vetenskapsrådet (via Sunet) tillhandahåller dock många utbildningsnära systemstöd som ligger nära Universitets- och högskolerådets basuppdrag, till exempel lärplattform och system för digital salstentamen. Universitets- och högskolerådet ansvarar inte heller för det centrala studieadministrativa systemet Ladok.

Uppdraget till de två myndigheter som i dag har delansvar framstår vidare som otydligt utformade avseende it-ansvar och många av dagens moderna tjänster är svåra att hänvisa till endera enbart forskning eller utbildning. Utredningen bedömer också att den svaga samordningen av it-behov inom sektorn leder till att lärosäten parallellt lägger resurser på upphandling eller utveckling av systemstöd som mer effektivt hade kunnat göras gemensamt för sektorn.

Utöver den formella ansvarsfördelningen finns olika typer av frivilliga nätverk och samverkansstrukturer inom sektorn, bland annat Sveriges universitets och högskolors IT-chefsforum (ITCF). Syftet med ITCF är att underlätta erfarenhetsutbyte, samarbete och it-utveckling inom universitets- och högskolesektorn.⁵⁴

Inom Sveriges universitets- och högskoleförbund finns ett antal arbets- och expertgrupper för gemensamma frågor inom sektorn, till exempel inom it och digitalisering. Sveriges universitets- och högskoleförbund har under hösten 2023 tillsammans med Vetenskapsrådet (Sunet), Universitets- och högskolerådet samt Ladokkonsortiet enats om att gemensamt utreda ansvaret för framtidens e-infrastruktur för högre utbildning. Uppdraget omfattar ansvaret för lärplattform (Vetenskapsrådet via Sunet), antagningssystem (Universitets- och högskolerådet) och det studieadministrativa systemet (Ladokkonsortiet).⁵⁵

⁵⁴ Sveriges universitets och högskolors IT-chefsforum (2023).

⁵⁵ Sveriges universitets- och högskoleförbund (2023 a).

7.9 Internationella exempel på tydligare samordning

Ansvarsfördelningen för it i universitets- och högskolesektorn har samordnats på nationell nivå i flera länder och då gemensamt för både utbildning och forskning. I följande avsnitt beskrivs exempel från Norge, Nederländerna och Storbritannien, som utredningen bedömer illustrerar utvecklingstrenden att samordna frågor om it-stöd inom universitets- och högskolesektorn.

7.9.1 Norge

Den norska högskolesektorn har sedan ett antal år tillbaka arbetat för att samordna gemensamma behov inom sektorn. *Kunnskapsdepartementet* har tagit fram två strategier för digital omställning i universitets- och högskolesektorn. Redan i regeringens första digitaliseringsstrategi för perioden 2017–2021 slogs fast att infrastruktur och administrativt it-stöd inom universitets- och högskolesektorn i första hand skulle levereras som gemensamma tjänster och användas av alla verksamheter. Många tjänster förvaltades vid den tidpunkten lokalt, trots att det fanns litet behov av lokala anpassningar och stora möjligheter till gemensamma lösningar.⁵⁶

I den nuvarande strategin för perioden 2021–2025 är ansatsen bredare och uppmaningen till verksamheterna tydligare. Alla verksamheterna inom högre utbildning och forskning bör försöka identifiera möjligheter och behov som är gemensamma för flera eller alla verksamheter och tillsammans avgöra hur de kan tillvaratas. Det understryks att framgången för strategin är avhängig vidare utveckling i verksamheterna och att samarbetet och öppenheten mellan verksamheterna i sektorn stärks. Genom att samarbeta och dela resurser och erfarenheter menar den norska regeringen att sektorn totalt sett kommer att ha bättre förutsättningar att uppfylla ambitionen att norsk högre utbildning och forskning ska ligga i framkant internationellt.⁵⁷

Den norska regeringen har under åren samlat ansvaret för it-frågor i sektorn och det är nu delat av två myndigheter under *Kunnskapsdepartementet*. *Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse* (HK-dir) ansvarar för genomförandet av strategin för digital omställning

⁵⁶ Kunnskapsdepartementet (2017).

⁵⁷ Kunnskapsdepartementet (2021).

och *Kunnskapssektorens tjenesteleverandør* (Sikt) för leverans av gemensamma tjänster.

Uppdraget till HK-dir är mer specifikt att samordna, pådriva och följa upp genomförandet av digitaliseringsstrategin. Uppdraget i övrigt omfattar hela den norska vuxenutbildningen, där ansvaret bland annat är att utveckla vuxenutbildningarnas kvalitet, tillhandahålla karriärvägledning, stärka det internationella samarbetet och bidra till den digitala omställningen av universitet och högskolor.⁵⁸

Sikt bildades den 1 januari 2022 efter en sammanslagning av tre myndigheter på området: *Norsk senter for forskingsdata* AS (NDS), Uninett AS och Unit – *Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning*.⁵⁹

Sikts uppdrag är att vara leverantör av digitala tjänster och infrastruktur till verksamheter och avnämare inom kunskapssektorn. Målen i Sikts regleringsbrev är att:

1. Kunskapssektorn har god tillgång till infrastruktur och gemensamma tjänster av hög kvalitet.
2. Kunskapssektorn delar data för ökad kunskapsutveckling, innovation och värdeskapande.
3. Kunskapssektorn har god informationssäkerhet och gott skydd för personuppgifter.⁶⁰

7.9.2 Nederländerna

I Nederländerna har universitet och högskolor sedan drygt 30 år tillbaka en gemensam organisation för samarbete i it-frågor, *Samenwerkende Universitaire Rekenfaciliteiten* (SURF). Samarbetet har tre syften: att fungera som ett kunskapscentrum när det gäller användningen av it i forskning och utbildning, att utveckla eller upphandla och tillhandahålla tjänster som tagits fram i samråd med medlemmarna, och att främja innovation på området.⁶¹ SURF utvecklar, upphandlar och tillhandahåller gemensamma tjänster för utbildning, forskning och infrastruktur. Det finns en uppsättning tjänster som

⁵⁸ Kunnskapsdepartementet (2022 b).

⁵⁹ Sikt.

⁶⁰ Kunnskapsdepartementet (2022 a).

⁶¹ SURF (b).

ingår i grundavgiften och som är obligatoriska för medlemmarna i SURF. Det finns därutöver ett antal tilläggstjänster, som medlemmarna kan välja att köpa till. Bland tjänsterna som SURF i dag erbjuder finns nätverkstjänster, säkerhetstjänster, tjänster för lagring, bearbetning, analys och visualisering av forskningsdata, plattformar för digitala läromedel och data, gemensamt upphandlade ramavtal för programvarulicenser samt konsult- och utbildningstjänster på området.⁶²

7.9.3 Storbritannien

I Storbritannien finns en gemensam organisation som stödjer universitets- och högskolesektorn i it-frågor, *Joint Information Systems Committee* (Jisc). Syftet med organisationen är att tillhandahålla produkter, tjänster och expertis för att stödja den digitala omställningen inom utbildning, forskning och innovation.⁶³ Jisc finansieras dels med statliga medel, dels via medlemsavgifter från deltagande parter och avgifter för nyttjande av vissa tjänster.⁶⁴ De tjänster som Jisc tillhandahåller innefattar nätverks- och säkerhetstjänster, beslutsstöds- och dataanalysverktyg, digitala läromedel, plattformar för studentrekrytering och studievägledning, samt gemensamt upphandlade ramavtal. Jisc ger även råd och stöd i it-frågor inom både utbildning och forskning.⁶⁵

7.9.4 Sammanfattning och slutsatser

Exemplen från Norge, Nederländerna och Storbritannien visar hur frågor om it-stöd för universitets- och högskolesektorn i dessa länder samordnats. Delar av det som SURF och Jisc erbjuder som tjänster, finns i Sverige antingen inom Sunet eller Universitets- och högskolerådet, medan det inom andra områden inte finns några formaliserade nationella samarbeten i Sverige. Utmärkande för både SURF och Jisc, jämfört med den samordning som finns inom Sunet, Universitets- och högskolerådet och Ladokkonsortiet, är att både SURF och Jisc tagit ett samlat grepp om digitalisering och it-stöd inom både utbild-

⁶² SURF (a).

⁶³ Jisc (a).

⁶⁴ Jisc (b).

⁶⁵ Jisc (c).

ning och forskning. Både SURF, Jisc och Sikt erbjuder it-stöd och kunskapsstöd och stödjer sektorn i bland annat informationssäkerhetsfrågor.

Utredningen anser att det finns potential för en större samordning av dessa frågor även inom svensk universitets- och högskolesektor. En ändamålsenlig organisering av ansvaret lägger grunden för moderna och säkra lösningar och ett effektivt nyttjande av resurserna för it. Dagens it-stöd kräver en robust infrastruktur och integration med andra delar av ett lärosätes it-miljö. Det är dessutom i dag svårare att dra en gräns mellan vad som är it-stöd för utbildning respektive forskning. Detta talar för att frågorna kan vinna på att hanteras med ett gemensamt perspektiv.

8 Regioners och kommuners medverkan i högskoleutbildning

I detta kapitel beskrivs regionernas och kommunernas uppdrag i egenskap av hälso- och sjukvårdshuvudmän.¹ I nuläget medverkar hälso- och sjukvårdshuvudmännen i högre utbildning främst genom verksamhetsförlagd utbildning. Detta sker genom avtal och inte till följd av rättslig reglering som ålägger hälso- och sjukvårdshuvudmän att medverka i utbildningen. Förslag om att införa en sådan bestämmelse har dock lämnats av två tidigare utredningar. I kapitlet utreds frågan huruvida en lagfäst skyldighet för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att medverka i högskoleutbildningar som relaterar till hälso- och sjukvården skulle vara ändamålsenlig för att tillgängliggöra fler platser för verksamhetsförlagd utbildning.

8.1 En lagstadgad skyldighet att medverka i utbildning åstadkommer inte fler platser för verksamhetsförlagd utbildning

Utredningens bedömning: En skyldighet för regioner och kommuner att medverka i utbildning bör inte införas i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

En lagstadgad skyldighet att medverka i utbildning för regioner och kommuner kan inte effektivt bidra till att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen.

¹ Också staten fungerar som huvudman för hälso- och sjukvård i fråga om intagna enligt 9 kap. fängelselagen (2010:610) och skolhuvudmän för viss hälso- och sjukvård inom elevhälsan enligt 2 kap. skollagen (2010:800), men berörs inte i detta kapitel.

Skälen för utredningens bedömning

Av detta kapitel framgår att regioner och kommuner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården är involverade i ett 20-tal högskoleutbildningar som berör hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det gäller i synnerhet verksamhetsförlagd utbildning som förekommer på dessa högskoleutbildningar. Det finns ett ömsesidigt beroende mellan hälso- och sjukvårdsverksamheten respektive högskolorna både vad gäller utbildning och forskning. Utbildningarna bidrar till hälso- och sjukvårdshuvudmännens kompetensförsörjning samtidigt som hälso- och sjukvårdsverksamheten utgör en nödvändighet för att studenterna ska kunna fullgöra sin utbildning. Genom delaktighet och medverkan i forskning värnas hälso- och sjukvårdsverksamhetens kvalitet och personalens kompetensutveckling.

Det ömsesidiga beroendet ställer höga krav på samverkan. Medan huvudmännens medverkan i forsknings- och utvecklingsarbete samt primärvårdens medverkan i forskning är lagfästa i hälso- och sjukvårdslagen gäller det inte för deras medverkan i högskoleutbildning. Det vore möjligt att införa en skyldighet för hälso- och sjukvårdshuvudmän att medverka i högskoleutbildning i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). En sådan bestämmelse borde då lämpligen specificeras till att endast avse verksamhetsförlagd utbildning och inte högskoleutbildning i övrigt. Frågan är emellertid vad en sådan reglering skulle innebära och om den effektivt skulle kunna bidra till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen har i dag en skyldighet att medverka i forskning och detsamma ingår som en del i primärvårdens grunduppdrag. Mot denna bakgrund förefaller det i sig inte orimligt att inkludera även verksamhetsförlagd utbildning i likartade bestämmelser för att tydliggöra utbildningens roll också i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det föreligger dock en väsentlig skillnad vad beträffar förutsättningarna för huvudmännens medverkan i forskning och utveckling respektive högskoleutbildning. Huvudmännen har både en lagfäst rätt och skyldighet att delta i forsknings- och utvecklingsverksamhet och primärvården ska även ges möjlighet till medverkan i forskning som en del i sitt grunduppdrag. När dessa bestämmelser infördes ansågs i det första fallet ett befintligt uppdrag för huvudmännen endast kodifieras som inte innebar något nytt uppdrag som staten hade behövt ersätta huvudmännen för. I fråga om

primärvårdens grunduppdrag kom den kommunala självstyrelsen till en viss del att inskränkas, men omorganiseringen av vården med fokus på primärvården ansågs inte åsamka huvudmännen kostnader. Inte heller denna förändring av hälso- och sjukvårdslagen föranledde alltså ersättning från staten till hälso- och sjukvårdens huvudmän. Kodifieringen av huvudmännens medverkan i forsknings- och utvecklingsverksamhet skedde i syfte att förtydliga det delade ansvaret mellan staten och de dåvarande landstingen för sådan verksamhet.

När det gäller vårdutbildningar såsom sjuksköterskeutbildningen utgör dessa numera ett statligt åtagande förutom de utbildningar som ges av enskilda utbildningsanordnare. Staten är dock beroende av hälso- och sjukvårdshuvudmännens medverkan i fråga om verksamhetsförlagd utbildning för att kunna fullfölja sitt åtagande att bedriva högskoleutbildning. Det finns alltså självklara beröringspunkter, men ansvarsfördelningen mellan stat och huvudmän kan enligt utredningens uppfattning inte anses oklar på det sätt som var fallet gällande forskning. Utbildningsanordnarna bär ansvaret för högskoleutbildningen. Utbildningsanordnarnas ansvar för och huvudmännens deltagande i verksamhetsförlagd utbildning regleras i nuläget genom lokala och regionala avtal. I fråga om läkarutbildningen samt vid två högskolor för tandläkarutbildningen regleras deltagande i verksamhetsförlagd utbildning genom centrala, statliga avtal. Att lagstifta om ett ansvar att medverka i verksamhetsförlagd utbildning för hälso- och sjukvårdens huvudmän skulle främst syfta till organisatorisk synlighet för utbildningsfrågornas dignitet hos regioner och kommuner. Utredningen menar att det som hindrar en expansion av platser för verksamhetsförlagd utbildning ska vara avgörande för de lösningar som förordas.

För att kunna utbilda sjuksköterskor i tillräcklig utsträckning krävs en utbyggnad av antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning i Sverige. Utredningens uppfattning är att en lagfäst skyldighet för hälso- och sjukvårdshuvudmän av flera skäl inte utgör ett effektivt sätt att skapa fler sådana platser. Att hälso- och sjukvårdshuvudmännen har en viktig roll för att vårdutbildningarna ska kunna förverkligas är ingenting som ifrågasätts. Det gäller inte minst mot bakgrund av att huvudmännen själva under många decennier ansvarade för dessa utbildningar i sin helhet liksom hälso- och sjukvårdsverksamheten, men att det ändå rådde brist på platser för verksamhetsförlagd

utbildning.² Även i utredningens möten med sjukvårdshuvudmän och privata vårdgivare har det varit tydligt att de ser det som självklart att medverka i hälso- och sjukvårdsutbildning genom verksamhetsförlagd utbildning. Problemet verkar alltså inte ha att göra med otydlighet.

Utredningens uppfattning är att frågan om samverkan, struktur och ersättning utgör nyckelfaktorer för att åstadkomma fler platser för verksamhetsförlagd utbildning, i synnerhet i kommunal hälso- och sjukvård. Sådana behov kan enligt utredningens uppfattning bäst tillgodoses genom centrala och regionala avtalslösningar på det sätt som utredningen förordar i kapitel 6. De tidsmässiga, personella och finansiella resurser som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård menade kunde tillgodoses genom en lagteknisk lösning anser förevarande utredning bäst kan tillgodoses genom att staten tar ett övergripande ansvar för att skapa ett centralt VULF-avtal för sjuksköterskeutbildningen. Fler utbildningar kan sedan i mån av behov knytas till en sådan avtalslösning, vilket gör de ekonomiska konsekvenserna för staten mer hanterliga och också möjliggör en successiv utvärdering av ett VULF-avtal.³

En lagfäst skyldighet för huvudmännen att medverka i högskoleutbildning skulle innebära ytterligare ett åtagande för regioner och kommuner. Att utöka regioners och kommuners ansvarsområden skulle innebära en begränsning av principen om kommunal självstyrelse och skulle därför förutsätta beaktande av proportionalitetsprincipen. En lagfäst skyldighet av det slag som diskuteras ovan skulle sannolikt betraktas som proportionerlig.

Ett nytt åtagande för regioner och kommuner skulle dock även innebära ett nytt uppdrag för regioner och kommuner, som måste ersättas ekonomiskt av staten för de utbildningar där huvudmännen medverkar. Kostnaden skulle sannolikt bli föremål för förhandling med Sveriges Kommuner och Regioner och riskera att bli betydande, då ett 20-tal utbildningar skulle beröras. Ersättningen skulle troligen lämnas genom statsbidrag, vilket innebär att garantierna för att resurserna kommer den verksamhetsförlagda utbildningen till del är begränsade. De särskilda centrala avtalslösningar som i dag gäller för läkarutbildningen samt delvis för tandläkarutbildningen skulle i sådana fall också behöva ses över. Just kostnadsaspekten har som belyses i

² Se avsnitt 2.2.2.

³ Se kapitel 6.

detta kapitel varit den avgörande faktorn för att staten under omkring 30 år inte övertog huvudmannaskapet för flera olika vårdutbildningar. Dessa utbildningar förblev i stället främst i landstingskommunal och enskild regi.

Det finns också flera oklarheter gällande hur en skyldighet för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att medverka i utbildning skulle fungera i praktiken. En fråga gäller hur stor del av ett nationellt behov av platser för verksamhetsförlagd utbildning på olika utbildningar inom hälso- och sjukvården som enskilda regioner och kommuner skulle behöva tillgodose för att anses ha fullgjort sina åtaganden enligt lag. En annan fråga gäller i förhållande till vilka lärosäten en viss huvudman förväntas fullgöra sin skyldighet att medverka i utbildning. Omfattningen och den konkreta innebörden av denna skyldighet skulle i likhet med andra sådana skyldigheter i hälso- och sjukvårdslagen få bedömas primärt genom ordinär tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg. Ytterligare en fråga är hur en skyldighet att medverka i utbildning skulle förhålla sig till uppdragsutbildning.

Utredningen har konstaterat att det finns svårigheter att implementera och utkräva ansvar i förhållande till en eventuell lagstadgad skyldighet att medverka i utbildning för hälso- och sjukvårdshuvudmän genom tillsyn. Hälso- och sjukvårdshuvudmän omfattas av Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn, men myndigheten saknar sanktionsmöjligheter gentemot huvudmännen. Om hälso- och sjukvårdshuvudmännen av olika skäl inte organiserar sin verksamhet och avsätter de resurser som krävs för att tillräckligt många platser för verksamhetsförlagd utbildning ska skapas kan Inspektionen för vård och omsorg rikta kritik mot huvudmännen. Det skulle teoretiskt också kunna ske genom den extraordinära tillsynen, främst Riksdagens ombudsmän (JO).

Utredningens uppfattning är mot denna bakgrund att en rättslig reglering av hälso- och sjukvårdshuvudmännens medverkan i högskoleutbildning inte förefaller vara ett effektivt verktyg för att åstadkomma fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. De centrala frågorna gällande samverkan, struktur och finansiering löses i stället bäst genom samverkan i befintliga samverkansorgan såsom Nationella vårdkompetensrådet respektive de regionala vårdkompetensråden. Staten behöver också ta ett större finansiellt ansvar, lämpligen genom ett VULF-avtal, där staten tar ett övergripande ansvar för att skapa förutsättningar inom hälso- och sjukvården för att möta sjuk-

sköterskeutbildningarnas långsiktiga behov av verksamhetsförlagd utbildning. De närmare förutsättningarna för den verksamhetsförlagda utbildningen bör ske genom regionala avtalslösningar på det sätt som utredningen förordar i kapitel 6.

Sammanfattningsvis kan konstateras att följande centrala argument enligt utredningen talar mot att lagstifta om en skyldighet för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att medverka i högre utbildning:

- En lagfäst skyldighet att medverka i högre utbildning för hälso- och sjukvårdens huvudmän gör sannolikt ingen märkbar skillnad, då antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning avgörs av andra faktorer.
- Hälso- och sjukvårdshuvudmännen ser sitt ansvar att medverka i högre utbildning genom verksamhetsförlagd utbildning som självklart.
- Privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning är redan i dag möjlig för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att ombesörja vid offentlig upphandling samt valfrihetssystem. Lärosäten kan också teckna avtal om platser för verksamhetsförlagd utbildning med privata vårdgivare.⁴
- Kommuners ökade medverkan i verksamhetsförlagd utbildning kan främjas bäst genom tillgång till en utbildningsmässig struktur och ekonomisk ersättning.
- Verksamhetsförlagd utbildning bygger på samverkan mellan olika parter. En ensidig skyldighet att medverka i högre utbildning för hälso- och sjukvårdshuvudmän skapar inte en god grund för ömsesidigt samarbete mellan lärosäten samt hälso- och sjukvårdshuvudmän, vilket i sig är en förutsättning för att med framgång bedriva hälso- och sjukvårdsutbildning.
- En lagfäst skyldighet att medverka i utbildning för regioner och kommuner har svårbedömda konsekvenser för ALF- och TUA-avtalen och riskerar att skada en viktig och sedan länge etablerad samverkan gällande läkarutbildningen och tandläkarutbildningen.
- En lagfäst skyldighet att medverka i utbildning för regioner och kommuner skulle innebära ett vidgat tillsynsansvar för Inspektionen

⁴ Se kapitel 9.

för vård och omsorg, men möjligheten att implementera bestämmelsen är begränsad till följd av avsaknad av sanktionsmöjligheter.

- Staten behöver ta ett större ansvar än i dag för att skapa förutsättningar för att erbjuda verksamhetsförlagd utbildning i hälso- och sjukvården i tillräcklig omfattning. Ett VULF-avtal innebär att staten effektivt kan styra resurser till de åtgärder som krävs för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning.

8.2 Hälso- och sjukvårdens målsättning

Målet med hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. God hälsa för befolkningen avser åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för den enskilde individen. Vård på lika villkor för hela befolkningen förutsätter att det i princip är möjligt för alla individer oberoende av ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella eller geografiska omständigheter att få del av hälso- och sjukvårdens tjänster.⁵

Ansaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård till befolkningen delas mellan regioner, kommuner och staten, vilket också återspeglas i hälso- och sjukvårdslagen.

8.3 Kommunal självstyrelse

Hälso- och sjukvårdens rättsliga reglering balanserar mellan den kommunala självstyrelsen och statens intresse av att tillgodose en likvärdig vård för alla. Den kommunala självstyrelsen framgår av 1 kap. 1 § regeringsformen och utgör en viktig del av det demokratiska systemet.⁶ Begreppet kommunal självstyrelse definieras inte och är tänkt att vara föränderligt med hänsyn till samhällsutvecklingen. Den kommunala initiativrätten och den fria sektorn inom vilken kommuner kan sköta sina egna angelägenheter utgör dock en kärna i den kommunala självstyrelsen.⁷ Den kommunala självstyrelsen kommer också till uttryck genom 8 kap. 2 § tredje stycket regeringsformen, som anger att föreskrifter som regel ska meddelas genom lag om de avser

⁵ Prop. 1981/82:97 s. 27.

⁶ Prop. 2001/02:80 s. 73.

⁷ Prop. 1973:90 s. 190.

grunderna för kommunernas organisation eller verksamhetsformer, beskattning eller kommunernas befogenheter och åligganden i övrigt. Enligt 14 kap. 2 § regeringsformen ska kommuner sköta lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund samt övriga angelägenheter enligt lag. Den kommunala självstyrelsen får enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inskränkas, men får inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen infördes år 2011 och innebär att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen måste vara proportionerlig. Riksdagen förutsätts därmed regelmässigt beakta den kommunala självstyrelsen i förhållande till andra intressen.⁸ I hälso- och sjukvårdssammanhang innebär den kommunala självstyrelsen att regioner och kommuner ska ges förutsättningar att utifrån lokala behov och förutsättningar fatta beslut om vårdens organisation, planering och finansiering. Staten bär emellertid ett övergripande ansvar för en ändamålsenlig hälso- och sjukvård.⁹

8.4 Centrala begrepp i hälso- och sjukvården

I hälso- och sjukvårdslagstiftningen har begreppen huvudman respektive vårdgivare använts under flera decennier. I förarbetena till 1982 års hälso- och sjukvårdslag avsåg begreppet huvudman den som hade ett författningsreglerat ansvar för vård utan att för den delen själv vara skyldig att bedriva verksamhet. Den som faktiskt bedrev vård antingen till följd av skyldighet eller frivillighet kallades vårdgivare.¹⁰ En legaldefinition av begreppen huvudman respektive vårdgivare infördes först genom 2017 års hälso- och sjukvårdslag. Syftet var att tydliggöra huvudmännens och vårdgivarnas olikartade roller.¹¹

Enligt 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) avses med huvudman den region eller den kommun som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom huvudmannens geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. Med vårdgivare avses enligt 2 kap. 3 § samma lag en statlig myndighet region, kommun,

⁸ Prop. 2009/10:80 s. 212.

⁹ Prop. 2016/17:43 s. 72 och 80.

¹⁰ Prop. 1981/82:97 s. 33.

¹¹ Prop. 2016/17:43 s. 89.

annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.¹²

Hälso- och sjukvård definieras i 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter samt omhändertagande av avlidna. Hälso- och sjukvården kan utgöras av sluten vård, vilket innebär att patienten får hälso- och sjukvård som intagen vid en vårdinrättning, eller i öppen vård, som avser andra vårdformer, vilket följer av 2 kap. 4–5 §§ samma lag. Primärvård avser hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning av sjukdomar, ålder eller patientgrupper i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I patientsäkerhetslagen (2010:659) definieras hälso- och sjukvård som verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

8.5 Hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden

Regioner och kommuner har i egenskap av hälso- och sjukvårdshuvudmän flera ansvarsområden som framför allt anges i olika kapitel i hälso- och sjukvårdslagen. Regionernas och kommunernas särskilda ansvar som huvudmän framgår särskilt av avdelningarna III, IV och V i hälso- och sjukvårdslagen. I avdelning II finns skyldigheter som åvilar både vårdgivare och huvudmän. Regioner och kommuner ska också samverka i olika avseenden som anges i 16 kap. hälso- och sjukvårdslagen. I detta avsnitt presenteras hälso- och sjukvårdshuvudmännens nuvarande åtaganden. Hälso- och sjukvårdshuvudmännens möjlighet att överlåta åt annan att sköta deras åtaganden beskrivs i kapitel 9.

¹² Vårdgivarbegreppet definieras dock annorlunda i patientsäkerhetslagen (2010:659), patientdatalagen (2008:355) respektive patientskadelagen (1996:799). Detta ansågs dock inte kunna resultera i svårigheter i praktiken gällande exempelvis tillsyn och åtgärder inom ramen för tillsyn, se prop. 2016/17:43 s. 86 f.

8.5.1 Regioners huvudmannaansvar

Regionen har ett ansvar för att organisera, planera och samverka kring hälso- och sjukvård som följer av 7 kap. hälso- och sjukvårdslagen. Det ska ske med utgångspunkt i befolkningens behov och på ett sådant sätt att vården kan ges nära befolkningen, vilket följer av 7 kap. 2–2 a §§ samma lag. Regionen ska vidare enligt 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja och få tillgång till en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). I det organisatoriska ansvaret ligger enligt 7 kap. 4 § samma lag också att tillhandahålla sjukhus för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning.

Regionen har en omfattande skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård åt individer. Regionen ska enligt 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som är bosatta inom regionen. Också i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen. Därutöver har regionen enligt 8 kap. 2 § samma lag en skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av förordningen. Skyldigheten omfattar också sådana personers familjemedlemmar. Regionen ska vidare erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård till individer som vistas i regionen utan att vara bosatta där enligt 8 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Öppen vård ska enligt 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen erbjudas åt den som omfattas av annan regions ansvar för vården och den regionen svarar i sådana fall för kostnaden. Regionens ansvar omfattar dock enligt 8 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen inte hälso- och sjukvård som en kommun inom regionen ansvarar för. Det är möjligt att regionen frivilligt genom en överenskommelse med annan region ger vård åt den som omfattas av annan regions ansvar enligt 8 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen. Slutligen har regionen ett ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Regionen har enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen vidare ett övergripande ansvar att erbjuda vårdgaranti och tillse att denna uppfylls inom regionens geografiska område.

Enligt 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen finns en skyldighet för regioner att till kommuner inom regionen avsätta läkarresurser för att möjliggöra för enskilda att få en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 § samma lag liksom hemsjukvård i ordinärt boende och särskilt boende.

Regioner ska enligt 13 a kap. 1 § samma lag inom ramen för primärvården möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Regioner ska vidare enligt 18 kap. 2 § samma lag medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete inom hälso- och sjukvården och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska i den omfattning som behövs samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor.

8.5.2 Kommuners huvudmannaansvar

Kommuner har liksom regioner huvudmannaansvar för hälso- och sjukvården, men i jämförelse ett begränsat ansvar. Kommunen har enligt 1 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen ett planeringsansvar för hälso- och sjukvården, som ska ta sin utgångspunkt i befolkningens behov. Det innefattar exempelvis enligt 11 kap. 4 § samma lag att inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer tillse att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Även kommuner har enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen ett ansvar för att erbjuda individer en god hälso- och sjukvård. Skyldigheten omfattar den som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Även personer som vistas i dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen omfattas. En kommun får därutöver enligt 12 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda den som vistas i kommunen hemsjukvård i ordinärt eller särskilt boende. I samband med att hälso- och sjukvård enligt dessa bestämmelser ges ska kommunen enligt 12 kap. 5 § samma lag också erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Den hälso- och sjukvård som kom-

munen tillhandahåller omfattar enligt huvudregeln i 12 kap. 3 § samma lag inte läkarvård.

En kommun kan också enligt 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen överta regionens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i form av hemsjukvård i ordinärt boende samt särskilt boende till en kommun i regionen, under förutsättning att kommunen och regionen är överens om det.

Kommuner ska liksom regioner enligt 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen inom ramen för primärvården möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Kommuner ska vidare enligt 18 kap. 2 § samma lag medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete inom hälso- och sjukvården och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska i den omfattning som behövs samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor.

8.6 Hälso- och sjukvårdshuvudmännens medverkan i utbildning, forskning och utveckling

Under många decennier medverkade landstingen i utbildning i högsta grad, eftersom landstingen var huvudmän för medellånga vårdutbildningar som anordnades vid landstingskommunala högskolor, bland annat sjuksköterskeutbildningen. Huruvida landstingen eller staten borde vara huvudman för utbildningarna diskuterades under flera decennier. Kostnadsskäl, bland annat för verksamhetsförlagd utbildning, var centrala för att det kom att dröja innan ett statligt huvudmannaskap infördes för dessa utbildningar. I detta avsnitt beskrivs hälso- och sjukvårdshuvudmännens tidigare medverkan i utbildning i bredare bemärkelse. I vilken utsträckning hälso- och sjukvårdshuvudmännen i nuläget specifikt medverkar i högre utbildning belyses också.

8.6.1 Huvudmannaskap för sjuksköterskeutbildningen

Innan 1977 års högskolereform gavs grundläggande högskoleutbildning av statliga och landstings- respektive primärkommunala huvudmän samt av enskilda utbildningsanordnare. Utbildningen med landstingskommunal huvudman fanns huvudsakligen i vårdsektorn och var nära knuten till annan vårdutbildning och landstingens sjukvårds-

planering.¹³ Den kommunala högskolan bestod till 85 procent av vårdyrkesutbildningar.¹⁴ Vårdutbildningarna inom den kommunala högskolan gav inte behörighet till forskarutbildning och lärarna saknade ofta forskarutbildning eller egen erfarenhet av forskning.¹⁵

Tidigare fanns kliniska lärare, exempelvis kliniklärare, på sjuksköterskeutbildningen. Kliniklärarna hade tre terminers pedagogisk utbildning efter yrkesexamen. På 1990-talet blev kraven för högskolans lärare desamma för kliniska lärare som för lärare i teori, det vill säga minst magistergrad för att få undervisa på utbildningen. Kravet på pedagogisk utbildning försvann då.¹⁶

År 1975 beslöt riksdagen att vissa vårdutbildningar inom och vid sidan av gymnasieskolan som tidigare varit yrkesutbildningar skulle föras över till högskolan, däribland sjuksköterskeutbildningen.¹⁷ Så skedde genom 1977 års högskolereform. Då fördes ett flertal gymnasiala och eftergymnasiala utbildningar, främst med landstingskommunalt huvudmannaskap, över till högskolan.¹⁸ Genom högskolereformen förstärktes forskningsanknytningen och omvårdnad utvecklades till ett eget och specifikt forskningsområde.¹⁹

Högskolereformen genomfördes utan att huvudmannaskapsförhållandena ändrades. 1977 års högskolelag gav alltså möjlighet även för kommuner och landsting att efter medgivande från regeringen fungera som huvudmän för högskolan gällande grundläggande högskoleutbildning.²⁰ I förarbetena diskuterades dock frågan om ett enhetligt statligt huvudmannaskap för all högskoleutbildning.²¹ Skälen som lyftes fram för ett enhetligt statligt huvudmannaskap var att det skulle kunna främja en helhetssyn på grundläggande högskoleutbildning och praktiskt underlätta förverkligandet av riktlinjer för innehåll och organisation. Vidare lyftes fram att ett enhetligt statligt huvudmannaskap skulle kunna värna sambandet mellan grundläggande

¹³ Prop. 1975:9 s. 504.

¹⁴ SOU 1978:50 s. 11.

¹⁵ Prop. 1978/79:197 s. 52.

¹⁶ Mogensen, Thorell-Ekstrand & Löfmark (2010) s. 18 ff.

¹⁷ Bet. 1975:UbU17 och rskr. 1975:179 med anledning av prop. 1975:9.

¹⁸ Prop. 1976/77:59, bet. 1976/77:UbU20 och rskr. 1976/77:246.

¹⁹ Prop. 1975:9 s. 423 ff. och SOU 2019:6 s. 56 ff.

²⁰ 15 § högskolelagen (1977:218) och 3 § högskoleförordningen (1977:263).

²¹ Huvudmannaskapsfrågan har varit omdiskuterad sedan 1968 års utbildningsutredning (U68) som förordade ett enhetligt huvudmannaskap för all högskoleutbildning, se SOU 1973:2.

gande utbildning och forskning samt forskarutbildning liksom underlätta dimensionering och lokalisering av högskoleutbildning.²²

I samband med 1977 års högskolereform beslöt riksdagen att frågan om ett enhetligt huvudmannaskap borde utredas förutsättningslöst.²³ Enligt Huvudmannaskapskommittén fanns två alternativ. Antingen borde de kommunala vårdutbildningarna överföras till de statliga högskolorna eller så borde de förbli i kommunal högskoleregion.²⁴ Kommittén menade att kvalitetsskäl talade för ett statligt huvudmannaskap för vårdutbildningarna, inte minst kopplingen mellan grundutbildning respektive forskning och forskarutbildning.²⁵ En bibehållen kommunal högskoleutbildning inom vårdsektorn kunde samtidigt gynnas av nära kontakter med vårdutbildningen inom gymnasieskolan både vad gäller handledning och praktikplatssamordning. Det faktum att utbildningarna var väl etablerade kunde enligt kommittén anses tala emot ett statligt huvudmannaskap.²⁶ I princip all praktik var vid denna tidpunkt förlagd till landstingens sjukvårdsenheter och kontakten mellan vårdskolor och sjukvårdsverksamhet var inte problemfri.²⁷ Exempelvis fanns en begränsad tillgång till praktikplatser. Utbildningsfrågor fick stå tillbaka för sjukvårdsarbetet och det var svårt att finna en naturlig plats i sjukvårdens organisation för lärare och studenter.²⁸ Enligt kommitténs bedömning var praktiksamordnarfunktionen i många landsting dock god och kunde fortsätta även vid ett statligt huvudmannaskap. Samordning ansågs vara en nödvändighet för att trots ett begränsat antal praktikplatser kunna utöka antalet utbildningsplatser.²⁹

Samordningen av praktiken sköttes vid denna tidpunkt oftast av landstingens utbildningsnämnd eller sjukvårdsförvaltning, alternativt av en studierektor vid vårdskolan. Ingen samordning skedde i princip i fråga om de statliga vårdhögskolorna. Utbildningen kontaktade i dessa sammanhang klinikföreståndaren eller distriktssköterskan direkt. De enskilda sjuksköterskeskolorna använde de egna sjukhusen,

²² Prop. 1975:9 s. 504 f. Ett enhetligt huvudmannaskap har också förordats i senare förarbeten, exempelvis prop. 1976/77:59 s. 85.

²³ Bet. 1976/77:UbU20 s. 33 f. och rskr. 1976/77:246.

²⁴ SOU 1981:9 s. 190 ff.

²⁵ SOU 1981:9 s. 125 och 198 ff.

²⁶ Närheten till vårdverksamheten är ett argument som har framförts som en försvårande omständighet för ett statligt huvudmannaskap vid flera tillfällen, exempelvis i SOU 1974:84.

²⁷ Innan Ädelreformen år 1992, då även kommuner blev huvudmän för hälso- och sjukvård, bedrevs vården primärt av landstingen.

²⁸ SOU 1981:9 s. 141.

²⁹ SOU 1981:9 s. 195.

men hade därutöver avtal med andra sjukhus. Inget arvode utgick för handledning av studenter i den kommunala högskoleutbildningen och inga praktikavtal existerade.³⁰ Vid de statliga vårdhögskolorna utgick däremot arvode för handledning till handledarna. De statliga vårdhögskolorna ansågs av kommittén mot denna bakgrund ha en fördel jämfört med de kommunala motsvarigheterna gällande möjligheten att frigöra praktikplatser. Kommittén konstaterade att det under senare år funnits en strävan att i förhandlingar mellan staten och de båda kommunförbunden finna andra former av kompensation för handledning än personliga arvoden till praktikhandledaren.³¹ För läkarutbildningen gällde exempelvis att varje läkare anställd vid undervisningssjukhus måste biträda vid handledning och något arvode aktualiserades därför inte. Huvudmannaskapskommittén konstaterade att om vårdutbildningarna skulle bli statliga skulle det medföra en kostnad för staten för de praktikplatser som behövde användas hos landstingen samt vissa lokalkostnader, som var svåra att beräkna och skulle bli föremål för förhandling mellan staten, landstingen och kommunerna.³² Kommittén använde sig av en schablon och beräknade den årliga kostnaden för praktik till 80–100 miljoner kr och lokaler samt utrustning till 100 miljoner kr. Totalt beräknades statens kostnader öka med 305–335 miljoner kr per år. Kommitténs slutsats var att huvudmannaskapsfrågan inte hade några avgörande effekter på kvalitet och vidareutveckling av utbildningen.³³

Regeringen gjorde samma bedömning som utredningen, men ansåg att kostnaderna för ett statligt huvudmannaskap skulle bli för höga, däribland kostnaden för praktik. Staten borde därför inte överta huvudmannaskapet. Utredningen hade dessutom enligt regeringen visat att huvudmannaskapet inte avsevärt skulle påverka möjligheten att vidareutveckla utbildningen.³⁴ Utskottet ansåg att principiella skäl talade för ett statligt huvudmannaskap, men att statsfinansiella skäl medförde att det landstingskommunala huvudmannaskapet borde behållas.³⁵ Utskottet vidhöll sin uppfattning även några år senare.³⁶

³⁰ SOU 1981:9 s. 68 ff.

³¹ Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet slogs år 2005 samman till Sveriges Kommuner och Landsting, numera Sveriges Kommuner och Regioner.

³² SOU 1981:9 s. 143 och 147.

³³ SOU 1981:9 s. 143 och 147 samt bilaga 3.

³⁴ Prop. 1981/82:89 s. 9.

³⁵ Bet. 1981/82:UbU20 s. 10.

³⁶ Bet. 1988/89:UbU5 s. 18 f. och bet. 1989/90:UbU21 s. 20.

År 1991 begärde riksdagen att en ny utredning skulle göras av huvudmannaskapsfrågan, som i första hand skulle beakta de ekonomiska aspekterna.³⁷ En särskild utredare tillkallades med uppdrag att undersöka möjligheten att överföra vårdhögskolornas utbildningar till statligt huvudmannaskap. I utredningens betänkande konstaterades att fler forskarutbildade sjuksköterskor behövdes både inom vård och utbildning. Några problem som lyftes fram med de landstingskommunala vårdhögskolorna var att de saknade en naturlig koppling till etablerade forskningsorganisationer. Det fanns också skillnader i kunskapssyn och kompetens hos olika huvudmän och högskolor, där praktik och teori betonades i olika utsträckning. Särskilt vårdhögskoleutbildningarna ansågs sedan 1980-talet ha fjärmat sig från praktik till förmån för en ökad teoretisering av utbildningen, vilket också ansågs ha påverkat organiseringen och utvecklingen av den praktiska utbildningen. Jämfört med läkarutbildningen ansågs sjuksköterskeutbildningen ha en sämre koppling till det praktiska sjukvårdsarbetet, trots att landstingen var huvudmän för både utbildningen och sjukvårdsverksamheten. Detta ansågs enligt utredningen bero på att sjuksköterskeutbildningen till skillnad från läkarutbildningen saknade kliniskt anknutna lärare som kunde genomföra den praktiska utbildningen. I stället fick lärarna på vårdhögskolorna svara för både den praktiska och teoretiska utbildningen och dessa lärare saknade ofta erfarenhet av högskolestudier och forskning. Organiseringen av praktiken byggde på att anställda i hälso- och sjukvårdsverksamheten tog det direkta handledaransvaret, trots att de ofta saknade utbildning för handledning och inte heller hade något tidsmässigt utrymme för handledningen. Läraren blev en konsult, vilket utredningen ansåg ökade klyftan mellan utbildningen och yrkesverksamheten.³⁸

En möjlighet som utredningen lyfte fram var att överföra sjuksköterskeutbildningen till statligt huvudmannaskap. Det ansågs dock finnas regionalpolitiska nackdelar med en sådan lösning och dessutom fanns redan ett hårt tryck på praktikplatser på universitetsorterna. En annan tänkbar lösning var att förstatliga utbildningen på orter där forskningsanknytningen var som störst. Utredningen förordade en sådan lösning för åtminstone två orter.³⁹ Utredningen påtalade att

³⁷ Bet. 1990/91:UbU12 s. 63 f. och rskr. 1990/91:355 med anledning av prop. 1990/91:100 bil. 10.

³⁸ SOU 1993:12 s. 33 ff.

³⁹ SOU 1993:12 s. 95 f.

problemet med att överföra huvudmannaskapet för vårdutbildningarna inte var organisatoriskt utan finansiellt betingat. Det ansågs inte vara möjligt att överföra medel som satsats på utbildningar av kommuner och landsting till en annan huvudman.⁴⁰

Regeringen bedömde att huvudmannaskapet borde få variera mellan statliga universitet och högskolor, landstingsdrivna högskolor samt enskilda utbildningsanordnare. Ett eventuellt förändrat huvudmannaskap skulle regleras i avtal mellan staten och huvudmännen på ett för båda parter kostnadsneutralt sätt.⁴¹ Vid ett förstatligande av huvudmannaskapet skulle ersättning för både teoretisk och klinisk utbildning inkluderas i ersättningen för vårdutbildningen och den kliniska delen av utbildningen köpas av varje statlig högskola från sjukvårdshuvudmannen. Samarbetsavtal mellan lärosätet och sjukvårdshuvudmannen skulle tillgodose högskolans inflytande över den kliniska utbildningens innehåll och omfattning. Vid förstatligande av vårdutbildningar kunde beställaransvaret antingen kvarstå hos landstinget alternativt primärkommunen eller föras över till staten. Om landstinget avsåg köpa utbildning av en statlig högskola borde detta ske inom ramen för ett långsiktigt vårdutbildningsavtal (VUA), som bland annat skulle reglera kvalitet, ersättning och rollfördelning.⁴² Utskottet anförde att där så kunde ske i samförstånd med nuvarande huvudmän och utan ökade kostnader för staten blev en övergång till statligt huvudmannaskap möjlig, vilket ansågs vara värdefullt. Kvaliteten i utbildningarna ansågs vara garanterad genom att regeringen fattade beslut om examensrätten.⁴³

Under åren 1995–1999 tecknade Gotlands kommun och samtliga landsting utom Jönköpings läns landsting avtal med statliga universitet och högskolor om att dessa skulle genomföra sjuksköterskeutbildningen på landstingens uppdrag. Landstingen och Gotlands kommun behöll dock huvudmannaskapet över utbildningarna.⁴⁴

Huvudmannaskapsfrågan diskuterades även i samband med den högskolereform som genomfördes den 1 juli 1993 och som innebar en minskad detaljreglering av högskoleområdet.⁴⁵ 1992 års högskolelag och 1993 års högskoleförordning innehöll bestämmelser om univer-

⁴⁰ SOU 1993:12 s. 73.

⁴¹ Prop. 1993/94:177 s. 63 ff.

⁴² Prop. 1993/94:177 s. 66 ff.

⁴³ Bet. 1993/94:Ubu13 s. 2 ff.

⁴⁴ Se kapitel 6.

⁴⁵ Prop. 1992/93:1.

sitet och högskolor under statligt, kommunalt eller landstingskommunalt huvudmannaskap.⁴⁶ Några förändringar av huvudmannaskapet för de kommunala och landstingskommunala högskoleutbildningarna genomfördes alltså inte heller vid detta tillfälle. Högskolelagen kom därför att innehålla särskilda bestämmelser även för dessa utbildningar, exempelvis utbildningarna till arbetsterapeut, barnmorska, biomedicinsk analytiker, ortopedingenjör, sjukgymnast och sjuksköterska (inklusive specialistutbildningar) samt utbildning inom social omsorg. Landsting och kommuner fick anordna högskolor endast med regeringens medgivande och medgivandet kunde begränsas till att avse endast grundutbildning.⁴⁷ Ersättningen reglerades på så sätt att en kommun eller ett landsting fick ersättning från kommunen där studenten var folkbokförd vid emottagande av studenter för högskoleutbildning. Om staten tog emot en student till utbildning som också anordnades av landsting hade staten rätt till ersättning av landstinget beroende på studentens folkbokföringsort.⁴⁸

År 1998 tillsattes Vårdkommissionen av regeringen. Kommissionens uppgift var bland annat att diskutera huvudmannaskapet för vårdutbildningarna och effekterna för dimensionering av och rekrytering till vård- och omsorgsutbildningarna. Kommissionen ansåg att ett statligt huvudmannaskap för utbildningarna skulle möjliggöra ansvarstagande för nationell utbildningspolitik och att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna förbättra möjligheten att tillgodose kommunernas och andra vårdgivarens personalbehov. Avtalskonstruktionen mellan landstingen och staten ansågs medföra en oklar ansvarsfördelning mellan parterna exempelvis gällande dimensionering, liksom begränsade möjligheter till samordning mellan utbildning och forskning. Finansieringen bestod av dels ett generellt statsbidrag till landstingen, dels ett riktat bidrag för vårdhögskoleutbildningarna. Statsbidraget utgjorde 20 procent av den totala kostnaden. Därutöver förekom interkommunal utjämning. Kommissionen ansåg att vårdutbildningarna senast år 2001 borde övergå till statligt huvudmannaskap. Kommissionen påpekade att en lösning mellan staten och landstingen skulle förutsätta en ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen.⁴⁹

⁴⁶ 1 kap. 1 § högskolelagen (1992:1434) i dess ursprungliga lydelse och 12 kap. högskoleförordningen (1993:100) i dess ursprungliga lydelse.

⁴⁷ 1 kap. 10 § högskolelagen (1992:1434) i dess ursprungliga lydelse.

⁴⁸ 5 kap. 3–4 §§ högskolelagen (1992:1434) i dess ursprungliga lydelse.

⁴⁹ Ds 1999:44 s. 135 ff. och 180.

Regeringen framhöll sin avsikt att inleda förhandlingar med landstingen för att klargöra förutsättningarna för att överföra de landstingskommunala utbildningarna till staten.⁵⁰ En förhandlingsdelegation tillsattes därefter för att klargöra under vilka förutsättningar som det samlade huvudmannaskapet för vårdutbildningarna på ett kostnadsneutralt sätt skulle kunna överföras till staten.⁵¹ Förhandlingarna ledde till att en principöverenskommelse om ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för landstingens samt Gotlands kommuns vårdhögskoleutbildningar undertecknades av staten och Landstingsförbundet den 11 januari 2001. Principöverenskommelsen godkändes senare av regeringen, landstingen och Gotlands kommun. Efter riksdagens godkännande övertog staten den 1 januari 2002 huvudmannaskapet för vårdhögskoleutbildningarna, utom för den landstingskommunala vårdhögskolan i Jönköping, som i stället övertogs av den enskilda utbildningsanordnaren Stiftelsen Högskolan i Jönköping.⁵² Reformen var kostnadsneutral genom att statsbidragen till landstingen minskades. Dåvarande lagen (1995:1515) om utjämningsbidrag till kommuner och landsting samt lagen (1995:1516) om utjämningsavgift för kommuner och landsting ändrades så att en standardkostnad för högskoleutbildning inte längre beräknades. Genom övertagandet av huvudmannaskapet tog staten det övergripande ansvaret för att organisera, genomföra och finansiera vårdutbildningarna. Regeringen uttalade i anslutning till övertagandet bland annat att högre utbildning är en nationell angelägenhet och att staten har ett ansvar för att tillförsäkra att högskoleutbildning av hög kvalitet och på lika villkor bedrivs inom samtliga samhällssektorer.⁵³

8.6.2 Nuvarande medverkan i utbildning

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen är involverade i ett flertal högskoleutbildningar som inkluderar verksamhetsförlagd utbildning. Dessa högskoleutbildningar framgår av högskoleförordningens (1993:100) examensbeskrivning. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen är därutöver också involverade i gymnasiala vårdutbildningar samt yrkeshögskoleutbildningar, men sådana utbildningar behandlas inte här.

⁵⁰ Prop. 1999/2000:1, utgiftsområde 16 s. 194, bet. 1999/2000:UbU1 och rskr. 1999/2000:96.

⁵¹ Regeringens beslut den 27 april 2000.

⁵² Prop. 2000/01:71, bet. 2000/01:UbU17 och rskr. 2001/01:262.

⁵³ Prop. 2000/01:71 s. 26 f.

Tabell 8.1 Högskoleutbildningar med verksamhetsförlagd utbildning som berör hälso- och sjukvårdshuvudmän

Examina på grundnivå respektive avancerad nivå

Examina på grundnivå	Examina på avancerad nivå
Arbetssterapeut	Apotekare
Audionom	Barnmorska
Biomedicinsk analytiker	Hälso- och sjukvårdskurator
Dietist	Logoped
Fysioterapeut	Läkare
Optiker	Psykolog
Ortopedingenjör	Psykiater
Receptarie	Sjukhusfysiker
Röntgensjuksköterska	Specialistsjuksköterska
Sjuksköterska	Tandläkare
Socionom	
Tandhygienist	
Tandtekniker	

Källa: Bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100).

Specialistutbildningar

I patientsäkerhetslagen regleras frågan om specialistutbildning för legitimerade läkare, sjukhusfysiker och tandläkare. Enligt 4 kap. 8 § patientsäkerhetslagen ska en legitimerad läkare, sjukhusfysiker eller tandläkare som genomgått viss vidareutbildning efter ansökan få bevis om specialistkompetens. Det är enligt 4 kap. 10 § samma lag Socialstyrelsen som prövar ansökningar om bevis om specialistkompetens. För läkare och tandläkare finns en reglerad specialistutbildning. Så är inte fallet för sjukhusfysiker. Det finns i nuläget endast en oreglerad vidareutbildning, som dock inte kan resultera i något bevis på specialistkompetens för sjukhusfysiker. Socialstyrelsen har lämnat förslag på en reglerad specialistutbildning för sjukhusfysiker till regeringen, som dock inte har resulterat i åtgärder ännu.

Bastjänstgöring och specialisttjänstgöring för läkare

Regionerna ansvarar för bas- och specialisttjänstgöringen för läkare (BT respektive ST). Tidigare innefattade läkarutbildningen allmän tjänstgöring innan läkarexamen utfärdades. Numera anställs läkare

för bastjänstgöring efter att läkarexamen har avlagts och detta utgör det första steget i specialiseringen. Enligt 10 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring inklusive bastjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Enligt 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) är behörig för anställning som läkare för allmäntjänstgöring den som har avlagt läkarexamen eller genomgått medicinsk utbildning utomlands och ska genomgå kompletterande utbildning. Behörig för anställning som läkare för specialiseringstjänstgöring är den som har legitimation som läkare.

Närmare bestämmelser om genomförandet av specialiseringstjänstgöringen finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (HSLF-FS 2021:8). Enligt 2 kap. 1–2 §§ föreskrifterna ska den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring svara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet. Ansvaret innefattar tillgång till en studierektor, en handledare i en sådan omfattning att det motsvarar behovet av handledning och medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner om verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt. Ansvaret inkluderar också att vårdgivaren säkerställer en systematisk granskning och utvärdering av om verksamheten uppfyller uppställda krav. Enligt 2 kap. 3–4 §§ samma föreskrifter ska en verksamhetschef vid något av tjänstgöringsställena där en BT-läkare genomför sin tjänstgöring ha det övergripande ansvaret för bastjänstgöringen. Detsamma gäller för en verksamhetschef i förhållande till ST-läkare. Verksamhetschefen ansvarar för att det för varje BT- respektive ST-läkare tas fram ett utbildningsprogram och utses en huvudansvarig handledare. Enligt 2 kap. 5 § samma föreskrifter ska studierektorn ha specialistkompetens och ha genomgått handledarutbildning.

Skälen till att avskaffa den praktiska tjänstgöringen för att få läkarlegitimation var att skapa ett sammanhållet utbildningssystem för läkare från student till specialist. Utbildningsstrukturen ansågs kunna bidra till specialister med högre kompetens och bättre förutsättningar för att tillgodose befolkningens behov av god kunskapsbaserad vård. Därför föreslogs att läkarnas specialiseringstjänstgöring skulle inledas med en fristående första introduktionsdel, bastjänstgöring.⁵⁴

⁵⁴ Prop. 2017/18:274.

Riksdagen antog förslagen och beslutade att lagändringarna skulle träda i kraft den 1 juli 2020.⁵⁵ Genom en senare proposition föreslogs att lagändringarna i stället skulle träda i kraft den 1 juli 2021.⁵⁶

Enligt 4 kap. 7 § hälso- och sjukvårdsförordningen förutsätts delaktighet av anställda läkare inom regionernas hälso- och sjukvård vid en sjukvårdsenhet där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen eller forskning. Anställda läkare är skyldiga att biträda vid handledning av medicine studerande. För specialistutbildade läkare finns en skyldighet att inom sitt verksamhetsområde utföra den undervisning och den examination som behövs för att högskoleutbildning för läkarexamen ska kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.

Specialiseringstjänstgöring för tandläkare

I tandvårdslagen regleras frågan om regionernas medverkan i tandläkares specialiseringstjänstgöring. Enligt 13 § tandvårdslagen (1985:125) ska det i regionerna finnas möjlighet till anställning för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av tandläkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. I 14 § samma lag anges att tandläkare under specialistutbildning ska förordnas för viss tid. Tandläkare i vars arbetsuppgifter ingår att i väsentlig omfattning medverka i högskoleutbildning för tandläkarexamen ska anställas för begränsad tid om regeringen föreskriver det. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (HSLF-FS 2017:77) styr de närmare kraven på tjänstgöringens genomförande. Det är enligt 4 kap. 1 § föreskrifterna vårdgivaren som ska ansvara för att det finns förutsättningar för att kunna genomföra specialisttjänstgöring av hög och jämn kvalitet och därutöver att det finns tillgång till handledare som kan ge den handledning som behövs och medarbetare som kan ge ST-tandläkare nödvändiga instruktioner. Vårdgivaren svarar enligt 4 kap. 2 § samma föreskrifter för att verksamheten kontinuerligt granskas. 4 kap. 3–4 §§ anger att verksamhetschefen vid det aktuella tjänstgöringsstället där specialisttjänstgöringen utförs ska utse en huvudansvarig handledare till honom eller henne samt ansvara för att det tas fram en individuell utbildningsplan. Den huvudansvarige

⁵⁵ Bet. 2018/19:SoU5 och rskr. 2018/19:50.

⁵⁶ Prop. 2019/20:158, bet. 2019/20:SoU22 och rskr. 2019/20:262.

handledaren ska enligt 6 kap. 2 § samma föreskrifter ha ett bevis om aktuell specialistkompetens och ha genomgått handledarutbildning.

8.6.3 Huvudmännens medverkan i forsknings- och utvecklingsarbete

Frågan om en eventuell lagfäst skyldighet att medverka i högskoleutbildning för hälso- och sjukvårdshuvudmännen knyter särskilt an till det ansvar som huvudmännen har gällande medverkan i forsknings- och utvecklingsarbete.

18 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen reglerar ett ansvar för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete inom hälso- och sjukvården samt folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska i den omfattning som behövs samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor. Denna bestämmelse överfördes från den tidigare gällande hälso- och sjukvårdslagen. I förarbetena motiverades den lagstadgade skyldigheten med ett behov av att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan stat och landsting vad gäller klinisk forskning och utvecklingsverksamhet. För att upprätthålla forskningskompetens och hög kvalitet i hälso- och sjukvården ansågs möjligheten till klinisk forskning i hälso- och sjukvården vara viktig. Omstruktureringen av vården och införandet av nya ekonomiska styrsystem ansågs dock ha förändrat förutsättningarna för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. Förändringen skapade ett behov av att identifiera och särredovisa kostnader för forsknings- och utvecklingsverksamhet samt tydliggöra vilket ansvar som åvilade staten respektive landstingen, som samtliga finansierade forsknings- och utvecklingsverksamheten. Det ansågs vara svårt att dra gränser mellan de olika delarna av forsknings- och utvecklingsverksamheten, eftersom grundforskning, klinisk forskning och utvecklingsverksamhet tenderar att hänga samman. Sjukvårdshuvudmännen ansvarar för att både erbjuda en god vård samt för att tillse att verksamheten utvecklas och utvärderas. Det ansågs finnas ett behov av att särskilja kostnader för forskning, utveckling och klinisk utbildning från den sjukvårdande verksamheten. Därför borde landstingens rätt och ansvar för att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete tydliggöras i hälso- och sjukvårdslagen. I förarbetena betonades att det inte var frågan om ett nytt åtagande eller ansvarsområde för landstingens del, utan

endast att formellt lagfästa de förhållanden som sedan länge var rådande. Förslaget ansågs därför sakna konsekvenser för resursfördelningen mellan stat och landsting. Vidare ansågs förslaget innebära en principiell markering av forskningens och utvecklingsarbetets stora betydelse inom hälso- och sjukvården. Samverkan, som också betraktades som central för forsknings- och utvecklingsarbete, ansågs bäst kunna byggas upp genom regionalt samarbete.⁵⁷

Propositionen tog sin utgångspunkt i två utredningar som förordat att en lagfäst skyldighet att medverka i forsknings- och utvecklingsarbete borde införas. Utredningen HSU 2000 anförde att det enligt kommitténs bedömning var tveksamt huruvida det fanns tillräckligt lagstöd för landsting att finansiera klinisk forskning med kommunala medel, trots att det ansågs som önskvärt. En lagstadgad skyldighet att medverka i forsknings- och utvecklingsarbete var därför motiverad också ur detta perspektiv.⁵⁸ Sjukvårdshuvudmännen hade sedan tidigare ett åtagande inom forsknings- och utvecklingsarbetet i fråga om att ordna klinisk utbildning för bland andra blivande sjuksköterskor.⁵⁹ Även Prioriteringsutredningen förordade att lagfästa hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar i syfte att värna en fortlöpande utvärdering av de medicinska åtgärderna och en effektiv resursanvändning genom klinisk forskning. Utredningen påtalade att det blivit allt svårare för läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal att genom samlade insatser planera och genomföra sådana studier och analysera resultat. Att lagfästa denna skyldighet kunde därför markera frågans vikt.⁶⁰

Ytterligare en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen relaterar till regioners och kommuners medverkan i forskning. Enligt 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvårdshuvudmännen inom ramen för primärvården möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Enligt förarbetsuttalandena finns ett behov av att lyfta fram forskning som en del av primärvårdens grunduppdrag till följd av att primärvården numera fått en starkare roll som första linjens hälso- och sjukvård. Klinisk och patientnära forskning anses ha en avgörande betydelse för utvecklingen av en god och hållbar hälso- och sjukvård. Klinisk forskning bör ses som ett komplement till vårdproduktionen. Regeringen framhöll att pri-

⁵⁷ Prop. 1996/97:5 s. 171 ff.

⁵⁸ SOU 1994:132 s. 28.

⁵⁹ SOU 1994:132 s. 17.

⁶⁰ SOU 1995:5 s. 194 f.

märvårdens grunduppdrag i denna del inte innebär att mängden forskningsprojekt behöver öka, utan att primärvården på ett konstruktivt sätt ska ges möjlighet att medverka.⁶¹ Förslaget att reglera primärvårdens grunduppdrag ansågs innebära en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen, dock proportionerlig och väsentlig för att åstadkomma en nödvändig omställning av hälso- och sjukvården.⁶²

8.7 Tillsyn av hälso- och sjukvårdshuvudmän och verktyg i tillsynen

Kontrollen av hur hälso- och sjukvårdshuvudmännen fullgör sina skyldigheter och ansvarsområden sker primärt genom tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Om ett lagfäst ansvar att medverka i högre utbildning för hälso- och sjukvårdshuvudmän skulle införas aktualiseras därför frågor om tillsyn som implementeringsmekanism och vilka verktyg som står tillsynen till buds.

Enligt 1 § förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg har myndigheten som huvudsaklig uppgift att bland annat svara för tillsyn inom hälso- och sjukvård och som en del av tillsynen pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Verksamheten ska bedrivas strategiskt, effektivt och enhetligt. Tillsyn innebär enligt 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) granskning av att verksamhet och personal uppfyller lagenliga krav och mål. Tillsynen ska främst inriktas på granskningen av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen. Inspektionen för vård och omsorg ska enligt 7 kap. 4 § patientsäkerhetslagen inom ramen för tillsynen lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter och ge råd till allmänheten. Syftet med tillsynen av hälso- och sjukvården och dess personal är enligt 2 § förordningen med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av gällande rätt och innefatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll.

⁶¹ Prop. 2019/20:164 s. 84 f.

⁶² Prop. 2019/20:164 s. 86 ff.

Tillsynen är också tänkt att omfatta en granskning av i lagstiftningen angivna mål och anvisningar. Tillsynen ska inte bara omfatta områden där tydlighet lätt kan iakttas, utan även inrymma områden med större tolkningsutrymme. Kontrollerande tillsyn innebär främst inspektioner av olika slag medan granskning mot mål bör inriktas på förebyggande och främjande tillsyn som inte kan kopplas till sanktioner, exempelvis rådgivning och vägledning.⁶³ Verksamhetstillsynen förutsätts främst kontrollera att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och tillsynsverksamheten förutsätts ha ett systemperspektiv.⁶⁴

Tillsynen omfattar alltså huvudmän, vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal. Tillsynen styrs framför allt av patientsäkerhetslagen, som främst fokuserar på vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal.

På hälso- och sjukvårdens område förekommer sällan en möjlighet till domstolsprövning. Därför fyller tillsyn en viktig rättsstatlig kontrollfunktion som kan bidra till ökad lagenlighet på hälso- och sjukvårdens område och kan bidra till legitimitet för den offentliga förvaltningen som sådan.⁶⁵ Hälso- och sjukvårdslagen samt tandvårdslagen utgör också exempel på målrationell lagstiftning. Sådan lagstiftning förutsätter uppföljning av tillsynsmyndigheter.⁶⁶ Tillsynen möjliggör en formlös granskning om exempelvis kan bedöma tillämpningen av olika målsättningsstadganden, exempelvis 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Därför kan tillsynen bidra till att standardisera vissa aspekter av hälso- och sjukvårdsrätten.⁶⁷ Tillsynens rättsliga kontroll kan uppmärksamma fel i enskilda ärenden, brister i lagstiftningen och genomföra en systematisk uppföljning av rättstillämpningen. Tillsynen kan också ha betydelse för ekonomiskt ansvarsutkrävande exempelvis genom skadestånd.⁶⁸ Tillsyn utgör alltså ett viktigt verktyg för att åstadkomma en efterkontroll av legalitet och kvalitet i hälso- och sjukvården som inte sker i någon annan form.⁶⁹ Dock kan tillsynen som regel inte ändra beslut och besluten som tillsynsmyndigheterna fattar är som regel inte bindande.

⁶³ Prop. 2008/09:160 s. 72 f.

⁶⁴ Prop. 2009/10:210 s. 127 ff.

⁶⁵ Asplund (2021) s. 102 ff.

⁶⁶ Prop. 1981/82:97 s. 28.

⁶⁷ Asplund (2021) s. 89 och 414 och där angivna hänvisningar.

⁶⁸ Marcusson (2009) s. 248.

⁶⁹ JO, beslut den 25 maj 2010, dnr 3834-2009, JO 2009/10 s. 398 och Bremdal (2014) s. 63.

Utöver tillsynen av Inspektionen för vård och omsorg omfattas regioner och kommuner också av Riksdagens ombudsmäns (JO:s) och Justitiekanslerns extraordinära tillsyn. Bedömningen av sakfrågor i hälso- och sjukvården ankommer dock primärt på Inspektionen för vård och omsorg. De extraordinära tillsynsorganen bedömer sällan sådana aspekter i sin tillsyn och ifrågasätter sällan tillsynsmyndigheters bedömningar i sakfrågor.⁷⁰

Tillsynen som Inspektionen för vård och omsorg bedriver av hälso- och sjukvårdshuvudmän omfattar exempelvis hur väl de garanterar vårdgarantins uppfyllelse, samverkar med andra och utövar sitt planeringsansvar för att tillse kortare köer. Det förtydligade ansvar som huvudmännen numera har enligt hälso- och sjukvårdslagen ansågs enligt förarbetsuttalandena inte innebära problem för tillsynens bedrivande eller begränsa tillsynsmyndighetens möjligheter att vidta åtgärder enligt patientsäkerhetslagen.⁷¹

Om ytterligare en skyldighet för huvudmännen skulle regleras i hälso- och sjukvårdslagen gällande medverkan i högre utbildning skulle denna skyldighet vidga Inspektionen för vård och omsorgs tillsynsuppdrag i förhållande till huvudmännen. Tillsyn av en sådan bestämmelse skulle främst ske i form av verksamhetstillsyn.

Den största delen av tillsynen är lagstyrd, men i övrigt är det upp till tillsynsmyndigheten att göra prioriteringar i uppdraget och bestämma om tillsynens inriktning. I förarbetena uttalades att ramlagstiftningen inom hälso- och sjukvården förutsätter ett flexibelt regelsystem och en tillsynsdefinition som inte leder till ökad detaljreglering i syfte att underlätta tillsynen. Det ansågs finnas en risk för att tillsynen skulle fokusera på områden där det är lätt att vara tydlig och att delar med större tolkningsutrymme undviks. Det betonades vidare att tillsynen har ett kontrollerande, förebyggande och främjande syfte.⁷²

8.7.1 Sanktionsmöjligheter i tillsynen

Tillsynen är främst tänkt att ske genom dialog och frivilliga åtgärder på ett sätt som inte aktualiserar sanktioner. Några exempel på åtgärder kan vara att ändra rutiner eller ge en individ råd och stöd.

⁷⁰ Se exempelvis JO 2015/16 s. 507 och Asplund (2021) s. 424 och där angivna hänvisningar.

⁷¹ Prop. 2016/17:43 s. 84 och 87.

⁷² Prop. 2008/09:160 s. 72 f.

Om patientsäkerheten motiverar det ska Inspektionen för vård och omsorg vidta ytterligare åtgärder med hjälp av sanktionsmöjligheter.⁷³

Sanktionerna som inspektionen har till sitt förfogande regleras främst i patientsäkerhetslagen.⁷⁴ Patientsäkerhetslagen inriktar sig dock främst på vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal. Detta innebär att de sanktionsmöjligheter som inspektionen har enligt patientsäkerhetslagen inte kan tillämpas mot hälso- och sjukvårdens huvudmän.

I 7 kap. 23 § patientsäkerhetslagen anges att Inspektionen för vård och omsorg ska vidta åtgärder om någon har åsidosatt en bestämmelse som gäller verksamhet som omfattas av myndighetens tillsyn. Myndigheten kan i förhållande till vårdgivare utfärda förelägganden enligt 7 kap. 20 och 24 §§ patientsäkerhetslagen i syfte att komma till rätta med brister i patientsäkerheten. För det fall att ett sådant föreläggande inte följs och missförhållandena är tillräckligt allvarliga får inspektionen även förbjuda verksamhet enligt 7 kap. 26–28 §§ samma lag. Sanktionsmöjligheterna får enligt 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen endast användas när verksamheten inte uppfyller lagstadgade krav och kan alltså inte användas i fråga om målsättningsstadganden. Utgångspunkten är att inspektionen som regel ska utfärda ett föreläggande om vårdgivaren har åsidosatt det systematiska kvalitetssäkringsarbetet i 3 kap. patientsäkerhetslagen om det är motiverat ur säkerhetssynpunkt.⁷⁵

Inspektionen för vård och omsorg kan förena förelägganden med vite under de förutsättningar som följer av lagen (1985:206) om viten (viteslagen). Förvaltningsdomstol prövar frågan om utdömande av vite på ansökan av myndigheten enligt 6 § viteslagen och ett flertal kriterier måste vara uppfyllda.

Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn omfattar också hälso- och sjukvårdspersonal. Om inspektionen exempelvis fått kännedom om att hälso- och sjukvårdspersonal åsidosätter sina skyldigheter inom hälso- och sjukvården ska myndigheten vidta åtgärder för att skyldigheterna ska fullgöras.

⁷³ Prop. 2009/10:210 s. 226 f. med hänvisning till prop. 1995/96:176 s. 82 ff. och s. 98 f.

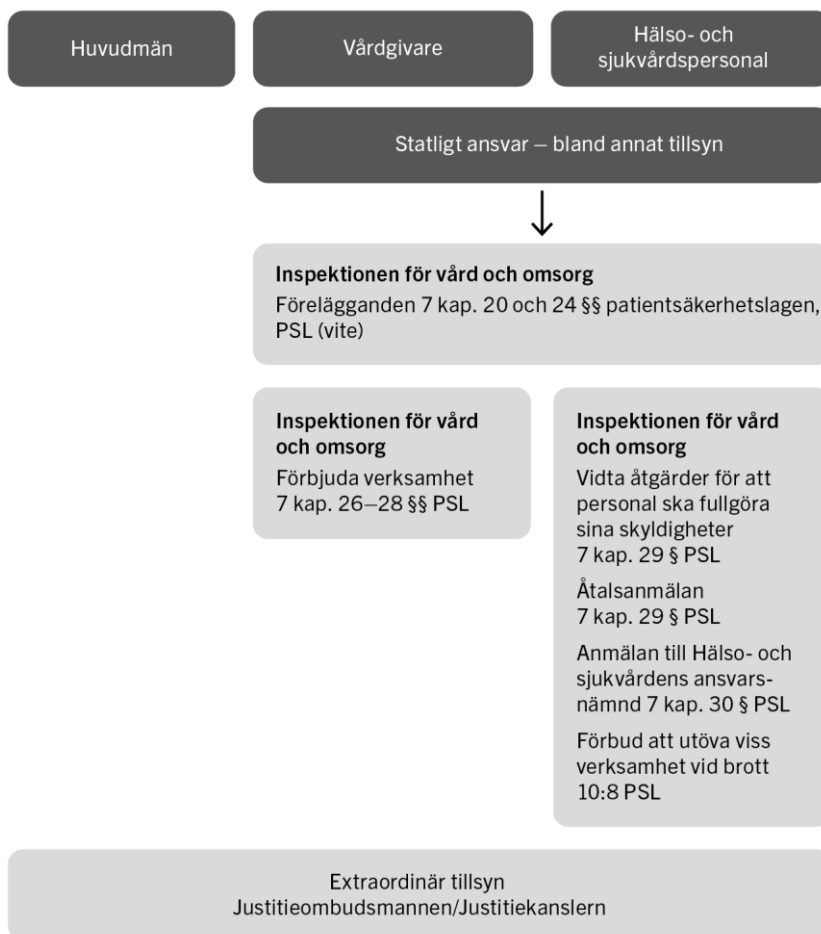
⁷⁴ Det finns också vissa sanktionsmöjligheter för Inspektionen för vård och omsorg som följer av annan lagstiftning, exempelvis 29–30 §§ lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster som gör det möjligt för myndigheten att ta ut sanktionsavgifter i hälso- och sjukvården.

⁷⁵ Prop. 2009/10:210 s. 140 f.

Sammanfattningsvis har Inspektionen för vård och omsorg alltså möjligheter att vidta sanktioner gentemot vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal, men inte mot huvudmän. Detta innebär att möjligheten att implementera en eventuell skyldighet att medverka i utbildning för hälso- och sjukvårdshuvudmännen är begränsad. Möjligheterna att vidta sanktioner mot hälso- och sjukvårdshuvudmän kan illustreras med följande figur:

Figur 8.1 Sanktionsmöjligheter i hälso- och sjukvårdstillsynen

Tillsyn utförd av Inspektionen för vård och omsorg



Källa: Utredningens illustration.

8.8 Tidigare utredningars syn på en skyldighet för hälso- och sjukvårdshuvudmännens medverkan i utbildning

Att reglera en skyldighet för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att medverka i utbildning inom hälso- och sjukvårdsverksamhet har diskuterats i tidigare statliga offentliga utredningar. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård uppmärksammade frågan i ett delbetänkande:

Det är stor vikt att alla utförare, såväl inom kommunernas som landstingens primärvård, upplåter utbildningsplatser för studenter inom utbildning på såväl grundnivå som avancerad nivå av samtliga i primärvården förekommande professioner. Detta för att säkerställa framtida kompetensförsörjning inom primärvården och för att alla blivande medarbetare i vården ska få en förståelse för primärvårdens uppdrag. När tyngdpunkten för vården förflyttas från sjukhus till primärvård och den nära vården inklusive hemsjukvård måste det speglas även i utbildningarnas innehåll. [...] Landstingen har möjlighet att även ställa krav på att utförare i primärvården ska bidra vid genomförande av utbildning såväl på grundnivå som avancerad nivå, även utan att det finns ett rättsligt reglerat krav på det i det nationella uppdraget. Till skillnad från när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning inte närmare reglerat i HSL. Det är utredningens uppfattning att frågan om utbildningsuppdraget bör ses över i ett lämpligt sammanhang. I samband med det bör även detta ingå som en del av primärvårdens grunduppdrag.⁷⁶

I detta delbetänkande angavs i konsekvensanalysen att det föreslagna nya grunduppdraget till primärvården inte beräknades medföra några ekonomiska konsekvenser för staten, eftersom det endast rörde sig om ett förtydligande av primärvårdens befintliga uppdrag. Ett visst intrång i den kommunala självstyrelsen konstaterades, men frågan om utbildning var inget som lyftes fram.⁷⁷

Utredningen konstaterade i ett senare delbetänkande att det varierar mellan olika huvudmän var praktik och verksamhetsförlagd utbildning äger rum. Trots att en betydande del av hälso- och sjukvården utförs med kommunen som huvudman är möjligheten till praktik och verksamhetsförlagd utbildning i kommunala verksamheter mycket varierande. Utredningen ansåg att det saknades tillräckliga interna strukturer hos huvudmännen samt samverkansstrukturer med lärosäten. Att jämförelsevis lite verksamhetsförlagd utbildning i dag

⁷⁶ SOU 2018:39 s. 340 f.

⁷⁷ SOU 2018:39 s. 365 ff.

genomförs i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för ansågs vidare skapa felaktiga förväntningar hos studenter om var yrket kan utövas och därigenom försvåra rekryteringen till dessa hälso- och sjukvårdsverksamheter.⁷⁸ Utredningen uttalade:

Till skillnad från vad som är fallet när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning inte reglerat i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL). Detta är något vi tidigare lyft i utredningen och som allt fler aktörer beskriver som ett problem. Även om det är självklart för alla att ett så kunskapsorienterat område som hälso- och sjukvård är helt beroende av kopplingen till utbildning riskerar det, genom att inte finnas med i den lagstiftning som reglerar kärnverksamheten, att bli satt på undantag. Det anses också påverka status på utbildningsverksamhet att den inte omfattas av lagreglering. Utbildning, oavsett var och på vilken nivå det gäller, kräver tid, personella resurser och adekvat finansiering. För att säkra framtidens kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården måste alla aktörer ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildning på olika nivåer. Inte minst påpekas detta när det gäller behovet av handledning och tillgången på handledare. Något som kommer att bli en stor utmaning för att kunna möta det ökade utbildningsbehovet av yrkesgrupper såsom t.ex. specialister i allmänmedicin, dietister eller distriktssköterskor. Många påpekar behovet av att inom hälso- och sjukvården, liksom inom andra samhällssektorer, öka statusen i undervisning och undervisningsaktiviteter, inte minst i kliniska och patientnära verksamheter. Utredningen avser därför återkomma i frågan om behovet av att reglera även utbildningsuppdraget i HSL.⁷⁹

Det gjorde utredningen i ett delbetänkande. Utredningen föreslog att en ny bestämmelse skulle införas genom 18 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Lydelsen av förslaget var:

Regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård som de ansvarar för.⁸⁰

Ytterligare en förändring föreslogs i 3 a kap. 1 § p. 9 i hälso- och sjukvårdsförordningen, nämligen att regioner och kommuner inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsansvar ska säkerställa att primärvården särskilt medverkar till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.⁸¹ Bestämmelsen skulle enligt förslaget synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och

⁷⁸ SOU 2019:29 s. 239.

⁷⁹ SOU 2019:29 s. 243.

⁸⁰ SOU 2020:19 s. 38.

⁸¹ SOU 2020:19 s. 49 f.

möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården skulle medverka i utbildningsfrågan. Utredningen anförde:

En förutsättning för en fungerande och god hälso- och sjukvård är kompetenta medarbetare inom alla delar av hälso- och sjukvården. När svensk hälso- och sjukvård genomgår en omställning, mångfalden av aktörer ökar och vård i allt större utsträckning ges på annan plats än på sjukhus, behöver utbildningen av hälso- och sjukvårdens medarbetare anpassas. Den del av utbildningen som här främst avses är den verksamhetsförlagda utbildningen. Denna del av hälso- och sjukvårdsutbildningar behöver överensstämma med de arbetsförhållanden som de blivande medarbetarna senare kommer att arbeta under. Den verksamhetsförlagda utbildningen kan inte längre vara koncentrerad till sjukhusen, utan behöver förläggas till alla delar av hälso- och sjukvården. Ökade möjligheter att förlägga den verksamhetsförlagda utbildningen till hälso- och sjukvårdsverksamhet även utanför sjukhus, torde också öka förutsättningarna för en senare rekrytering och anställning utanför sjukhusverksamheten, eftersom den verksamhetsförlagda utbildningen utgör en arena för kommande rekryteringar. I dag finns ingen reglering i lag avseende regioners och kommuners ansvar att medverka till att VFU kan ske i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Utbildningsutbytet mellan lärosäten och huvudmän bygger som ovan beskrivits i stället på avtal och överenskommelser. Det är således upp till avtalande parter att bestämma formerna för den verksamhetsförlagda utbildningen. Även utan ett i lag reglerat krav kring regioners och kommuners medverkan i utbildningsfrågan har huvudmän möjlighet att kräva att de vårdgivare de ansvarar för medverkar till verksamhetsförlagt lärande. Det är upp till den enskilda regionen eller kommunen att vid en upphandling med stöd av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) eller vid ett vårdvalsförfarande med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) avgöra vilka krav och villkor som ska gälla för de hälso- och sjukvårdstjänster som ska levereras. Eftersom den verksamhetsförlagda utbildningen i praktiken inte förläggs till alla delar av hälso- och sjukvården, är utredningens bedömning av hur den praktiska verksamheten hantearar, inkluderar och prioriterar frågan om utbildning dock att det inte ställs krav på vårdgivares medverkan i tillräckligt hög utsträckning. I dag är det främst den verksamhet som regionerna och kommunerna bedriver i egen regi som tillhandahåller utbildningsplatser. Avsaknaden av ett formellt uppdrag att tillhandahålla utbildningsplatser upplevs på vissa håll medföra att det i princip blir en ny diskussion och förhandling om antal platser varje termin. Vårdsam är Göteborgsområdets lokala samordningsorgan (kopplat till ett regionalt avtal mellan Göteborgs universitet och VGR) med företrädare för universitetet och vårdgivare (region och kommun samt vissa privata vårdgivare). Företrädare för Vårdsam efterfrågar bl.a. ett ökat deltagande från såväl privata som kommunala vårdgivare. Att stärka utbildningsuppdraget till regioner uppfattas enligt representanter som ett sätt att underlätta arbetet med VFU. [...] En lagreglering synliggör ansvaret och sänder en viktig signal till både

huvudmän och vårdverksamheter om utbildningens betydelse för en god hälso- och sjukvård. Det ställer krav på regioner och kommuner att utifrån rådande behov av utbildningsplatser, vid planeringen av hälso- och sjukvården, i sin tur ställa erforderliga krav på vårdgivare att tillhandahålla utbildningsplatser i verksamheterna. Bestämmelsen innebär inte att regioner och kommuner måste tillse att varje enskild vårdgivare tillhandahåller sådana platser. Ur ett regionalt eller kommunalt helhetsperspektiv ska dock säkerställas att behovet tillgodoses. Den praktiska utformningen av hur detta hanteras är en fråga för respektive region eller kommun. [...] En förutsättning för ett ändamålsenligt utbildningsutbyte och för att studenterna ska kunna komma ut i lämpliga VFU-placeringar, är en fortsatt samverkan mellan huvudmännen och utbildningsanordnarna. [...] Utbildningsfrågan har nära koppling till forskningsfrågan. Den föreslagna bestämmelsen har viss likhet med 18 kap. 2 § första stycket HSL som anger att regioner och kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Med hänsyn till att utbildningen, till skillnad från forskningen, inte enbart har staten som huvudman har den nu föreslagna bestämmelsen fått en föreslagen delvis annorlunda utformning. Avseende utbildning är det inte enbart fråga om behovet av regioners och kommuners medverkan till insatser som staten ansvarar för, utan regionen och kommunen är, tillsammans med andra huvudmän, ansvariga för utbildningen.⁸²

I utredningens konsekvensanalys angavs att kodifieringen av huvudmännens ansvar skulle tydliggöra vad som redan reglerades genom avtal mellan huvudmän och lärosäten. Syftet var att skapa bättre förutsättningar för delaktighet i verksamhetsförlagd utbildning i alla delar av hälso- och sjukvården oavsett huvudman och driftsform genom att involvera fler aktörer. Förslaget ansågs innebära ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen, dock godtagbart och proportionerligt. Syftet var att anpassa utbildningarna till nuvarande förhållanden genom att låta både kommunala och privata aktörer medverka i kompetensförsörjningsfrågan, vid sidan av regionerna. Utredningen ansåg inte att statens kostnader kunde öka, då förslagen inte förutsatte någon ökning av studentantalet. Däremot ansågs finansieringsprincipen bli aktuell. Utredningen anförde att staten redan i nuläget finansierar ersättning till huvudmännen för mottagande av studenter. Detta sker genom statens bidrag till lärosäten för helårsstudenter och helårsprestationer. För utbildning på grund- och avancerad nivå tilldelas lärosätena ett takbelopp för att utbilda studenter. Ersättnings-

⁸² SOU 2020:19 s. 251–253.

nivån beror av registrerade studenter, antal högskolepoäng som presteras under ett år samt aktuellt utbildningsområde. Utredningens förslag var att finansieringen av omkostnader fortsättningsvis borde ske från respektive lärosäte utgående från utgiftsområde 16, Utbildning och universitetsforskning. Utredningen konstaterade att eftersom skyldigheten placerats på huvudmännen var de kostnadsmässiga konsekvenserna för privata företag inte klarlagda. Ersättningen till de privata företagen var således en fråga för regionerna och kommunerna att hantera. Enligt utredningen var det upp till regionerna och kommunerna att bestämma om och i så fall vilken ersättning som kunde lämnas till vårdgivare som tillhandahåller platser för verksamhetsförlagd utbildning.⁸³

I propositionen angavs att förslagen i denna del bereds inom Regeringskansliet.⁸⁴ Hittills har något lagförslag inte lämnats.

Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska har också gett uttryck för att en ny bestämmelse om att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i hälso- och sjukvården de ansvarar för bör införas. Utredningen anförde:

En ny bestämmelse om att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för bör införas i hälso- och sjukvårdslagen i enlighet med ett förslag från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård som för närvarande bereds i Regeringskansliet. [...] I mars 2020 föreslog utredningen att en ny bestämmelse om att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för ska införas i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelsen föreslås införas i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan (s. 251–253). Denna utredning stödjer förslaget och gör bedömningen att en sådan ny bestämmelse bör införas. Den skulle medföra ett tydligt utbildningsåtagande för hälso- och sjukvårdshuvudmännen, som för högskolans del framför allt avser VFU. Utredningen anser att det i sin tur skulle underlätta för hälso- och sjukvårdshuvudmännen i förhållande till vårdgivarna. En sådan ny bestämmelse skulle också säkerställa att framtida vårdreformer även tar hänsyn till hälso- och sjukvårdens utbildningsuppdrag.⁸⁵

Utredningens konsekvensutredning behandlar dock inte förslaget i denna del.

⁸³ SOU 2020:19 s. 255 ff.

⁸⁴ Prop. 2019/20:164 s. 60.

⁸⁵ SOU 2022:35 s. 96 f.

Sammanfattningsvis kan konstateras att de centrala skälen som anförts för en lagreglering är symbolvärdet i att synliggöra utbildningens vikt och dess koppling till kompetensförsörjning i hälso- och sjukvårdsmännens organisationer, att säkerställa att tillräckliga resurser avsätts för utbildning och att utbildning beaktas vid omorganisation hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Andra skäl som anförts är att möjliggöra verksamhetsförlagd utbildning hos fler verksamheter och hos fler aktörer, att underlätta kravställning vid offentlig upphandling och valfrihetssystem samt att skapa mer enhetliga villkor för huvudmännens medverkan i forskning och utveckling respektive utbildning.

8.9 Remissinstansernas bedömning

Ett stort antal remissinstanser i form av regioner, kommuner, statliga myndigheter och intresseorganisationer lämnade remissvar gällande Samordnad utveckling för god och nära vårds betänkande God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). I många av svaren berördes förslaget om ett lagfäst ansvar för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att medverka i utbildning liksom att inkorporera utbildning som ett av primärvårdens grunduppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det stora flertalet remissinstanser förefaller ha varit positiva till förslaget i denna del. Nedan refereras till ett urval av remissvar som inkluderar uttalade argument för eller emot förslagen.⁸⁶

Förslaget emottogs väl hos i princip hela den regionala och kommunala sektorn. Sveriges Kommuner och Regioner tillstyrkte förslaget och betonade vikten av nära samarbete mellan utbildningsanordnare och verksamheter. Utformningen av platser för verksamhetsförlagd utbildning och kraven på handledarresurser ansågs inte ensidigt kunna utformas utifrån högskolornas önskemål, utan måste beakta hälso- och sjukvårdens förutsättningar och den förändring som sker i vården. Organisationen konstaterade att en förskjutning av utbildningsuppdraget från universitetssjukhus och slutenvård till primärvård och äldreomsorg är nödvändig. Kapaciteten för utbildning och forskning i de sistnämnda verksamheterna behöver öka, samtidigt som universitetens interna meriteringssystem inte kan vara det enda

⁸⁶ Remissvar till betänkandet SOU 2020:19, S2020/02841/FS.

måttet på kompetens och kvalitet. Verksamhetens kostnader för att ta emot studenter är ofta högre än ersättningen som erbjuds och på flera håll förutsätts kommuner och regioner tillhandahålla handledning och verksamhetsförlagd utbildning utan ersättning. Sveriges Kommuner och Regioner påpekade också att det utöver mottagandet och handledningen av studenter också finns kostnader som kräver finansiering av stödstrukturer som krävs för att skapa och upprätthålla goda lärandemiljöer. ALF-avtalet utgör en viktig plattform för de lärosäten och regioner som ingår, men för övriga saknas en långsiktig finansiering av forskning och funktioner som exempelvis studierektorer, olika former av adjungeringar och förenade tjänster som utgör viktiga stöd för utbildningsuppdraget. Organisationen påtalade vikten av ett statligt stöd för att bygga upp forsknings- och utbildningskapaciteten i primärvården. Nuvarande finansieringsmodell ansågs inte vara tillräcklig.

Region Jämtland Härjedalen välkomnade utredningens förslag att tydliggöra regioners och kommuners ansvar att medverka i klinisk utbildning, även om man saknade en beskrivning av hur professionsutbildningar ska bedrivas i praktiken när den verksamhetsförlagda utbildningen bedrivs inom primärvården, på särskilda boenden och genom sjukvård i hemmet oavsett huvudman. Privata vårdgivares ansvar att medverka i utbildning borde enligt regionen också omfattas av lagstiftningen. Omställningen av verksamhetsförlagd utbildning och merkostnaden samt produktionsbortfallet till följd av handledarutbildningen borde enligt regionen finansieras genom en särskild statlig satsning. Regionen framhöll också att vid en större geografisk spridning av platser för verksamhetsförlagd utbildning kommer det särskilt att drabba studenter i glest befolkade län i form av ökade kostnader för boende och resor. Region Kronoberg välkomnade ett lagfäst ansvar att medverka i utbildning som också ansågs harmoniera väl med huvudmännens medverkan i forskning. Regionen betonade att tillsyn är nödvändig för att säkerställa implementeringen av bestämmelsen samt att både offentliga och privata vårdgivare borde ha ett ansvar för verksamhetsförlagd utbildning. Systemet med frivilliga avtalslösningar skapade enligt regionen en ojämlikhet som borde undanröjas. Regionen framhöll att beskrivningen av befintliga hinder för verksamhetsförlagd utbildning i sig var korrekt, men det saknades en konkretisering av hur hindren skulle kunna avhjälpas, särskilt bristen på personella resurser. Region Kronoberg anförde att det

exempelvis inte kan allokeras ytterligare handledningsresurser när omkring 50 procent av distriktsläkartjänsterna är vakanta. Region Örebro efterlyste ett förslag på nationell reglering av utbildnings- och ersättningsnivån till vårdgivare med årlig uppräknings, då samverkan inte längre huvudsakligen kommer att regleras av regionala avtal och överenskommelser. Det finns annars en risk för differentierade ersättningsnivåer och konkurrens. Även Region Sörmland framhöll vikten av att privata vårdgivare medverkar i utbildningsuppdraget för att skapa en likvärdighet. Det ansågs dock viktigt att alla vårdgivare har samma förutsättningar att erbjuda verksamhetsförlagd utbildning. Mot denna bakgrund ställde sig regionen frågande till varför principöverenskommelsen kommit att reglera ersättningen med 1 200 kr per student och praktikvecka. Det framhölls att det är viktigt att produktionsbortfall hos vårdgivaren kompenseras vid beräkning av ersättningen. Särskilt i fråga om bristyrken uppstår en stor belastning på hälso- och sjukvården när studenter ska tas emot, särskilt om utbildningsplatserna utökas. För att alla vårdgivare ska kunna erbjuda god handledning framhöll regionen att det krävs en god utbildning och tidsmässiga resurser för uppdraget. Också Region Stockholm tillstyrkte förslaget och anförde att det skulle kunna tydliggöra utbildningens viktiga roll för kompetensförsörjningen och stärka utbildningsuppdraget som en självklar del av vårdverksamheten. En lagreglering ansågs också kunna underlätta vid tecknandet av avtal. En dialog mellan region och utbildningsanordnare behövs fortsättningsvis gällande planering av verksamhetsförlagd utbildning. Omfattning av den verksamhetsförlagda utbildningen borde regionerna enligt remissyttrandet få vara med och fatta beslut om för att undvika att lärosätena självständigt uppställer krav. Därför ansåg regionen att det fortsättningsvis behövs avtal mellan regioner och lärosäten som reglerar kvalitet och kvantitet. Det ansågs också vara centralt att regionerna involveras inför uppstart och utökning av utbildningar. Region Västerbotten välkomnade också utredningens förslag och instämde i att fler aktörer behöver ansvara för den verksamhetsförlagda utbildningen. En lagreglering ansågs kunna säkerställa jämlika resurser och en god utbildningskvalitet. Regionerna ansågs dock behöva ytterligare resurser för att kunna säkerställa god kvalitet i utbildningen, inte minst gällande läkarutbildningen. Region Västerbotten framhöll att förutsättningarna för verksamhetsförlagd utbildning är olika beroende på geografi och avstånd, vilket kan medföra större

kostnader för studenter i vissa delar av landet. För regionerna kan vidare finnas svårigheter att fördela platserna jämnt och upprätthålla handledarkompetens, vilket kan påverka rekryteringsmöjligheter. Därför ansåg Region Västerbotten att regioner med stora geografiska avstånd borde beviljas riktade medel. Västra Götalandsregionen framhöll att alla aktörer i offentlig och privat vård borde ha ett lika stort ansvar att tillgodose utbildningsbehovet för verksamhetsförlagd utbildning inom de yrkeskategorier och utbildningskategorier som verkar i nära vård. Viktiga kvalitetsaspekter som regionen lyfte fram var handledare med aktuell, godkänd handledarutbildning och en fungerande organisation för att säkerställa att kvaliteten i utbildningen garanteras. Vidare ansågs huvudmannens ansvar för extern granskning med högst fem års mellanrum behöva förtydligas.

Region Västernorrland avstyrkte förslaget till en del. Visserligen ansåg regionen att det behövdes en ökad tydlighet gällande vårdens omställning och dess effekter på utbildningen, men precisa och detaljerade avtal ansågs vara en mer effektiv väg att gå än att lagstifta om en skyldighet att medverka i utbildning för hälso- och sjukvårdens huvudmän. Regionen framhöll också att det är viktigt att studenter får en förståelse för vikten av att handleda studenter senare i yrkeslivet. När det gäller förslaget om att inkludera medverkan i utbildning som en del av primärvårdens grunduppdrag ansåg regionen att konsekvensanalysen inte var tillfredsställande gällande effekterna på regionernas valfrihetssystem.

Ett flertal lärosäten inkom med positiva remissvar gällande denna del av utredningens förslag. Högskolan i Borås tillstyrkte förslaget och anförde att det är bra att tydliggöra utbildningsuppdraget så skarpt som möjligt för att genomsyra vårdorganisationen på alla nivåer. Högskolan bekräftade svårigheten att finna handledare med erforderlig erfarenhet varje termin och framhöll att det inte är tillräckligt att enskilda studierektorer praktiskt försöker lösa frågor i sin organisation. Det kräver också en organisatorisk medvetenhet. Högskolan poängterade vikten av en helhetssyn och att varje lärosäte har ett nationellt perspektiv på kompetensförsörjning, utbildning och verksamhetsförlagd utbildning. Det nationella perspektivet är viktigt för att inte bygga murar mellan lärosäten och vårdverksamheter. Lunds universitet instämde i utredningens analys att det ibland kan finnas en ovilja eller oförmåga hos enskilda aktörer inom hälso- och sjukvården att delta i den verksamhetsförlagda utbildningen. Mot bak-

grund av behovet av fler platser borde lagförslaget därför formuleras skarpare. Lunds universitet ansåg att det borde vara ett oavvisligt krav att all offentligfinansierad hälso- och sjukvård åläggs att delta i utbildningen. Inriktningen mot nära vård ansågs ställa ökade krav på utbildningens olika delar att utbilda de flesta professioner inom hälso- och sjukvården i denna sektor. En gemensam utbildningsbas för flera professioner och specialiteter skulle kunna underlätta samverkan i vården också gällande utbildning och forskning. Det utökade utbildningsuppdraget innebär dock höga krav på den nära vården, vilket Lunds universitet inte ansåg att utredningen hade tagit tillräcklig hänsyn till. Örebro universitet tillstyrkte också förslaget mot bakgrund av att verksamhetsförlagd utbildning utgör en betydande del av utbildningen till legitimationsyrken och att studenterna måste kunna garanteras en möjlighet att genomföra verksamhetsförlagd utbildning. Ett i lag tydliggjort ansvar att säkerställa platser för verksamhetsförlagd utbildning ansågs som en förutsättning för en modern utbildning inom hälso- och sjukvård, trots att behovet av samverkan mellan parterna gällande utbildningens utformning och genomförande kvarstod. Örebro universitet menade att det i nuläget ofta uppstår problem vid fördelning av platser även om avtal finns och det blir svårt för lärosätena att utöka antalet studieplatser. Umeå universitet välkomnade också förslaget, men anförde att utredningen också borde ha belyst goda erfarenheter av regionaliserade utbildningar, såsom läkarutbildningen vid Umeå universitet, som visat sig vara gynnsam för alla parter. Umeå universitet efterlyste också en skarpare skrivning avseende hur verksamhetsförlagd utbildning och forskning ska bedrivas i primärvård, på särskilda boenden och i hälso- och sjukvård i hemmet oavsett huvudman. Umeå universitet tillstyrkte förslaget att huvudmännens omkostnader för verksamhetsförlagd utbildning fortsättningsvis ska finansieras genom ersättning från respektive lärosäte och att ersättningen per högskolestudent inte ska minska. Umeå universitet lyfte också fram behovet av ett VULF-avtal. Vidare noterades att behovet av handledarutbildning för läkare bör förtydligas och att de kostnadsuträkningar som utredningen gjort inte inkluderar läkare.

Karolinska institutet tillstyrkte delvis förslaget och poängterade att utredningen använt begreppet "utbildningsfrågan" utan att beakta att hälso- och sjukvården måste bereda möjlighet för utbildning på olika nivå och med olika huvudmän. Detta ställer olika krav på vår-

dens medverkan liksom finansiering, exempelvis gymnasieutbildning, högskoleutbildning på grundnivå respektive avancerad nivå samt allmän- och specialisttjänstgöring. Därför menade Karolinska institutet att motivet till en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen var oklart. Karolinska institutet var inte övertygat om att bestämmelsen skulle ha avsedd verkan och efterlyste en mer utvecklad formulering av lagförslaget. Remissinstansen påtalade också att utredningen sammanblandat begreppen praktik respektive verksamhetsförlagd utbildning. Karolinska institutet instämde med att det bör etableras en livskraftig utbildningsmiljö i exempelvis den kommunala hälso- och sjukvården. Det ansågs dock vara viktigt att definiera ansvar och roller hos de olika huvudmännen vad gäller olika utbildningar. Ett långsiktigt arbete i samverkan med regioner och kommuner ansågs nödvändigt för att bygga attraktiva forsknings- och utbildningsmiljöer i fråga om nära vård. Tillgång till vetenskapliga databaser för anställda i hälso- och sjukvården i kommunal sektor ansågs också väsentligt för att kunna handleda studenter. Karolinska institutet påpekade också att den föreslagna bestämmelsen i 18 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen borde utformas i likhet med bestämmelsen i 18 kap. 2 § samma lag gällande forskning. Förslaget var därför att bestämmelsen borde utformas som en skyldighet för huvudmännen att säkerställa att medverkan i planering, finansiering och genomförande av högskoleutbildning kan ske i den hälso- och sjukvård som de ansvarar för. Slutligen påpekades att det inte fanns skäl att lagfästa utbildning som en del av primärvårdens grunduppdrag, eftersom den som en del av hälso- och sjukvården redan omfattas av övrig lagstiftning samt ingångna avtal. En översyn och revidering av ersättningsystemen i primärvården ansågs vara ett mer effektivt sätt att öka primärvårdens medverkan i utbildning.

Vårdföretagarna lyfte fram att det inte endast handlar om att regioner och kommuner ska kunna ställa krav på medverkan av privata vårdgivare i utbildningen av vårdens professioner. Huvudmännen måste också ersätta vårdgivarna för utbildningsuppdrag, eftersom handledning och utbildning av studenter innebär mindre tid för patientarbete och påverkar vårdgivarens verksamhet. Vårdföretagarna framhöll att ersättningen måste vara högre och hållbar över tid. Vårdgivaren måste få betalt för tid som relaterar till forskning och utveckling även när direkta vårdkontakter och -volymer inte berörs, särskilt med beaktande av personalbristen.

Universitetskanslersämbetet betonade lärosätenas nationella utbildningsansvar och vikten av att platser för verksamhetsförlagd utbildning kan tillgodoses ur ett nationellt perspektiv och inte endast fokuserar på regionen eller kommunen. Det ansågs vara särskilt viktigt vad gäller utbildningar som inte förekommer i alla regioner, exempelvis dietistexamen. Universitetskanslersämbetet lyfte också fram de då blivande sjukvårdsregionala rådets roll i samordningen kring den verksamhetsförlagda utbildningen. I rådets roll inkluderas att planera, samordna, inventera och utveckla utbildningarna.

Bland de remissinstanser som tydligast avstyrkte förslaget kan nämnas Socialstyrelsen. Socialstyrelsen avstyrkte både ett i lag reglerat ansvar för utbildning för huvudmännen samt att huvudmännen också skulle ges ett i lag reglerat ansvar att tillse att primärvården medverkar till utbildning av professioner i primärvården. Socialstyrelsen anförde att inrättandet av Nationella vårdkompetensrådet och dess uppdrag att åstadkomma samarbete och samförstånd gällande bland annat utbildningsbehov bland lärosäten, regioner och kommuner innebar att någon reglering i lag inte var nödvändig. Socialstyrelsen delade utredningens bedömning om vikten av huvudmännens ansvar, men kritiserade utredningens användning av begreppet utbildning. Utbildningsbegreppet är vidare än verksamhetsförlagd utbildning och skulle därför enligt Socialstyrelsen kunna tolkas som ett vidgat ansvarsområde som inkluderar grundutbildning och fortbildning. Socialstyrelsen saknade också underbyggda argument för att en lagreglering skulle kunna lösa problemen med fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och påtalade att hälso- och sjukvårdens huvudmän redan i nuläget kan reglera utbildningsfrågan i avtal. Oavsett reglering i lag krävs en dialog mellan huvudmän och utbildningsanordnare om verksamhetsförlagd utbildning. Socialstyrelsen anförde också att utredningen övervärderat de positiva konsekvenserna av en reglering i lag och exempelvis inte problematiserat huvudmännens och särskilt primärvårdens förmåga att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning för mer sällan förekommande professioner som psykologer och dietister. Socialstyrelsen påpekade vidare att det saknades en bakgrundsbeskrivning till utredningens slutsats att förslaget skulle innebära en kortare utbildningsperiod och att studenterna snabbare skulle kunna komma ut i sysselsättning.

Vårdförbundet välkomnade förslaget om att lagfästa en skyldighet att medverka i utbildning för hälso- och sjukvårdshuvudmän, men

ansåg att skyldigheten borde rikta sig mot alla vårdgivare med offentlig finansiering och inte endast huvudmän. Vårdförbundet ansåg också att det borde finnas tydligare skrivningar om att utbildning och forskning ska bedrivas i primärvården och inte endast anges att primärvården ska medverka i forskning för att synliggöra utbildningens och forskningens roll som motor i verksamhetsutvecklingen.

Fysioterapeuterna tillstyrkte förslaget, men menade att samtliga professioners verksamhetsförlagda utbildning borde ses över och dessutom omfattas av ett centralt avtal i likhet med ALF-avtalet. En konsekvens av en sådan lösning skulle enligt föreningen vara en ökad jämlikhet mellan utbildningarna. De principer som finns för verksamhetsförlagd utbildning för andra kategorier än läkare stammar från en tid då vårdutbildningarna bedrevs av landstingskommunala högskolor. Sveriges arbetsterapeuter tillstyrkte förslaget, men tillade att de avtal som tecknas mellan lärosäten och regional primärvård måste vara tydliga i fråga om ansvarsfördelning samt vilken kompetens som krävs av exempelvis handledare. Även Svenska Läkarsällskapet tillstyrkte förslaget, men anförde att en lagreglering inte är tillräcklig. Trots att läkares allmänna tjänstgöring samt specialisttjänstgöring reglerats i lag räcker platserna inte till. Handledarresurser lyftes fram som centrala för att verksamhetsförlagd utbildning ska fungera vid vårdcentraler.

9 Privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning

I detta kapitel diskuteras privata vårdgivares förutsättningar att medverka i verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen. Utredningen ska enligt direktiven särskilt analysera möjligheterna att ställa krav på privata vårdgivares medverkan i utbildning.

En privat vårdgivare definieras i 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som en annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Privata vårdgivare tillhandahåller liksom offentliga vårdgivare platser för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter. Detta sker genom avtal som träffas på huvudsakligen tre olika sätt:

1. genom lagen (2016:1145) om offentlig upphandling,
2. genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem, eller
3. genom avtal med lärosäten.

Privata vårdgivare medverkar oftast i verksamhetsförlagd utbildning som en följd av att regioner och kommuner har genomfört offentliga upphandlingar av hälso- och sjukvård enligt lagen om offentlig upphandling. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen har då möjlighet att avtala med privata vårdgivare om att utföra hälso- och sjukvård. Uppdraget kan också inkludera att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning inom den hälso- och sjukvård som den privata vårdgivaren bedriver. Därutöver kan privata vårdgivare ansöka om att starta vårdverksamhet inom vårdområden som är upphandlade enligt lagen om valfrihetssystem. Under förutsättning att vissa krav uppfylls har den privata vårdgivaren rätt att etablera sig inom vårdområdet. I dessa fall bedrivs hälso- och sjukvården av privata aktörer med offentlig finansiering. Att tillhandahålla platser för verk-

samhetsförlagd utbildning kan också ingå. Slutligen finns möjlighet för lärosäten att teckna avtal om att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning direkt med privata vårdgivare, vilket förekommer på ett fåtal platser i landet. Den verksamhetsförlagda utbildningen sker då utanför den offentligt finansierade privata hälso- och sjukvården.

En allt större del av hälso- och sjukvården utförs av privata vårdgivare. År 2020 utfördes 19 procent av hälso- och sjukvården av privata utförare och inom hälso- och sjukvård finansierade den offentliga sektorn 59 procent.¹ År 2021 gjordes 23,4 miljoner patientbesök hos privata vårdgivare i öppen hälso- och sjukvård, varav 18 miljoner inom primärvården.² Detta motsvarar 39 procent av alla patientbesök. Inom primärvården sker 50 procent av alla patientbesök hos privata vårdgivare.³ Antalet valfrihetssystem inom regionernas verksamhetsområden uppgår till 107 stycken i Sveriges regioner. Region Stockholm har 38 vårdval och vårdval på flest områden inom specialistsjukvården i landet. Region Uppsala och Region Skåne har 12 respektive 11 vårdval, medan övriga regioner har mellan 1 och 5 vårdval.⁴

Privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning är mot denna bakgrund av stor betydelse för att tillräckligt många utbildningsplatser för sjuksköterskestudenter ska kunna skapas. Det finns enligt utredningens uppfattning en potential att öka privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning. Graden av medverkan i verksamhetsförlagd utbildning för privata vårdgivare varierar stort över landet. Flest privata vårdgivare medverkar i verksamhetsförlagd utbildning i Stockholmsområdet, vilket förklaras av den betydande andel offentligfinansierad hälso- och sjukvård som utförs av privata vårdgivare där.

¹ Statistiska centralbyrån (2020).

² Sveriges Kommuner och Regioner (2022).

³ Vårdföretagarna (2022) s. 44.

⁴ Sveriges Kommuner och Regioner (2023 d).

9.1 Privata vårdgivares medverkan i utbildning bör främjas men inte regleras i lag

Förslag: Regeringen bör ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att ge stöd åt regioner och kommuner som anlitar privata utförare. Stödet bör omfatta att sammanställa relevant statistik om privata vårdgivare och att utarbeta goda avtalsmodeller och annan vägledning i syfte att främja privata vårdgivares möjlighet att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning.

Bedömning: En lagreglerad skyldighet för privata vårdgivare att medverka i utbildning är rättsligt möjlig att genomföra under förutsättning att de privata vårdgivarna erhåller ekonomisk ersättning och att samma skyldighet gäller offentliga vårdgivare. Utredningen anser dock inte att en lagreglerad skyldighet för privata vårdgivare att medverka i utbildning skulle utgöra ett effektivt verktyg för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen.

Genom att tillhandahålla stöd för regioner och kommuner att utarbeta goda avtalsmodeller och annat underlag kan Upphandlingsmyndigheten underlätta för privata vårdgivare att i högre utsträckning än i dag erbjuda platser för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen. Nationell statistik skulle bidra med viktig information om privata vårdgivare som i dag saknas. Vägledning i form av avtalsmodeller och upphandlingskriterier skulle bidra till en harmonisering som underlättar för såväl regioner och kommuner som privata vårdgivare i offentlig upphandling. I arbetet med att utveckla avtalsmodeller och upphandlingskriterier behöver Upphandlingsmyndigheten information om hur samarbetet mellan lärosäten och vårdgivare om verksamhetsförlagd utbildning lämpligen organiseras, vilken bör kunna förmedlas av Nationella vårdkompetensrådet.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

Privata vårdgivare åtnjuter närings- och etableringsfrihet. Dessa friheter utgör grundläggande kärnvärden för att förverkliga den inre marknaden och den fria rörligheten i Europeiska unionen. Att ålägga

privata vårdgivare en lagreglerad skyldighet att medverka i utbildning skulle sannolikt betraktas som en begränsning av villkoren som råder för att utöva privat hälso- och sjukvårdsverksamhet. Möjligheten att bedriva näringsverksamhet inom hälso- och sjukvården är på flera sätt redan begränsad genom de krav som följer av att exempelvis läkar- och sjuksköterskeyrkena är reglerade yrken som omfattas av yrkeskvalifikationsdirektivets krav.⁵ I lagstiftningen finns också många krav relaterade till patientsäkerhet och den enskildes integritet som privata vårdgivare är underkastade och som på olika sätt begränsar näringsverksamhetens bedrivande.

Medverkan i utbildning kräver nödvändiga personella resurser och kan vara förenad med kostnader för verksamheten och på andra sätt påverka villkoren för dess bedrivande. För att det ska vara förenligt med näringsfriheten som stadgas i 2 kap. 17 § regeringsformen krävs att det föreligger ett från samhällets synpunkt skyddsvärt intresse. Vikten av att kunna utbilda ett tillräckligt antal sjuksköterskor för samhällets behov i syfte att kunna erbjuda hälso- och sjukvård till medborgarna kan troligen anses vara ett sådant skyddsvärt intresse. I enlighet med likhetsprincipen måste dock samma regler rimligen gälla även för offentliga vårdgivare. Ett angeläget allmänt intresse skulle svårigen kunna hävdas om de offentliga vårdgivarna undantogs från en sådan bestämmelse.

Privata vårdgivares rådighet över lös egendom, exempelvis ekonomiska medel och legitima förväntningar på förutsättningarna för verksamhetens bedrivande som sedan länge varit rådande, omfattas också av Europakonventionens egendomsskydd. Inskränkningar av rådigheten som betraktas som tillräckligt omfattande måste därför ske enligt konventionens krav och vara förenliga med det allmännas intresse, följa av lag eller annan föreskrift och vara proportionerliga. Om möjligheten att bedriva hälso- och sjukvård för privata vårdgivare skulle ske på villkor att de medverkar i utbildning, innebär det en relativt ingripande förändring av näringens villkor. Därmed berörs de privata vårdgivarnas legitima förväntningar på förutsättningarna för att bedriva privat hälso- och sjukvårdsverksamhet i Sverige som sedan länge varit rådande. Det är därför sannolikt att en skyldighet att medverka i utbildning skulle anses innebära en inskränkning av

⁵ Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, i lydelsen enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU. Yrkeskvalifikationsdirektivet beskrivs i kapitel 3.

privata vårdgivares rådighet över sin egendom som omfattas av konventionens skydd. Därmed bör inskränkningen också berättiga till kostnadsersättning för de privata vårdgivarna. Detta innebär att privata vårdgivare sannolikt är berättigade till ersättning av staten för att medverka i utbildning och att offentliga vårdgivare inte kan undantas från en skyldighet att medverka i utbildning med hänsyn till proportionalitetsprincipen.

Utredningens slutsats är att det vore möjligt att rättsligt reglera en skyldighet för privata vårdgivare att medverka i utbildning. Ska en tvingande reglering införas krävs att bedrivandet av hälso- och sjukvårdsverksamhet villkoras av att den privata vårdgivaren samtycker och att bedrivandet av sådan verksamhet försvåras eller omöjliggörs om den privata vårdgivaren inte accepterar dessa förutsättningar. En utgångspunkt är att privata vårdgivare inte kan uppbära ersättning genom offentliga medel för att tillhandahålla hälso- och sjukvård om de inte samtycker till kravet på att samtidigt medverka i utbildning. Detta kan påverka nuvarande avtal och avtal som ingås framgent mellan exempelvis regioner och kommuner.

En sådan skyldighet skulle kunna förverkligas genom införande av en tillståndsplikt för privata vårdföretag alternativt en skyldighet att medverka i utbildning i patientsäkerhetslagen (2010:659). En tillståndsprövning är förenad med en relativt omfattande administration och en skyldighet att medverka i utbildning borde i så fall förenas med sanktioner genom tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg i likhet med vad som i övrigt gäller vårdgivare. Regleringen skulle också vara komplicerad att utforma med en tillräcklig grad av tydlighet. Det skulle exempelvis krävas att utbildningsbegreppet tydliggörs liksom vad medverkan i utbildning är tänkt att innebära. En sådan lösning skulle även riskera att bli ekonomiskt kostsam för staten.

Även om det är möjligt att reglera en skyldighet för vårdgivare att medverka i utbildning i exempelvis patientsäkerhetslagen, ter sig en sådan reglering i nuläget något apart givet vårdgivarens nuvarande lagreglerade skyldigheter. Mer logiskt skulle vara att reglera en sådan skyldighet för huvudmän i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), vilket i så fall skulle innebära att privata vårdgivare indirekt skulle beröras när dessa bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård exempelvis genom offentlig upphandling. Privata vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård skulle dock inte omfattas.

Utredningens slutsats i kapitel 8 är dock att en sådan lagfäst skyldighet för hälso- och sjukvårdshuvudmännen inte på ett effektivt sätt kan skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen. En skyldighet för privata vårdgivare att medverka i utbildning kan enligt utredningens uppfattning inte heller effektivt skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Utredningen anser därför att en lagfäst skyldighet för privata vårdgivare att medverka i utbildning inte bör införas.

Det finns dock andra sätt att främja privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning som diskuteras i detta kapitel. I kapitlet ges några exempel där verksamhetsförlagd utbildning regleras i avtal vid offentlig upphandling och inom ramen för valfrihetssystem. Alla regioner och kommuner har dock inte avtal som reglerar verksamhetsförlagd utbildning när hälso- och sjukvård upphandlas. Att avtalen reglerar verksamhetsförlagd utbildning är viktigt för att privata vårdgivare ska kunna tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning och det är också väsentligt att avtalen utformas på ett sätt som främjar privata vårdgivares förutsättningar att medverka. När det gäller läkarmottagningar som får ersättning enligt den nationella taxan är dessa vanligen små aktörer, men som regel arbetar en sjuksköterska på mottagningarna. Enligt utredningens uppgifter är det av sårbarhetsskäl mycket sällsynt att sjuksköterskestudenter placeras vid dessa mottagningar. Om överenskommelser träffades mellan mottagningarna och regionernas verksamheter som garanterade verksamhetsförlagd utbildning vid exempelvis sjukfrånvaro, skulle också mottagningarna kunna användas som platser för verksamhetsförlagd utbildning. Vad gäller ersättning vill utredningen betona att deltagande i verksamhetsförlagd utbildning inte kan bygga på full kostnadstäckning för vårdgivare oavsett om den bedrivs i offentlig eller privat regi.⁶

För att underlätta för privata vårdgivare att medverka i verksamhetsförlagd utbildning bör regioner och kommuner ges stöd för att utveckla goda avtalsmodeller och upphandlingskriterier när privata utförare anlitas. Det skulle bidra till en harmonisering som förenklar för såväl regioner och kommuner som privata vårdgivare.

Nämnda stöd kan enligt utredningens uppfattning bäst tillhandahållas av Upphandlingsmyndigheten, som enligt 1 § förordningen (2015:527) med instruktion för Upphandlingsmyndigheten har ett

⁶ Se kapitel 6.

samlat ansvar för att utveckla, förvalta och stödja den upphandling som genomförs av upphandlande myndigheter och enheter. Myndigheten ska bland annat verka för en effektiv och socialt hållbar upphandling till nytta för medborgarna och näringslivets utveckling. Enligt 2 § samma förordning ska myndigheten ge upphandlingsstöd till upphandlande myndigheter, enheter och leverantörer som inriktas på att bidra till strategiska upphandlingar, metodutveckling och bidra till att upphandlingar planeras, genomförs, följs upp och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt. Upphandlingsmyndigheten ska vidare underlätta för små och medelstora företag samt idéburna organisationer att delta i upphandling. Myndigheten ska också vara statistikmyndighet på upphandlingsområdet enligt lagen (2019:668) om upphandlingsstatistik.

Enligt uppgift är myndighetens nuvarande stöd inom utbildningsområdet begränsat. För att utveckla detta stöd behöver Upphandlingsinformationen information om hur samarbetet mellan lärosäten och vårdgivare lämpligen organiseras, vilken Nationella vårdkompetensrådet bör kunna bistå med.

9.2 Privata vårdgivarens etableringsfrihet, näringsfrihet och egendomsskydd

Om privata vårdgivare skulle åläggas en skyldighet att medverka i utbildning skulle detta troligen påverka företagets verksamhet och driftsförhållanden, eftersom medverkan i utbildning kräver att företagen avsätter tillräckliga resurser, inte minst personella resurser. Det handlar alltså primärt om rådigheten över lös egendom hos de privata vårdgivarna, exempelvis ekonomiska medel. En sådan skyldighet skulle också potentiellt sett kunna påverka företagets legitima förväntningar på villkoren för att bedriva privat hälso- och sjukvårdsverksamhet så som de sedan länge varit etablerade genom lagstiftning. Möjligheten att ställa krav på privata vårdgivare att medverka i utbildning förutsätter att sådana krav är förenliga med de rättigheter och friheter som följer av den konstitutionella rätten, exempelvis näringsfrihet och egendomsskydd.

9.2.1 Privata vårdgivares etableringsfrihet och näringsfrihet

Europeiska unionen ska enligt artikel 3 i Fördraget om Europeiska unionen (FEU) erbjuda sina medborgare ett område med frihet, säkerhet och rättvisa utan inre gränser, där den fria rörligheten för personer garanteras.⁷ Unionen ska också upprätta en inre marknad som enligt artikel 26 i Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF) innefattar ett område utan inre gränser, där fri rörlighet för varor, personer, tjänster och kapital säkerställs i enlighet med bestämmelserna i fördragen.⁸

Näringsfrihet utgör en grundläggande rättighet i unionen och ska enligt artikel 16 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna erkännas i enlighet med unionsrätten samt nationell lagstiftning och praxis.⁹

Privatpersoner, fria yrkesutövare eller juridiska personer som lagligen är verksamma i en medlemsstat har enligt artiklarna 49 och 54 FEU etableringsfrihet i andra medlemsstater. Det innebär en rätt för den som är medborgare i en medlemsstat att fritt etablera sig i en annan medlemsstat. Detta inkluderar rätt att starta och utöva verksamhet som egenföretagare samt rätt att bilda och driva företag på de villkor som gäller för etableringslandet samt exempelvis upprätta kontor, filialer eller dotterbolag.

För att underlätta för personer att starta och utöva förvärvsverksamhet som egenföretagare ska Europaparlamentet och rådet enligt artikel 53 FEUF utfärda direktiv som syftar till ömsesidigt erkännande av examens-, utbildnings-, och andra behörighetsbevis och till samordning av medlemsstaternas reglering om inledande och utövande av förvärvsverksamhet som egenföretagare. I fråga om läkaryrket och andra liknande yrken förutsätter detta en samordning av villkoren för att få utöva dessa yrken i de olika medlemsstaterna.

Medborgare i unionen har också en gränsöverskridande frihet att tillhandahålla tjänster som framgår av artikel 56 i FEUF. En medlemsstat får inte inskränka friheten att tillhandahålla tjänster inom unionen beträffande medborgare som etablerat sig i annan stat än mottagaren av tjänsten. Tjänster definieras i artikel 57 FEUF som de prestationer som normalt utförs mot ersättning i den utsträckning

⁷ Fördraget om Europeiska unionen (EUT C 326, 26.10.2012, s. 13–390).

⁸ Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUT C 326, 26.10.2012, s. 47–390).

⁹ Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EUT C 326, 26.10.2012, s. 391–407).

de inte omfattar fri rörlighet för varor, kapital och personer. Det är särskilt verksamhet av industriell och kommersiell natur samt inom hantverk och fria yrken som omfattas.

För att förverkliga friheten att tillhandahålla tjänster utfärdade Europaparlamentet och Rådet direktiv 2006/123/EG av den 12 december 2006 om tjänster på den inre marknaden (tjänstedirektivet). Detta direktiv gör dock undantag för hälso- och sjukvård. Tjänster inom hälso- och sjukvård och läkemedelstjänster som utförs av yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården för att bedöma, bibehålla eller återställa patienters hälsotillstånd, där dessa verksamheter är förbehållna ett reglerat vårdyrke i den medlemsstat där tjänsterna tillhandahålls omfattas inte av tjänstedirektivet.¹⁰

Tjänster inom hälso- och sjukvården som utövas av yrkesverksamma omfattas i stället av Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer (yrkeskvalifikationsdirektivet).¹¹ Direktivet omfattar enligt artikel 2 alla de medborgare i en medlemsstat inklusive fria yrkesutövare som vill utöva ett reglerat yrke, antingen som egen företagare eller anställd i en annan medlemsstat än den där de har förvärvat sina yrkeskvalifikationer. Enligt artikel 5 första stycket p. 1 i direktivet får medlemsstaterna som huvudregel inte inskränka friheten att tillhandahålla tjänster i en annan medlemsstat om tjänsteleverantören är lagligen etablerad i en medlemsstat för att där utöva samma yrke.¹²

Sedan år 1994 stadgas näringsfriheten också i 2 kap. 17 § regeringsformen. Begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.¹³ Av förarbetena till bestämmelsen framgår att det är av grundläggande betydelse för det moderna samhället att enskilda så långt det är möjligt ska garanteras närings- och yrkesfrihet. Att ge denna frihet ett reellt innehåll är komplicerat i och med de begränsningar som med nödvändighet krävs. Likhetsprincipen är dock en lämplig utgångspunkt för grundlagsbestämmelsen, det vill säga att alla ska ha möjlighet att

¹⁰ Skäl 22 till tjänstedirektivet.

¹¹ Inklusive Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU av den 20 november 2013 om ändring av direktivet 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer och förordning (EU) nr 1024/2012 om administrativt samarbete genom informationssystemet för den inre marknaden (IMI-förordningen).

¹² Yrkeskvalifikationsdirektivet beskrivs närmare i kapitel 3.

¹³ I samband med grundlagsreformen flyttades regleringen av näringsfriheten över utan förändringar, SFS 2010:1408.

på lika villkor konkurrera under förutsättning att de i övrigt uppfyller krav på exempelvis kompetens. Syftet med en begränsning av närings- och yrkesfriheten får därför inte endast vara att ekonomiskt gynna vissa näringsidkare eller yrkesutövare framför andra. Det krävs att syftet är att skydda ett från samhällets synpunkt skyddsvärt intresse.¹⁴ Dock är närings- och yrkesfriheten på olika sätt begränsad med hänsyn till ett flertal allmänna och enskilda intressen på exempelvis hälsovårdsområdet eller för att tillgodose krav på särskilda kvalifikationer som uppställs för ett flertal yrken.¹⁵ I den juridiska litteraturen har bestämmelsen tolkats som att den möjliggör en inskränkning av villkoren för näringen eller drivandet av näringen, men däremot inte näringens resultat efter uppfyllda villkor för bedrivandet, exempelvis vinster eller förluster i välfärdsföretag, som utgör en grundläggande och central del av näringen i sig. En intresse- och proportionalitetsbedömning måste alltid göras om näringsfriheten ska begränsas i något avseende.¹⁶

Frågan om lagreglering inskränker näringsfriheten har aktualiserats vid flera tillfällen.¹⁷ Ett exempel var frågan om en inskränkning i de dåvarande landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan.¹⁸ Lagrådet var kritiskt till förslaget, menade att det inskränkte näringsfriheten och var tveksamt till att förslaget beaktade kravet på skydd av angelägna allmänna intressen.¹⁹ Lagstiftningen genomfördes trots kritiken.²⁰ Ett annat exempel är Konsumentverkets möjlighet att förelägga näringsidkare att upphöra med finansiell rådgivning till konsumenter vid vite i syfte att öka konsumentskyddet vid oseriös rådgivning. Lagrådet konstaterade att det rörde sig om en inskränkning av näringsfriheten.²¹ Införandet av rökfria miljöer i tobakslagen aktualiserade också frågan om näringsfrihet, men inskränkningen ifrågasattes inte.²² Ett förslag om indragning av fiskerättigheter utan kompensation aktualiserade enligt Lagrådet också en inskränkning i näringsfriheten, vars angelägna allmänna skäl inte beskrevs närmare.²³

¹⁴ Prop. 1993/94:117 s. 20 f.

¹⁵ SOU 1993:40 del A s. 115.

¹⁶ Bexhed & Thorstensson (2018) s. 135 ff.

¹⁷ Exempelen i det följande omnämns i Bexhed & Thorstensson (2018).

¹⁸ Prop. 2000/01:36 och bet. 2000/01:SoU6.

¹⁹ Prop. 2000/01:36 s. 30 f.

²⁰ SFS 2000:1440.

²¹ Prop. 2002/03:133, bilaga 5 s. 73 f., bet. 2003/04:LU3 och SFS 2003:862.

²² Prop. 2003/04:65 s. 15 f. och bilaga 5, bet. 2003/04:SoU8 och SFS 2004:485.

²³ Prop. 2008/09:169 bilaga 7 och bet. 2008/09:MJU23.

Riksdagen godtog förslaget efter vissa förtydliganden.²⁴ Ytterligare ett exempel är förslaget om upphävande av kravet på vårdvalssystem i primärvården för de dåvarande landstingen. Frågan snabbutreddes inom Regeringskansliet och synpunkter från Lagrådet inhämtades aldrig. Propositionen återkallades av regeringen innan riksdagens behandling av den och förslaget genomfördes aldrig.²⁵

Vad som ovan sagts innebär att en skyldighet att medverka i utbildning kan komma att påverka de privata vårdgivarnas näringsfrihet genom att villkoren för bedrivandet av näringen skulle förändras.

9.2.2 Privata vårdgivares egendomsskydd

Egendomsskyddet omfattar både fysiska och juridiska personer och stadgas i flera bestämmelser i den konstitutionella rätten.

Regeringsformen

Vars och ens egendom är enligt 2 kap. 15 § regeringsformen tryggad genom att ingen kan tvingas avstå sin egendom till det allmänna eller till någon enskild eller något annat sådant förfogande utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen. Den som genom expropriation eller något annat sådant förfogande tvingas avstå sin egendom ska vara tillförsäkrad full ersättning för förlusten enligt grunder som anges i lag.

I förarbetena till bestämmelsen anges att vad som utgör ett angeläget allmänt intresse måste bli föremål för politisk värdering och vara godtagbart i ett modernt och demokratiskt samhälle ur rättssäkerhetssynpunkt.²⁶ Med expropriation eller annat sådant förfogande avses att en förmögenhetsrätt tvångsvis överförs eller tas i anspråk eller exempelvis att användningen av egendomen inskränks så att den enskilde inte kan använda egendomen som tidigare.²⁷ Genom grundlagsreformen år 2010 stärktes egendomsskyddet bland annat genom

²⁴ Bet. 2008/09:MJU23, rskr. 2008/09:289 och SFS 2009:866.

²⁵ Prop. 2014/15:15.

²⁶ Prop. 1993/94:117 s. 48 och bet. 1993/94:KU24.

²⁷ Prop. 2009/10:80 s. 164 och 168.

att ersättningsrätten kom att omfatta full ersättning för förluster vid expropriation.²⁸

För att bestämmelsen i 2 kap. 15 § regeringsformen ska kunna åberopas förutsätts att det sker en tvångsöverlåtelse av äganderätt eller en annan särskild rätt av ekonomiskt värde, exempelvis nyttjanderätter eller servitut. Det måste alltså röra sig om en övergång av ekonomiska rättigheter för att expropriation ska kunna komma i fråga. I sådana fall krävs att åtgärden som vidtas sker i enlighet med ett angeläget allmänt intresse och det förutsätter också att den enskilde erhåller full ersättning för förlusten enligt grunder som anges i lag eller annan föreskrift.²⁹

Även vissa typer av rådighetsinskränkningar omfattas av 2 kap. 15 § regeringsformen under förutsättning att de gäller användning av mark eller byggnad, exempelvis strandskyddsförordnande eller beslut om naturreservat. Rådighet över annat än fast egendom omfattas inte förutsatt att det inte rör sig om expropriation. Reglering av lös egendom såsom *good will* och legitima förväntningar omfattas alltså inte av skyddet i 2 kap. regeringsformen.³⁰

Detta innebär för privata vårdgivare i fråga om medverkan i utbildning att 2 kap. 15 § regeringsformen inte blir tillämplig, då bestämmelsen endast omfattar rådighetsinskränkningar av fast egendom.

Europakonventionen

Privata vårdgivare åtnjuter också egendomsskydd enligt Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen).³¹ Konventionen är införlivad i svensk rätt genom lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Varje fysisk eller juridisk person ska enligt artikel 1 första tilläggsprotokollet till Europakonventionen ha rätt till respekt för sin egendom. Ingen får berövas sin egendom annat än

²⁸ Prop. 2009/10:80 s. 163 ff., bet. 2009/10:KU19, rskr. 2009/10:304, bet. 2010/11:KU4, rskr. 2010/11:21 och SFS 2010:1408.

²⁹ Åhman (2017–2018) s. 539 och 531.

³⁰ Åhman (2017–2018) s. 529 och där angivna hänvisningar. Åhman menar dock att om regeringsformen tolkas konformt med Europakonventionen bör detta innebära att väsentliga begränsningar av äganderätten som innebär stora förluster borde kunna betraktas som ersättningsgilla de facto-berövanden.

³¹ Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, Rom den 4 november 1950, SÖ 1952:35.

i det allmännas intresse och under de förutsättningar som anges i lag och i folkrättens allmänna grundsatser.

Europakonventionens egendomsbegrepp har i rättspraxis tolkats vidsträckt och föränderligt. Det kan exempelvis omfatta fast egendom, ekonomiska tillgångar, nyttjanderättigheter, fordringar och immaterialrättigheter, socialförsäkringar och allmänna bidrag i vissa fall.³² Som regel omfattas den egendom som redan existerar och alltså inte framtida affärer eller vinster.³³ Om affärsverksamheten är beroende av tillstånd skyddas den dock och skyddet omfattar de ekonomiska intressen som finns i verksamheten.³⁴

Det är möjligt för en stat att inskränka rådigheten över egendomen om det är nödvändigt för att reglera utnyttjandet av egendom i det allmännas intresse om inskränkningen är lagenlig, vilket innefattar att regleringen ska vara tydlig och förutsebar, tillgodose ett allmänt intresse och stå i proportion till syftet som ska uppnås.³⁵

Europakonventionens egendomsbegrepp är vidare än regeringsformens och gör inte skillnad på egendomstyper. Både lös och fast egendom åtnjuter ett skydd mot berövanden och rådighetsbegränsningar. Även immateriell egendom skyddas, exempelvis patenträttigheter, upphovsrätt och *good will*.³⁶ Europadomstolens tolkning av egendomsbegreppet medför också att det har fått en autonom innebörd som inte behöver relatera till hur egendom betraktas nationellt.³⁷ Också legitima förväntningar skyddas av Europakonventionen, det vill säga att fortsättningsvis effektivt kunna nyttja en viss ekonomisk rätt, exempelvis en omsättningsmöjlighet eller kapitalisering, om denna rätt upphör. En legitim förväntning kan beskrivas som anspråket på att få bruka en viss rätt under förutsättning att det sedan tidigare finns rättsregler som är etablerade och tydligt definierar ett visst förhållande som anspråket grundas på. Ett exempel är ingångna avtal som grundar sig på lagstiftning mellan det allmänna

³² Danelius (2015) s. 571.

³³ *Greek Federation of Customs Officers v. Greece*, no. 24581/94, beslut meddelat den 6 april 1995.

³⁴ *Malik v. The United Kingdom*, no. 23780/08, dom meddelad den 13 mars 2012, p. 91–92 och 94. Alkoholtillstånd, tillstånd att arbeta som revisor och tillstånd till grustäkt är tre exempel på tillstånd som ansetts vara omfattade, *Tre Traktörer Aktiebolag v. Sweden*, no. 10873/84, dom meddelad den 7 juli 1989, p. 53, *Van Marle, et al. v. The Netherlands*, no. 8543/79; 8674/79; 8675/79; 8685/79, dom meddelad den 26 juni 1986 och *Fredin v. Sweden*, no. 12033/86, dom meddelad den 18 februari 1981.

³⁵ *Beyeler v. Italy*, no. 33202/96, dom meddelad den 5 januari 2000, p. 107 f.

³⁶ *Anheuser-Busch v. Portugal*, dom meddelad den 11 januari 2007, p. 72, Danelius (2015) s. 572 och Åhman (2017–2018) s. 531.

³⁷ Åhman (2017–2018) s. 531.

och enskilda.³⁸ Ett ingrepp i rättigheten innebär en begränsning av nyttjandet eller ett berövande. Om ett sådant ingrepp i egendomsskyddet ska vara tillåtet krävs ett allmänt intresse, ett författningsstöd av viss kvalitet och att ingreppet är nödvändigt.³⁹ Proportionalitetsprincipen är avgörande för att bedöma om begränsningen är konventionsenlig.

Det som sagts ovan innebär för privata vårdgivare att en skyldighet att medverka i utbildning kan komma att begränsa rådigheten över exempelvis företagens ekonomiska tillgångar och därmed inskränka konventionens egendomsskydd. Detsamma gäller de privata vårdgivarnas legitima förväntningar på förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna

Egendomsskyddet stadgas även i artikel 17 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna.⁴⁰ Ingen får berövas sin egendom utom då samhällsnyttan kräver det och under de förutsättningar som föreskrivs i lag och mot rättmätig ersättning för sin förlust i rätt tid. Enligt artikel 51.1 i stadgan gäller den alla EU-stater när de tillämpar unionsrätten. I förhållande till Europakonventionen betonar stadgan explicit rättmätig ersättning och skydd för immateriella rättigheter.

Stadgan ska enligt artikel 52.3 motsvara rättigheterna som garanteras genom Europakonventionen även om unionsrätten kan ge ett ännu mer långtgående skydd. Ingen bestämmelse i stadgan får enligt artikel 53 tolkas som att den inskränker de mänskliga rättigheterna.

För privata vårdgivare innebär detta att deras rådighet över sin lösa egendom också skyddas av stadgan och att skyddet är likartat det som följer av Europakonventionen.

³⁸ *Gratzinger & Gratzingernova v. The Czech Republic*, no. 39794/98, dom meddelad den 10 juli 2001, *N.K.M. v. Hungary*, no. 66529/11, dom meddelad den 14 maj 2013 och Nordin & Pettersson (2008) s. 1018–1028.

³⁹ Åhman (2017–2018) s. 532.

⁴⁰ Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EUT C 326, 26.10.2012, s. 391–407).

9.3 Hälso- och sjukvårdshuvudmännens möjligheter att sluta avtal om att utföra uppgifter

Enligt 12 kap. 4 § regeringsformen kan förvaltningsuppgifter överlämnas åt kommuner. Förvaltningsuppgifter kan även överlämnas åt andra juridiska personer och enskilda individer. Om uppgiften innefattar myndighetsutövning får ett överlämnande endast göras med stöd av lag.

Generella bestämmelser som gäller kommuner och regioners möjlighet att överlämna uppgifter åt privata utförare återfinns i kommunallagen (2017:725). Enligt 3 kap. 12 § kommunallagen får kommuner och regioner med de begränsningar som framgår av lag överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till privata utförare. Enligt 10 kap. 1 § kommunallagen får kommun- eller regionfullmäktige besluta att lämna över skötseln av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ. Om angelägenheten innefattar myndighetsutövning får den lämnas över endast om det finns stöd för det i lag.

En privat utförare definieras enligt 10 kap. 7 § kommunallagen som en juridisk person eller en enskild individ som har hand om skötseln av en kommunal angelägenhet. Begreppet avser inte hel- eller delägda kommunala bolag och inte heller stiftelser eller föreningar. Kommunen är i enlighet med 10 kap. 8 § kommunallagen skyldig att kontrollera och följa upp sådan verksamhet. En kommun eller region som sluter avtal med en privat utförare ska genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över. Kommunen eller regionen ska också granska exempelvis hur verksamheten uppfyller krav enligt föreskrifter samt avtalsvillkor och måste ha resurser för att kunna ta över driften vid händelse av konkurs hos utföraren.⁴¹

I speciallagstiftning finns ytterligare bestämmelser om att överlämna verksamhet till privata utförare, exempelvis i socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade. I det följande beskrivs specialbestämmelserna på hälso- och sjukvårdens område.

Regioner och kommuner ansvarar i egenskap av huvudmän för att tillhandahålla hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Detta omfattar den vård som huvudmännen själva till-

⁴¹ Prop. 2013/14:118 s. 33 och 38.

handahåller samt vård som genom avtal bedrivs å huvudmannens vägnar och som därmed bekostas av offentliga medel. Huvudmännen har däremot inget ansvar för hälso- och sjukvård som bedrivs av privata aktörer med enbart privat finansiering och som tillhandhålls utan uppdrag av offentlig sektor.⁴²

Hälso- och sjukvårdshuvudmän har enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen möjlighet att sluta avtal med annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för med bibehållet huvudmannaskap. Avtalet ska ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av bestämmelsen överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Myndighetsutövning definieras inte i förvaltningslagen (2017:900). I 1971 års förvaltningslag fanns en definition av begreppet som innebar ”utövning av befogenhet att för enskild bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinär bestraffning eller annat jämförbart förhållande”, som ansågs ha en direkt inverkan på enskilda på ett särskilt påtagligt sätt.⁴³ Det handlar alltså om en form av ensidigt beslutsfattande från myndighetens sida som får rättsliga verkningar för den enskilde på något sätt. I sådana ärenden skulle särskilda förfaranderegler vara tillämpliga för att trygga den enskildes rättsliga ställning. I andra typer av ärenden var kraven på handläggningen mindre omfattande.⁴⁴ 1971 års förvaltningslags definition av begreppet myndighetsutövning har betydelse för att förstå myndighetsutövningsbegreppet som fortsättningsvis används i andra bestämmelser.⁴⁵

Hälso- och sjukvårdsverksamheten omfattar sällan myndighetsutövning utan främst konkret hälso- och sjukvård som betraktas som faktiskt handlande. Tidigare förvaltningslagar var av detta skäl inte tillämpliga på den offentliga hälso- och sjukvården. 2017 års förvaltningslag omfattar dock den offentliga hälso- och sjukvården, vilket motiverades med att handläggning av ärenden som rör enskildas vård och hälsa bör präglas av stor respekt för den enskildes personliga integritet och självbestämmande. Därför bör patienten få information om

⁴² Prop. 2016/17:43 s. 86 f.

⁴³ 3 § förvaltningslagen (1971:290) och prop. 1971:30 del II s. 285.

⁴⁴ Prop. 1971:30 del 2 s. 285 ff.

⁴⁵ Exempelvis regeringsformens myndighetsutövningsbegrepp, som utgår från definitionen i 1971 års förvaltningslag, se prop. 1973:90 s. 397.

omständigheter av betydelse för besluten i vården så att denne kan tillvarata sina rättigheter.⁴⁶

Trots att en utförare tillhandahåller hälso- och sjukvård behåller huvudmannen i en sådan situation det övergripande ansvaret för att alla individer får god vård.⁴⁷ Andra delar av det övergripande ansvaret kan exempelvis vara att bestämma om villkor för mål, inriktning och kvalitet liksom att följa upp och kontrollera att vården bedrivs på ett godtagbart sätt, även om huvudmännen inte har rätt att besluta över den dagliga verksamheten hos vårdgivaren.⁴⁸ Huvudmännen kan säkerställa ett övergripande ansvar exempelvis genom att ställa tillräckliga och relevanta krav i avtalen med vårdgivarna. Avtalen bör reglera allas likhet inför lagen, saklighet och opartiskhet samt god förvaltning. Därutöver bör avtalen reglera samverkan med andra huvudmän, patienters ombud samt brukarorganisationer.⁴⁹

Avtalen mellan huvudmän och privata vårdgivare är subsidiära i förhållande till krav på vårdgivaren som framgår av föreskrifter liksom statlig tillsyn. Regioner och kommuner har liksom Inspektionen för vård och omsorg ett ansvar för att kontrollera att de författningsreglerade krav som uppställs på verksamhetsutövaren efterlevs. För det fall att huvudmannen och Inspektionen för vård och omsorg skulle komma till olika slutsatser bör tillsynsmyndighetens bedömning ges företräde.⁵⁰

9.4 Privata vårdgivare i offentlig upphandling

Lagen (2016:1145, LOU) om offentlig upphandling omfattar enligt 1 kap. 2 § åtgärder som en upphandlande myndighet vidtar för att anskaffa bland annat tjänster genom att tilldela en leverantör ett kontrakt.⁵¹ En upphandlande myndighet avser enligt 1 kap. 22 § LOU en statlig eller kommunal myndighet, vilket omfattar beslutande församlingar i en kommun eller region. Flera sådana myndigheter kan också gå samman i en offentlig upphandling. Enligt 1 kap. 16 § LOU

⁴⁶ Prop. 2016/17:180 s. 33 ff. och 53.

⁴⁷ Prop. 2016/17:43 s. 146 och prop. 1993/94:188 s. 39 f.

⁴⁸ Prop. 2013/14:118 s. 57.

⁴⁹ Prop. 2004/05:89 s. 19 ff. och 27.

⁵⁰ Prop. 2013/14:118 s. 56 f.

⁵¹ Lagen om offentlig upphandling har införlivat Europaparlamentets och Rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG i svensk rätt.

definieras leverantör eller grupp av leverantörer som den som på marknaden tillhandahåller varor eller tjänster eller utför byggtreprenader. Ett kontrakt definieras enligt 1 kap. 15 § LOU som ett skriftligt avtal med ekonomiska villkor som ingås mellan en eller flera upphandlande myndigheter och en eller flera leverantörer och avser leverans av bland annat tjänster. Det kan dock noteras att kontraktet i formell mening saknar betydelse för upphandlingslagarnas tillämplighet och att möjligheten att överpröva en upphandling och ett ingånget avtal beror av andra faktorer.⁵²

Sättet att genomföra en offentlig upphandling varierar beroende på om upphandlingens värde över- eller understiger det så kallade tröskelvärdet samt om typen av vara eller tjänst omfattas av särskilda bestämmelser. Enligt 5 kap. 1 § LOU anges tröskelvärdena i direktiv alternativt i beslut eller meddelanden av Europeiska kommissionen. Regeringen tillkännager tröskelvärdena i euro och svenska kronor vartannat år. Tröskelvärdet som fastställdes den 1 januari 2022 uppgår för exempelvis regioner och kommuner till 215 000 euro eller 2 236 731 kr.⁵³

Om upphandlingen överskrider tröskelvärdet finns enligt 6 kap. 1 § LOU sex upphandlingsförfaranden som den upphandlande myndigheten kan välja mellan: öppet förfarande, selektivt förfarande, förhandlat förfarande med respektive utan föregående annonsering, konkurrenspräglad dialog eller förfarande för inrättande av innovationspartnerskap.

Om upphandlingen underskrider tröskelvärdet gäller nationell lagstiftning samt 19 kap. LOU. Detta innebär konkret att färre bestämmelser om hur upphandlingen ska genomföras gäller, exempelvis vad beträffar tidsfrister och annonsering. Den upphandlande myndigheten kan därför utforma upphandlingen i friare former. Dock måste de grundläggande principerna i LOU iakttas.

9.4.1 Hälso- och sjukvårdstjänster utgör sociala tjänster

Hälsovård, socialtjänst och närbesläktade tjänster utgör en särskild kategori av sociala tjänster och andra tjänster som omnämns i bilaga 2 till LOU. Hälso- och sjukvård samt socialvård utgör en kategori

⁵² Prop. 2015/16:195 del I sid. 321 f.

⁵³ Regeringens tillkännagivande (2022:190) om tröskelvärden vid offentlig upphandling.

med en särskild så kallad CPV-kod och det finns även ett stort antal underkategorier med egna CPV-koder inom ramen för hälso- och sjukvård.⁵⁴

Om sådana tjänster ska upphandlas får det ske enligt 19 kap. LOU om upphandlingens värde överstiger tröskelvärdet. Vissa bestämmelser i de direktivstyrda delarna av LOU ska följas, exempelvis gällande annonsering. Annonsering ska ske i EU:s gemensamma databas för annonsering av upphandlingar (TED).

Om värdet understiger tröskelvärdet får tjänsterna direktupphandlas av regionen eller kommunen enligt 19 a kap. LOU.

Det finns ett särskilt tröskelvärde för denna typ av tjänster som från den 1 januari 2022 är 7 802 550 kr.⁵⁵ De sociala tjänsterna och andra särskilda tjänster bedöms med hänsyn till sin natur ha ett begränsat gränsöverskridande intresse, vilket förklarar det högre tröskelvärdet.

9.4.2 Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster över tröskelvärdet

Upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster som överskrider tröskelvärdet i 5 kap. 1 § LOU regleras i 19 kap. LOU. Den upphandlande myndigheten ska enligt 19 kap. 2 § behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt och genomföra upphandlingar på ett öppet sätt. Principerna om ömsesidigt erkännande och proportionalitet ska också iakttas. Det är enligt 19 kap. 4 § LOU möjligt för en grupp av leverantörer att få delta i en upphandling oavsett i vilken juridisk form det sker. Den upphandlande myndigheten kan dock kräva att gruppen har en viss juridisk form när kontraktstilldelning har skett om det krävs för att kontraktet ska kunna fullgöras på ett tillfredsställande sätt. En leverantör kan också enligt 19 kap. 5 § LOU åberopa ett annat företags kapacitet vad gäller ett visst kontrakt.

Den upphandlande myndigheten är skyldig att tillhandahålla upphandlingsdokument. Ett upphandlingsdokument definieras enligt 1 kap. 23 § LOU som varje dokument som en upphandlande myndighet använder för att beskriva eller fastställa innehållet i en upphandling. Begreppet omfattar olika typer av dokument som tas fram eller

⁵⁴ *Common Procurement Vocabulary* (CPV) är ett klassificeringssystem för offentlig upphandling som syftar till att standardisera den terminologi som används.

⁵⁵ Regeringens tillkännagivande (2022:190) om tröskelvärden vid offentlig upphandling.

hänvisas till av myndigheten för att beskriva eller fastställa innehållet i en upphandling. Det kan exempelvis röra sig om annonser, förhandsannonser, tekniska specifikationer, föreslagna avtalsvillkor och upplysningar om allmänt tillämpliga skyldigheter.⁵⁶

Enligt 6 kap. 7 § LOU ska i upphandlingsdokumenten föremålet för upphandlingen fastställas genom att beskriva myndighetens behov och vad som krävs i fråga om egenskaper hos de varor, tjänster eller byggtreprenader som ska anskaffas, de minimikrav som alla anbud ska uppfylla och kriterierna för tilldelning av kontrakt. Den information som lämnas i upphandlingsdokumenten ska vara tillräcklig för att en leverantör ska kunna bedöma upphandlingens art och omfattning och därmed kunna ta ställning till om den ska ansöka om att få delta i förfarandet. Med minimikrav anges i synnerhet fysiska, funktionella och rättsliga villkor och egenskaper.⁵⁷ I förarbetena till bestämmelsen uttalades att det för att undvika godtycke och korruption är viktigt att beskriva upphandlingen i upphandlingsdokumenten och ge leverantörerna tillräcklig information för att kunna medverka i upphandlingen och lämna konkurrenskraftiga anbud, i synnerhet gällande upphandlingar av gränsöverskridande intresse. Den upphandlande myndigheten får dock själv avgöra i vilka dokument som informationen lämnas.⁵⁸

I 19 kap. 9 § LOU finns ytterligare uppgifter om upphandlingsdokumenten. Dessa ska innehålla uppgifter om hur förfarandet ska genomföras, vilka krav som en anbudssökande eller anbudsgivare ska uppfylla för att få delta i upphandlingen, anbudets minimikrav, vilka tilldelningsprinciper som ska användas, deras viktning, prioriteringsordning och vilka kommersiella villkor och andra särskilda villkor som ska gälla vid fullgörande av kontraktet. Uppgifter som i övrigt är relevanta ska också ingå i upphandlingsdokumenten. Bestämmelsen avser exempelvis krav på lämplighet och övriga krav som bedöms vara nödvändiga.⁵⁹ Minimikrav avser de villkor och egenskaper som alla anbud ska uppfylla eller inneha.⁶⁰ Tanken är att alla intresserade leverantörer transparent ska ges information om upphandlingens förutsättningar, samt möjlighet att medverka och lämna konkurrens-

⁵⁶ Prop. 2015/16:195 del II s. 944.

⁵⁷ Skäl 45 till Europaparlamentets och Rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

⁵⁸ Prop. 2021/22:5 s. 108.

⁵⁹ Prop. 2021/22:5 s. 198.

⁶⁰ Prop. 2015/16:195 del 2 s. 995.

kraftiga anbud. Informationen ska lämnas på så sätt att en normalt omsorgsfull leverantör med en rimlig arbetsinsats ska kunna få klarhet i om upphandlingen är av intresse att delta i.⁶¹ Tekniska specifikationer ska enligt 9 kap. 1 § LOU omfatta de tekniska egenskaper som varan, tjänsten eller byggtreprenaden ska ha. Specifikationerna ska ingå i något av upphandlingsdokumenten. När det som anskaffas ska användas av fysiska personer ska de tekniska specifikationerna enligt 9 kap. 2 § LOU bestämmas med beaktande av samtliga användares behov, exempelvis tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning. Att iaktta de tekniska specifikationerna är viktigt för att kunna upprätthålla de allmänna principerna.

9.4.3 Direktupphandling av hälso- och sjukvårdstjänster

Direktupphandling får enligt 19 a kap. 2 § LOU användas i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster om upphandlingens värde beräknas understiga tröskelvärdet i 5 kap. 1 § LOU. Direktupphandling avser ett förfarande för tilldelning av kontrakt eller ingående av ramavtal utan krav på att den upphandlande myndigheten först ska informera om sin avsikt att upphandla genom en annons om anbudsinfördran. Myndigheten kan ändå frivilligt välja att konkurrensutsätta kontraktet. Myndigheten bestämmer i övrigt själv hur man vill genomföra upphandlingen på bästa sätt.

Den upphandlande myndigheten måste enligt 19 a kap. 8 § LOU dock iaktta de grundläggande principerna såsom likvärdig och icke-diskriminerande behandling av leverantörerna. Även bestämmelser om dokumentation och efterannonsering ska iakttas. Direktupphandling innebär stor frihet för den upphandlande myndigheten. Myndigheten kan välja att teckna kontrakt genom få steg eller genom mer detaljerade förfaranden.⁶²

9.5 Valfrihetssystem

Ett alternativ till offentlig upphandling är valfrihetssystem, som regleras i lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). LOV bygger precis som LOU på EU-rättsliga principer som konkurrens, icke-

⁶¹ C-19/00, *SIAC Construction*, EU:C:2001:553 p. 42 och RÅ 2002 ref. 50.

⁶² Prop. 2021/22:5 s. 101.

diskriminering, transparens och proportionalitet. Valfrihetssystem omfattar kommuner och regioner som vill konkurrenspröva kommunala verksamheter genom att valet av utförare av vård- eller omsorgstjänster överläts till brukaren eller patienten. Vårdvalssystemet innebär att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.

Alla vårdgivare som uppfyller regionens krav har enligt 8 kap. 1 § LOV rätt att etablera sig inom ramen för valfrihetssystemet mot ersättning av offentliga medel. Den upphandlande myndigheten är skyldig att behandla alla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt och tillämpa principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet. Dessa principer anges också i 1 kap. 2 § LOV. Annonsering och förfrågningsunderlag ska enligt 3–4 kap. LOV innehålla bland annat uppgifter om ekonomisk ersättning och särskilda kontraktsvillkor. Detta omfattar exempelvis villkor för att bli godkänd som leverantör, uppdrag, ekonomiska villkor, andra krav och en avtalsmall med affärsmässiga villkor. Vårdgivare som ansöker om att få delta kan enligt 5 kap. 1–2 §§ LOV också inkludera andra företags kapacitet.

Regionerna är sedan år 2009 enligt 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att ha vårdvalssystem i primärvården och kan välja att ha det i den öppna specialiserade vården. Ett vårdvalssystem ska utformas så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När underlaget är färdigt sker annonsering på en särskild valfrihetswebbplats.⁶³ Leverantörernas anbud kan godkännas eller avstyrkas.

9.6 Läkarvårdsersättning

I lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning finns bestämmelser om vissa ersättningar till läkare i privat verksamhet i primärvården och den öppna hälso- och sjukvården i övrigt och om patientavgifter i samband med sådan vård (läkarvårdsersättning). Den vård som avses är enligt 3 § samma lag medicinskt motiverad vård, behandling eller

⁶³ Upphandlingsmyndigheten (2023).

undersökning som ges av en läkare eller under läkarens överinseende samt rådgivning som lämnas av läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering. I förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning finns bestämmelser om arvode som lämnas till läkare för vårdinsatser.

Läkarvårdsersättning innebär att en viss ersättning (nationell taxa) lämnas till läkare i privat verksamhet i primärvården och den öppna hälso- och sjukvården i övrigt enligt 5 § samma lag. Läkarvårdsersättning lämnas endast till läkare som har samverkansavtal med regionen rörande sin verksamhet, om inget vårdavtal kan tecknas. En läkare i privat verksamhet som ger vård enligt avtal med regionen får ta emot ersättning från regionen på de villkor och enligt de grunder som regionen och läkaren kommit överens om. Verksamheten måste enligt 8 § lagen om läkarvårdsersättning bedrivas på heltid och läkaren får inte vara anställd av en region. Som regel ska regionen när ett samverkansavtal och vårdavtal ingås tillämpa lagen om offentlig upphandling eller lagen om valfrihetssystem. Den nationella taxan bygger på en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna, som fastställs av regeringen och framgår av förordningen om läkarvårdsersättning.

I utredningen Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd föreslås att lagen samt förordningen om läkarvårdsersättning ska upphävas. Utredningens förslag har ännu inte blivit föremål för lagstiftningsåtgärder.⁶⁴

Utredningen veterligen används mottagningar som erhåller läkarvårdsersättning i nuläget inte för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestundeter, bland annat på grund av mottagningarnas begränsade storlek och sårbarhet.

9.7 Två avtalstyper

9.7.1 Vårdavtal

Ett vårdavtal ingås antingen inom ramen för ett vårdvalssystem eller valfrihetssystem enligt förfaranderegler i LOV eller efter en vanlig upphandling enligt förfaranderegler i LOU. För alla vårdavtal

⁶⁴ Ds 2023:23.

råder full avtalsfrihet. I syfte att med tillgängliga resurser tillhandahålla en så god och effektiv vård som möjligt för medborgarna är det den upphandlande myndigheten som bestämmer avtalsvillkoren, inklusive vilken ersättning som ska betalas.

9.7.2 Samverkansavtal

Samverkansavtal kan ingås mellan en region och en privat vårdgivare under förutsättning att den privata vårdgivaren uppfyller kraven i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning samt förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning. Samverkansavtalet innebär ingen garanti för att vårdgivaren kommer att få utföra vård, utan beror av patienternas vilja att söka vård hos vårdgivaren.

Ett samverkansavtal betraktas enligt rättspraxis inte som ett avtal i avtalsrättslig mening utan som ett beslut om att vårdgivaren får erbjuda vissa vårdtjänster inom ramen för det offentliga finansieringssystemet.⁶⁵ JO har konstaterat att ett samverkansavtal inte heller betraktas som ett offentligrättsligt beslut utan utgör ett avtal mellan regionen och vårdgivaren.⁶⁶

9.7.3 Exempel på reglering av verksamhetsförlagd utbildning i avtal med privata utförare

Privata vårdgivares medverkan i verksamhetsförlagd utbildning sker främst genom offentlig upphandling eller valfrihetssystem. Det blir därför väsentligt att undersöka hur upphandlande myndigheter reglerar frågor om verksamhetsförlagd utbildning i underlaget. Här nedan ges exempel från tre regioner som har valt att reglera utbildningsrelaterade villkor som illustrerar hur en sådan reglering kan utformas.

Totalt 9 kommuner har valfrihetssystem som inkluderar hälso- och sjukvård. De flesta kommuner använder sig av valfrihetssystem framför offentlig upphandling i fråga om verksamhet som berör hem-sjukvård och äldreomsorg och en samlingsportal finns för LOV-förfrågningsunderlagen.⁶⁷ Vissa kommuner reglerar frågan om medverkan i verksamhetsförlagd utbildning, medan andra inte gör det.

⁶⁵ RÅ 2006 ref. 26.

⁶⁶ JO:s beslut den 13 april 2015, dnr 681-2013.

⁶⁷ En motsvarande samlingsportal saknas för upphandlingar enligt LOU, vilket gör dem svåra att överblicka.

Uppsala kommun har exempelvis reglerat frågan om verksamhetsförlagd utbildning som ett krav, men inte Enköpings kommun. Stockholms stad ställer inte något explicit krav på att ta emot studenter. Totalt 25 kommuner har infört valfrietssystem för särskilda boenden. Också här varierar förhållandena mellan kommuner. Örebro kommun har exempelvis inte angett verksamhetsförlagd utbildning i underlaget, medan Uppsala kommun har gjort det.⁶⁸

Region Skåne

I Region Skånes avtalsmall för offentlig upphandling regleras utbildningsrelaterade villkor. Sådana villkor bör i förekommande fall också återspeglas i kravspecifikationen. Anbudsgivaren ska beskriva hur denne planerar att tillhandahålla verksamhetsförlagd utbildning för de professioner som är verksamma vid enheten.⁶⁹ Avtalsmallen anger följande villkor:

Under samma förutsättningar som gäller för Region Skånes egna verksamheter förbinder sig Leverantören att medverka i Region Skånes åtaganden för läkarutbildning och medellånga vårdutbildningar samt för berörda specialistutbildningar för sjuksköterskor. Leverantören ska bidra till Uppdragsgivarens långsiktiga strategi för personalförsörjning genom att tillhandahålla verksamhetsförlagd utbildning för de professioner som är verksamma vid enheten. Leverantören ska, enligt gällande ramavtal Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och ALF-avtal erbjuda verksamhetsförlagd utbildning och praktikplatser för såväl gymnasiala utbildningar som eftergymnasiala utbildningar. Ersättning för verksamhetsförlagd utbildning regleras genom ramavtalet mellan Region Skåne och Högskolan Kristianstad, Malmö universitet och Lunds universitet.

Uppdragsgivaren ansvarar för fördelning av utbildningsplatser samt ersättning per student. Samtliga utbildningsplatser ska uppfylla de kvalitetskrav som de olika avtalen föreskriver och med den pedagogiska inriktning som utbildningsprogrammen fastställer. Leverantören ansvarar för att gällande målbeskrivningar, som tillhandahålls av kursledningen, uppfylls. Om studenten inte uppnår ställda mål p.g.a. utebliven handledning eller bristande utrymme för praktik, är det Leverantörens ansvar att bereda plats för kompletterande praktik för vilken ingen ytterligare ersättning utgår. Handledarnas kompetens ska motsvara lärosätens krav. I den mån dessa krav inte är uppfyllda ska Leverantören prioritera deltagande i aktuell utbildning. Handledarutbildning ges av respektive lärosäte som även ansvarar för praktikplatsplacering.

⁶⁸ Upphandlingsmyndigheten (2023).

⁶⁹ Region Skåne, Avtalsmall – Sjukvårdstjänster. Version 2.4.6, avsnitt 5.8.18.

I avtalsmallen för LOV-avtal anges följande:

5.5.11 Verksamhetsförlagd utbildning

Leverantören ska bidra till Uppdragsgivarens långsiktiga strategi för kompetensförsörjning genom att tillhandahålla verksamhetsförlagd utbildning för de professioner som är verksamma vid enheten. Leverantören ska erbjuda verksamhetsförlagd utbildning och praktikplatser för såväl gymnasiala utbildningar (t ex undersköterskor), eftergymnasiala utbildningar (medicinska sekreterare), utbildningar på grund och avancerad nivå (sjuksköterskor m fl.) samt för läkarutbildningen. Leverantören måste bereda plats för de antal studenter som motsvarar enheternas andel av det samlade vårdutbudet.

5.5.11.1 Sjuksköterskeutbildning med flera utbildningar

Uppdragsgivaren kan uppdra åt Leverantören att fullgöra utbildningstjänstgöringsuppdrag för en eller flera utbildningar enligt nedan. Enligt ramavtal tecknat mellan Region Skåne och Lunds universitet, Högskolorna i Malmö och Kristianstad ska verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor inkluderande specialistsjuksköterskor, barnmorskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster, arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker, psykologer, audionomer och socionomer bedrivas inom regionens enheter, eller enheter knutna till regionen, enligt överenskommelser reglerade i ramavtal. Ett liknande avtal finns kring LIA-platser för medicinska sekreterare som är tecknade med Yrkeshögskolor i Malmö, Lund, Landskrona och Kristianstad. Uppdragsgivaren ansvarar för fördelning av utbildningsplatser. Samtliga Leverantörer ersätts för studenter som går utbildning till sjuksköterska, specialistsjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, barnmorska, audionom, kurator och psykolog. Ersättning för studerande som går YH-utbildning till medicinska sekreterare utgår inte.

Samtliga utbildningsplatser ska uppfylla de kvalitetskrav som de olika avtalen föreskriver och med den pedagogiska inriktning som utbildningsprogrammen fastställer. Verksamhetschefen ska ansvara för att gällande målbeskrivningar, som tillhandahålls av kursledningen uppfylls. Om studenten inte uppnår ställda mål p.g.a. utebliven handledning eller bristande utrymme för praktik, är det Leverantörens ansvar att bereda plats för kompletterande praktik för vilken ingen ytterligare ersättning utgår. Handledarnas kompetens ska motsvara lärosätenas krav. I den mån dessa krav inte är uppfyllda ska ledighet beviljas för deltagande i utbildning.⁷⁰

⁷⁰ E-postmeddelande från enhetschef vid Koncernkontoret i Region Skåne den 12 oktober 2023.

Region Stockholm

Region Stockholm använder följande mall för LOV:⁷¹

Leverantören ska på anmodan av Beställaren tillhandahålla utbildningsplatser för verksamhetsintegrerat lärande (VIL) för studerande på utbildningar till de vårdprofessioner som huvudsakligen är verksamma inom Uppdraget. Med studerande avses i detta fall studerande inom gymnasium, yrkeshögskola, universitet och högskola.

Leverantören ska i första hand ta emot vårdstuderande från gymnasie-, yrkeshögskole-, universitets- och högskoleutbildningar inom Stockholms län.

Beställarens ensidiga rätt att kräva att Leverantören tillhandahåller utbildningsplatser för VIL är, för varje sådan vårdprofession som avses i första stycket, begränsad till en omfattning som motsvarar 10 veckor per inom Uppdraget verksam årsarbetare och år. Med "årsarbetare" avses summan av verksam personals sysselsättningsgrader, där 100 % sysselsättningsgrad motsvarar 1,0 årsarbetare och 75 % 0,75 årsarbetare etc. Begreppet "verksam personal" omfattar i detta sammanhang personal som är anställda av Leverantören, personal som är anställda hos av Leverantören anlitad underleverantör och annan personal som Leverantören anlitar för utförande av Uppdraget. Parterna kan överenskomma om att Leverantören ska tillhandahålla utbildningsplatser för VIL i större omfattning.

Leverantören ansvarar för att de kliniska utbildningsmiljöerna hos Leverantören uppfyller de kvalitetskrav som anges i Beställarens vid var tid gällande utbildningsdirektiv som finns på Region Stockholms hemsida, utbildningsdirektiv-2022.pdf (regionstockholm.se).

Leverantören ansvarar vidare för att av Leverantören anställd eller anlitad personal som handleder studenter har för ändamålet adekvat handledarutbildning eller annan likvärdig pedagogisk kompetens. Information om vilka krav som gäller avseende handledarutbildning eller annan pedagogisk kompetens finns på följande länk, https://www.sll.se/globalassets/7.-jobb-och-personal/verksamhetsintegrerat-larande/pedagogisk_kompetens_region_stockholm.

Leverantören ska delta i samverkansnätverk för tillgång till personer med pedagogiska funktioner och akademisk kompetens.

Leverantörens rätt till ersättning för tillhandahållande av utbildningsplatser för VIL regleras i Bilaga 2, Ersättningsvillkor."

Leverantören ska utföra ovan angivna utbildningsinsatser enligt lagstiftningskrav, utbildningsdirektiv i Region Stockholm samt principer och riktlinjer för utbildningsinsatser i Region Stockholm.

⁷¹ Region Stockholm, avtalsmall 2023-10-10.

För avtal enligt LOU används följande mall:⁷²

Leverantören ska tillhandahålla utbildningsplatser och utbildningsinsatser enligt vad som anges nedan.

2.1 Utbildningsplatser för verksamhetsintegrerat lärande (VIL)

Leverantören ska på anmodan av Beställaren tillhandahålla utbildningsplatser för verksamhetsintegrerat lärande (VIL) för studerande på utbildningar till de vårdprofessioner som huvudsakligen är verksamma inom Uppdraget. Med studerande avses i detta fall studerande inom gymnasium, yrkeshögskola, universitet och högskola.

Leverantören ska i första hand ta emot vårdstuderande från gymnasie-, yrkeshögskole-, universitets- och högskoleutbildningar inom Stockholms län.

Beställarens ensidiga rätt att kräva att Leverantören tillhandahåller utbildningsplatser för VIL är, för varje sådan vårdprofession som avses i första stycket, begränsad till en omfattning som motsvarar 10 veckor per inom Uppdraget verksam årsarbetare och år. Med "årsarbetare" avses summan av verksam personals sysselsättningsgrader, där 100 % sysselsättningsgrad motsvarar 1,0 årsarbetare och 75 % 0,75 årsarbetare etc. Begreppet "verksam personal" omfattar i detta sammanhang personal som är anställda av Leverantören, personal som är anställda hos av Leverantören anlitad underleverantör och annan personal som Leverantören anlitar för utförande av Uppdraget. Parterna kan överenskomma om att Leverantören ska tillhandahålla utbildningsplatser för VIL i större omfattning.

Leverantören ansvarar för att de kliniska utbildningsmiljöerna hos Leverantören uppfyller de kvalitetskrav som anges i Beställarens vid var tid gällande utbildningsdirektiv som finns på Region Stockholms hemsida, utbildningsdirektiv-2022.pdf (regionstockholm.se).

Leverantören ansvarar vidare för att följa de lärandemål som gäller för respektive utbildning och som framgår av utbildningsprogrammen eller kursplanerna för respektive utbildning. Information om vilka lärandemål som gäller för respektive utbildning kan även erhållas från utbildningsanordnare för respektive utbildning. Utbildningsanordnarna är de lärosäten och skolor som tillhandahåller utbildningarna. Mer information och vägledning kan erhållas från Region Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltning, avdelning utbildning.

Leverantören ansvarar vidare för att av Leverantören anställd eller anlitad personal som handleder studenter har för ändamålet adekvat handledarutbildning eller annan likvärdig pedagogisk kompetens. Information om vilka krav som gäller avseende handledarutbildning eller annan pedagogisk kompetens finns på följande länk, https://www.sll.se/globalassets/7.-jobb-och-personal/verksamhetsintegrerat-larande/pedagogisk_kompetens_region_stockholm.

⁷² Region Stockholm, avtalsmall 2023-10-10.

Leverantören ska delta i samverkansnätverk för tillgång till personer med pedagogiska funktioner och akademisk kompetens.

Leverantörens rätt till ersättning för tillhandahållande av utbildningsplatser för VIL regleras i Bilaga 2, Ersättningsvillkor.

För båda avtalsmallarna gäller följande allmänna krav på utbildningsinsatser:

Allmänna krav avseende Leverantörens utförande av utbildningsinsatser

Leverantören ska utföra ovan angivna utbildningsinsatser enligt de krav och rekommendationer som följer av vid var tid gällande lagar och föreskrifter, däribland av patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring, allmäntjänstgöring och bastjänstgöring;

Beställarens vid var tid gällande utbildningsdirektiv som finns på Region Stockholms hemsida, utbildningsdirektiv-2022.pdf (regionstockholm.se); och

Beställarens vid var tid gällande principer och riktlinjer för utbildningsinsatser och tillhandahållande av utbildningsplatser som finns på Region Stockholms hemsida, AT-tjänstgöring – Region Stockholm och Specialiseringstjänstgöring (ST) – Region Stockholm

Leverantören ska på anmodan medverka i uppföljnings-, utvärderings- och kvalitetssäkringsarbete rörande ovan angivna utbildningsinsatser.

Region Västra Götaland

Region Västra Götaland tillämpar följande avtalsmall vid offentlig upphandling enligt lagen om offentlig upphandling när privata utförare deltar i utbildning:⁷³

Utbildningsuppdrag och klinisk forskning

Syftet med utbildningsuppdraget är att säkerställa återväxt av sjukvårdspersonal inom respektive kompetensområden samt att säkra en utbildning som håller hög kvalitet.

Leverantören ska medverka i verksamhetsintegrerat lärande (VIL) innefattande bland annat klinisk utbildning av vård- och medicinstuderande genom att exempelvis tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom de professioner som tjänstgör hos Leverantören.

Där läkare tjänstgör är Leverantören skyldig att tillhandahålla utrymme för ST-läkare under specialistutbildning till urolog eller till läkare inom allmänmedicin i enlighet med Västra Götalandsregionens behov. Uppdraget innebär så kallad sidotjänstgöring.

⁷³ E-postmeddelanden från HR-strateg vid Koncernkontoret i Västra Götalandsregionen den 25 oktober respektive 7 november 2023.

ST-studierektorn, i första hand på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, kommer i dialog med Leverantören definiera vilket behov, mål och innehåll som aktuell ST-läkare har för den aktuella randningsperioden. ST-läkare som skickas ska ha basal kirurgisk vana och aktivt delta i mottagnings- och operationsverksamhet. Leverantören ska följa ST-utbildningsboken. ST-läkaren ska ha en handledare på plats och denna ska vara väl insatt i kraven för ST-utbildningen.

För utbildningar på universitet, högskolor, gymnasier och yrkes-högskolor ska krav på utbildningsplatser och handledare följa de avtal som gäller mellan regionen och respektive utbildningsanordnare.[1] För läkarutbildning gäller regionalt avtal mellan Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen om samarbete kring grundutbildning för läkare.[2] För ST-utbildning ska de regiongemensamma riktlinjerna följas.[3]

Uppföljning och granskning av utbildningens kvalitet ska ske i enlighet med nationella föreskrifter och av Västra Götalandsregionen fastställda modeller.

I Uppdraget ingår handledning i den omfattning som krävs för respektive utbildningsplats. Handledare ska ha av regionen och utbildningsanordnare godkänd handledarutbildning och kompetens.

9.8 Kontroll och tillsyn av privata utförare

Kontrollen av att de privata utförarna lever upp till de krav som uppställs i lag sker på flera olika sätt. I kapitlet har tidigare beskrivits det uppföljningsansvar som åligger en region eller kommun som överlåter uppgifter åt privata utförare.

Det krävs som huvudregel inte något tillstånd för att enskilda ska få bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område. Såväl offentliga som privata utförare ska dock enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) vara anmälda som vårdgivare till vårdgivarregistret hos Inspektionen för vård och omsorg senast en månad innan verksamheten påbörjas. Om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas ska detta anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, vilket följer av 2 kap. 2 § patientsäkerhetslagen. I 2 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) anges krav på vilka uppgifter som en anmälan ska innehålla. Uppgifter som ska föras in i vårdgivarregistret framgår av 2 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen. Underlåtenhet att anmäla hälso- och sjukvårdsverksamhet är straffsanktionerad och kan leda till böter enligt 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

I förarbetena till bestämmelsen om anmälningsskyldighet diskuterades för- och nackdelar med en tillståndsplikt för att få bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvården. Anmälningar ansågs lättare att hantera för vårdgivaren och ansvarig myndighet och en granskning skulle ändå endast avse en viss given tidpunkt och riskerade att inge en falsk trygghet. Tillsynen framhölls som central som verktyg för staten för att säkra vårdens kvalitet och säkerhet.⁷⁴

Genom vårdgivarregistret ges Inspektionen för vård och omsorg en möjlighet att kontrollera privata vårdgivares verksamhet genom tillsyn. Tillsynen som Inspektionen för vård och omsorg bedriver beskrivs i kapitel 8.

Också Riksdagens ombudsmän (JO) bedriver tillsyn över vårdgivare. JO:s tillsyn av privata aktörer är dock begränsad till frågor om myndighetsutövning, vilket innebär att privata vårdgivare i princip inte blir föremål för JO:s tillsyn. De omfattas i stället endast av tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg.⁷⁵

En kontrollfunktion utövas också av hälso- och sjukvårdspersonal, som enligt 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen har ett personligt ansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Det personliga ansvaret inkluderar enligt 6 kap. 1 § samma lag exempelvis att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen också skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Det omfattar en skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada liksom andra skador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten till vårdgivaren.

9.9 Privata vårdgivare med direkta avtal med lärosäten

Det är ovanligt att privata vårdgivare har tecknat avtal direkt med lärosäten gällande verksamhetsförlagd utbildning. Det är endast Mälardalens universitet och Umeå universitet som veterligen har sådana avtal. Avtalen omfattar sammanlagt fyra privata vårdgivare.⁷⁶

⁷⁴ Prop. 1995/96:176 s. 69 ff.

⁷⁵ Se Lerwall (2016) s. 422 f. gällande överlappning av ordinära och extraordinära tillsynsmyndigheter.

⁷⁶ Universitetskanslersämbetet (2021 b).

Utredningen har inhämtat uppgifter från två av dessa vårdgivare. Avtalen har tillkommit både på lärosätenas och de privata vårdgivarnas initiativ. Skälen för avtalens tillkomst har bland annat varit att tillförsäkra den privata vårdgivaren ersättning för att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning och för att kunna utöva inflytande över avtalets utformning och utbildningens administration. De privata vårdgivarna som har direkta avtal med lärosätena förefaller vara nöjda med avtalen.⁷⁷

9.10 Privata vårdgivares erfarenheter av medverkan i utbildning i egenskap av utförare

Det finns begränsat med sammanställd information som återger privata vårdgivares erfarenheter av medverkan i utbildning som utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård. För att inhämta information har utredningen dels haft regelbunden kontakt med Vårdföretagarna som organiserar privata vårdgivare, dels genomfört möten och kommunicerat med olika privata vårdgivare som utför vård åt regioner eller kommuner liksom ett par av dem som har direktavtal med lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning. Privata vårdgivare är ibland också företrädare i de regionala vårdkompetensråden, vilka utredningen besökt och på andra sätt kommunicerat med. Vidare har utredningen utbytt information med regioner och kommuner om hur upphandlingar genomförs med avseende på privata vårdgivares medverkan i utbildning. Via Vårdföretagarna har utredningen också inhämtat information om privata vårdgivare som bedriver vård som inte är upphandlad av regioner eller kommuner. Det gäller i första hand mindre verksamheter som erbjuder vård enligt lagen om läkarvårdsersättning.

Utredningen kan konstatera att de privata vårdgivarna uttrycker en tydlig vilja att medverka i utbildning, och att de ser möjligheter att erbjuda fler platser för verksamhetsförlagd utbildning än i dag. Det finns dock ett antal hinder för att den uttryckta viljan ska kunna realiseras fullt ut.

Den ekonomiska ersättningen från lärosätena till hälso- och sjukvården för verksamhetsförlagd utbildning kommer inte alltid de pri-

⁷⁷ Utredningens telefonsamtal med företrädare för Bäckbacka Röbäck AB den 3 oktober 2023 respektive Attendo AB den 25 oktober 2023.

vata vårdgivarna till del. De privata vårdgivarna framhåller vikten av att den ekonomiska ersättningen gäller lika för alla vårdgivare, och att lika ersättning är ett viktigt incitament för att medverka i utbildning.

Vidare efterfrågar de privata vårdgivarna bättre information om vad det innebär att medverka i utbildning och vad som förväntas av dem. Tillgång på flexibel handledarutbildning som passar yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården lyfts också fram som något som skulle underlätta medverkan i utbildning.

Privata vårdgivare kan till skillnad från regioner och kommuner bedriva hälso- och sjukvård i hela landet. Det innebär att de när det gäller utbildning kan behöva interagera med flera lärosäten som erbjuder utbildning och flera regioner och kommuner som upphandlar hälso- och sjukvård. För privata vårdgivare skulle nationell harmonisering underlätta och minska kostnaderna. Det kan till exempel gälla kompetenskrav på handledare, handledningsmodeller, ekonomiska ersättningsvillkor och utformning av kravställning i upphandlingsunderlag och avtal.

De privata vårdgivarna är, i likhet med många kommuner, också ofta för små för att var för sig bära utbildningsstödjande strukturer, till exempel motsvarande de studierektorsfunktioner som vanligtvis finns inom regionerna. Även tillgång till ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning skulle underlätta för privata vårdgivare som är verksamma i stora delar eller hela landet. Vissa privata vårdgivare önskar också utökade möjligheter att delta i de utvecklingsarbeten rörande utbildning som bedrivs liksom i forskning.

Därutöver betonar privata vårdgivare vikten av långsiktighet i utbildningsuppdraget, så att för vårdföretagare blir rationellt att investera för att medverka i utbildning, till exempel i handledarutbildning och annan kompetensutveckling. Vissa privata vårdgivare ser problem med att regioner och kommuner avtalar om medverkan i utbildning, men att de avropar verksamhetsförlagd utbildning oförutsägbart och oregelbundet.

Det fåtal privata vårdgivare som har egna avtal med lärosäten framhåller inflytandet över den verksamhetsförlagda utbildningen som positivt.

10 Konsekvenser

I detta kapitel redogörs för konsekvenser av utredningens förslag utifrån olika perspektiv. När det gäller ekonomiska konsekvenser redovisas förutom effekterna även förslag till finansiering. Inledningsvis beskrivs dock konsekvenser om utredningens föreslagna åtgärder inte skulle genomföras samt vilka övriga alternativ som utredningen övervägt.

10.1 Om inga åtgärder genomförs

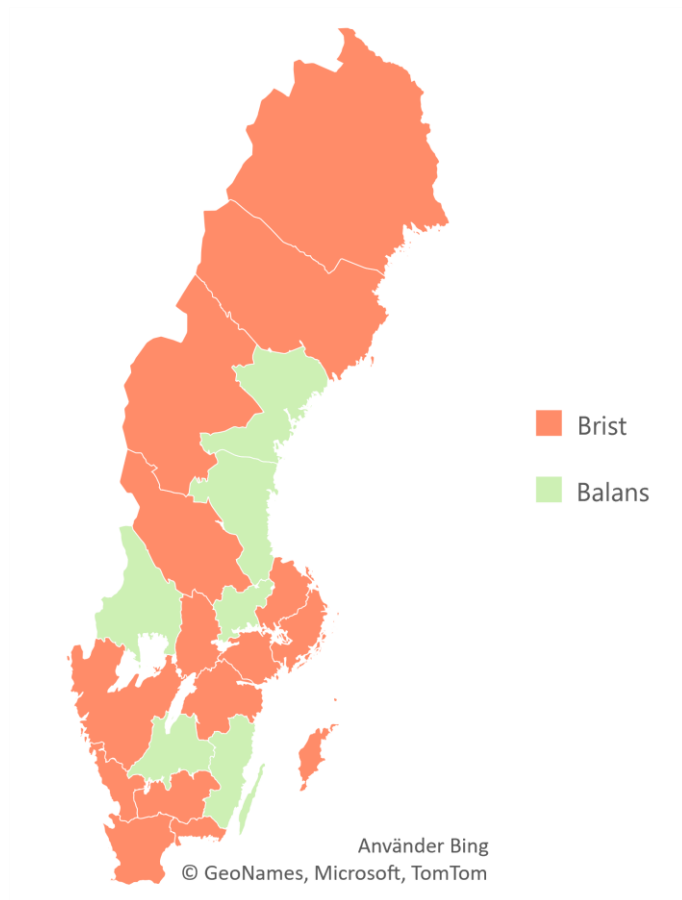
Om inga åtgärder genomförs bedömer utredningen att den nuvarande bristen på platser för verksamhetsförlagd utbildning kommer att bestå, och att den politiska målsättningen att öka antalet platser på sjuksköterskeutbildningen inte kommer att kunna uppnås. Det finns rent av en påtaglig risk att antalet utbildningsplatser minskar till följd av den ökning av antalet veckor verksamhetsförlagd utbildning som krävs för att uppfylla kraven i yrkeskvalifikationsdirektivet. Utredningens analys visar att lärosätena behöver öka mängden verksamhetsförlagd utbildning med 35 procent för att nå upp till direktivets krav och lärosätenas planerade utbyggnad av utbildningarna. Om inte antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning i hälso- och sjukvården ökar kan lärosätena därför behöva minska antalet utbildningsplatser.

Statistiska centralbyrån bedömer i en framtidsprognos utifrån nuvarande utbildningsvolym och kommande behov av legitimerade sjuksköterskor, att det år 2035 kommer att råda brist på grundutbildade sjuksköterskor i 15 av 21 län. Bristen riskerar dessutom att förvärras om den samtidiga bristen på specialistsjuksköterskor, som är ännu mer utbredd än bristen på grundutbildade sjuksköterskor, åtgärdas genom att fler grundutbildade sjuksköterskor vidareutbildar sig.¹

¹ Statistiska centralbyrån (2022).

Figur 10.1 Arbetsmarknadsläge för grundutbildade sjuksköterskor år 2035

Utifrån regionala utbildnings- och arbetsmarknadsprognoser



Källa: Statistiska centralbyrån (2022), s. 14.

I en fördjupad analys av Statistiska centralbyråns prognos, gör Universitetskanslersämbetet bedömningen att antalet nybörjarplatser behöver öka med 1 000 jämfört med dagens nivåer, för att nå balans mellan tillgång och efterfrågan på grundutbildade sjuksköterskor.²

Det är utredningens bedömning att en fortsatt eller ökad brist på sjuksköterskor riskerar att leda till försämrade möjligheter att upprätthålla hälso- och sjukvård av god kvalitet och tillgänglighet, och sämre arbetsmiljö i vården. För sjuksköterskeutbildningen innebär

² Universitetskanslersämbetet (2021 a).

brist på sjuksköterskor risk för lägre kvalitet på befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning, vilket då den verksamhetsförlagda utbildningen ska utgöra minst 50 procent i sin tur skulle inverka negativt på hela sjuksköterskeutbildningens kvalitet. En fortsatt eller ökad brist på sjuksköterskor riskerar också att leda till sämre möjligheter till forskning, utbildning och utveckling i hälso- och sjukvården. Vetenskapsrådets senaste utvärdering av den kliniska forskningen inom regionerna som ingår i ALF-avtalet visar att forskning ofta behöver prioriteras bort till förmån för vårdproduktion. Vetenskapsrådet ser med oro på denna utveckling, eftersom forskningen behöver vara en integrerad och naturlig del av hälso- och sjukvården för att kontinuerligt utveckla och förbättra den.³

10.2 Alternativ som övervägts

I detta avsnitt beskrivs vilka åtgärder som utredningen övervägt under arbetet med betänkandet och hur utredningen resonerat kring utformningen av de åtgärder som föreslås.

Lagstadgad utbildningsskyldighet

Utredningen har i syfte att identifiera åtgärder för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning analyserat dels möjligheten att införa en lagstadgad skyldighet för sjukvårdshuvudmän att medverka i utbildning, dels en vidareutveckling av nuvarande avtalsmodell genom att införa ett VULF-avtal.⁴ Utredningen bedömer att ett VULF-avtal bättre bidrar till att skapa den hållbara och långsiktiga samverkan som behövs mellan lärosäten och vårdgivare för att skapa fler platser och bättre nyttja befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning. En lagstadgad utbildningsskyldighet bedöms inte vara ett effektivt verktyg för att skapa fler platser. Dessutom skulle en lagreglering sannolikt aktivera finansieringsprincipen, vilket skulle bli väldigt kostsamt för staten om skyldigheten skulle omfatta alla vårdutbildningar.⁵

³ Vetenskapsrådet (2023) s. 20 f.

⁴ Se kapitel 8 respektive 6.

⁵ Finansieringsprincipen tillämpas sedan år 1993 och innebär att staten inte ska ålägga kommuner och landsting nya uppgifter utan att ge dem adekvat finansiering, se prop. 1993/94:150, bilaga 7.

Krav på privata vårdgivares medverkan i utbildning

I enlighet med direktiven har utredningen analyserat möjligheten att ställa krav på privata vårdgivares medverkan i utbildning.⁶ Utredningen bedömer att en reglering för privata vårdgivare är rättsligt möjlig att genomföra om den samtidigt införs även för offentliga vårdgivare. En sådan reglering skulle dock framstå som apart i jämförelse med andra lagreglerade skyldigheter för vårdgivare och förmodligen vara förenad med en ersättningsskyldighet i förhållande till privata vårdgivare. Utredningen bedömer inte heller att en särskild reglering av privata vårdgivares medverkan i utbildning är en effektiv åtgärd för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. I stället lämnar utredningen flera förslag i syfte att undanröja hinder för att underlätta privata vårdgivares deltagande i utbildning.⁷

VULF-avtalets konstruktion

Utredningen ser ett behov av att vidareutveckla den nuvarande avtalsmodellen för verksamhetsförlagd utbildning. Det gäller strukturellt i form av avtalsparter och organisation för samverkan för att inkludera även kommuner och privata vårdgivare och för att etablera starkare samverkansorganisationer på både nationell och regional nivå. Det gäller även geografiskt i form av samverkan i större geografiska områden för att möjliggöra ett bättre nyttjande av platser.

Vid utformningen av det nationella VULF-avtalet har utredningen övervägt olika alternativ för vilka parter som ska teckna avtalen. Ett alternativ har varit att staten tecknar avtal med de sju regioner som i dag ingår i ALF-avtalet, ett annat att avtalet tecknas mellan staten och de regionala vårdkompetensråden. Utredningen förordar dock ett tredje alternativ, att staten tecknar avtalet med Sveriges Kommuner och Regioner och Vårdföretagarna. Därigenom inkluderas såväl staten i egenskap av huvudman för högre utbildning och forskning som alla olika typer av vårdgivare, samtidigt som antalet parter blir hanterbart i det nationella avtalet.

Utredningen har därutöver analyserat olika alternativ för den regionala organisationen kring VULF-avtalet. Ett alternativ har varit att de sju regioner som i dag deltar i ALF-avtalet får ansvar för att hantera

⁶ Se kapitel 9.

⁷ Se kapitel 6 och 9.

även VULF-avtalet. En nackdel med detta alternativ är att kommuner och privata vårdgivare riskerar att exkluderas. Ett annat alternativ som övervägts har varit att de regionala vårdkompetensråden får ansvar för den regionala samordningen och samverkan. Utredningen bedömer dock att de regionala vårdkompetensråden inte har någon formell beslutsrätt, varför de inte lämpar sig att ansvara för regionala VULF-avtal.

Det förslag som utredningen förordar är att lärosätena i de sju regionala ALF-avtalen, som företrädare för staten, får i uppdrag att agera noder för VULF-avtalens regionala indelning. Bakgrunden är att dessa lärosäten med medicinska fakulteter har de bredaste utbudet av hälso- och sjukvårdsutbildningar, står för den största delen av forskningen och har befintliga strukturer för samarbete kring ALF-avtalen som kan återanvändas.⁸

Forskarskolor, forskningsanslag eller finansiering av forskningstid

Utredningen bedömer att nuvarande avtalsmodell kan vinna på att utvecklas även innehållsmässigt. Genom att inkludera förutsättningar och villkor för forskarmeritering kan hindren för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och utbyggnad av sjuksköterskeutbildningen i form av brist på handledare och lärare med vetenskaplig kompetens undanröjas.

Vid utformningen av den satsning på forskning som ingår i VULF-avtalet har utredningen analyserat olika alternativ för att få fler forskningsmeriterade och kliniskt verksamma lärare och öka antalet forskningsmeriterade handledare. De alternativ som övervägts är forskarskolor för sjuksköterskor, särskilda anslag för omvårdnadsforskning och finansiering av forskningstid.

Anledningen till att forskarskolor valts bort är dels att det redan finns ett antal etablerade forskarskolor som är tillgängliga även för sjuksköterskor, dels att de generellt är tvärprofessionella, vilket innebär att de inte nödvändigtvis avhjälpas problemet med bristen på disputerade sjuksköterskor.

Utredningen bedömer vidare att en utlysning av forskningsanslag särskilt inriktad mot omvårdnadsforskning eller hälsovetenskaplig forskning visserligen skulle kunna bidra till att stärka forsknings-

⁸ Utredningens förslag till utformning av VULF-avtalet beskrivs i kapitel 6.

området som helhet, men att effekterna av en sådan utlysning skulle sakna precision när det gäller målet att bredda basen av forskarutbildade sjuksköterskor. Vid bedömning av ansökningar om forskningsanslag bör alltid ansökans relevans och kvalitet, snarare än yrkesbakgrunden eller akademisk hemvist hos sökande, ges företräde. Forskningsprojekt inom ämnet omvårdnad kan dessutom redan finansieras via ALF-medel.

Utredningen föreslår i stället en satsning på finansiering av forskningstid för forskarstudier och postdoktoral meritering för sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor.⁹ Därigenom kan antalet sjuksköterskor med doktorsexamen och postdoktoral meritering öka, och de kan därefter konkurrera om forskningsmedel i till exempel ALF-systemet. Finansiering av forskningstid för kliniskt verksamma kan också bidra till att stärka de etablerade forskarskolorna genom att öka antalet deltagande doktorander.

Nyutveckling eller vidareutveckling av nationellt it-stöd

Utredningen identifierade tidigt att avsaknaden av ett nationellt it-stöd för hantering av platser för verksamhetsförlagd utbildning är ett hinder för ett effektivt nyttjande av tillgängliga platser. Utredningen överenskom därför med Universitets- och högskolerådet att genomföra en förstudie om ett nationellt it-stöd. I förstudien analyserade Universitets- och högskolerådet även de befintliga system som sjukvårdshuvudmän och lärosäten använder, för att bedöma om något av de systemen skulle kunna vidareutvecklas till ett nationellt it-stöd. Universitets- och högskolerådets bedömning är dock att inget av de befintliga systemen lämpar sig att vidareutveckla. Utredningen föreslår i linje med förstudien att ett nytt nationellt it-stöd bör utvecklas.¹⁰

⁹ Se kapitel 6.

¹⁰ Se kapitel 7.

10.3 Konsekvenser för universitet och högskolor

Fler platser för verksamhetsförlagd utbildning, handledare och vetenskapligt meriterade lärare

Utredningens förslag förväntas öka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning, vilket är positivt för universitet och högskolor. VULF-avtalets innehåll med satsningar på finansiering av forsknings- och sjuksköterskor förväntas också leda till att tillgången till vetenskapligt meriterade lärare och kliniskt verksamma vetenskapligt meriterade handledare ökar. Det är en förutsättning både för att kunna bibehålla och utöka utbildningsvolymerna, men även för att säkerställa en utbildning av god kvalitet. Även en enhetlig ersättning till samtliga vårdgivare som deltar i verksamhetsförlagd utbildning och viss annan harmonisering av villkor bedöms bidra till bland annat verksamhetsförlagd utbildning i fler verksamheter och fler handledare med rätt kompetens.¹¹

Ökade kostnader för ersättning för verksamhetsförlagd utbildning

Utredningens förslag om en enhetlig ersättning för vårdgivare som deltar i verksamhetsförlagd utbildning, som föreslås ingå i VULF-avtalet, innebär sannolikt för många universitet och högskolor att kostnaderna för ersättning kommer att öka. I dag är den genomsnittliga ersättningen 1 600 kr per vecka och student. I samband med att staten tog över huvudmannskapet för vårdhögskoleutbildningarna år 2002 bestämdes att den kliniska praktiken skulle regleras i avtal mellan högskola och landsting och att ersättningen skulle vara 1 200 kr per praktikvecka och student om inte annat överenskommits. Det angavs i budgetpropositionen för 2002 att den utbildningsersättning högskolan erhöll från staten per student inkluderade kompensation för praktikkostnaderna.¹²

Ersättningen för vårdutbildningar budgetåret 2002 var 37 286 kr per helårsstudent.¹³ År 2023 uppgick ersättningen till 62 127 kr per helårsstudent.¹⁴ Om ersättningen för praktik skulle räknas upp på motsvarande sätt som ersättningen per helårsstudent, motsvarar ersätt-

¹¹ Se kapitel 6.

¹² Prop. 2001/02:1, utgiftsområde 16 s. 97.

¹³ Prop. 2001/02:1, utgiftsområde 16 s. 123.

¹⁴ Prop. 2022/23:1, utgiftsområde 16 s. 130.

ningen år 2002 om 1 200 kr en ersättning om cirka 2 000 kr år 2023. Motsvarande beräkning har gjorts av en tidigare utredning med avseende på 2018 års nivå.¹⁵

För många universitet och högskolor skulle en nationell praktik-ersättning uppräknad i takt med ersättningen per helårsstudent innebära att kostnaden för verksamhetsförlagd utbildning skulle öka med 400 kr per vecka och student. Räknat på en student som studerar under tre år, med rekommendationen om 43 veckors verksamhetsförlagd utbildning, innebär det att lärosätets kostnad för ersättning blir 86 000 kr per student. Den totala ersättning som lärosätet erhåller för att utbilda studenten under de tre åren är 186 381 kr. Båda siffrorna utgår från 2023 års nivå.

Eftersom många lärosäten kommer att behöva öka andelen verksamhetsförlagd utbildning utifrån de nya kraven i högskoleförordningen, behöver den teoretiska utbildningen på motsvarande sätt minska. Det bör i alla fall på sikt leda till lägre kostnader för personal och lokaler för universiteten och högskolorna.

Bättre förutsättningar för kvalitetssäkring och ökad genomströmning

Lärosätena förväntas med VULF-avtalet på sikt få en bättre tillgång till platser för verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet, med större möjligheter att hitta platser nära studentens studie- eller bostadsort och bättre villkor för studenter som genomför verksamhetsförlagd utbildning utanför studieorten. Med hjälp av ett nationellt it-stöd för placeringar kommer lärosätena också att ha större möjligheter att följa upp kvaliteten på platserna för verksamhetsförlagd utbildning. Detta sammantaget kommer förmodligen att leda till färre avhopp och en ökad genomströmning. Det innebär i sin tur mindre administration gällande omplaceringar för universitet och högskolor och färre studieavbrott samt en mer effektiv användning av den samlade nationella resursen för högre utbildning.

¹⁵ SOU 2018:77 s. 297 ff.

Bättre förutsättningar för forskning

En central aspekt av VULF-avtalet är att etablera strukturer som stärker den samverkan mellan hälso- och sjukvården och lärosätena som är nödvändig för hälso- och sjukvårdsutbildning och klinisk forskning av god kvalitet. Den förbättrade samverkan förväntas, förutom fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och förbättrade förutsättningar för utbildning i hälso- och sjukvården, leda till starkare forskningsmiljöer och forskningsanknytning i utbildningen. Genom att bygga regionala noder kring de medicinska fakulteterna som har bredast utbildningsutbud och bedriver mest forskning läggs också grunden för en mer effektiv användning av den samlade nationella resursen för högre utbildning och forskning med bibehållen respekt för varje lärosätes autonomi.

Effektivare nyttjande av platser för verksamhetsförlagd utbildning

Det nationella it-stödet som utredningen föreslår möjliggör en effektivare användning av platser för verksamhetsförlagd utbildning genom att ge tekniska möjligheter för en matchning av utbud och efterfrågan i större geografiska områden. Det skapar därmed förutsättningar för att hantera de inläsningseffekter som dagens system med drygt 130 lokala avtal innebär. Även merkostnadsersättning till studenter för resor och boende vid verksamhetsförlagd utbildning utanför den ordinarie studieorten bidrar till ett effektivare nyttjande av platser.

Modernt och säkert it-stöd

Ett nationellt it-stöd kommer att innebära att lärosätena får ett modernt och säkert it-stöd som är anpassat efter lärosätenas behov. Det kommer att minska den manuella hanteringen av placeringar för verksamhetsförlagd utbildning och göra det lättare att hantera samverkan med fler vårdgivare. Lärosätena kommer också att kunna följa upp både kvalitet och kvantitet inom verksamhetsförlagd utbildning, då alla platser hanteras i ett och samma system, oavsett vårdgivare. It-stödets konstruktion kommer att kunna stödja en laglig och korrekt behandling av personuppgifter, vilket inte alltid är fallet i nuvarande system.

Att gemensamt utveckla ett it-stöd i stället för att lärosäten eller sjukvårdshuvudmän enskilt eller i mindre samarbeten utvecklar egna lösningar innebär också ett mer effektivt nyttjande av it-resurserna.

Administration av avtal för verksamhetsförlagd utbildning samlas i de regionala noderna

De lärosäten som har medicinska fakulteter och som därmed blir vårdorganisation för de regionala noderna kommer att få en ökad administration, då de regionala avtalen samt regional samverkan ska hanteras av noderna. Lärosätena föreslås dock erhålla ersättning för administration och samordning genom VULF-avtalet. Den lokala avtalsadministrationen på lärosätesnivå bör minska, eftersom det regionala avtalet är tänkt att innefatta alla deltagande parter i nodens område och därmed göra lokala avtal överflödiga. En förflyttning från dagens drygt 130 lokala avtal till sex eller sju regionala avtal bör för lärosätena gemensamt innebära en minskad avtalsadministration totalt sett.

VULF-avtalets inverkan på lärosätenas autonomi

Ett VULF-avtal kan uppfattas som en inskränkning av lärosätenas autonomi, även om det formellt sett är frivilligt att ingå. Det finns sedan länge en acceptans för ALF- och TUA-avtalen kopplade till läkar- respektive tandläkarutbildningen. Vidare har lärosätena genom Sveriges universitets- och högskoleförbund argumenterat för ett ULF-avtal inom skolans område. Flertalet lärosäten har också ställt sig positiva till tidigare förslag om VULF-avtal.¹⁶

Etablering av it-support till vårdgivare

Lärosäten som ansluter till det nationella it-stödet kommer att behöva etablera en lokal supportorganisation vid lärosätet, för att ge stöd till de vårdgivare vilka de samverkar med. Som stöd till den lokala supportorganisationen kommer det att finnas en gemensam support på nationell nivå. Någon form av lokal support för den här typen av verk-

¹⁶ För en beskrivning av VULF-avtalets konstruktion, se kapitel 6.

tyg behövs dock oavsett om det är ett nationellt eller lokalt system, varför det bör vara möjligt att omprioritera inom ramen för befintlig it-verksamhet. En skillnad är dock att antalet vårdgivare förväntas öka, vilket kan innebära en ökad mängd frågor till supporten.

Simulering kan frigöra utbildningstid i vården

Förslaget om att regeringen bör verka för att simulering ska räknas som klinisk utbildning bedöms möjliggöra högre kvalitet på verksamhetsförlagd utbildning och förbättrar möjligheterna att nå kunskapsmålen, samtidigt som det möjliggör utbildning av fler sjuksköterskor utan att ställa krav på mer tid för verksamhetsförlagd utbildning i hälso- och sjukvården.¹⁷ Det är svårt att uppskatta i vilken omfattning simulering skulle användas och i så fall hur mycket utrymme i hälso- och sjukvården som simulering skulle kunna frigöra.

10.4 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdshuvudmän samt andra vårdgivare

Bättre kompetensförsörjning

Den viktigaste konsekvensen av ett VULF-avtal för sjukvårdshuvudmän och vårdgivare är att hälso- och sjukvårdens långsiktiga kompetensförsörjning underlättas. När fler platser för verksamhetsförlagd utbildning kan skapas, kommer fler sjuksköterskor att kunna utbildas, vilket är en förutsättning för vårdens kompetensförsörjning. Fler platser för verksamhetsförlagd utbildning inom vården innebär en belastning för vården, då fler resurser inom vården behöver nyttjas för handledning. Utredningens förslag syftar dock till att fler vårdgivare och verksamheter än tidigare ska involveras i verksamhetsförlagd utbildning, vilket innebär att arbetsinsatsen kan fördelas jämnare inom hälso- och sjukvården.

¹⁷ Se kapitel 3.

Kompetens- och karriärutveckling för sjuksköterskor

VULF-medel ska enligt utredningens förslag bland annat kunna användas till att finansiera forskningstid för sjuksköterskor.¹⁸ Med större möjligheter till forskningsmeritering i anställningarna länkas utbildning, forskning och klinisk verksamhet samman, vilket för sjuksköterskor verksamma inom vården skulle ge möjlighet till kompetens- och karriärutveckling och därmed bidra till att göra sjuksköterskeyrket mer attraktivt.

Enhetlig ersättning och harmonisering av villkor

I dag får inte alla kommuner och privata vårdgivare som tillhandahåller platser för verksamhetsförlagd utbildning ersättning för det. I utredningens förslag till VULF-avtal regleras ersättningen och ska vara lika för alla vårdgivare. Det innebär att det kommer att råda mer rättvisa ekonomiska förhållanden för vårdgivare som deltar i verksamhetsförlagd utbildning.

De nationella och regionala VULF-avtalen som beskrivs i kapitel 6 förväntas innebära en harmonisering av vissa grundläggande förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning. Harmonisering underlättar för vårdgivare att medverka i utbildning. Det gäller i synnerhet för vårdgivare som samverkar med fler än ett lärosäte, eftersom de i dag kan behöva förhålla sig till olika krav och villkor beroende på lärosäte. Detsamma gäller privata vårdgivare som utför hälso- och sjukvård på uppdrag av flera sjukvårdshuvudmän. Privata vårdgivare kan till skillnad från regioner och kommuner bedriva verksamhet i hela landet. Det innebär att de kan möta olika krav från de 25 lärosäten som i dag bedriver sjuksköterskeutbildning och därtill ha kontakt med de 20 regioner och 290 kommuner som är huvudmän för hälso- och sjukvård.

Även utredningens förslag om en generisk, modulbaserad handledarutbildning, gemensam bedömningsmetod och gemensamma bedömningskriterier underlättar för hälso- och sjukvårdshuvudmän och vårdgivare att erbjuda platser och handleda studenter från flera olika lärosäten.¹⁹

¹⁸ Se kapitel 6.

¹⁹ Se kapitel 4.

Effektivare förvaltning av it-stöd

Alla vårdgivare får med ett nationellt it-stöd tillgång till ett modernt systemstöd med hög säkerhet. Det innebär också att vårdgivare som samverkar med flera olika lärosäten kan arbeta i ett och samma system, oavsett lärosäte. Om det nationella it-stödet införs, och systemägarskapet läggs hos en nationell myndighet, försvinner en del arbetsuppgifter och ansvar för de sjukvårdshuvudmän som i dag tillhandahåller egna systemstöd för placeringar för verksamhetsförlagd utbildning. Sjukvårdshuvudmännen får även mindre kostnader för förvaltning och utveckling av dessa system, förutsatt att de kan avvecklas.

Vårdgivarnas behov av it-stöd

En potentiellt negativ konsekvens av förslaget om ett nationellt it-stöd är att sjukvårdshuvudmännen kan uppleva att de får sämre möjligheter att påverka utvecklingen av systemet, då de själva inte längre är systemägare. Därför är det viktigt att systemet, även om det utgår ifrån lärosätenas processer och behov, så långt det är möjligt även tar hänsyn till sjukvårdens administration av verksamhetsförlagd utbildning.²⁰ Något som dock blir svårt att uppfylla är det stöd för flera olika typer av praktik och utbildningar och den samlade bild över praktik inklusive verksamhetsförlagd utbildning som vårdens it-stöd i dag kan ge. Det innebär också att vårdgivare kan behöva arbeta i två system, ett för högskolepraktik och ett för andra typer av praktik.

Minskat tryck på platser och mer kvalitativ verksamhetsförlagd utbildning om simulering godkänns

Förslaget om att regeringen bör verka för att simulering ska godtas som klinisk utbildning skulle om det blir verklighet innebära minskad belastning på hälso- och sjukvården för verksamhetsförlagd utbildning åtminstone räknat per utbildad sjuksköterska. Aktuell kunskap indikerar att simulering rätt använt också kan möjliggöra utbildning av sjuksköterskor som är bättre förberedda att utföra de arbetsuppgifter som krävs inom modern hälso- och sjukvård.²¹ I samman-

²⁰ Se kapitel 7.

²¹ Se kapitel 3.

hanget kan också noteras att Vårdförbundet Student arbetar för att alla vårdstudenter ska få tillgång till kliniska träningscentra, då de anser att simulering är ett bra sätt att förbereda sig inför de praktiska momenten och därmed möjliggöra en kvalitativ verksamhetsförlagd utbildning.²²

Förslaget om förstärkt stöd till sjukvårdshuvudmännen i upphandlingsfrågor ger bättre förutsättningar för regioner och kommuner att nyttja privata utförare för verksamhetsförlagd utbildning.²³

10.5 Konsekvenser för studenter

Enhetlig ersättning för resor och boende samt fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av hög kvalitet

Utredningen bedömer att förslaget om ett VULF-avtal har flera positiva konsekvenser för studenter. Alla studenter oavsett lärosäte får ersättning för eventuella extrakostnader i de fall verksamhetsförlagd utbildning genomförs på annan ort än i närheten av studentens ordinarie studieort. Avtalet kan också möjliggöra placeringar med större geografisk spridning, vilket kan förenkla för studenter på specialistutbildningar, distansutbildningar eller regionaliserade utbildningar och därmed också bidra till ökad genomströmning på utbildningen. Att ett VULF-avtal generellt bedöms öka tillgången till vetenskapligt meriterade lärare och möjliggöra fler platser för verksamhetsförlagd utbildning av hög kvalitet är dessutom värdefullt för alla studenter på sjuksköterskeutbildningen. Medel för forskning i ett VULF-avtal ger även möjligheter för studenter att efter avslutad grundutbildning gå vidare till forskarutbildning.²⁴

Ökat studentinflytande och säkert systemstöd

Förslaget om ett nationellt it-stöd för hantering av platser för verksamhetsförlagd utbildning har positiva konsekvenser för studenter. Det är inte alla systemstöd som i dag har stöd för att studenterna själva ska kunna önska eller rangordna placeringar och att säkerställa en sådan funktionalitet skulle innebära ett ökat inflytande för studen-

²² Vårdförbundet Student (2023) s. 17.

²³ Se kapitel 9.

²⁴ Se kapitel 6.

terna. Ett systemstöd bör också kunna bidra till förenklad administration för studenterna exempelvis gällande förtur och undantag. Systemet ska också kunna samla all information om placeringen, till exempel vilka intyg som krävs, adresser, arbetstider och omdömen på ett ställe, vilket underlättar för studenterna. Att studenterna kan känna sig trygga med att deras personuppgifter behandlas på ett lagligt och korrekt sätt jämfört med hur personuppgifter behandlas i nuvarande system är också en positiv konsekvens.²⁵

Verksamhetsförlagd utbildning i större geografiska områden

Det finns ett par möjliga negativa konsekvenser för studenterna. En större geografisk flexibilitet i placeringarna kan för vissa studenter upplevas negativt, om det innebär en risk att placeras utanför ordinarie studie- eller bostadsort mot sin vilja. Tanken med möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning i större geografiska områden är emellertid inte att överge rådande närhetsprincip mellan lärosäte och placering, utan att möjliggöra en effektivare matchning av utbud och efterfrågan och därigenom bättre hushålla med platser som nationell resurs. För studenterna bör det också vara bättre att kunna erbjudas verksamhetsförlagd utbildning längre bort från studie- eller bostadsorten än att tvingas till studieavbrott på grund av att det saknas platser för verksamhetsförlagd utbildning. Studenternas möjligheter att prioritera och rangordna placeringar kan också till viss del hantera risken för långa ofrivilliga avstånd.

Att sjuksköterskestudenterna ges möjlighet till ersättning för extra-kostnader om verksamhetsförlagd utbildning genomförs på annan ort kan skapa ojämlikheter mellan studentgrupper, då inte alla utbildningar erbjuder ersättning.

10.6 Konsekvenser för andra myndigheter

Vetenskapsrådet

Utredningen föreslår att en nationell statlig myndighet, lämpligen Vetenskapsrådet, ska ansvara för administrationen av det nationella VULF-avtalet och tillhandahålla administrativt stöd till de regionala

²⁵ Se kapitel 7.

noderna. Det innebär ett utökat uppdrag och utökad finansiering för den myndighet som utses som ansvarig.

För en uppskattning av vilka resurser som behövs för VULF-administrationen har utredningen studerat det kansli som finns hos Vetenskapsrådet för administrationen av ALF-avtalet. Kansliet utgör administrativt stöd till den nationella styrgruppen för ALF. Arbetet omfattar enligt ansvarig för kansliet framför allt att hjälpa ordförande med dagordningar, kallelser och protokoll för styrgruppens fyra möten per år. Kansliet ansvarar dessutom för all diarieföring för styrgruppen. Utöver det bistår kansliet med hantering av frågor utanför ordinarie möten, samt samordning av utvärderingen av den kliniska forskningen inom ALF. Utvärderingen består av tre delutvärderingar och genomförs vart fjärde år. Själva utvärderingen bemannas av ytterligare ungefär två resurser per delutvärdering. Resursbehovet för kansliet varierar över året, men kansliansvarig uppskattar att det på årsbasis behövs resurser motsvarande en årsarbetskraft, exklusive de resurser som tillkommer vid forskningsutvärderingarna.²⁶

Universitets- och högskolerådet

Utredningens förslag om att Universitets- och högskolerådet ska få i uppdrag att utveckla och förvalta ett nationellt it-stöd för hantering av platser för verksamhetsförlagd utbildning²⁷, innebär att Universitets- och högskolerådet får ett utökat uppdrag. De resurser som krävs för den initiala utvecklingen av systemet finansieras förslagsvis genom ett regleringsbrevsuppdrag till Universitets- och högskolerådet. Den fortsatta förvaltningen och utvecklingen av systemet bör finansieras via VULF-avtalet. Ett alternativ skulle kunna vara att lärosäten debiteras en avgift för nyttjande av systemet.

Socialstyrelsen

Utredningens förslag förväntas leda till att fler sjuksköterskor examineras. Det innebär att Socialstyrelsen kommer att behöva hantera fler legitimationsansökningar än tidigare. Universitetskanslersämbetet bedömer att antalet nybörjare behöver öka med 20 procent eller

²⁶ Utredningens möte med Vetenskapsrådet den 10 november 2023.

²⁷ Se kapitel 7.

1 000 studenter jämfört med läsåret 2019–2020 och kvarstå på den nivån fram till år 2035. Med nuvarande examinationsfrekvens innebär det cirka 740 ytterligare examinerade sjuksköterskor per år som förväntas ansöka om legitimation.

Nationella vårdkompetensrådet, som är ett rådgivande organ inom Socialstyrelsen, föreslås få i uppdrag att utveckla en generisk, modulbaserad handledarutbildning samt verka för en harmonisering av bedömningsmetod och bedömningskriterier för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen.²⁸ Utredningens bedömning är att båda dessa uppdrag faller inom ramen för rådets basuppdrag. Utvecklingen av en handledarutbildning kräver dock sannolikt ytterligare finansiering, vilket redogörs för i avsnitt 10.16.2 nedan.

Upphandlingsmyndigheten

Upphandlingsmyndigheten föreslås få i uppdrag att ge stöd till kommuner och regioner vid upphandling av hälso- och sjukvård och omsorg.²⁹ Stödet föreslås omfatta att sammanställa relevant statistik och att utarbeta goda avtalsmodeller och annan vägledning. Utredningen bedömer att ett sådant uppdrag bör kunna ges Upphandlingsmyndigheten utifrån dess basuppdrag och att det inte bör kräva några ytterligare resurser. Nationella vårdkompetensrådet bör vid behov stödja Upphandlingsmyndigheten i detta arbete.

10.7 Övriga konsekvenser för staten

Förslaget om ett VULF-avtal innebär ökade kostnader för staten. Samtliga kostnader redovisas i avsnittet om ekonomiska konsekvenser nedan.

Utredningens förslag förväntas leda till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning, vilket underlättar för Sverige att leva upp till kraven i yrkeskvalifikationsdirektivet. Förslagen förväntas även leda till att fler sjuksköterskor kan utbildas och examineras, vilket förbättrar kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

Ett nationellt it-stöd ger bättre planerings- och uppföljningsunderlag inför beslut om utbildningarna. Det innebär dock en initial

²⁸ Se kapitel 4.

²⁹ Se kapitel 9.

investeringskostnad för staten, när systemet ska utvecklas. På sikt bedömer utredningen att ett nationellt it-stöd innebär en mer kostnadseffektiv hantering av it-resurserna inom universitets- och högskolesektorn.

10.8 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Utredningens förslag bedöms inte påverka den kommunala självstyrelsen, eftersom förslagen inte innefattar regelgivning. Ett VULF-avtal skulle formellt vara frivilligt för regionerna och kommunerna att ansluta till. Ett VULF-avtal med vissa villkorade medel kan uppfattas som en detaljstyrning av kommuner och regioner.

VULF-avtalets konstruktion³⁰, med avtal på både nationell och regional nivå, innebär också att avtalen kan anpassas utefter de geografiska regionernas unika behov och särdrag.

Staten har även tidigare, med riktade statsbidrag, försökt skapa incitament för kommuner och regioner att tillhandahålla fler platser för verksamhetsförlagd utbildning.³¹ Ett frivilligt VULF-avtal, med vissa finansiella medel för gemensam prioritering mellan avtalsparterna, innebär inte en större detaljstyrning än de riktade statsbidragen. Ett avtal är dessutom till skillnad från en lagstadgad skyldighet för sjukvårdshuvudmännen ömsesidigt, vilket ger alla parter inflytande och främjar ett gemensamt ansvarstagande i utbildningsfrågan.

10.9 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet

Utredningen bedömer att införandet av ett VULF-avtal med enhetlig ersättning till vårdgivare ger fler kommuner incitament att erbjuda platser för verksamhetsförlagd utbildning. I dag ersätts kommunerna inte alltid för verksamhetsförlagd utbildning. VULF-avtalet kan även ge glesbygdskommuner större möjligheter att erbjuda och genomföra verksamhetsförlagd utbildning, då studenter via det nya avtalet föreslås ersättas för merkostnader till följd av verksamhetsförlagd utbildning på annan plats. Detta bör i sin tur gynna kommunernas möjlighet att rekrytera sjuksköterskor. Ett nationellt it-stöd gör också

³⁰ Se kapitel 6.

³¹ Se kapitel 2.

att kommunernas platser kan tillgängliggöras i fler regioner än i dag, vilket ökar kommunernas synlighet bland studenterna och på sikt kanske kan locka fler studenter till bland annat glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden.

En fungerande kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården på landsbygden är en viktig förutsättning för att kunna erbjuda en vård av god kvalitet i hela landet. Att tillhandahålla service på landsbygd är också en förutsättning för landsbygdens generella utveckling och förmåga att locka till sig och behålla arbetskraft inom andra områden. Likvärdiga möjligheter till välfärd samt kompetensförsörjning och kompetensutveckling är några av de områden som ligger till grund för genomförandet av den regionala utvecklingspolitiken.³² Att säkerställa vårdens kompetensförsörjning på landsbygden är ett viktigt verktyg för att nå målet om att det ska finnas likvärdig tillgång till vård, skola och omsorg oberoende av bostadsort.

Förbättrade möjligheter att erbjuda verksamhetsförlagd utbildning på landsbygden är också en viktig förutsättning för att kunna erbjuda regionaliserade utbildningar och för att göra distansutbildningar mer attraktiva. Att öka tillgängligheten till utbildning i hela landet är en viktig åtgärd för att möjliggöra för unga som vill att bo kvar på landsbygden. Det är också en viktig åtgärd för att ge dem som inte har möjlighet att flytta för studier en möjlighet att skaffa den utbildning de önskar.³³

Att erbjuda likvärdig ersättning för alla vårdgivare och att stärka de utbildningsstödjande strukturerna inom hälso- och sjukvården gör att fler verksamheter kan ta emot studenter för verksamhetsförlagd utbildning. Detta kan möjliggöra verksamhetsförlagd utbildning inom socioekonomiskt utsatta områden, vilket på sikt kan förbättra kompetensförsörjningen även inom dessa områden. Att öka verksamhetsförlagd utbildning inom både glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden är en av åtgärderna Nationella vårdkompetensrådet föreslår i sin rapport om primärvårdens kompetensförsörjning.³⁴

³² Skr. 2020/21:133 s. 26 ff.

³³ Prop. 2017/18:179 s. 58.

³⁴ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022) s. 33 ff.

10.10 Konsekvenser för företag

För att ta fram statistik för vilka vårdföretag som kan komma att omfattas av utredningens förslag har utredningen konsulterat Vårdföretagarna. Analysen behöver göras i flera steg för att avgränsa urvalet. I ett första steg har utredningen använt Socialstyrelsens statistikdatabas (se tabell nedan), för att analysera inom vilka näringsgrenar privatanställda sjuksköterskor främst är sysselsatta. Näringsgrenarna är: 86 Hälso- och sjukvård, 87 Vård och omsorg med boende samt 78 Arbetsförmedling, bemanning och andra personalrelaterade tjänster. Då näringsgrenen Arbetsförmedling, bemanning och andra personalrelaterade tjänster inte innefattar vårdgivande verksamheter, exkluderas den från den fortsatta analysen. Det är enbart sjukvårdshuvudmän och vårdgivare som kan komma i fråga för verksamhetsförlagd utbildning.

Näringsgrenen 862 Öppen hälso- och sjukvård, tandvård, inkluderar som namnet antyder även tandvård. Då Socialstyrelsens statistikdatabas inte tillåter en mer finmaskig filtrering, har det i nedanstående redovisning inte varit möjligt att exkludera tandvård. Det görs dock i den fortsatta analysen av vilka företag som förekommer inom berörda näringsgrenar.

Tabell 10.1 Antal sysselsatta sjuksköterskor inom hälso- och sjukvård per näringsgren 2021

I offentlig respektive privat regi

Näringsgren (SNI-kod)	Antal i offentlig regi	Antal i privat regi	Andel privat sysselsatta
861 Sluten sjukvård	56 938	2 269	3,83 %
862 Öppen hälso- och sjukvård, tandvård	14 005	10 647	43,19 %
869 Annan hälso- och sjukvård	4 078	1 666	29,00 %
86 Hälso- och sjukvård totalt	75 021	14 582	16,27 %
871 Boende med sjuksköterskevård	20	166	89,25 %
872 Boende med särskild service för personer med utvecklingsstörning, psykiska funktionshinder eller missbruksproblem	475	456	48,98 %
873 Vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer	5 597	1 837	24,71 %
879 Annan vård och omsorg med boende	267	90	25,21 %
87 Vård och omsorg med boende totalt	6 359	2 549	28,61 %
881 Öppna sociala insatser för äldre och funktionshindrade personer	6 583	725	9,92 %
889 Andra öppna sociala insatser	830	93	10,08 %
88 Öppna sociala insatser totalt	7 413	818	9,94 %
78 Arbetsförmedling, bemanning och andra personalrelaterade tjänster	44	3 286	98,68 %
702 Konsulttjänster till företag	25	415	94,32 %
851 Förskoleutbildning	169	47	21,76 %
852 Grundskoleutbildning	1 946	363	15,72 %
853 Gymnasial utbildning	539	197	26,77 %
Övriga totalt	2 723	4 308	61,27 %

Källa: Socialstyrelsen (2023).

I ett andra steg har Statistiska centralbyråns branschnyckeltal använts för att ta fram data för företag inom de näringsgrenar som kan komma i fråga för verksamhetsförlagd utbildning, det vill säga näringsgren 86 Hälso- och sjukvård och 87 Vård och omsorg med boende. I nämnda statistik är det möjligt att gå djupare i näringsgrensklassificeringen, och den underliggande näringsgrenen 86.23 Tandläkarmottagningar har därför exkluderats i sammanställningen nedan. De vårdgivande företag som då återstår och som sysselsätter sjuksköter-

skor, är till största del småföretag. Cirka 95 procent av företagen har färre än 20 anställda. Enbart 1,4 procent av företagen har mer än 50 anställda, och det är också endast dessa företag som har en medianomsättning på över 100 miljoner kr.³⁵

Tabell 10.2 Antal företag per näringsgren 2021

Indelade i grupper utifrån antal anställda

	0–19 anst	20–49 anst	50–99 anst	100–499 anst	Över 500 anst	Totalt
86.10 Slutenvårdskliniker	1 036	6	..	5	..	1 053
86.21 Allmänpraktiserande läkarmottagningar	3 889	140	28	16	..	4 077
86.22 Specialistläkar- mottagningar inom öppenvård	2 891	42	17	8	..	2 963
86.90 Andra enheter för hälso- och sjukvård	4 670	39	11	11	..	4 733
87.10 Vårdhem	..	5	..	0	..	..
87.20 Hem med särskild service för personer med utvecklings- störning, psykiska funktions- hinder eller missbruksproblem	320	80	29	15	..	447
87.30 Servicehus, gruppboheter o.d. för äldre och funktionshindrade personer	89	25	14	11	10	179
87.90 Andra enheter för vård och omsorg med boende	444	57	18	6	..	526
Totalt	13 339	394	117	72	10	13 978

Källa: Statistiska centralbyrån (2023 b).

.. = uppgiften inte tillgänglig, för osäker för att anges eller borttagen av sekretesskäl. Rad- och kolumntotalerna kan därför skilja sig något ifrån summan av raderna eller kolumnerna.

Privata vårdgivare ska enligt förslaget om VULF-avtal erhålla samma ersättning för verksamhetsförlagd utbildning som andra vårdgivare, och överlag större möjligheter att delta i utbildning. Lika ersättning är inte alltid fallet i dag. Ett större deltagande i utbildning förväntas precis som för regioner och kommuner förbättra möjligheterna för privata vårdgivare att rekrytera sjuksköterskor. Med VULF-avtalets forskningsmedel ökar också möjligheterna även för privata vårdgivare att delta i forskning och utveckling samt kunna erbjuda personalen karriärvägar i form av tjänster med en viss del forskningsutrymme.

³⁵ Statistiska centralbyrån (2023 c).

VULF-avtalets samverkansstruktur ger också privata vårdgivare en möjlighet att samverka direkt med lärosätena. Det innebär dock också större krav på att medverka i utbildning.

Utredningen har frågat Vårdföretagarna, Region Skåne och Region Västerbotten hur mycket tid vårdverksamheterna behöver avsätta för att handleda studenter under verksamhetsförlagd utbildning för att uppskatta det produktionsbortfall som uppstår. Enbart Region Skåne har inkommit med en tidsuppskattning. Hur mycket tid som går åt är beroende av vilken termin studenten studerar på, vilka lärandemålen för den verksamhetsförlagda utbildningen är, vilken verksamhet den verksamhetsförlagda utbildningen genomförs i och huruvida studenten behöver särskilt stöd. Region Skåne bedömer att en handledare i snitt behöver avsätta tre till fyra timmar per vecka för planering och möten för verksamhetsförlagd utbildning utöver den faktiska tiden då handledning sker.Handledningstiden kombineras dock ofta med genomförandet av ordinarie arbetsuppgifter, varför det är svårt att uppskatta hur mycket tid själva handledningen tar. Region Skåne påpekar dock att handledning ses som en naturlig del av sjuksköterskeyrket och att handledning därför inte betraktas som produktionsbortfall. Enligt regionen, som har drygt 50 procent privat drivna vårdcentraler, bedömer inte heller de privata vårdgivarna att vårdproduktionen påverkas negativt av deltagande i verksamhetsförlagd utbildning.³⁶

Den genomsnittliga grundlönen år 2022 för privatanställda grundutbildade sjuksköterskor var 45 500 kr.³⁷ Medianåldersintervallet år 2021 för sjuksköterskor sysselsatta inom privat hälso- och sjukvård var 45-49 år.³⁸ Det innebär att en privat arbetsgivares genomsnittliga lönekostnad för en sjuksköterska per månad är cirka 63 000 kr, inklusive semestertillägg, arbetsgivaravgifter, skatter och försäkringar.³⁹ Om en månad i genomsnitt har 160 arbetstimmar, blir kostnaden per arbetad timme ungefär 394 kr. Det innebär att kostnaden för den tid som behöver avsättas per vecka verksamhetsförlagd utbildning, utöver den faktiska handledningen, är ungefär 1 600 kr.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att förslagen inte påverkar företagens konkurrensvillkor negativt. Förslaget om en enhetlig ersättning för verksamhetsförlagd utbildning till både privata och offentliga vårdgivare gör i stället villkoren mer jämlika. VULF-

³⁶ E-postmeddelande från enhetschef för utbildning och lärande i Region Skåne den 2 november 2023.

³⁷ Statistiska centralbyrån (2023 e).

³⁸ Socialstyrelsen (2023).

³⁹ Tillväxtverket (2023).

avtalets bidrag till att förbättra kompetensförsörjningen och stärka kopplingen mellan klinisk och akademisk verksamhet är också något som kommer även privata vårdföretag till godo.

Utredningens förslag påverkar inte små företag i något särskilt avseende. Utredningen har därför inte sett det nödvändigt att ta några särskilda hänsyn till små företag vid utformningen av förslagen. Små företag kan dock ha svårare att delta i utbildning och forskning, till följd av att verksamheten är för liten eller för specialiserad. Starkare utbildningsstödjande strukturer kan dock underlätta för små företag att delta i utbildning,

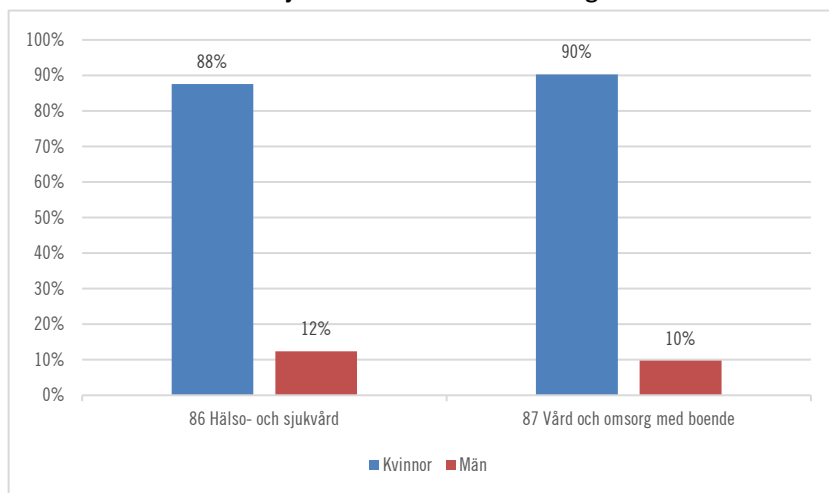
Utredningen bedömer inte att förslaget om att utveckla ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning får någon större konsekvens för privata företag som i dag tillhandahåller konsulttjänster eller liknande typer av it-stöd. Flertalet systemstöd som för närvarande används är egenutvecklade lösningar som ägs och förvaltas av hälso- och sjukvården eller lärosätena.⁴⁰

10.11 Konsekvenser i fråga om jämställdhet mellan kvinnor och män

Yrket som sjuksköterska är starkt kvinnodominerat. Inom näringsgrenarna 86 Hälso- och sjukvård och 87 Vård och omsorg med boende, utgör kvinnor mellan 88 och 90 procent av de sysselsatta.

⁴⁰ Se sammanställning i avsnitt 7.2.

Figur 10.2 Könsfördelning för anställda sjuksköterskor inom näringsgrenarna hälso- och sjukvård samt vård och omsorg med boende 2021



Källa: Socialstyrelsen (2023).

Även studentpopulationen är kvinnodominerad, med i snitt 85 procent kvinnliga behöriga förstahandssökanden mellan vårterminen 2019 och höstterminen 2023.

Figur 10.3 Antal behöriga förstahandssökande till utbildning som leder till sjuksköterskeexamen

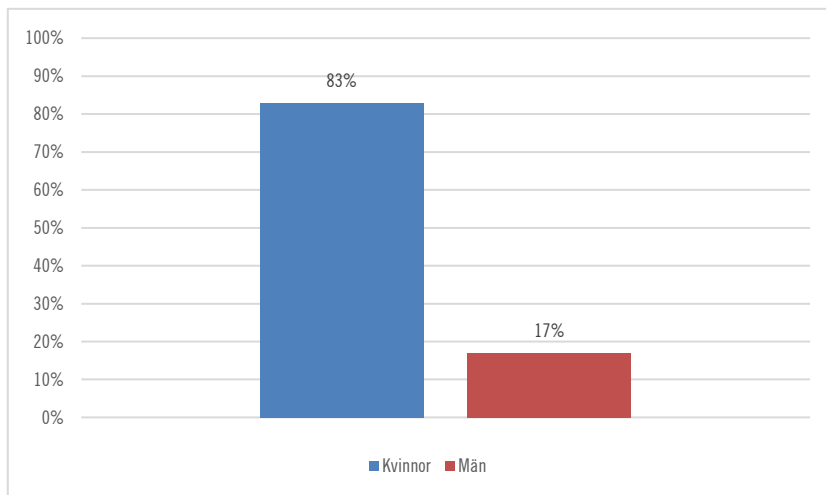
Per termin och kön



Källa: Universitetskanslersämbetet (2023 c).

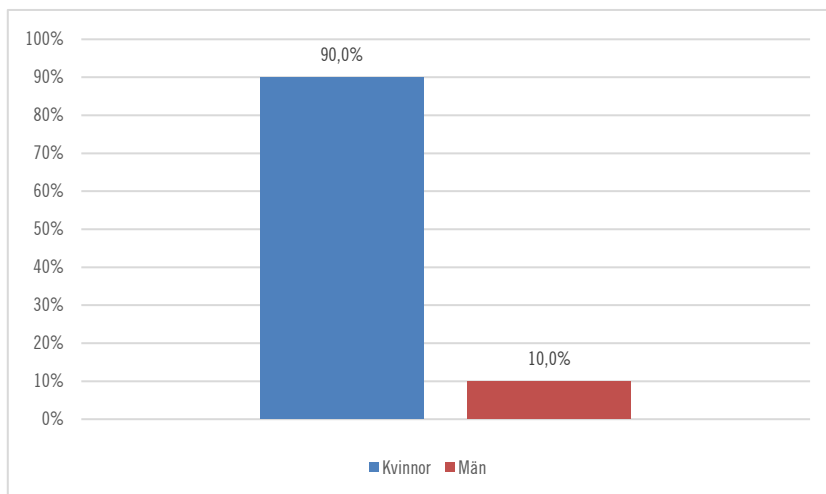
Könsfördelningen på utbildningens grundnivå återspeglas även på forskarnivå, där 83 procent av helårsdoktoranderna 2022 var kvinnor, och 90 procent av doktorsexamina inom omvårdnad utfärdades till kvinnor.

Figur 10.4 Könsfördelning för aktiva helårsdoktorander inom forskningsämnet omvårdnad 2022



Källa: Universitetskanslersämbetet (2023 g).

Figur 10.5 Könsfördelning för doktorsexamina inom forskningsämnet omvårdnad utfärdade 2022



Källa: Universitetskanslersämbetet (2023 h).

Bland professorerna inom omvårdnad är könsfördelningen något mindre ojämn, med 60 procent kvinnor 2022.⁴¹

Vetenskapsrådet har analyserat kvinnors och mäns förutsättningar att bedriva forskning. Det finns tydliga skillnader i hur kvinnors och mäns arbetstid fördelas mellan olika arbetsuppgifter. Kvinnor utför generellt sett mer undervisning än forskning och utveckling jämfört med män, men skillnaden är allra störst inom området medicin och hälsa.⁴² Utredningen bedömer att en satsning på att finansiera forskningstid för sjuksköterskor skulle bidra till att minska dessa skillnader och ha flera positiva konsekvenser för villkor och förutsättningar inom yrket. Det skulle också bidra till att skapa fler möjligheter till vetenskaplig meritering och karriärutveckling för sjuksköterskor.

Utredningen bedömer sammanfattningsvis att en satsning på att förbättra förutsättningarna för forskarutbildning och postdoktoral meritering inom omvårdnad, där kvinnor är i majoritet, skulle bidra till att fler kvinnor forskar. Fördelningen av kvinnors arbetstid mellan forskning och utbildning skulle också bli mer jämställd. Satsningen skulle också innebära att fler karriärvägar skapas för ett kvinnodominerat yrke. Vidare skulle en förstärkning av forskningen inom området omvårdnad bidra till att stärka forskningsanknytningen och potentiellt statusen inom en starkt kvinnodominerad verksamhet. En förhöjd status för yrket skulle också kunna locka fler män att söka till utbildningen, något som långsiktigt vore gynnsamt för jämställdheten och kompetensförsörjningen.

10.12 Konsekvenser för personlig integritet

Förslaget om ett nationellt it-stöd innebär behandling av personuppgifter och aktualiserar ett flertal dataskyddsfrågor. Att beakta dataskyddsaspekter vid utvecklingen av it-stödet kommer att vara mycket centralt för att tillse en personuppgiftsbehandling som är laglig och korrekt och omfattar ett stort antal individer. Utredningens uppfattning är att ett nationellt it-stöd kan konstrueras på ett sätt som möjliggör en lagenlig och korrekt personuppgiftsbehandling som tillgodoser den enskildes integritetsskyddsintresse bättre än nuvarande system. En förutsättning är att ansvaret för att upprätthålla it-stödet

⁴¹ Statistiska centralbyrån (2023 d).

⁴² Vetenskapsrådet (2021) s. 62 f.

har författningsstöd, precis som i fråga om andra studieadministrativa system.⁴³

10.13 Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

Utredningens förslag påverkar inte personer med annan etnisk eller kulturell bakgrund än svensk på något särskilt sätt. Förslagen har inte heller någon särskild konsekvens för personer med utländsk utbildning eller yrkesbakgrund eller för någon som har bristande kunskaper i det svenska språket. Personer som direkt berörs eller påverkas av utredningens förslag, berörs och påverkas lika, oavsett etnisk eller kulturell bakgrund.

Förslagen kan dock indirekt ha en positiv inverkan på möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Detta genom att en generell ökning av tillgången till platser för verksamhetsförlagd utbildning bör öka möjligheterna till praktik även för personer med utländsk examen som behöver praktik för att få svensk legitimation.

10.14 Konsekvenser för Sveriges internationella åtaganden och förhållandet till EU-rätten

Det är utredningens bedömning att Sverige, med de förslag som läggs fram i utredningen, har bättre förutsättningar att uppfylla kraven på klinisk utbildning för sjuksköterskeutbildningen enligt EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv. Det råder sedan tidigare brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen och med utredningens förslag förväntas antalet platser öka. Det är av stor betydelse, eftersom lärosätena enligt utredningens enkätundersökning uppskattar att antalet veckor som studenter placeras i verksamhetsförlagd utbildning behöver öka med 35 procent för att uppfylla de rättsliga kraven.

⁴³ Se avsnitt 7.6.

10.15 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Utredningen bedömer inte att förslagen får några konsekvenser för brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet. Förslagen ger inte upphov till några nya tillfällen att begå brott och påverkar inte heller möjligheterna till ett effektivt brottsförebyggande arbete.

10.16 Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Utredningens förslag medför kostnader för staten som kräver finansiering. Förslagen bedöms inte medföra några kostnader för regioner eller kommuner. Ekonomiska konsekvenser som hanteras inom befintliga ramar, utan behov av tillkommande finansiering, behandlas i respektive avsnitt ovan.

Utredningen bedömer de ekonomiska konsekvenserna av förslagen enligt nedan.

Tabell 10.3 Sammanställning av tillkommande kostnader för staten

Typ av kostnad	Kostnad, kr	Kommentar
Nationellt kansli	1 500 000	Årlig kostnad
Kanslier för regionala noder	7 500 000	Årlig kostnad
Utbildningsstödjande strukturer	80 000 000	Årlig kostnad
Utbildningsinfrastruktur	50 000 000	Årlig kostnad
Ersättning för resor och boende	6 000 000	Årlig kostnad
Förvaltning av nationellt it-stöd	5 000 000	Årlig kostnad
Forskarmeritering för sjuksköterskor	150 000 000	Årlig kostnad
Totalt per år	300 000 000	
Utveckling av it-stöd	37 000 000	Engångskostnad
Utveckling av handledarutbildning	1 000 000	Engångskostnad
Total engångskostnad	38 000 000	

Källa: Utredningens sammanställning.

Beräkningen av kostnaderna beskrivs i avsnitten nedan.

10.16.1 Kostnader för VULF-avtal

Utredningens bedömning är att staten långsiktigt behöver skjuta till ytterligare medel för att hindra för verksamhetsförlagd utbildning ska kunna avhjälpas. Det behövs för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i fler verksamheter i hälso- och sjukvården och därigenom möjliggöra fler utbildningsplatser på sjuksköterskeutbildningen. Medlen avser att finansiera:

- Nationellt kansli
- Kanslier för regionala noder
- Utbildningsstödjande strukturer inom hälso- och sjukvården
- Utbildningsinfrastruktur
- Ersättning för resor och boende för studenter
- Förvaltningskostnader för nationellt it-stöd
- Forskarstudier och postdoktoral meritering

Vid beräkning av kostnader relaterade till personella resurser (utöver lönekostnader) har utredningen använt sig av Tillväxtverkets schablonpåslag om 84 procent för semesterersättning, arbetsgivaravgifter, försäkringar, lokalkostnader och gemensamma kostnader.⁴⁴

Nationellt kansli

Det behövs vidare medel för att finansiera samordning och administrativa stödfunktioner för det nationella VULF-avtalet och för de regionala noderna för VULF. Utredningen har i avsnitt 10.6 Konsekvenser för andra myndigheter ovan utgått ifrån den nationella administrationen av ALF-avtalet, som sysselsätter ungefär en heltidsresurs, och gör bedömningen att motsvarande resurser behöver avsättas för den nationella VULF-administrationen. Utifrån antagandet om en månadslön på ungefär 50 000 kr blir lönekostnaden för den resursen cirka 600 000 kr per år.⁴⁵ Till detta kommer kostnader för arbetsgivaravgifter, försäkringar, lokaler och gemensam administration om ungefär 500 000 kr. Det nationella kansliet bör därutöver ha

⁴⁴ Tillväxtverket (2017) s. 16 och 31.

⁴⁵ Tillväxtverket (2023).

utrymme för kostnader relaterade till årliga seminarier och sammankomster för de regionala noderna samt för uppföljning av VULF-avtalet. Utredningen uppskattar dessa kostnader till 400 000 kr. Den totala kostnaden för ett nationellt kansli uppskattas därmed till ungefär 1,5 miljoner kr per år.

Kanslier för regionala noder

De sju lärosätena med medicinska fakulteter kommer att få ett utökat ansvar för samordning och administration i och med att de föreslås utgöra värdorganisationer för VULF-avtalets regionala noder. Utredningen bedömer att resurser motsvarande en heltidsresurs per medicinsk fakultet behöver avsättas, då en majoritet av avtalsadministrationen i och med VULF-avtalet kommer att hanteras på regional nivå. Med ovanstående antagande om 50 000 kr i månadslön för en administrativ resurs, innebär det en lönekostnad för den regionala administrationen om totalt 4,2 miljoner kr per år. Till detta kommer kostnader för arbetsgivaravgifter, försäkringar, lokaler och gemensam administration om ungefär 3,5 miljoner kr. Den totala kostnaden för utökningen av de regionala kanslierna uppskattas därmed till ungefär 7,5 miljoner kr per år.

Utbildningsstödjande strukturer för hälso- och sjukvården

Utredningen föreslår att medel från VULF-avtalet ska kunna användas för att finansiera utbildningsstödjande strukturer inom hälso- och sjukvården, bland annat i form av studierektorer eller motsvarande, lokaler och viss utrustning, samt it-stöd. Inte minst är det viktigt att stärka de utbildningsstödjande strukturerna för att underlätta för kommuner och privata vårdgivare att medverka i verksamhetsförlagd utbildning. De utbildningsstödjande strukturerna kan etableras antingen inom en region, ett lärosäte eller hos kommuner eller privat vårdgivare i samverkan. Hur stödet lämpligen organiseras och inriktas bör utgå från regionala och lokala förhållanden och behov.

Enligt utredningens enkätundersökning behöver antalet veckor verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeutbildningen nationellt under ett år öka med ungefär 56 000⁴⁶ för att uppfylla kraven på

⁴⁶ Se avsnitt 4.7.3.

klinisk utbildning enligt yrkeskvalifikationsdirektivet och den utbyggnad av utbildningarna som lärosätena för närvarande planerar. Om en utbildningsstödjande resurs arbetar 46 veckor per år, och resursen i snitt kan planera, samordna och stödja cirka 15 placeringar (studenter och handledare) per arbetsvecka, kan en sådan resurs hantera ungefär 690 placeringar per år. Det innebär att det behövs en förstärkning motsvarande cirka 80 heltidsresurser för att planera, samordna och stödja de ytterligare 56 000 veckor verksamhetsförlagd utbildning som behövs.

Utredningen har jämfört det uppskattade resursbehovet med ett exempel från Örnsköldsviks kommun, som i samverkan med Umeå universitet hanterar verksamhetsförlagd utbildning för 30 studenter från termin två på sjuksköterskeprogrammet under tre veckor per termin (totalt 90 veckor per termin) och 12 studenter från termin sex som har verksamhetsförlagd utbildning i totalt 12 veckor varje termin (totalt 144 veckor per termin). Det innebär att kommunen under ett år hanterar ungefär 470 veckor verksamhetsförlagd utbildning. Därutöver tar kommunen ibland emot studenter från andra lärosäten. Denna volym verksamhetsförlagd utbildning hanteras i Örnsköldsviks kommun av en heltidsresurs.⁴⁷

Utifrån antagandet om en månadslön på 44 000 kr (se avsnittet ovan) innebär det en lönekostnad om ungefär 42 miljoner kr per år, för 80 heltidsresurser. Till lönekostnaderna kommer kostnader för arbetsgivaravgifter, försäkringar, lokaler och gemensam administration om cirka 35 miljoner kr, vilket ger en total kostnad om uppskattningsvis 80 miljoner kr per år.

Utbildningsinfrastruktur

Utredningen föreslår att 50 miljoner kr ska avsättas för satsningar på utbildningsstödjande infrastruktur, i form av exempelvis lärandemiljöer och kliniska träningscentra. Dessa medel kan även användas till hyra av lokaler och investeringar i utrustning som stödjer verksamhetsförlagd utbildning.

⁴⁷ E-postmeddelande från huvudhandledare i Örnsköldsviks kommun den 20 november 2023.

Ersättning för resor och boende för studenter

Utredningen har kontaktat ett antal lärosäten för att inhämta information om hur de hanterar ersättning av studenternas merkostnader för resor och boende vid verksamhetsförlagd utbildning. Av de lärosäten som tillfrågats uppger Malmö universitet och Högskolan i Skövde att de inte betalar någon rese- eller boendeersättning till studenterna. Umeå universitet, Uppsala universitet, Mittuniversitetet och Luleå tekniska högskola betalar ersättning, men med olika villkor.

Vid Luleå tekniska universitet får studenterna ersättning för boende utanför studieorten med ett schablonbelopp om 1 225 kr per vecka och student. Om hyreskostnaden är lägre ersätts den faktiska kostnaden. Någon ersättning för resekostnader betalas inte ut.⁴⁸ Läsåret 2022–2023 betalade Luleå tekniska universitet ut totalt ungefär 520 000 kr i boendeersättning till 110 studenter på grundutbildningen till sjuksköterska, utbildningen till röntgensjuksköterska och specialistsjuksköterskeutbildningarna. Det innebär ett genomsnitt på cirka 4 700 kr i ersättning per student och att ungefär 20 procent av studenterna får ersättning för merkostnader för boende under verksamhetsförlagd utbildning.⁴⁹

Omkring tolv procent av studenterna vid Institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet erhåller varje år ersättning för rese- eller boendekostnader vid verksamhetsförlagd utbildning. Den genomsnittliga ersättningen som varje student erhöll år 2023 var ungefär 2 300 kr.⁵⁰ Umeå universitet ersätter studenterna med maximalt 3 500 kr för boendekostnader (2023 års siffror).⁵¹ Kostnader för resor utanför tätort ersätts i sin helhet, men utifrån priset för billigaste kollektiva färdstätt eller som ersättning för egen bil.⁵²

Mittuniversitetet betalar ersättning för både resor och boende vid verksamhetsförlagd utbildning. Studenten får själv betala 137,50 kr per vecka i resekostnader, och ersätts därefter med upp till 375 kr per vecka. Ersättning för boende betalas med maximalt 375 kr per vecka.⁵³ Ungefär fyra procent av studenterna vid Mittuniversitetet erhåller

⁴⁸ Luleå tekniska universitet (2023).

⁴⁹ E-postmeddelande från VFU-strateg vid Luleå tekniska universitet den 1 december 2023.

⁵⁰ E-postmeddelande från VFU-strateg vid Umeå universitet den 28 november 2023.

⁵¹ Umeå universitet (2023 c).

⁵² Umeå universitet (2023 a).

⁵³ Mittuniversitetet (2023).

ersättning. Den genomsnittliga ersättningen per student var 2023 ungefär 1 900 kr.⁵⁴

Studenter vid Uppsala universitet, som kan genomgå utbildning till sjuksköterska i Uppsala eller i Visby, får ersättning med minst 75 procent av rese- och boendekostnaderna.⁵⁵ Under 2022 gjordes 284 utbetalningar, till ungefär 46 procent av studenterna i Uppsala. Samtliga ersättningar gällde resekostnader, och den genomsnittliga ersättningen per student var 727 kr. Till studenter vid studieort Visby gjordes totalt 22 utbetalningar till uppskattningsvis 24 procent av det totala antalet studenter. Den genomsnittliga utbetalningen i Visby var 1 856 kr. Samtliga utbetalningar avsåg reseersättning. Det genomsnittliga beloppet i Visby är högre än i Uppsala till följd av att en större andel bilersättning har betalats ut i Visby, då det inte finns samma möjligheter att använda allmänna kommunikationsmedel.⁵⁶

Att uppskatta det totala behovet av ersättning för rese- och boendekostnader vid verksamhetsförlagd utbildning är svårt. Det är svårt att uppskatta var utökningen av platser kommer att ske och att bedöma hur studenterna kommer att förhålla sig till platser på större avstånd. Olika platser i landet har också olika boendekostnader och olika reseförutsättningar, och olika delar av landet är olika tätt befolkade. Utredningen har försökt uppskatta kostnaderna baserat på ovanstående stickprov bland lärosätena. Andelen studenter som erhåller ersättning varierar mellan 4 och 20 procent bland de lärosäten som ger ersättning för både resor och boende. Mönstret är att studenter på lärosäten i de norra landsdelarna oftare behöver göra verksamhetsförlagd utbildning så långt ifrån studieorten att de är berättigade till rese- eller boendeersättning. Det verkar vara ovanligare längre söderut, förutom i glesare befolkade områden som Gotland. Behovet av att utöka antalet platser och gemensamma villkor för ersättning i hela landet kan dock göra att det blir vanligare att behovet av ersättning uppstår. Utredningen har därför antagit att tio procent av studenterna på grundutbildningen till sjuksköterska eller på någon av utbildningarna till specialistsjuksköterska har behov av ersättning, antingen för ökade resekostnader för dagspendling eller för dubbla boendekostnader under verksamhetsförlagd utbildning. Totalt är det

⁵⁴ E-postmeddelande från ställföreträdande prefekt i omvårdnad vid Mittuniversitetet den 4 december 2023.

⁵⁵ Uppsala universitet (2015).

⁵⁶ E-postmeddelande från ordförande i programkommittén för sjuksköterskeprogrammen vid Uppsala universitet den 12 december 2023.

ungefär 19 500 registrerade studenter på något av de programmen under ett år.⁵⁷ Den ersättning som betalas ut i dag varierar mellan 1 900 kr och 4 700 kr per student och år. Utredningen utgår i beräkningen ifrån att den genomsnittliga ersättningen som betalas kommer att uppgå till 3 000 kr. Det innebär en total kostnad om ungefär 6 miljoner kr per år.

Förvaltningskostnader för nationellt it-stöd

De årliga kostnaderna för förvaltning, drift och vidareutveckling av ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning har uppskattats till drygt 11 miljoner kr per år.⁵⁸ Utredningen föreslår att statliga medel via VULF-avtalet finansierar förvaltningskostnaderna med minst 5 miljoner kr per år.

Forskarmeritering för sjuksköterskor

Medel från VULF-avtalet ska kunna användas för att finansiera forskarstudier för grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. Medlen ska även kunna användas för postdoktoral meritering för sjuksköterskor med doktorsexamen. Tanken är att sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor som genomgår forskarutbildning ska behålla sin grundlön under studietiden och att arbetsgivaren kompenseras för kostnaderna. När det gäller medlen för postdoktoral meritering är tanken att de ska tilldelas lärosäten för att möjliggöra finansiering av fler tidsbegränsade tjänster som postdoktor eller biträdande lektor.

Utredningen bedömer att 150 heltidsresurser som under ett år genomgår forskarutbildning eller postdoktoral meritering är en lämplig volym för att möta det långsiktiga behovet av vetenskapligt meriterade lärare och handledare. Den genomsnittliga månadslönen för grundutbildade sjuksköterskor var 41 100 kr år 2022. Motsvarande månadslön för specialistsjuksköterskor varierar mellan 41 100 kr och 46 800 kr beroende på inriktning.⁵⁹ Genomsnittlig grundlön för forskarassistenter (postdoktorer) var 40 400 kr år 2022.⁶⁰ Utredningen har

⁵⁷ Universitetskanslersämbetet (2023 b).

⁵⁸ Se kapitel 7.

⁵⁹ Statistiska centralbyrån (2023 f).

⁶⁰ Statistiska centralbyrån (2023 g).

utgått från en snittlön om 44 000 kr per månad. Detta ger en årlig lönekostnad för 150 heltidsresurser om cirka 79,2 miljoner kr. Till detta kommer påslag för arbetsgivaravgifter, försäkringar, lokaler och gemensamma kostnader om ungefär 66,5 miljoner kr.

Slutligen behöver medel tillskjutas för vissa ytterligare kostnader relaterade till den forskning som ska bedrivas, till exempel rese- och konferenskostnader och kostnader för statistikuttag. Utredningen uppskattar dessa kostnader till 30 000 kr per år för varje heltidsresurs, totalt 4,5 miljoner kr.

Den totala kostnaden för satsningen på forskarstudier och post-doktoral meritering uppskattas mot bakgrund av ovanstående beräkningar till ungefär 150 miljoner kr per år. Beroende på ambitionsnivå kan omfattningen av denna satsning i antal resurser ökas eller minskas.

10.16.2 Övriga kostnader

Kostnad för utveckling av nationellt it-stöd

Kostnaden för att utveckla ett nationellt it-stöd har i utredningen uppskattats till cirka 37 miljoner kr. För att skapa incitament till att nyttja systemet, har utredningen föreslagit att den initiala utvecklingskostnaden ska finansieras av regering och riksdag. Det innebär en tidsbegränsad kostnad om 37 miljoner kr för staten.

Kostnad för utveckling av handledarutbildning

Utredningen uppskattar att 1 miljon kr behöver avsättas för utveckling av en utbildningsguide för en generisk modulbaserad handledarutbildning på grundnivå.

10.16.3 Finansiering av tillkommande kostnader för staten

Utredningen anser att kostnaderna för VULF-avtalet i betydande utsträckning kan finansieras genom att förlänga och styra om befintligt statliga initiativ för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning.

Under 2022 och 2023 avsatte regering och riksdag totalt 250 miljoner kr per år till regioner och kommuner som under året utökade

antalet veckor verksamhetsförlagd utbildning för studenter på utbildning mot sjuksköterskeexamen. Medlen fördelades utifrån hur stor del av den totala ökningen av antalet veckor verksamhetsförlagd utbildning som aktuell kommun eller region stod för. Regioner och kommuner rapporterade själva uppgifter till Socialstyrelsen, som också ansvarade för fördelningen och utbetalningen av statsbidraget.⁶¹

Vidare avsattes 50 miljoner kr under år 2023 till universitet och högskolor för att öka tillgången till platser för verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeutbildningen.⁶² Några lärosäten har dessutom fått ta del av riktade medel för decentralisering av vårdutbildningar. I budgetpropositionen för år 2022 föreslogs att 20 miljoner kr per år skulle avsättas under åren 2022–2024.⁶³ För år 2022 fick fem lärosäten ta del av satsningen och år 2023 fördelades drygt 14 miljoner kr inom ramen för satsningen till fyra olika lärosäten.⁶⁴ Delar av de medlen avser ökade kostnader för verksamhetsförlagd utbildning till följd av decentraliseringen. Därutöver finns statliga satsningar på forskarskolor som även omfattar möjligheter för sjuksköterskor.⁶⁵

Utredningen föreslår i första hand att de 250 miljoner kr till regioner och kommuner och de 50 miljoner kr till lärosäten för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning förlängs och styrs om till finansieringen av ett VULF-avtal. Därigenom skapas mer långsiktiga förutsättningar för hälso- och sjukvårdsutbildning av god kvalitet och den statliga styrningen som i dag sker i parallella spår visavi sjukvårdshuvudmän respektive lärosäten samlas.

Utredningen föreslår vidare att nuvarande finansiering av ersättningen för deltagande i verksamhetsförlagd utbildning till vårdgivare består. Det innebär att lärosäten erhåller medel för detta inom ramen för den statliga ersättningen per helårsstudent och helårsprestation till lärosätena. VULF-avtalet ska således utgöra ett tillskott utöver den nuvarande statliga utbildningsersättningen till lärosätena.

Kostnaderna för utveckling och förvaltning av ett nationellt it-stöd för verksamhetsförlagd utbildning består dels av en initial investeringskostnad för utveckling av systemet, dels av en löpande förvaltningskostnad. Utredningen föreslår att regeringen finansierar utvecklingen av systemstödet genom ett tidsbegränsat anslag till Universitets- och

⁶¹ Regeringens beslut den 27 januari 2022 s. 41 och Regeringens beslut den 26 januari 2023 s. 38.

⁶² Regeringens beslut den 22 december 2022.

⁶³ Prop. 2021/22:1, utgiftsområde 16 s. 247 f.

⁶⁴ Prop. 2022/23:1, utgiftsområde 16 s. 202 ff.

⁶⁵ Se avsnitt 6.8.

högskolerådet. De löpande förvaltningskostnaderna föreslår utredningen fördelas mellan lärosäten och finansieras med medel inom VULF-avtalet och eventuellt lärosätenas ordinarie anslag.

10.17 Ikraftträdande och behov av information

Eftersom utredningen inte lägger fram några författningsförslag kan en tidpunkt för ikraftträdande av ett författningsförslag inte redovisas.

För att gå vidare med förslaget om ett VULF-avtal bör regeringen snarast möjligt utse en förhandlingsperson. Förslaget om att revidera yrkeskvalifikationsdirektivet avseende simulering och klinisk utbildning faller på regeringen att driva. För att gå vidare med förslaget om nationellt it-stöd bör regeringen snarast möjligt ge ett uppdrag och anvisa finansiering till Universitets- och högskolerådet för att utföra en fördjupad förstudie där bland annat författningsmässiga frågor bör beaktas. Övriga förslag kräver att regeringen beslutar om uppdrag till berörda myndigheter.

Informationsinsatser kommer att krävas riktade till samtliga regioner, kommuner och upphandlade privata vårdgivare samt till universitet och högskolor som bedriver utbildning till sjuksköterska och specialistsjuksköterska.

Källor och litteratur

Otryckta källor

- E-postmeddelande från enhetschef vid Koncernkontoret i Region Skåne den 12 oktober 2023.
- E-postmeddelande från enhetschef för utbildning och lärande i Region Skåne den 2 november 2023.
- E-postmeddelande från enhetschef vid Koncernkontoret i Region Skåne den 30 november 2023.
- E-postmeddelande från förbundschef vid Akademi Norr den 30 oktober 2023.
- E-postmeddelande från HR-strateg vid Koncernkontoret i Västra Götalandsregionen den 25 oktober 2023.
- E-postmeddelande från HR-strateg vid Koncernkontoret i Västra Götalandsregionen den 7 november 2023.
- E-postmeddelande från huvudhandledare i Örnköldsviks kommun den 15 november 2023.
- E-postmeddelande från huvudhandledare i Örnköldsviks kommun den 20 november 2023.
- E-postmeddelande från ordförande i programkommittén för sjuksköterskeprogrammen vid Uppsala universitet den 12 december 2023.
- E-postmeddelande från Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige den 12 oktober 2023.
- E-postmeddelande från studierektor för verksamhetsförlagd utbildning vid Region Sörmland den 19 oktober 2023.
- E-postmeddelande från ställföreträdande prefekt vid Mittuniversitetet den 4 december 2023.

E-postmeddelande från VFU-strateg vid Luleå tekniska universitet den 1 december 2023.

E-postmeddelande från VFU-strateg vid Umeå universitet den 28 november 2023.

Malmö universitet (2023). *Kliniskt lärarpar i kommunal vård*. Presentationsmaterial den 23 maj 2023.

Region Skåne. *Avtalsmall – Sjukvårdstjänster*. Version 2.4.6.

Region Stockholm. *Avtalsmall*, 2023-10-10.

Utredningens möte med Nationella vårdkompetensrådets arbetsgrupp för forskning och undervisning den 16 oktober 2023.

Utredningens möte med Regionala vårdkompetensrådet Södra den 24 maj 2023.

Utredningens möte med Sveriges universitets- och högskoleförbund, Arbetsgruppen för vårdkompetens den 15 september 2023.

Utredningens möte med Uddannelses- og Forskningsstyrelsen den 22 maj 2023.

Utredningens möte med Vetenskapsrådet den 10 november 2023.

Utredningens sammanställning av information om mervärdesskatt på VFU-tjänster av den 26 april 2023.

Utredningens samtal med företrädare för Bäckbacka Röbäck AB den 3 oktober 2023.

Utredningens samtal med regional verksamhetschef för SÄBO Norr, Attendo AB den 25 oktober 2023.

Utredningens samtal med professor Matts Olovsson vid Uppsala universitet den 16 november 2023.

Västra Götalandsregionen (2021). *Samverkan mellan kommunerna, regionen och lärosätena i Västra Götaland avseende verksamhetsförlagd utbildning inom akademisk vårdutbildning på grund- och avancerad nivå*. Presentationsmaterial den 16 augusti 2021.

Örnsköldsviks kommuns föredrag på Svensk sjuksköterskeförenings VFU-konferens i Umeå den 8 november 2023.

Tryckta källor

Offentligt tryck

Utskottsbetänkanden

Konstitutionsutskottets betänkande 1993/94:KU24 *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor.*

Konstitutionsutskottets betänkande 2009/10:KU19 *En reformerad grundlag.*

Konstitutionsutskottets betänkande 2010/11:KU4 *En reformerad grundlag (vilande grundlagsbeslut, m.m.).*

Lagutskottets betänkande 2003/04:LU3 *Lag om finansiell rådgivning till konsumenter.*

Miljö- och jordbruksutskottets betänkande 2008/09:MJU23 *Överlåtbara fiskerättigheter m.m.*

Socialutskottets betänkande 2000/01:SoU6 *Sjukhus med vinstsyfte.*

Socialutskottets betänkande 2003/04:SoU8 *Rökfria serveringsmiljöer m.m.*

Socialutskottets betänkande 2018/19:SoU5 *Bastjänstgöring för läkare.*

Socialutskottets betänkande 2019/20:SoU22 *Senarelagt införande av nationell läkemedelslista och bastjänstgöring för läkare.*

Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Utbildningsutskottets betänkande 1975:UbU17 *Utbildningsutskottets betänkande med anledning av propositionen 1975:9 om reformering av högskoleutbildningen m.m. jämte motioner.*

Utbildningsutskottets betänkande 1975/76:UbU27 *Utbildningsutskottets betänkande med anledning av propositionen 1975/76:100 såvitt gäller anslag till bidrag till viss vårddyrkesutbildning jämte motioner avseende sektorn för vårddyrkesutbildning.*

Utbildningsutskottets betänkande 1976/77:UbU20 *med anledning av propositionen 1976/77:59 om utbildning och forskning inom högskolan m.m. jämte motioner.*

Utbildningsutskottets betänkande 1981/82:UbU20 *om kommunal högskoleutbildning m.m. och om anslag till utbildning för vårddyrken, m.m. (prop. 1981/82:89 och prop. 1981/82:100).*

- Utbildningsutskottets betänkande 1988/89:UbU5
Vissa högskolefrågor.
- Utbildningsutskottets betänkande 1989/90:UbU21 *Anslag till utbildning för vårddyrken m.m.*
- Utbildningsutskottets betänkande 1990/91:UbU12 *Grundläggande högskoleutbildning.*
- Utbildningsutskottets betänkande 1993/94:UbU13
Vårdhögskolorna.
- Utbildningsutskottets betänkande 1999/2000:UbU1
Utgiftsområde 16. Utbildning och universitetsforskning.
- Utbildningsutskottets betänkande 2000/01:UbU17
Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.
- Utbildningsutskottets betänkande 2005/06:UbU3
Ny värld – ny högskola.
- Utbildningsutskottets betänkande 2020/21:UbU16 *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*
- Utbildningsutskottets betänkande 2020/21:UbU22 *Dröjsmålstalan vid erkännande av yrkeskvalifikationer.*

Propositioner och regeringsskrivelser

- Prop. 1965:161 *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående anläggning av utbildningen av sjuksköterskor m.m.*
- Prop. 1970:1 *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående statsverkets tillstånd och behov under budgetåret 1970/71.*
- Prop. 1970:115 *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående utbetalning av ersättning för upplåtelse av vissa kommunala sjukhus för läkarutbildning och forskning.*
- Prop. 1971:30 *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om allmänna förvaltningsdomstolar, m.m.*
- Prop. 1971:44 *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående avtal om läkarutbildning vid kommande undervisningssjukhus m.m.*
- Prop. 1973:90 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.*

- Prop. 1974/93 *Kungl. Maj:ts proposition angående avtal om läkarutbildning vid kommunala undervisningssjukhus m.m.*
- Prop. 1975/9 *Regeringens proposition om reformering av högskoleutbildningen m.m.*
- Prop. 1976/77:59 *Regeringens proposition om utbildning och forskning inom högskolan m.m.*
- Prop. 1977/78:3 *Regeringens proposition om avtal om läkarutbildning vid kommunala undervisningssjukhus m.m.*
- Prop. 1978/79:197 *Regeringens proposition om vårdutbildning inom högskolan.*
- Prop. 1981/82:89 *Regeringens proposition om kommunal högskoleutbildning m.m.*
- Prop. 1981/82:97 *Regeringens proposition om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*
- Prop. 1981/82:106 *Regeringens proposition om forskning m.m.*
- Prop. 1983/84:129 *Regeringens proposition om bidrag till kommunala undervisningssjukhus.*
- Prop. 1984/85:28 *om uppgörelse med avtalsreglering för samarbete om läkarutbildning och forskning.*
- Prop. 1984/85:135 *Regeringens proposition om statlig driftersättning enligt samarbetsavtal om läkarutbildning och forskning m.m.*
- Prop. 1986/87:104 *Regeringens proposition om bidrag till undervisningssjukhus m.m.*
- Prop. 1986/87:144 *Regeringens proposition om överenskommelse om statlig driftersättning för läkarutbildning och forskning, m.m.*
- Prop. 1990/91:100 *Regeringens proposition med förslag till statsbudget för budgetåret 1991/92.*
- Prop. 1992/93:1 *Regeringens proposition om universitet och högskolor – frihet för kvalitet.*
- Prop. 1993/94:117 *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor.*
- Prop. 1993/94:150. *Förslag till slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1994/95, m.m.*
- Prop. 1993/94:177 *Utbildning och forskning.*
- Prop. 1993/94:188 *Lokal demokrati.*

- Prop. 1995/96:176 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1996/97:5 *Forskning och samhälle.*
- Prop. 1999/2000:1 *Budgetpropositionen för 2000.*
- Prop. 2000/01:36 *Sjukhus med vinstsyfte.*
- Prop. 2000/01:71 *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.*
- Prop. 2001/02:1 *Budgetpropositionen för 2002.*
- Prop. 2001/02:80 *Demokrati för det nya seklet.*
- Prop. 2002/03:133 *Lag om finansiell rådgivning till konsumenter.*
- Prop. 2003/04:65 *Rökfria serveringsmiljöer.*
- Prop. 2004/05:162 *Ny värld – ny högskola.*
- Prop. 2004/05:89 *Behörigheten för läkare i enskild verksamhet, m.m.*
- Prop. 2008/09:160 *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten.*
- Prop. 2008/09:169 *Överlåtbara fiskerättigheter.*
- Prop. 2009/10:80 *En reformerad grundlag.*
- Prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn.*
- Prop. 2013/14:118 *Privata utförare av kommunal verksamhet.*
- Prop. 2014/15:15 *Upphävande av kravet på vårdvalssystem i primärvården.*
- Prop. 2015/16:44 *Genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet.*
- Prop. 2015/16:195 *Nytt regelverk om upphandling.*
- Prop. 2016/17:1 *Budgetpropositionen för 2017.*
- Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*
- Prop. 2016/17:50 *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.*
- Prop. 2016/17:180 *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag.*
- Prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*
- Prop. 2017/18:105 *Ny dataskyddslag.*
- Prop. 2017/18:179 *En sammanhållen politik för Sveriges landsbygder – för ett Sverige som håller ihop.*

- Prop. 2017/18:274 *Bastjänstgöring för läkare.*
- Prop. 2019/20:158 *Senarelagt införande av nationell läkemedelslista och bastjänstgöring för läkare.*
- Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*
- Prop. 2020/21:1 *Budgetpropositionen för 2021.*
- Prop. 2020/21:60 *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*
- Prop. 2020/21:96 *Dröjsmålstalan vid erkännande av yrkeskvalifikationer.*
- Skr. 2020/21:133 *Nationell strategi för hållbar regional utveckling i hela landet 2021–2030.*
- Prop. 2021/22:1 *Budgetpropositionen för 2022.*
- Prop. 2021/22:5 *Ett förenklat upphandlingsregelverk.*
- Prop. 2022/23:1 *Budgetpropositionen för 2023.*

Statens offentliga utredningar

- SOU 1948:17 *Betänkande angående utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal I.* 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen.
- SOU 1973:2 *Högskolan.* Betänkande av 1968 års utbildningsutredning.
- SOU 1974:84 *Stat och kommun i samverkan.* Betänkande av läsberedningen.
- SOU 1978:15 *Praktikfrågor – åtgärder i ett kort perspektiv.*
Delbetänkande från Utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan/VÅRD 77.
- SOU 1978:50 *Ny vårdutbildning.* Betänkande av Utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan/VÅRD 77.
- SOU 1981:9 *Enhetligt huvudmannaskap för högskolan. Förstatligande av de medellånga vårdutbildningarna.* Slutbetänkande av huvudmannakommittén.
- SOU 1993:12 *Vårdhögskolor. Kvalitet, utveckling, huvudmannaskap.* Slutbetänkande av Huvudmannaskapsutredningen.

- SOU 1993:40 *Fri- och rättighetsfrågor. Inkopporering av Europa-konventionen*. Delbetänkande av Fri- och rättighetskommittén.
- SOU 1994:132 *Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete*. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000.
- SOU 1995:5 *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.
- SOU 2008:109 *En hållbar lärarutbildning*. Betänkande av Utredningen om en ny lärarutbildning (HUT 07).
- SOU 2012:5 *Högskolornas föreskrifter*. Betänkande av Utredningen om högskolors föreskrifter.
- SOU 2014:19 *Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande*. Betänkande av Utredningen om genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet.
- SOU 2015:70 *Högre utbildning under tjugo år*. Betänkande av Utredningen om högskolans utbildningsutbud.
- SOU 2016:2 *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU 2017:35 *Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*. Slutbetänkande av 2015 års skolkommision.
- SOU 2018:19 *Forska tillsammans – samverkan för lärande och förbättring*. Betänkande av Utredningen om praktisknära skolforskning i samverkan.
- SOU 2018:39 *God och nära vård. En primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2018:77 *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*. Betänkande av Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar.
- SOU 2019:6 *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan*. Betänkande av Styr- och resursutredningen (Strut).
- SOU 2019:29 *God och nära vård. Vård i samverkan*. Delbetänkande av Utredningen samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2020:19 *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Delbetänkande av Utredningen samordnad utveckling för god och nära vård.

- SOU 2021:65 *Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur*.
Slutbetänkande av Utredningen om organisation, styrning
och finansiering av forskningsinfrastruktur.
- SOU 2022:35 *Tryggare i vårddyrket – en översyn av vissa frågor inom
utbildning till sjuksköterska och barnmorska*. Betänkande av
Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska.
- SOU 2022:41 *Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och
omsorg för äldre personer*. Betänkande av Utredningen om en
äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner.

Departementsserien

- Ds 1999:44 *Den ljusnande framtid är vård, Om vård och omsorg
– en arbetsmarknad i utveckling*.
- Ds 2023:23 *Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjuk-
vård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd*.

Riksdagens skrivelser

- Rskr. 1975:179.
- Rskr. 1975/76:331.
- Rskr. 1976/77:246.
- Rskr. 1990/91:355.
- Rskr. 1993/94:400.
- Rskr. 1999/2000:96.
- Rskr. 2000/01:123.
- Rskr. 2000/01:262.
- Rskr. 2005/06:160.
- Rskr. 2008/09:289.
- Rskr. 2009/10:304.
- Rskr. 2010/11:21.
- Rskr. 2018/19:50.
- Rskr. 2019/20:262.
- Rskr. 2020/21:61.
- Rskr. 2020/21:254.

Svenskt offentligt tryck i övrigt

- Dir. 1977:82 *Utredning om vårdutbildningen inom högskolan*. Kommittédirektiv.
- Dir. 1994:76 *En särskild utredare för förändrat huvudmannaskap för vårdutbildningarna*. Kommittédirektiv.
- Dir. 2013:104 *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Kommittédirektiv.
- Dir. 2017:27 *Ökad samverkan kring praktikinära forskning för stärkt vetenskaplig grund i skolväsendet*. Kommittédirektiv.
- Dir. 2017:86 *Specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar för framtidens hälso- och sjukvård*. Kommittédirektiv.
- Dir. 2021:26 *Översyn av kraven för sjuksköterskeexamen och barnmorskeexamen*. Kommittédirektiv.

Rättspraxis

Högsta förvaltningsdomstolen (HFD), tidigare Regeringsrätten

RÅ 2002 ref. 50.

RÅ 2006 ref. 26.

Övriga svenska domstolar och förvaltningsmyndigheter

Överklagandenämnden för högskolan, beslut den 31 augusti 2018, reg.nr 241-492-18.

Överklagandenämnden för högskolan, beslut den 16 maj 2014, reg.nr 241-248-14.

EU-domstolen, tidigare EG-domstolen

C-14/83, *Sabine von Colson och Elisabeth Kamann mot Land Nordrhein-Westfalen*, ECLI:EU:C:1984:153.

C-188/89, *A. Foster m.fl. mot British Gas plc.*, ECLI:EU:C:1990:313.

C-19/00 *SIAC Construction Ltd mot County Council of the County of Mayo*, EU:C:2001:553.

Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (Europadomstolen)

Anders Fredin v. Sweden, no. 18928/91, 12 oktober 1992.

Anheuser-Busch Inc. v. Portugal, no. 73049/01, 11 januari 2007.

Beyeler v. Italy, no. 33202/96, 5 januari 2000.

Greek Federation of Customs Officers. Nicolaos Gialouris, Georgios Christopoulos and 3,333 other Customs Officers v. Greece, no. 24581/94, 6 april 1995.

Malik v. The United Kingdom, no. 23780/08, 13 mars 2012.

N.K.M. v. Hungary, no. 66529/11, 14 maj 2013.

Peter Gratzinger & Eva Gratzingernova v. the Czech Republic, no. 39794/98, 10 juli 2001.

Tre Traktörer Aktiebolag v. Sweden, no. 10873/84, 7 juli 1989.

Van Marle, Van Zomeren, Flantua & De Bruijn v. The Netherlands, no. 8543/79; 8674/79; 8675/79; 8685/79, 26 juni 1986.

Riksdagens ombudsmän (JO)

JO 2009/10 s. 398.

JO 2015/16 s. 507.

Opublicerade beslut

JO, beslut den 25 maj 2010, dnr 3834-2009.

JO, beslut den 13 april 2015, dnr 681-2013.

JO, beslut den 6 december 2022, dnr 2445-2020.

Internationella källor

EU

Europeiska rådet

Europeiska rådet (2011). *Europeiska rådets slutsatser av den 23 oktober 2011*, EUCO 52/11, CO EUR 1, CONCL 5.

Europeiska kommissionen

Europeiska kommissionen (2011 a). *Grönbok om modernisering av direktivet om erkännande av yrkeskvalifikationer*, KOM(2011)367, slutlig av den 22 juni 2011, Bryssel.

Europeiska kommissionen (2011 b). *Meddelande från Kommissionen till Europaparlamentet, Rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén och regionkommittén av den 13 april 2011. Inre marknadsakten. Tolv åtgärder för att stimulera tillväxten och stärka förtroendet för inre marknaden, ”Gemensamma insatser för att skapa ny tillväxt”*, KOM (2011)206, slutlig, Bryssel.

Europeiska kommissionen (2019). Europeiska kommissionens beslut den 24 januari 2019, ärendenr. INFR(2018)2307. *Non-conformity of certain national provisions with the Professional Qualifications Directive 2005/36/EC as revised by Directive 2013/55/EU in Sweden*. 1 juni 2023.

Europeiska kommissionen (2020). Europeiska kommissionen, Generaldirektoratet för inre marknaden, industri, entreprenörskap samt små och medelstora företag, Ypma, P., Domínguez Gaitán, M., Ongono Pomme, A., Drevon, C. & Papadopoulos, I. *Mapping and assessment of developments of one of the sectoral professions under Directive 2005/36/EC : nurse responsible for general care : final study*, Publications Office, 2020. Europeiska kommissionen (2023 a). *European education area Quality education and training for all, 2023, Europeiska systemet för överföring av studiemeriter – ECTS*, <https://education.ec.europa.eu/sv/education-levels/higher-education/inclusive-and-connected-higher-education/european-credit-transfer-and-accumulation-system> (besökt 2023-12-14).

Europeiska kommissionen (2023 b). *Europeiska kommissionens beslut den 1 juni 2023*, INFR(2018)2307.

Europaparlamentet

Europaparlamentet (2011). *Europaparlamentets resolution av den 15 november 2011 om tillämpningen av direktivet om yrkeskvalifikationer 2005/36/EG (2011/2024(INI)), (2013/C 153 E/03)*.

Litteratur

- Asplund, I. (2021). *Den enskildes rättssäkerhet i individnära tillsyn*. Diss. Umeå: Umeå universitet, 2021.
- Bengtsson, M., Stenberg, M. & Carlson, E. (2013). *Utvärdering av studentaktivt lärande i verksamhetsförlagd utbildning: peer learning och patientfokuserad handledning*. Högre utbildning 3(1): 53–56.
- Bexhed, J.-M. och Thorstensson, A. (2018). *Näringsfrihet och vinstbegränsning*. Svensk Juristtidning 2018: 128–152.
- Boud, D., Cohen, R. and Sampson, J. (1999). *Peer Learning and Assessment*. Assessment & Evaluation in Higher Education, 24: 413–426.
- Bremdal, P. (2014). *Är RF 1 kap. 2 § bara tomma ord? – Några tankar om målsättningsstadgandet i RF i Åhman, K. (red.) (2014). Regeringsformen 40 år 1974–2014*. Uppsala: Iustus.
- Carlson, E. (2010). *Sjuksköterskan som handledare: innehåll i och förutsättningar för sjuksköterskors handledande funktion i verksamhetsförlagd utbildning – en etnografisk studie*. Diss. Malmö: Malmö högskola, 2010.
- Carlson, E., Stenberg, M., Lai, T., Reisenhofer, S., Chan, B., Cruz, E., Leung, D., Wong, A. & Chan, E. A. (2019). *Nursing students' perceptions of peer learning through student-led cross cultural webinars. A qualitative study*. Journal of Advanced Nursing, 75(7): 1518–1526.

- Carlson, E. (2022). *Peer learning och strukturerade läraktiviteter* i Sandvik, A.-H. & Ekebergh, M. (red.) (2022). *Studenthandledning i vårdande verksamhet: teoretiska utgångspunkter och didaktiska metoder*. Första upplagan Stockholm: Liber.
- Danelius, H. (2015). *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis: en kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*. 5. [uppdaterade] uppl. Stockholm: Norstedts juridik.
- Ekebergh, M. (2018). *Att lära sig vårda: med hjälp av reflexion och handledning*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Ekebergh, M. & Määtä, S. (2005). *Lärandet på en utbildningsvårdsavdelning – att sammanbinda vårdvetenskaplig teori med vårdpraxis*. Forskningsrapport, Institutionen för Vårdvetenskap: Högskolan i Borås. Rapport nr 1.
- Gummesson, C., Alm, S., Cederborg, A., Ekstedt, M., Hellman, J., Hjelmqvist, H., Hultin, M., Jood, K., Leanderson, C., Lindahl, B., Möller, R., Rosengren, B., Själander, A., Svensson, P. J., Särnblad, S. & Tejera, A. (2023). *Entrustable professional activities (EPAs) for undergraduate medical education – development and exploration of social validity*. BMC Medical Education 23, 635 e-publ.
- Gustavsson, M., Bivall, A.-C. & Lindh Falk, A. (2021). *Verksamhetsförlagd utbildning: – mellan högskola och vård- och omsorgsgivare*. Linköpings universitet, rapport.
- Henderson A., Twentyman M., Heel, A. & Lloyd, B. (2006). *Students' perception of the psycho-social clinical learning environment: an evaluation of placement models*. Nurse Education Today.26(7): 564–71.
- Islamoska J. (2014). *Kliniska lärarpar: Malmömodellen för pedagogisk handledning i verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för sjuksköterskestudenter*. Malmö högskola, Hälsa och samhälle.
- Karlsson, P., Zetterman, A. & Sandvik, A.-H. (2022). *KUVO – en modell för vårdande och lärande i kommunal hemsjukvård* i Sandvik, A.-H. & Ekebergh, M. (red.) (2022). *Studenthandledning i vårdande verksamhet: teoretiska utgångspunkter och didaktiska metoder*. 1. uppl. Stockholm: Liber.

- Kong, L.-N., Qin, B., Zhou, Y., Mou, S., Gao, H.-M. (2014). *The effectiveness of problem-based learning on development of nursing students' critical thinking: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Nursing Studies, 51(3): 458–469.
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Kourkouta, L., Papathanasiou, I.V., Iliadis C., Fratzana A. & Panagiotou A. (2021). *Simulation in Clinical Nursing Education*. Acta Inform Med. Mar;29(1): 15–20.
- Lau, S. T., Ang, E., Samarasekera, D. D. & Shorey, S. (2020). *Development of undergraduate nursing entrustable professional activities to enhance clinical care and practice*. Nurse education today vol. 87, 104347.
- Lee, J. & Oh, P.-J. (2015). *Effects of the Use of High-Fidelity Human Simulation in Nursing Education: A Meta-Analysis*. Journal of Nursing Education, 54(9): 501–507.
- Lerwall, L. (2016). *JO:s tillsyn över privata utförare av offentlig förvaltningsuppgift – särskilt fristående skolor* i Flodgren, B., Strömberg, S., Kugelberg, C., Asp, P., Eka, A., Flodgren, B. & Mellqvist, M. (red.) (2016). *Svensk juristtidning 100 år*. 1. uppl. Uppsala: Iustus förlag.
- Li, Y.Y., Au, M.L., Tong, L.K., Ng, W.I. & Wang S.C. (2022) *High-fidelity simulation in undergraduate nursing education: A meta-analysis*, Nurse Education Today, vol. 111, 105291.
- Marcusson, L. (2009). *Gränslös tillsyn? JO som extraordinärt tillsynsorgan på universitets- och högskoleområdet* i Ekroth, J. & Swanström, K. (red.) (2009). *JO – lagarnas väktare*. Stockholm: Riksdagens ombudsmän – JO i samarbete med Riksbankens jubileumsfond.
- Mogensen, E., Thorell-Ekstrand, I. & Löfmark, A. (2010). *Klinisk utbildning i högskolan: perspektiv och utveckling inom verksamhetsförlagd utbildning*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Nordin, J. & Pettersson, M. (2008). *Egendoms skyddet enligt Europakonventionen; Vad skyddas och hur kränks det? En studie av rättspraxis under senare år*. Europarättslig Tidskrift, 4: 1018–1028.
- Nyoni, C. N., Dyk, L. H. & Botma, Y. (2021). *Clinical placement models for undergraduate health professions students: a scoping review*. BMC Medical Education 21(1), 598, e-publ.

- O'Connor, A., Cahill, M. & McKay, E. A. (2012). *Revisiting 1:1 and 2:1 clinical placement models: Student and clinical educator perspectives*. Aust Occup Ther J, 59: 276–283.
- Oh P.-J., Jeon, K. D. & Koh, M. S. (2015). *The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis*. Nurse Educ Today, May;35(5): 6–15.
- Pilhammar Andersson, E. (1997). *Handledning av sjuksköterskestuderande i klinisk praktik*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Rosengren, B., Dahlin, M., Hellman, J., Cederborg, A., Ekstedt, M., Särnblad, S., Alm, S. & Gummesson, C. (2019). *Tio »väsentliga aktiviteter« framtagna för läkarprogrammen*. Läkartidningen, 47.
- Rosengren, B., Möller, R., Hellman, J., Jood, K., Ekstedt, M., Särnblad, S., Alm, S. & Gummesson, C. (2019). *EPA – en modell för att träna och bedöma dagligt läkarjobb*. Läkartidningen, 19–20.
- Sandvik, A.-H. (2022). *Vad är handledning?* i Sandvik, A.-H. & Ekebergh, M. (red.) (2022). *Studenthandledning i vårdande verksamhet: teoretiska utgångspunkter och didaktiska metoder*. 1. uppl. Stockholm: Liber.
- Sandvik, A.-H. & Wüstenhagen, E.-B. (2022). *Utbildningsvårdsavdelningar som lärandemiljö* i Sandvik, A.-H. & Ekebergh, M. (red.) (2022). *Studenthandledning i vårdande verksamhet: teoretiska utgångspunkter och didaktiska metoder*. 1. uppl. Stockholm: Liber.
- Shorey, S., Lau, T. C., Lau, S. T. & Ang, E. (2019). *Entrustable professional activities in health care education: a scoping review*. Medical education, vol. 53/8: 766–777.
- Silén, C. (2013 a). *Lärande inom medicin- och vårdområdet* i Silén, C. & Bolander Laksov, K. (red.) (2013). *Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Silén, C. (2013 b). *Lärande i verksamhetsförlagd utbildning* i Silén, C. & Bolander Laksov, K. (red.) (2013). *Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Staun, M., Bergström, B. & Wadensten, B. (2010). *Evaluation of a PBL strategy in clinical supervision of nursing students: patientcentred training in student-dedicated treatment rooms*. Nurse Education Today, Oct;30(7): 631-7.

- Stenberg, M. & Carlson, E. (2015). *Swedish student nurses' perception of peer learning as an educational model during clinical practice in a hospital setting an evaluation study*. BMC Nursing, vol. 14, 48.
- Topping, K. J. (2005) *Trends in Peer Learning*, Educational Psychology, 25(6): 631–645.
- Åhman, K. (2017–2018). *Ett äganderättsligt perspektiv på förslaget om rörelseresultatbegränsning (vinstbegränsning) för vissa näringsidkare*, Juridisk Tidskrift: 525–544.

Övrigt material

- Avtal mellan Stockholms läns landsting och Karolinska institutet av den 1 januari 2016*, dnr LS 1411–1389, KI 5-140/1015.
- Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården*.
- Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av tandläkare, odontologisk forskning och utveckling av tandvården*, dnr U2004/3405/UH (dnr B6 3789/04).
Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVa),
<http://www.diva-portal.org/> (besökt 2023-12-02).
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023 a)
<https://www.esel.pt/en> (besökt 2023-12-01).
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023 b)
<https://www.esel.pt/en/node/7414> (besökt 2023-12-01).
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (c–g)
<https://www.esel.pt/node/6930> (besökt 2023-12-01).
https://academicos.esel.pt/netpa/doc?stage=FichaUnidadeCurricular&_event=publicacaoFUC&anoLectivo=202324&codeDiscip=7002423&modeloId=10&codePeriodo=&codeCurso=9500&codePlano=&codeRamo=&publica=true&codInstituic=7002&docIsAttachment=false&popup_mode=true
(besökt 2023-12-01).

- https://academicos.esel.pt/netpa/doc?stage=FichaUnidadeCurricular&_event=publicacaoFUC&anoLectivo=202324&codeDiscip=7002424&modeloId=10&codePeriodo=&codeCurso=9500&codePlano=&codeRamo=&publica=true&codInstituic=7002&docIsAttachment=false&popup_mode=true,
(besökt 2023-12-01).
- https://academicos.esel.pt/netpa/doc?stage=FichaUnidadeCurricular&_event=publicacaoFUC&anoLectivo=202324&codeDiscip=7002425&modeloId=10&codePeriodo=&codeCurso=9500&codePlano=&codeRamo=&publica=true&codInstituic=7002&docIsAttachment=false&popup_mode=true
(besökt 2023-12-01).
- https://academicos.esel.pt/netpa/doc?stage=FichaUnidadeCurricular&_event=publicacaoFUC&anoLectivo=202324&codeDiscip=7002426&modeloId=10&codePeriodo=&codeCurso=9500&codePlano=&codeRamo=&publica=true&codInstituic=7002&docIsAttachment=false&popup_mode=true
(besökt 2023-12-01).
- Finansministeriet m.fl. (2020). *Appendiks 5A. Veje till flere hænder. Task force om social- og sundhedsmedarbejder.*
https://fm.dk/media/18061/veje_til_flere_haender-task_force_om_social-_og_sundhedsmedarbejdere_web_a.pdf
(besökt 2023-12-16).
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Beslut avseende begränsningar i utbildningssektorn av den 16 mars 2020*, dnr 01499–2020.
- Forskarskolan för yrkesverksamma i socialtjänsten.
<https://forskarskolanfys.se/om-forskarskolan/> och
<https://forte.se/om-forte/sarskilda-satsningar/tillampad-valfardsforskning/finansierad-forskning-inom-programmet-tillampad-valfardsforskning/forskarskola/> (besökt 2023-12-16).
- Forskarskolan i hälsovetenskap. <https://ki.se/nvs/forskarskolan-i-halsovetenskap-fih> (besökt 2023-12-16).
- Fust, Ann (2019). *Organisation och styrning av Ladok – översyn.*
<https://ladok.se/wp-content/uploads/2019/10/Rapport-Organisation-och-styrning-av-Ladok.pdf> (besökt 2023-12-22).

Göteborgs universitet (2018). *Utbildningsplan biomedicinska analytikerprogrammet*, M1BMA, fastställt: 2018-06-20, dnr 2018/339.

Helsedirektoratet (2023). *Regelverk*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/autorisasjon-og-lisens/regelverk>
(besökt 2023-04-25).

Hängavtal till regionalt ALF-avtal mellan Umeå universitet och Region Västerbotten, dnr FS. 1.6.1-1253-21.

Högskoleverkets och Universitetskanslersämbetets årsrapporter för budgetåren 2009–2021.

Høgskulen på Vestlandet (2023 a)

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/sykepleie/>
(besökt 2023-05-15).

Høgskulen på Vestlandet (b–i)

<https://www.hvl.no/student/praksis/helseogsosial/Sjukepleie/#>
(besökt 2023-11-30).

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2023/SYKB120P> (besökt 2023-12-01).

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2023/sykb220p> (besökt 2023-12-01).

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2023/sykb230p> (besökt 2023-12-01).

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2023/sykb250> (besökt 2023-12-01).

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2023/sykb330p> (besökt 2023-12-01).

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2023/sykb320p> (besökt 2023-12-01).

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2023/sykb360p> (besökt 2023-12-01).

Inera AB (2023). *Ineras uppdrag*. <https://www.inera.se/om-inera/ineras-uppdrag> (besökt 2023-12-14).

Jisc (a). *About us*. <https://www.jisc.ac.uk/about-us>
(besökt 2023-12-14).

- Jisc (b). *How we are funded*. <https://www.jisc.ac.uk/about-us/how-we-are-funded> (besökt 2023-12-14).
- Jisc (c). *How we can help*. <https://www.jisc.ac.uk/> (besökt 2023-12-14).
- Karolinska institutet (2014). *Utbildningsplan arbetsterapeutprogrammet*, 1AR15, fastställd 2014-11-27, reviderad 2021-11-10, dnr 3-4791/2021.
- Karolinska institutet (2021). *Utbildningsplan läkarprogrammet*, 2LA21, fastställd: 2021-02-11, reviderad: 2021-11-10, dnr 3-4796/2021.
- Karolinska institutet (2023). *Stepping stone-kurser: Högskolepedagogik i VIL/VFU*. <https://medarbetare.ki.se/stepping-stone-kurser-hogskolepedagogik-i-vilvfu> (besökt 2023-11-20).
- Kunnskapsdepartementet (2017). *Digitaliseringsstrategi för universitets- og høyskolesektoren 2017–2021*.
- Kunnskapsdepartementet (2021). *Strategi for digital omstilling i universitets- og høyskolesektoren 2021–2025*.
- Kunnskapsdepartementet (2022 a). *Tildelingsbrev 2023 til Sikt – Kunnskapssektorens tjenestelevereandør*.
- Kunnskapsdepartementet (2022 b). *Virksomhets- og økonomiinstruks for Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir)*.
- Ladokkonsortiet (2022). *Konsortialavtal 2023–2025*. <https://ladok.se/wp-content/uploads/2022/11/KONSORTIALAVTAL.pdf> (besökt 2023-12-22).
- Ladokkonsortiet (2023). *Ladokkonsortiet och Ladok*. <https://ladokkonsortiet.se/om-oss/ladokkonsortiet-och-ladok> (besökt 2023-12-29).
- Laurea ammattikorkeakoulu (2023 a). https://www.laurea.fi/en/degree_programmes/social-services-and-nursing/nursing/ (besökt 2023-07-06).
- Laurea ammattikorkeakoulu (2023 b). <https://ops.laurea.fi/212701/en/68081/206679/2095> (besökt 2023-07-06).

- Linköpings universitet (2017). <https://liu.se/artikel/simulering-vid-clinicum> (besökt 2024-01-03).
- Luleå tekniska universitet (2023). *Boende och bidrag vid VFU*. <https://www.ltu.se/student/Studera/Praktik-och-VFU/Vardutbildningar/VFU-regler-och-rutiner/Boende-och-bidrag-vid-VFU-1.88204> (besökt 2023-12-15).
- L-Università ta' Malta (2023). <https://www.um.edu.mt/courses/overview/ubschnur9-2023-4-o/> (besökt 2023-07-20).
- Malmö universitet (2022). *Utbildningsplan tandläkarprogrammet, OGTLY*, fastställt: 2022-12-21.
- Mittuniversitetet (2023). *Rese- och bostadsersättning för studenter i grund- och vidareutbildningar inom ämnet omvårdnad*. https://www.miun.se/globalassets/institutioner/hov/vfu-sidorna/instruktioner_reseersattning_from_-2023-04-24.pdf (besökt 2023-12-15).
- Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2013). *Statlig styrning av vård och omsorg genom prestationsbaserad ersättning*. Rapport 2013:8.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021). *Långt bort men nära. Kartläggning av primärvården i landsbygden*. Rapport 2021:11.
- Myndigheten för yrkeshögskolan, Arbetsförmedlingen, Svenska ESF-rådet, Skolverket, Universitetskanslersämbetet, Universitets- och högskolerådet, Tillväxtverket, Folkbildningsrådet (2022). *Lärcentra för kompetensförsörjning och livslångt lärande. Behovsinventering och analys*, dnr MYH 2021/6859.
- Mälardalsområdets Forskarskola i Vårdvetenskap. <https://ki.se/nvs/malardalsomradets-forskarskola-i-varldvetenskap-mof-v> (besökt 2023-12-21).
- Nationell klinisk slutexamination för sjuksköterskeexamen. <https://nkse.se/anslutna-larosaten/> (besökt 2023-12-16).
- Nationella samordningsgruppen för ULF (2021). *Slutredovisning av försöksverksamhet med praktknära forskning (ULF)*. Rapport sammanställd av Nationella samordningsgruppen för ULF, 2017–2021.

- Nationella vårdkompetensrådet (2023). Diskussionsunderlag om förslag på insatser till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, dnr 4.3-10609/2023 7.
- Nursing and Midwifery Board of Ireland (2023).
https://www.nmbi.ie/NMBI/media/NMBI/NMBI-Nurse-Registration-Programmes-Standards-and-Requirements-Fifth-Edition_1.pdf?ext=.pdf (besökt 2023-07-07).
- Principöverenskommelse om ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för landstingens vårdhögskoleutbildningar mellan svenska staten och Landstingsförbundet.*
- Regeringskansliet och Landstingsförbundet (1999). *Underlag för samtal kring vårdhögskolornas huvudmannaskap – en lägesrapport.* Promemoria av Regeringskansliet och Landstingsförbundet den 17 mars 1999, dnr U2000/1461/UH.
- Regeringens beslut den 27 april 2000, dnr U2000/1813/UH.
- Regeringens beslut den 9 mars 2017. *Uppdrag om försöksverksamhet med praktiktäna forskning*, dnr U2015/03573/UH och U2017/01129/UH.
- Regeringens beslut den 9 december 2021, dnr U2021/04624 (delvis) och U2021/4786.
- Regeringens beslut den 27 januari 2022. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*, dnr S2022/00607. Bilaga till regeringsbeslut den 27 januari 2022 nr I:2.
- Regeringens beslut den 26 augusti 2022, U2022/02845. *Uppdrag att ta fram ett underlag inför en omförhandling av ALF-avtalet* (U 2023:A). Regeringens beslut den 22 december 2022, dnr U2022/00528, U2022/01696 och U2022/01759 m.fl.
- Regeringens beslut den 26 januari 2023. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*, dnr S2023/00372. Bilaga till regeringsbeslut den 26 januari 2023 nr II:3.

Regeringskansliet (1999). *Underlag för samtal kring vårdhögskolornas huvudmannaskap – en lägesrapport*, promemoria av Regeringskansliet och Landstingsförbundet den 17 mars 1999, dnr U2000/1461/UH.

Regionalt avtal mellan Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen om samarbete kring grundutbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården av den 1 maj 2015.

Regionalt avtal mellan Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen om samarbete kring utbildning inom det odontologiska området, odontologisk forskning och utveckling av tandvård.

Regionalt avtal mellan Lunds universitet och Region Skåne om samarbete om grundutbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården av den 1 maj 2015.

Regionalt avtal mellan Umeå universitet och Region Västerbotten om samarbete om utbildning, särskilt av läkare och tandläkare, klinisk medicinsk forskning (inklusive odontologisk forskning) samt utveckling av hälso- och sjukvården och tandvården av den 31 maj 2022, UmU dnr FS 1.6.1-762-22, RV dnr RS 640-2022.

Regionalt avtal mellan Uppsala universitet och Landstinget i Uppsala län om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården av den 1 maj 2015, dnr CK 2015-0112, UFV 2014/1284.

Regionalt avtal om läkarutbildning och forskning (RALF 2015) Östergötland av den 1 maj 2015, dnr RS 2015-313.

Regionalt samverkansavtal mellan Örebro universitet och Region Örebro län om samarbete om medicinsk utbildning och forskning samt utveckling av hälso- och sjukvården av den 1 mars 2015, dnr 15R51243-4.

Remissvar till betänkandet SOU 2018:77. *Framtidens specialist-sjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*, dnr U2018/0421.9/UH.

Remissvar till betänkandet SOU 2020:19. *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, dnr S2020/02841 /FS.

Rīgas Stradiņa universitāte (2023).
<https://www.rsu.lv/studiju-programma/maszinibas>
 (besökt 2023-07-27).

- Riksrevisionen (2021) *Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning*. RIR 2021:1.
- Riksrevisionen (2023 a). *Informationssäkerhet vid universitet och högskolor – hanteringen av skyddsvärda forskningsdata*. RiR 2023:20, dnr 2022/0652.
- Riksrevisionen (2023 b). *Riksrevisionen granskar avhopp från högskolan*. <https://www.riksrevisionen.se/om-riksrevisionen/kommunikation-och-media/nyhetsarkiv/2023-11-08-riksrevisionen-granskar-avhopp-fran-hogskolan.html> (besökt 2023-12-18).
- Sikt Sikt – Kunnskapssektorens tenesteleverandör. <https://sikt.no/om-sikt> (besökt 2023-10-27).
- Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 a). <https://www.vysokeskoly.sk/katalog-vs/slovenska-zdravotnicka-univerzita-v-bratislave/fakulta-osetrovatelstva-a-zdravotnickych-odbornych-studii#/q/focus-303%7Cstudytype-none%7Cstudyform-none%7Csearch-none> (besökt 2023-12-01).
- Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 b). <https://eszu.sk/wp-content/uploads/OSE-Bc.pdf> (besökt 2023-12-01).
- Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 c). https://fz.tnuni.sk/uploads/media/Studijne_plany_OSET_DB_01.pdf (besökt 2023-12-04).
- Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 d). <https://eszu.sk/wp-content/uploads/2022/11/Vnutorny-predpis-o-klinickych-cviceniach-a-ine-na-FOaZOS-SZU.pdf> (besökt 2023-12-04).
- Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 e). <https://eszu.sk/wp-content/uploads/2022/11/Vnutorny-predpis-o-klinickych-cviceniach-a-ine-na-FOaZOS-SZU.pdf> (besökt 2023-12-04).
- Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (2023 f). https://eszu.sk/wp-content/uploads/FOaZOS_externi_partneri_prakt_vyucba.pdf (besökt 2023-12-04).

- Socialstyrelsen (2018). *Utvärdering av universitetssjukvård. Strukturer och processer*, dnr 2018-3-23.
- Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (2019). *Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov*. Socialstyrelsens artikelnummer 2019-8-6244, Universitetskanslersämbetets rapportnummer 2019:16.
- Socialstyrelsen (2020). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer*, dnr 2021-8-7496.
- Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022 b). *Kompetensförsörjning inom primärvården – Slutrapport*, dnr 2022:5.
- Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022 c). *Årlig redovisning för 2021*.
- Socialstyrelsen (2023). *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*.
- Statistiska centralbyrån (2020). *Privata företag utförde 17 procent av verksamheten inom vård, skola och omsorg 2020*.
<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finansier-for-den-kommunalsektorn/finansier-och-utforare-inom-varden-skolan-och-omsorgen/pong/statistiknyhet/finansier-och-utforare-inom-var-d-skola-och-omsorg-2020/> (besökt 2023-12-21).
- Statistiska centralbyrån (2022). *Sammanfattning av regionala utbildnings- och arbetsmarknadsprognoser – Med sikte på år 2035*.
- Statistiska centralbyrån (2023 a). *Genomströmning och resultat på grundnivå och avancerad nivå till och med 2021/22*.
<https://www.scb.se/publikation/50259> (besökt 2023-12-19).
- Statistiska centralbyrån (2023 b). *Branschnyckeltal efter näringsgren SNI 2007 och storleksklass och kvartil. År 2008–2021*.
<https://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/141235>
 (besökt 2023-12-15).
- Statistiska centralbyrån (2023 c). *Branschnyckeltal efter näringsgren SNI 2007 och storleksklass och kvartil. År 2008–2021*.
<https://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/141594>
 (besökt 2023-12-15).

- Statistiska centralbyrån (2023 d). *Forskande och undervisande personal fördelade efter forskningsämnesområde, forskningsämnesgrupp, kön och anställningskategori 2022*.
<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/hogskolevasende/personal-vid-universitet-och-hogskolor/> (besökt 2023-10-31).
- Statistiska centralbyrån (2023 e). *Genomsnittlig grundlön, kronor efter sektor, yrke (SSYK 2012), kön, ålder och år*.
<https://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/141514>
 (besökt 2023-12-14).
- Statistiska centralbyrån (2023 f). *Genomsnittlig månadslön, kronor efter sektor, Yrke (SSYK 2012), kön och år*.
<https://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/142686>
 (besökt 2023-12-14).
- Statistiska centralbyrån (2023 g). *Genomsnittlig grundlön, kronor efter sektor, yrke (SSYK2012), kön, ålder och år*.
<https://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/143954>
 (besökt 2023-12-28).
- Statistiska centralbyrån och Universitetskanslersämbetet (2011). *Standard för svensk indelning av forskningsämnen 2011 – Uppdaterad augusti 2016*.
- Sunet (a). *Anslutna organisationer*. <https://www.sunet.se/om-sunet/anslutna-organisationer> (besökt 2023-10-27).
- Sunet (b). *Om Sunet*. <https://sunet.se/om-sunet> (besökt 2023-10-27).
- Sunet (c). *Styrning*. <https://sunet.se/om-sunet/styrning> (besökt 2023-12-14).
- Sunet (d). *Tillgängliga, säkra och skalbara tjänster*.
<https://sunet.se/services> (besökt 2023-10-27).
- SURF (a). *Services offered by SURF*.
<https://www.surf.nl/en/services> (besökt 2023-12-14).
- SURF (b). *SURF Strategy 2022–2027 launched*.
<https://www.surf.nl/en/surf-magazine/surf-strategy-2022-2027-launched> (besökt 2023-12-14).
- Svensk förening för klinisk träning och medicinsk simulering, www.klinsim.se (besökt 2023-12-13).

- Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor (2010, reviderad 2021)
- Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. 2017, reviderad 2023.
<https://swenurse.se/download/18.5b9522411887c8d873d5c38a/1686557116681/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska.pdf> (besökt 2023-12-15).
- Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Verksamhetsstatistik 2011–2021*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2023 a). *Delägare Inera, ägarråd*.
<https://skr.se/skr/omskr/skrforetag/skrforetagab/bolagikoncernen/delagareineraagarrad.13485.html> (besökt 2023-10-27).
- Sveriges Kommuner och Regioner (2023 b). *Insatser för att utöka VFU*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2023 c). *Om SKR*.
<https://skr.se/skr/omskr.409.html> (besökt 2023-10-27).
- Sveriges Kommuner och Regioner (2023 d). *Valfrihetssystem i regioner, beslutsäge 2023*.
<https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/styrningledning/driftformer/valfrihetssystem/halsoochsjukvardvalfrihetssystem/valfrihetssystemregionerbeslutslage2023.33975.html> (besökt 2023-11-15).
- Sveriges Kommuner och Regioner Företag AB (2023). *Ägaröverenskommelse Inera*.
<https://www.inera.se/globalassets/inera/media/dokument/om-inera/ineras-uppdrag/agaroverenskommelse-inera.pdf> (besökt 2023-12-22).
- Sveriges universitets- och högskoleförbund (2023 a). *Direktiv till utredningen om framtidens e-infrastruktur för högre utbildning*, dnr SU-850-0052-23.
- Sveriges universitets- och högskoleförbund (2023 b). *Rekommendation om minsta antal timmar klinisk utbildning i sjuksköterskeutbildningen*, dnr SU-850-0025-23.
- Sveriges universitets och högskolors IT-chefsforum (2021). *En rationell hantering av programvaruförsörjning för svensk högre utbildning*. Rapport 2021-02-03 1.7.

- Sveriges universitets- och högskolors IT-chefsforum (2023).
ITCF i korthet.
<http://itcf.se/2018/10/24/itcf-i-korthet/> (besökt 2023-12-14).
- Tallinna Tervishoiu Kõrgkool (2021).
https://www.ttk.ee/sites/ttk.ee/files/Ode_18.05.2021_ENG.pdf
 (besökt 2023-09-28).
- Tallinna Tervishoiu Kõrgkool (2023 a).
<https://www.ttk.ee/en/history> (besökt 2023-07-27).
- Tallinna Tervishoiu Kõrgkool (2023 b).
<https://www.ttk.ee/en/general-nurse> (besökt 2023-07-27).
- Tillväxtverket (2017). *Ekonomiska effekter av nya regler*. Info 0696.
- Tillväxtverket (2023) *Räkna ut vad en anställd kostar*.
<https://www.verksam.se/alla-e-tjanster/rakna-ut/rakna-ut-vad-en-anstalld-kostar> (besökt 2023-10-27).
- Tillämpning av regionalt samverkansavtal och verksamhetsplan för TUA-kommittén 2014*, fastställd i Samverkansstyrelsen 2013-12-05.
- Trinity College Dublin (2019 a).
<https://nursing-midwifery.tcd.ie/undergraduate/bsc-cur/student-placement-information.php> (besökt 2023-04-25).
- Trinity College Dublin (2019 b).
<https://nursing-midwifery.tcd.ie/clinical-skills-centre/>
 (besökt 2023-05-08).
- UInNorth (2023). *Arbeten i glesbygd, Sjuksköterska*,
<http://uinnorth.se/arbeta/arbeta-i-glesbygd/sjukskoterska/sjukskoterskestudent/>
 (besökt 2023-02-19).
- ULF-avtal. *Utbildning, lärande och forskning. En nationell försöksverksamhet med fokus på samverkan mellan skolväsendet och universitet och högskolor om praktisknära forskning*.
- ULF-avtal (2023 a). www.ulfavtal.se (besökt 2023-12-16).
- ULF-avtal (2023 b).
<https://www.ulfavtal.se/nyheter/?tarContentId=1063842>
 (besökt 2023-12-01).
- Umeå universitet (2013). *Utbildningsplan apotekarprogrammet*,
 NGAPO, beslutad: 2013-05-20, reviderad: 2022-03-23,
 diarienummer FS 3.1.3-144-14.

- Umeå universitet (2013). *Utbildningsplan receptarieprogrammet*, FYREC, beslutad: 2013-06-10, reviderad: 2022-03-23, diarienummer FS 3.1.3-143-14.
- Umeå universitet (2014). *Utbildningsplan fysioterapeutprogrammet*, VYFYS, beslutad: 2014-03-20, reviderad: 2021-06-22, diarienummer: 3.1.3-334-17.
- Umeå universitet (2023 a). *Regel och handläggningsordning för praktik och studieresor vid medicinska fakulteten*, dnr FS 1.1-35-23.
- Umeå universitet (2023 b). *Sjuksköterskeprogrammet*, <https://www.umu.se/utbildning/program/sjukskoterskeprogrammet/> (besökt 2023-12-19).
- Umeå universitet (2023 c). *VIL – VFU/Klinisk praktik*. <https://www.aurora.umu.se/organisation-och-styrning/organisation/fakultetssidor/medicinsk-fakultet/utbildning/vfu/> (besökt 2023-12-15).
- Universitetskanslersämbetet (2021 a). *Prognoser för behovet av högskoleutbildade*, dnr 51-00199-21.
- Universitetskanslersämbetet (2021 b). *Vägledning för tematisk utvärdering av utbildning som leder till sjuksköterskeexamen*, dnr 411-00445-20.
- Universitetskanslersämbetet (2021 c). *Verksamhetsförlagd utbildning inom sjukvården under coronapandemin. En intervjustudie med företrädare för sjuksköterskeprogrammet och läkarprogrammet*. Rapport 2021:25.
- Universitetskanslersämbetet (2022 a). *Fler vägar till vårdyrken*. Rapport 2022:20.
- Universitetskanslersämbetet (2022 b). *Bedömargruppens yttrande. Tematisk utvärdering av utbildning som leder till sjuksköterskeexamen*, dnr 411-00253-21.
- Universitetskanslersämbetet (2023 a). *Högskolekollen*. https://www.uka.se/sitevision/proxy/vara-resultat/hogskolekollen/svid12_4744f462184a31a87f48b2/-1832717646//search/pages/1-3?ms=10788&q=&s=date-desc&_=1702564708844 (besökt 2023-12-14). Filtrerat på Sjuksköterskeexamen.

Universitetskanslersämbetet (2023 b). *Högskolan i siffror. Antal registrerade studenter på program VT2023.*

<https://www.uka.se/integrationer/hogskolan-i-siffror/statistik?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F26%2F%3Fyear%3DVT2023>
(besökt 2023-10-23).

Universitetskanslersämbetet (2023 c). *Högskolan i siffror.*

Antal förstahandssökande till yrkesexamensprogram HT2023.

<https://www.uka.se/integrationer/hogskolan-i-siffror/statistik?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F13%3Funiversity%3D1%26year%3DHT2023> (besökt 2023-12-12).

Universitetskanslersämbetet (2023 d). *Examenstillstånd.*

<https://www.uka.se/integrationer/examenstillstand>
(besökt 2023-12-29).

Universitetskanslersämbetet (2023 e). *Högskolan i siffror.*

Antal heltidsekvivalenter – hälsovetenskap 2022.

https://www.uka.se/integrationer/hogskolan-i-siffror/statistik?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F57%3Funiversity%3D1%26year%3D2022%26group_slug%3D95c1bc75c11323b38198eaa58a86666f464305b7 (besökt 2023-12-18).

Universitetskanslersämbetet (2023 f). *Högskolan i siffror.*

Antal doktorander HT2022.

<https://www.uka.se/integrationer/hogskolan-i-siffror/statistik?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F46%3Funiversity%3D1%26year%3DHT2022#> (besökt 2023-12-18).

Universitetskanslersämbetet (2023 g). *Högskolan i siffror.*

Antal doktorander (belårs) 2022.

<https://www.uka.se/integrationer/hogskolan-i-siffror/statistik?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F47%3Funiversity%3D1%26year%3D2022> (besökt 2023-12-14).

- Universitetskanslersämbetet (2023 h). *Högskolan i siffror. Antal doktorsexamina 2022*.
<https://www.uka.se/integrationer/hogskolan-i-siffror/statistik?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F49%3Funiversity%3D1%26year%3D2022> (besökt 2023-12-22).
- Universitets- och högskolerådet (2021). *Avgifter för 2022 avseende NyA-systemet*, dnr 4.2.2-00659-2021.
- Universitets- och högskolerådet (2022). *Systemstöd för universitet och högskolor*. <https://www.uhr.se/systemtjanster-for-larosaten/stodsystem-for-larosaten/> (besökt 2023-10-27).
- Universitets- och högskolerådet (2023 a). *Enskilda utbildningsanordnare*. <https://www.studera.nu/livet-som-student/lag-och-ratt/enskilda-utbildningsanordnare/> (besökt 2023-12-14).
- Universitets- och högskolerådet (2023 b). *Förstudie – nationellt it-stöd för VFU-placering*, dnr 02601-2023.
- Upphandlingsmyndigheten (2023).
<https://www.upphandlingsmyndigheten.se/hitta-lov-uppdrag>
 (besökt 2023-12-02).
- Uppsala universitet (2015). *Riktlinjer om bidrag till studenter för merkostnader vid obligatoriska studieresor och obligatorisk oavlönad praktik*, dnr UFV 2015/418.
- Uppsala universitet (2023). *Utbildningsplan röntgensjuksköterskeprogrammet*, MRP1Y, fastställd 2023-01-17, MEDFARM 2022/2169.
- Uppsala universitet (2023). *Utbildningsplan barnmorskeprogrammet*, MBM2Y, fastställd 2023-01-17, MEDFARM 2022/2169.
- Uppsala universitet (2023). *Utbildningsplan specialistsjuksköterskeprogrammet*, MSJ2Y, fastställd 2023-01-17, MEDFARM 2022/2169.
- Utbildningsdepartementet (2022 a). *Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Universitets- och högskolerådet*, dnr U2022/04004 (delvis) och U2022/04011.
- Utbildningsdepartementet (2022 b). *Uppdrag att se över eventuella hinder för mobilitet mellan högskolan och andra sektorer*, dnr U2022/02088.

- Utbildningsdepartementet (2023 a). *Pressmeddelande den 25 januari 2023*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2023/01/satsning-ska-oka-tillgangen-till-vfu-platser-i-halso--och-sjukvardsutbildningar/> (besökt 2023-12-13).
- Utbildningsdepartementet (2023 b). *Regleringsbrev för budgetåret 2023 för Vetenskapsrådet*, dnr U2020/06608, U2022/04004 (delvis) och U2022/04046.
- Utbildningsdepartementet (2023 d). *Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende anslag 2:64 inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning*, dnr U 2023/00208, U2023/01866.
- Utrikesdepartementet (2020). *Utrikesdepartementets promemoria om dröjsmålstanan vid erkännande av yrkeskvalifikationer*, 16 mars 2020, dnr UD.2020/04338/HI.
- Vetenskapsrådet (2021 a). *Remissyttrande över betänkandet SOU 2021:65 Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur*, dnr 1.1.3-2021-06808, GD-2021-204.
- Vetenskapsrådet och Sveriges universitets- och högskoleförbund (2020). *Inriktningsförslag för organisering av svensk e-infrastruktur för forskning*, dnr Vetenskapsrådet 4.5-2017-06624.
- Vetenskapsrådet (2021 b). *Hur jämställt är det i högskolan? Kvinnors och mäns förutsättningar att bedriva forskning*, dnr 3.1-2020-06769.
- Vetenskapsrådet (2023). *Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF. 2023 års utvärderingsrapport*.
- VIA University College (2023). *Sygeplejerske*, <https://www.via.dk/uddannelser/sygeplejerske> (besökt 2023-07-07).
- Vårdförbundet Student (2023). *VFU-rapport 2023 – Vårdförbundets studentmedlemmar om den verksamhetsförlagda utbildningen*.
- Vårdföretagarna (2022). *Privat Vårdfakta 2022. Fakta och statistik och den privat drivna vård- och omsorgsbranschen*.
- Välfärdskommissionen (2021). *Slutredovisning till regeringen den 14 december 2021*, dnr Fi2021/00984.
- Örebro universitet (2021). *Utbildningsplan socionomprogrammet, SSO1Y*, fastställt: 2021-04-22, ORU 2021/02451.

Kommittédirektiv 2022:101

Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen

Beslut vid regeringssammanträde den 30 juni 2022

Sammanfattning

En särskild utredare, som ska fungera som nationell samordnare, ska stödja universitet och högskolor, hälso- och sjukvårdshuvudmän och vårdgivare i deras arbete att tillhandahålla ändamålsenliga lärandemiljöer av hög kvalitet i hälso- och sjukvården och samordna arbetet i landet. Syftet är att öka tillgången till platser där studenter i sjuksköterskeutbildningen kan genomföra sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU) så att fler utbildningsplatser kan erbjudas.

Samordnaren ska bl.a.

- initiera och genomföra samordnande insatser för att fler VFU-platser, och därmed fler utbildningsplatser, ska finnas tillgängliga i sjuksköterskeutbildningen,
- stödja aktörerna i arbetet med att utveckla modeller för, och organisering av, VFU så att det blir möjligt för fler vårdgivare och verksamheter att ta emot studenter samt sprida goda exempel,
- analysera den nuvarande ordningen för samarbete om VFU-platser för att avgöra om denna bör förändras och, i så fall, lämna förslag på förändringar, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 december 2023.

Uttryck som används i dessa direktiv

Frågor som behandlas i dessa direktiv har betydelse för statliga universitet och högskolor som omfattas av högskolelagen (1992:1434) och för enskilda utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda examina enligt lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina. I direktiven används begreppen universitet och högskolor eller lärosäten för båda dessa kategorier.

Med verksamhetsförlagd utbildning (VFU) avses den del av högskoleutbildningen som sker i hälso- och sjukvården, t.ex. vid sjukhus, vårdcentral eller i hemsjukvård.

Med hälso- och sjukvårdshuvudman avses i dessa direktiv den region eller den kommun som enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård.

Med vårdgivare avses i dessa direktiv den region, kommun eller enskilda näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Bristen på VFU-platser begränsar möjligheterna att svara mot vårdens behov av sjuksköterskor

Sjuksköterskeutbildning är en av de största utbildningarna som leder till yrkesexamen i högskolan. Höstterminen 2021 var 15 600 studenter registrerade på utbildningen varav 13 500 var kvinnor och 2 100 var män. Utbildningen anordnas över hela landet av 21 statliga lärosäten och 4 enskilda utbildningsanordnare och består av både teoretiska och praktiska delar. Utbildningen har vid flera lärosäten ett relativt sett högt söktryck. Till höstterminen 2021 var söktrycket nationellt 3,2, dvs. det fanns 3,2 behöriga förstahandssökande per antagen.

Det råder i dag en brist på grundutbildade sjuksköterskor på arbetsmarknaden och bristen förväntas att öka kommande år med nuvarande dimensionering av utbildningen. Universitetskanslersämbetet bedömer att ytterligare 1 000 fler nybörjare än i dag årligen behöver påbörja utbildningen till år 2035, för att antalet utbildade ska svara mot hälso- och sjukvårdens behov. Detta innebär att antalet nybörjare behöver öka med 20 procent jämfört med antalet nybörjare 2019. Bristen på sjuksköterskor bedöms i sin tur också förvärra den rådande bristen på specialistsjuksköterskor och barnmorskor vilka båda är yrkesgrupper med påbyggnadsutbildningar på avancerad nivå efter sjuksköterskeexamen.

Regeringen har sedan 2014 gjort omfattande utbildningssatsningar inom ramen för det så kallade Kunskapslyftet. Sedan utbyggnaden av Kunskapslyftet påbörjades har medel motsvarande cirka 42 000 utbildningsplatser (helårsstudenter) tillförts högskolan 2022. Av dessa är cirka 31 000 permanenta utbildningsplatser vilket ger lärosätena möjlighet att bygga ut t.ex. hälso- och sjukvårdsutbildningar.

Trots ett relativt högt söktryck till sjuksköterskeutbildningen lik- som medel till ytterligare utbildningsplatser har flera lärosäten inte kunnat bygga ut utbildningen. Det finns flera skäl till detta men ett skäl som en majoritet av lärosätena lyfter fram är bristen på platser där studenterna kan genomföra sin VFU. Tillgången till VFU-platser i vården är en förutsättning för att utbildningarna ska kunna genomföras och därmed avgörande för en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården.

Uppdraget att arbeta för att fler VFU-platser och fler utbildningsplatser kan erbjudas på sjuksköterskeutbildningen

Sjuksköterskeutbildningens VFU består av kurser där utbildningen är förlagd till olika kliniska verksamheter inom öppen och sluten hälso- och sjukvård eller omsorg. Medverkan från hälso- och sjukvården, dvs. regioner, kommuner och privata vårdgivare, är därmed helt central för att utbildningsplatser ska kunna erbjudas. Samtidigt ansvarar lärosätena för att studenterna examineras utifrån målen för examen som ställs i examensbeskrivningen i bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100). Det betyder att en väl fungerande samverkan mellan lärosätena och hälso- och sjukvårdshuvudmännen kring VFU är nödvändig både vad gäller antal platser och innehåll.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen har stor frihet att organisera sin verksamhet. På samma sätt har lärosätena stor frihet att planera sina utbildningar. Tillsammans innebär detta utmaningar för de inblandade aktörerna då en och samma hälso- och sjukvårdshuvudman kan samarbeta med flera olika lärosäten och därmed behöva förhålla sig till de olika krav och utbildningsupplägg som respektive lärosäte har. På motsvarande sätt kan ett lärosäte behöva sluta avtal med flera olika huvudmän och vårdgivare och därför behöva anpassa hur utbildningen planeras efter deras verksamheters olika förutsättningar. Att utbildningarna i vissa fall också erbjuds på distans innebär ytterligare utmaningar. Sammantaget medför detta att det är svårt att få

utbud och efterfrågan på VFU-platser att stämma överens lokalt och nationellt.

Sedan en tid pågår större förändringar inom den svenska hälso- och sjukvården. För att möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför, bl.a. till följd av den demografiska utvecklingen, behöver vården effektiviseras och ställas om så att den nära vården vidareutvecklas samtidigt som vissa delar av vården behöver koncentreras och högspecialiseras. Primärvården ska vara basen och navet i svensk hälso- och sjukvård (prop. 2019/20:164, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61). Att en större del av vården ska ske inom primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården påverkar förutsättningarna för VFU som i dag ofta genomförs i den regionala sjukhusvården.

Även ansvaret för utförandet av vården förändras. Regioner och kommuner kan efter upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling sluta avtal med privata bolag om att utföra hälso- och sjukvård. Privata vårdgivare kan också ansöka om att starta vårdverksamhet inom vårdområden som är upphandlade enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Den privata vårdgivaren har rätt att etablera sig inom vårdområdet så länge den uppfyller vissa krav. Detta innebär att det i en hälso- och sjukvårdshuvudmans geografiska område kan finnas många olika vårdgivare vilket påverkar möjligheterna till samverkan mellan lärosäte och vårdgivare och därmed tillgången till VFU-platser.

Regeringen har under en längre period uppmärksammat problemet med den bristande tillgången till VFU-platser för sjuksköterskeutbildningen. Regeringen har också tagit initiativ till flera insatser för att bidra till att fler VFU-platser ska finnas tillgängliga. Bland dessa kan nämnas de medel som har avsatts för att möjliggöra en ökning av lärosätenas ersättning till kommuner och regioner för VFU-platser (prop. 2021/22:1 utg.omr. 16 avsnitt 6.5.5) liksom den överenskommelse som träffats mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och som bl.a. innefattar insatser kring vårdens kompetensförsörjning (God och nära vård 2022, en omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, S2022/00607). I överenskommelsen ingår bl.a. att de kommuner och regioner som erbjuder fler VFU-platser under höstterminen 2022 än under höstterminen 2021 får ta del av särskilda medel. SKR har också åtagit sig att stödja arbetet med att identifiera behov av insatser och förutsättningar som

krävs för att antalet VFU-platser ska kunna utökas med bibehållen kvalitet. Vid sidan av de insatser som regeringen har tagit initiativ till genomförs också insatser på lokal och regional nivå. Även Nationella vårdkompetensrådet, som är ett rådgivande organ med representanter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet och som ska bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning, har beslutat att prioritera VFU-frågan i sitt arbete.

*Arbetet för fler VFU-platser i sjuksköterskeutbildningen
behöver samordnas*

Välfärdskommissionen, som under 2020–21 hade regeringens uppdrag att identifiera och analysera konkreta åtgärder som kan stärka kommunsektorns förmåga att tillhandahålla välfärdstjänster av god kvalitet i framtiden, identifierade bristen på VFU-platser som det mest akuta hindret för att kunna erbjuda ytterligare utbildningsplatser med hög kvalitet och relevans för välfärden (Välfärdskommissionens slutredovisning till regeringen, Fi2021/00984). Kommissionen uttalade därför att det mellan stat, kommuner, regioner och professioner bör etableras en process i syfte att kunna erbjuda ytterligare utbildningsplatser i högskolan relevanta för välfärden.

De förändringar som pågår i hälso- och sjukvården behöver reflekteras i högskoleutbildningen. I dag genomförs VFU i hög utsträckning i den regionala sjukhusvården. Det är viktigt att VFU kan genomföras i såväl kommunal som regional hälso- och sjukvård men också hos privata vårdgivare. Detta krävs för att dagens studenter ska möta de kunskapsbehov som finns i fråga om arbetsuppgifter och yrkesroll i en förändrad hälso- och sjukvård men också för att fler VFU-platser ska kunna erbjudas. I mindre verksamheter med få anställda ser förutsättningarna att ta emot studenter annorlunda ut jämfört med i större verksamheter. Det kan t.ex. finnas behov att flera mindre verksamheter eller vårdgivare samarbetar för att VFU-platser ska kunna erbjudas, något som kräver en annan planering av såväl vårdgivare som lärosäten. Det kan också finnas behov av att se över aktuella modeller för handledning liksom de krav som ställs på handledarnas kompetens.

För att kunna utbilda fler sjuksköterskor och därmed bättre svara mot vårdens behov av kompetens behöver vårdgivare, både offent-

liga och privata, erbjuda tillräckligt många platser i sin verksamhet där studenterna kan genomföra sin VFU, annars riskerar bristen på kompetens att förvärras ytterligare. Det är nödvändigt att berörda lärosäten, hälso- och sjukvårdshuvudmän, vårdgivare samt organisationer arbetar nära tillsammans för att fler VFU-platser med hög kvalitet ska kunna erbjudas. Bland annat i Valfärdskommissionens arbete blev det tydligt att det finns en vilja att göra en gemensam kraftanstängning för att göra detta möjligt. De insatser som redan beslutats i syfte att öka antalet tillgängliga VFU-platser behöver också samordnas, bl.a. för att antalet utbildningsplatser som erbjuds ska följa den positiva utveckling av antalet erbjudna VFU-platser som förväntas följa av insatserna. Dialogen mellan hälso- och sjukvårdshuvudmän, vårdgivare och lärosäten behöver därför omgående fördjupas och leda till konkreta resultat i form av ytterligare utbildningsplatser.

Samordnaren ska därför

- initiera och genomföra samordnande insatser för att fler VFU-platser, och därmed fler utbildningsplatser, ska finnas tillgängliga i sjuksköterskeutbildningen,
- stödja aktörerna i arbetet med att utveckla modeller för, och organisering av, VFU så att det blir möjligt för fler vårdgivare och verksamheter att ta emot studenter samt sprida goda exempel,
- följa lärosätens och hälso- och sjukvårdshuvudmäns åtaganden och redovisa en uppskattning av hur antalet VFU-platser och utbildningsplatser i sjuksköterskeutbildningen utvecklas.

Hur kan fler VFU-platser finnas tillgängliga på längre sikt?

I det arbete för fler VFU-platser i sjuksköterskeutbildningen som samordnaren ska genomföra kan det uppdagas hinder som kan kräva författningsändringar eller andra typer av insatser som aktörerna inte själva kan hantera, för att fler platser ska kunna erbjudas på sikt. Det är av vikt att förslag på sådana insatser kommer regeringen till del.

Det är också av vikt att analysera den grundläggande ordningen för samarbete om VFU för att avgöra om förändringar av denna behövs för att fler VFU-platser ska finnas tillgängliga. Hälso- och sjukvårdshuvudmäns ansvar för att bidra i hälso- och sjukvårdsutbildning

är i dag inte författningsreglerat utan samarbetet regleras i stället i avtal som sluts mellan lärosäte och huvudman. Hur arbetet med avtalen genomförs, liksom vad avtalen omfattar, skiljer sig åt mellan olika lärosäten. Det är därför t.ex. inte självklart att privata vårdgivare omfattas av avtal som ger dem ansvar att tillhandahålla VFU-platser. Att samarbetet regleras i avtal följer av den ordning som etablerades när staten övertog huvudmannaskapet för vårdhögskoleutbildningarna 2002. Då beslutade riksdagen att universitet och högskolor bör samverka med landstingen och andra vårdgivare så att praktikplatser tillhandahålls i tillräcklig omfattning och för att utveckla en väl fungerande klinisk praktik (prop. 2000/01:71, bet. 2000/01:UbU17, rskr. 2000/01:262). Vidare anges att den kliniska praktiken bör regleras i avtal mellan respektive högskola och landsting.

Den nuvarande ordningen för samarbete om VFU-platser fastlades i en tid då hälso- och sjukvården hade en annan organisation och andra möjligheter att tillgodose lärosätenas behov av tillgång till vårdens olika områden för att kunna fullgöra sitt utbildningsuppdrag. Det finns därför skäl att se över om ordningen behöver justeras för att fler utbildningsplatser ska kunna erbjudas. Vårdens medverkan i högskoleutbildning är också sedan flera år föremål för diskussion, t.ex. av Utredningen om samordnad utveckling för god och nära vård i betänkandet *God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19). Nationella vårdkompetensrådet med flera anser att staten och vårdgivarna bör sluta ett avtal om vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning, ett s.k. VULF-avtal, för flertalet hälso- och sjukvårdsutbildningar, däribland sjuksköterskeutbildningen. Ett VULF-avtal innebär samtidigt ett tydligt avsteg från ordningen med en decentraliserad styrning av universitet och högskolor. Med tanke på att ett stort antal aktörer med olika förutsättningar är inblandade kan det också finnas svårigheter att komma överens om ett avtal med konkret och uppföljningsbart innehåll.

Samordnaren ska därför

- redovisa identifierade hinder för att fler VFU-platser ska kunna erbjudas som aktörerna inte kan hantera själva och lämna förslag hur dessa kan lösas,
- analysera den nuvarande ordningen för samarbete om VFU-platser för att avgöra om denna bör förändras och, i så fall, lämna sådana förslag,

- särskilt analysera möjligheterna att ställa krav på privata vårdgivares medverkan i utbildning,
- kartlägga för- och nackdelar med ett s.k. VULF-avtal och bedöma om ett sådant avtal kan bidra till att fler utbildningsplatser erbjuds, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Samordnaren ska redovisa konsekvenser av de förslag som lämnas samt föreslå finansiering när det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner. Samordnaren ska särskilt redogöra för konsekvenser, inklusive ekonomiska konsekvenser, för universitet och högskolor, hälso- och sjukvårdshuvudmän och andra vårdgivare liksom för studenter. Om något av förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Samordnaren ska samråda med universitet och högskolor med tillstånd att utfärda sjuksköterskeexamen samt med hälso- och sjukvårdshuvudmän och andra vårdgivare. Samordnaren ska vidare samråda med berörda myndigheter och organisationer däribland SKR och Vårdföretagarna. Samordnaren ska särskilt beakta Nationella vårdkompetensrådets arbete. Samordnaren ska också samråda med andra aktörer som samordnaren anser vara av betydelse för arbetet.

Regeringen avser att ge Universitetskanslersämbetet i uppdrag att stödja samordnaren med sammanställningar och andra underlag inom området.

Vid genomförandet av uppdraget ska samordnaren ta till vara kunskaper och erfarenheter från den analys av hälso- och sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att medverka i utbildningarna som Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska (U 2021:02) genomfört. Samordnaren ska också ta till vara relevanta erfarenheter från Universitetskanslersämbetets utvärdering av hur lärosätena arbetar

så att sjuksköterskestudenter når examensmålen som gäller färdighet och förmåga.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 december 2023.

(Utbildningsdepartementet)

Kommittédirektiv 2023:166

Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen (U 2022:07)

Beslut vid regeringssammanträde den 7 december 2023

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 30 juni 2022 kommittédirektiv om samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen (dir. 2022:101). Uppdraget ska enligt direktiven redovisas senast den 15 december 2023.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 31 januari 2024.

(Utbildningsdepartementet)

Referensgrupp

Ordinarie medlemmar

Mariette Bengtsson, docent och studierektor, Malmö universitet (nominerad via Sveriges universitets- och högskoleförbund).

Lea Blomberg, enhetschef utbildning och lärande, Region Skåne (nominerad via Sveriges Kommuner och Regioner).

Hampus Bockholt, student Örebro, Sveriges förenade studentkårer.

Oili Dahl, ordförande, Svensk sjuksköterskeförening (tillika utbildningschef omvårdnad, Karolinska universitetssjukhuset).

Lotta Gemzell, utredare, Avdelningen för arbetsgivarpolitik, Sveriges Kommuner och Regioner.

Kristina Holmquist, biträdande verksamhetschef Caphio Vårdcentral Lidingö (nominerad via Vårdföretagarna).

Marlene Juhl, ordförande, Vårdförbundet student.

Pernilla Karlsson, yrkeshandläggare, Vårdförbundet.

Roger Klinth, Nationella vårdkompetensrådet (tillika rektor, Marie Cederschiöld högskola).

Kristina Lejon, professor och prodekan, Medicinska fakulteten, Umeå universitet (nominerad via Sveriges universitets- och högskoleförbund).

David Lidin, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Stockholms stad (nominerad via Sveriges Kommuner och Regioner).

Lena Mårtensson, professor och prorektor, Högskolan i Skövde (nominerad via Sveriges universitets- och högskoleförbund).

Suppleanter

Britt-Inger Kajnäs, strategisk ledare för hälso- och sjukvården, Praktikertjänst (nominerad via Vårdföretagarna). Suppleant för Kristina Holmquist.

Christian Törnqvist, utredare, Avdelningen vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Regioner. Suppleant för Lotta Gemzell.

Möten

220805 Utbildningsdepartementet
220812 Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska
220818 Universitetsdirektörerna
220819 Universitetskanslersämbetet
220819 Utbildningsdepartementet
220914 Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska
220914 Universitetskanslersämbetet
230926 Regionala vårdkompetensrådet Norra
221010 Region Västernorrland och Mittuniversitetet
221012 Nationell nätverksträff biomedicinska analytiker, Jönköping
221013 Sveriges förenade studentkårer
221019 Sveriges kommuner och regioner
221116 Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige,
arbetsgrupp VFU
221124 Mälardalens universitet
221205 Nationella vårdkompetensrådet
221219 Ladok-konsortiet
230202 Svensk sjuksköterskeförening
230208 Nationella vårdkompetensrådet
230222 Regionala vårdkompetensrådet Sydöstra
230223 Regionala vårdkompetensrådet Stockholm-Gotland

230223 Regionala vårdkompetensrådet Norra
230224 Universitets- och högskolerådet
230228 Regionala vårdkompetensrådet Västra
230303 Regionala vårdkompetensrådet Södra
230316 Universitets- och högskoledirektörerna
230317 Universitets- och högskolerådet
230321 Vårdföretagarna
230322 Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige
230329 Regionala vårdkompetensrådet Västra
230404 Universitets- och högskolerådet
230405 Vårdförbundet
230420 Ladok-konsortiet
230421 Vårdföretagarna
230422 Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige
230425 Sveriges Kommuner och Regioner
230429 Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige
230516 Sveriges Kommuner och Regioner
230516 Universitets- och högskolerådet
230522 Uddannelses- og Forskningsstyrelsen, Uddannelses- og
Forskningsministeriet i Danmark
230523 Region Skåne
230523 Lunds universitet
230523 Malmö universitet
230524 Regionala vårdkompetensrådet södra
230524 Nationellt forum, Svensk sjuksköterskeförening tillsammans
med Högskolan i Borås
230614 Ladok-konsortiet
230614 Vårdförbundet

- 230619 Tillförordnad prefekt och universitetslektor Ann-Helén Sandvik, Högskolan i Borås
- 230620 Sveriges ständiga representation vid Europeiska unionen
- 230630 Attendo
- 230630 Universitets- och högskolerådet
- 230821 Umeå universitet, VFU-strateg
- 230901 Universitets- och högskolerådet
- 230901 Umeå universitet, ITS
- 230907 Universitets- och högskolerådet
- 230914 Sveriges förenade studentkårer
- 230914 Sveriges Kommuner och Regioner
- 230914 Sveriges Kommuner och Regioner, HR-direktörerna
- 230915 Sveriges universitets- och högskoleförbund, Arbetsgruppen för vårdkompetens
- 230919 Sveriges kommuner och regioner, forsknings- och utvecklingsdirektörerna
- 230920 Vårdförbundet
- 230921 Vårdföretagarna
- 230922 Medicinska fakulteter, dekaner
- 230922 Regionala vårdkompetensrådet i Stockholm
- 231002 Vårdföretagarna
- 231003 Bäckbacka Röbäck AB
- 231009 Universitets- och högskolerådet
- 231012 Ladok-konsortiet
- 231012 Medicinska fakulteterna, dekaner med ansvar för utbildning
- 231016 Universitets- och högskoledirektörerna
- 231016 Nationella vårdkompetensrådet, arbetsgruppen för forskning och utbildning

231017 Utbildningsdepartementet
231018 Karolinska institutet
231018 Vårdföretagarna
231019 Tillväxtverket
231019 Universitets- och högskolerådet
231019 Ladokstyrelsen
231024 Ladok-konsortiet
231025 Attendo AB, SÄBO Norr
231025 Förbundsdirektör Martin Bergvall, Akademi Norr
231031 Vårdföretagarna
231101 Region Uppsala och Region Stockholm
231107 Svensk sjuksköterskeförening
231108 Privata vårdgivare
231109 Vårdvalsnätverket, Sveriges Kommuner och Regioner
231110 Vetenskapsrådet
231113 Svensk sjuksköterskeförening, forskargruppen
231114 Vårdförbundet student
231114 Regionala samverkansgruppen, Västra Götaland
231115 Vårdföretagarna och privata vårdgivare
231116 Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige
231116 Professor Matts Olovsson, Uppsala universitet
231122 Sveriges Kommuner och Regioner
231129 Nationella vårdkompetensrådet
231201 Presidiet för Sveriges universitets- och högskoleförbund
231207 Socialchefsnätverket, Sveriges Kommuner och Regioner
231212 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
231215 Sveriges Kommuner och Regioner
240103 Upphandlingsmyndigheten



Universitetskanslersämbetets enkätundersökning

Missiv

Insamling av underlag till regeringsuppdraget ”Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen”

Regeringen beslutade den 30 juni 2022 om att tillsätta en särskild utredare för samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen (dir. 2022:101).

Syftet med utredningen är att ge stöd samt samordna och genomföra insatser för att identifiera och möjliggöra fler VFU-platser i sjuksköterskeutbildningen där bristen på VFU-platser identifierats som ett problemområde som är ett hinder för utbyggnad av sjuksköterskeutbildningen.

I samordningsuppdraget ingår att:

- initiera och genomföra samordnande insatser för att fler VFU-platser, och därmed fler utbildningsplatser, ska finnas tillgängliga i sjuksköterskeutbildningen,
- stödja aktörerna i arbetet med att utveckla modeller för, och organisering av, VFU så att det blir möjligt för fler vårdgivare och verksamheter att ta emot studenter samt sprida goda exempel,
- analysera den nuvarande ordningen för samarbete om VFU-platser för att avgöra om denna bör förändras och, i så fall, lämna förslag på förändringar, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 december 2023.

Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har fått i uppdrag av regeringen att stödja samordnaren och bistå i utredningsarbetet.

Som en del i utredningen önskar vi inhämta följande underlag från lärosäten som ger sjuksköterskeutbildningen:

1. Enkät för insamling av underlag till VFU-samordningsuppdraget (bifogat i detta utskick). Word-dokument där ni ombeds att redogöra för avtalsprocessen för VFU-avtal, tillgången samt kompetensen hos handledare vid VFU, studenter som ordnar egen VFU-placering och IT-verktyg vid bokning av VFU-platser.
2. Tabell för insamling av underlag till VFU-samordningsuppdraget (bifogat i detta utskick). Excel-dokument där ni ombeds att ange nybörjarplatser på sjuksköterskeutbildningen, ekonomisk ersättning för VFU, nuläget och en framtidsprognos av VFU-veckor i utbildningen, antal studenter samt VFU-placeringar. Ni ska även ange kurser i sjuksköterskeutbildningen som innehåller VFU eller annan klinisk utbildning.
3. Högskolans sammanställning av kursvärderingar.



Högskolans sammanställning av kursvärderingar, enligt 1 kap. 14 § högskoleförordningen (1993:100), för samtliga VFU-kurser eller kurser som innehåller VFU och där VFU utvärderas inom sjuksköterskeprogrammet för åren 2019–2022.
Högskolans sammanställning av kursvärderingar ska sammanfogas i ett samlat dokument.

Vi ser gärna att enkäten och tabellen besvaras av person eller personer som ansvarar för sjuksköterskeutbildningen vid lärosätet och som har god kännedom om utbildningen.

Vi tar tacksamt emot era svar senast 17 maj 2023. Dessa mailas till: ivana.colic@uka.se
Vid frågor kontaktas utredare vid UKÄ:
Ivana Čolić
ivana.colic@uka.se

Vänliga hälsningar

Hans Wiklund
Särskild utredare och nationell samordnare



Enkät för insamling av underlag till samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen

Enkäten är uppdelad i fyra delar med frågor under respektive del:

1. VFU-avtal
2. Handledare – tillgång och kompetens
3. Studenter som ordnar egen VFU-placering
4. IT-verktyg vid bokning av VFU-platser

Enkäten besvaras lämpligen av person eller personer som ansvarar för sjuksköterskeutbildningen vid lärosätet med god kännedom om utbildningen.

Vänligen ange lärosäte nedan samt kontaktuppgifter till de huvudsakliga uppgiftslämnarna vid lärosätet.

Lärosäte	
----------	--

Namn	
E-post	
Funktion	

Vid frågor kontaktas utredare vid UKÄ:

Ivana Čolić

E-post: ivana.colic@uka.se



1. VFU-avtal

1.1 Beskriv avtalsprocesserna vid ert lärosäte vad gäller VFU-avtal.

Beskrivningen bör innehålla:

- Tecknande av nya avtal.
- Förnyelse av befintliga avtal.
- Problem som identifierats i samband med processerna.
- Eventuella lösningar på identifierade problem.

2. Handledare – tillgång och kompetens

2.1 Beskriv tillgången på huvudhandledare och handledare vid VFU, utgå från nuläget.

- a) Ange antal huvudhandledare och handledare.
- b) Beskriv den akademiska kompetensen hos huvudhandledare och handledare.
- c) Beskriv handledarkompetensen hos huvudhandledare och handledare.

2.2 Vilka krav på kompetens hos huvudhandledare och handledare ställer ni i VFU-avtal?

2.3 Hur efterlevs dessa krav på kompetens som ni ställer i VFU-avtal i verksamheten som tar emot studenter?

Beskrivningen bör innehålla:

- Akademisk kompetens för huvudhandledare och handledare.
- Handledarkompetens för huvudhandledare och handledare.
- Eventuella skillnader mellan olika verksamheter.

2.4 Vilka åtgärder arbetar ni med för att få tillgång till handledare och huvudhandledare med rätt kompetens?

Beskrivningen bör innehålla:

- Konkreta åtgärder som genomförs.
- Akademisk kompetens för huvudhandledare och handledare.
- Handledarkompetens för huvudhandledare och handledare.

2.5 Finns det särskilda verksamheter och VFU-placeringar där brist på tillgång till handledare och huvudhandledare är ett problem för VFU i utbildningen?

Svar Ja/Nej

2.6 Om JA:

- a) Ange vilka verksamheter och VFU-placeringar det gäller?
- b) Beskriv vilka problem bristen leder till?



2.7 Finns det särskilda verksamheter och VFU-placeringar där brist på kompetens hos handledare och huvudhandledare är ett problem för VFU i utbildningen?

Svar Ja/Nej

2.8 Om JA:

- a) Ange vilka verksamheter och VFU-placeringar det gäller?
- b) Beskriv vilka problem bristen leder till?

2.9 Bedömer ni att det råder olika förutsättningar för handledaruppdrag hos olika vårdgivare, till exempel i en stor region eller liten kommun?

Beskrivningen bör innehålla:

- Akademisk kompetens för huvudhandledare och handledare.
- Handledarkompetens för huvudhandledare och handledare.
- Handledarutbildning och pedagogiskt stöd till huvudhandledare och handledare.
- Tid i tjänsten för handledaruppdraget.

2.10 Hur arbetar ni för att säkerställa att studenterna ges samma förutsättningar att genomföra VFU och att VFU-placeringarna håller hög kvalitet oavsett typ av vårdgivare?

Beskrivningen bör innehålla:

- Akademisk kompetens för huvudhandledare och handledare.
- Handledarkompetens för huvudhandledare och handledare.
- Examination enligt examensmålen.

3. Studenter som ordnar egen VFU-placering

3.1 Tillåter ni att studenter på sjuksköterskeutbildningen själva ordnar sin VFU-placering?

Svar Ja/Nej

Motivera svaret kortfattat.

3.2 Om JA: Ange uppskattat antal studenter per termin som ordnar sin egen VFU-placering.

Ange antal studenter:

3.3 Om JA:

- a) Hur arbetar ni för att säkerställa den akademiska kompetensen för huvudhandledare och handledare?
- b) Hur arbetar ni för att säkerställa handledarkompetensen för huvudhandledare och handledare?
- c) Hur arbetar ni för att säkerställa att examination sker enligt examensmålen?
- d) Vidtar ni andra åtgärder för att säkerställa att VFU-placeringen håller hög kvalitet?



4. IT-verktyg vid bokning av VFU-platser

För att främja att samtliga tillgängliga VFU-platser används har önskemål framförts om ett gemensamt, nationellt planeringsverktyg (IT-stöd).

I ett sådant planeringsverktyg är det tänkt att lärosäten och vårdgivare ska kunna lägga in och se tillgängliga VFU-platser i hela landet. Planeringssystemet skulle vara ett verktyg för att underlätta utbildningsplanering för lärosäten och vårdgivare.

Eventuellt kan ett sådant nationellt planeringsverktyg också integreras med studieadministrativa system (Ladok) och därigenom bidra till en förenklad administrativ hantering.

4.1 Beskriv de verktyg ni använder för bokning av VFU-platser och hur ni uppfattar funktionaliteten idag.

4.2 Skulle ett gemensamt, nationellt planeringsverktyg (IT-stöd) kunna underlätta och främja en mer effektiv planering och användning av VFU-platser?

Svar Ja/Nej

4.3 Vilka möjligheter ser ni med ett nationellt planeringsverktyg för bokning av VFU-platser?

4.4 Vilka funktioner ser ni som nödvändiga i ett nationellt planeringsverktyg för bokning av VFU-platser för att verktyget ska leda till en förenkling av arbetet med att boka platser?

4.5 Vilka risker ser ni med ett nationellt planeringsverktyg för bokning av VFU-platser?



Tabell för insamling av underlag till samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen

Instruktioner

1. Nybörjarplatser

Under fliken **1. Nybörjarplatser** ska ni ange samtliga antagningsorter och antal nybörjarplatser till sjuksköterskeutbildningen.

2. VFU-veckor

Under fliken **2. VFU-veckor** ska ni ange antal VFU-veckor i utbildningen, uppdelat per termin. Ni ska även ange ekonomisk ersättning i kronor per VFU-vecka och student.

Tabellen för VFU-veckor består av två delar:

NULÄGE – antal VFU-veckor i utbildningen som det ser ut idag.

FRAMTIDSPROGNOS – en uppskattning av framtida behov av VFU-platser.

Hänsyn ska tas till den nya förordningen (6 kap. 17 a § högskoleförordningen) som reglerar antal timmar för vissa yrkesexamina.

För sjuksköterskeutbildningen gäller att minsta antal timmar ska uppgå till 4600 timmar varav minst hälften ska vara klinisk utbildning.

3. VFU-placeringar

Under fliken **3. VFU-placeringar** ska ni ange antal studenter och VFU-veckor som varje student genomför på sjuksköterskeutbildningen.

Tabellen för VFU-placeringar består av två delar:

NULÄGE

Ange antal studenter (ej HST) på sjuksköterskeutbildningen samt antal VFU-veckor som varje student genomför per termin.

Fördelningen ska ske på regional, kommunal samt privat verksamhet.

FRAMTIDSPROGNOS



Uppskatta antal studenter samt antal VFU-veckor per student och termin.

Hänsyn ska tas till en eventuell utbyggnad för att få tillräckligt antal utexaminerade enligt de mål som rapporterats till utbildningsdepartementet gällande regeringsuppdraget "Mål för antal examina 2022-2024" samt möjliga kommande antalsmål.

Hänsyn ska även tas till den nya förordningen (6 kap. 17 a § högskoleförordningen) som reglerar antal timmar för vissa yrkesexamina. För sjuksköterskeutbildningen gäller att minsta antal timmar ska uppgå till 4600 timmar varav minst hälften ska vara klinisk utbildning.

Uppskattning ska ske med hänsyn till eventuella förändringar i behovet av VFU-placeringar fördelat på regional, kommunal samt privat verksamhet.

4. Kurser

Under fliken **4. Kurser** ska ni ange samtliga kurser som innehåller VFU och annan klinisk utbildning i sjuksköterskeutbildningen. Ni ska även ange antal högskolepoäng för varje VFU-placering och kliniskt utbildningsmoment.

5. Kontaktuppgifter

Under fliken **5. Kontaktuppgifter** ska ni ange lärosäte i rullistan samt kontaktuppgifter till de huvudsakliga uppgiftslämnarna vid lärosätet.

**FLIK 1. Nybörjarplatser****Nybörjarplatser - Sjuksköterskeutbildning 180 hp****Nybörjarplatser**

Ange samtliga antagningsorter och antal nybörjarplatser till sjuksköterskeutbildningen.
Ange planerat antal platser enligt tilldelat anslag.
Eventuellt överintag av studenter till programmet ska inte räknas in.

Eventuella kommentarer kan lämnas i kommentarrutan längst ner på sidan.

TABELL

**Ange samtliga antagningsorter och antal nybörjarplatser till sjuksköterskeutbildningen
(ej överintag)**

Antagningsort	Antal nybörjarplatser VT	Antal nybörjarplatser HT
----------------------	---------------------------------	---------------------------------

**FLIK 2. VFU-veckor****VFU-veckor och ekonomisk ersättning för VFU - Sjuksköterskeutbildning 180 hp****1. Antal VFU-veckor i utbildningen – fördelat per termin**

Ange antal VFU-veckor i utbildningen. Antal VFU-veckor ska anges per termin i utbildningen i två delar:

NULÄGE – antal VFU-veckor i utbildningen som det ser ut idag.

FRAMTIDSPROGNOS – uppskattning av framtida behov av VFU-platser.

Hänsyn ska tas till den nya förordningen (6 kap. 17 a § högskoleförordningen) som reglerar antal timmar för vissa yrkesexamina. För sjuksköterskeutbildningen gäller att minsta antal timmar ska uppgå till 4600 timmar varav minst hälften ska vara klinisk utbildning.

2. Ange ekonomisk ersättning i kronor per VFU-vecka och student

Ange en verksamhet per rad om den avtalade ersättningen per VFU-vecka och student skiljer mellan verksamheter. Lämna eventuella kommentarer i kommentarrutan nedan med beskrivning om ni använder er av en schablon för fakturering eller om ni använder er av olika ersättningsnivåer.

TABELL

1. Ange antal VFU-veckor i utbildningen fördelat per termin

Termin	Antal VFU-veckor – Nuläge	Antal VFU-veckor – Framtidsprognos
Termin 1		
Termin 2		
Termin 3		
Termin 4		
Termin 5		
Termin 6		

TABELL

2. Ange ekonomisk ersättning i kronor per VFU-vecka och student**Ange verksamhet**

(om det förekommer skillnad mellan olika verksamheter)

Belopp (2022)

Belopp

(2023)

**FLIK 3. VFU-placeringar****VFU-placeringar: Nuläge och framtidsprognos - Sjuksköterskeutbildning 180 hp****NULÄGE - en nulägesbeskrivning**

Ange antal studenter (ej HST) på sjuksköterskeutbildningen samt antal VFU-veckor som varje student genomför per termin fördelat på regional, kommunal samt privat verksamhet.

Utgå från 2022-års underlag på antal studenter och VFU-veckor.

VFU-placeringarna ska anges uppdelat per antagningsort.

Nedan finner ni flera tabeller. Fyll i era uppgifter i en tabell per antagningsort.

Olika stora studentgrupper (studentgrupper uppdelade på flera verksamheter) och flera VFU-placeringar per termin separeras med ett kommatecken och mellanslag på samma rad/termin.

Eventuella kommentarer kan lämnas i kommentarrutan längst ner på sidan.

FRAMTIDSPROGNOS - en uppskattning av framtida behov

Uppskatta antal studenter samt antal VFU-veckor per student och termin.

Hänsyn ska tas till en eventuell utbyggnad för att få tillräckligt antal utexaminerade enligt de mål som rapporterats till utbildningsdepartementet gällande regeringsuppdraget "Mål för antal examina 2022-2024" samt möjliga kommande antalsmål.

Hänsyn ska även tas till den nya förordningen (6 kap. 17 a § högskoleförordningen) som reglerar antal timmar för vissa yrkesexamina. För sjuksköterskeutbildningen gäller att minsta antal timmar ska uppgå till 4600 timmar varav minst hälften ska vara klinisk utbildning.

Uppskattning ska ske med hänsyn till eventuella förändringar i behovet av VFU-placeringar fördelat på regional, kommunal samt privat verksamhet.

Exempel på hur tabellen är tänkt att fyllas i

VFU-placering vid regionen - Nuläge				VFU-placering vid regionen - Framtidsprognos			
Termin	Antal studenter VT	Antal studenter HT	Antal VFU-veckor per student	Termin	Antal studenter VT	Antal studenter HT	Antal VFU-veckor per student
Termin 1	100	100	1	Termin 1	120	120	1
Termin 2	90, 45 (delad studentgrupp)	90, 45 (delad studentgrupp)	4, 4 (två placeringar)	Termin 2			
Termin 3				Termin 3	105, 105	105, 105	15



TABELL

Ange antagningsort 1

VFU-placering vid regionen – Nuläge			
Termin	Antal studenter VT	Antal studenter HT	Antal VFU-veckor per student
student			
Termin 1			
Termin 2			
Termin 3			
Termin 4			
Termin 5			
Termin 6			

VFU-placering vid regionen – Framtidsprognos			
Termin	Antal studenter VT	Antal studenter HT	Antal VFU-veckor per
student			
Termin 1			
Termin 2			
Termin 3			
Termin 4			
Termin 5			
Termin 6			

VFU-placering vid kommunen – Nuläge			
Termin	Antal studenter VT	Antal studenter HT	Antal VFU-veckor per student
student			
Termin 1			
Termin 2			
Termin 3			
Termin 4			
Termin 5			
Termin 6			

VFU-placering vid kommunen – Framtidsprognos			
Termin	Antal studenter VT	Antal studenter HT	Antal VFU-veckor per
student			
Termin 1			
Termin 2			
Termin 3			
Termin 4			
Termin 5			
Termin 6			

VFU-placering vid privata vårdgivare – Nuläge			
Termin	Antal studenter VT	Antal studenter HT	Antal VFU-veckor per student
student			
Termin 1			
Termin 2			
Termin 3			
Termin 4			
Termin 5			
Termin 6			

VFU-placering vid privata vårdgivare – Framtidsprognos			
Termin	Antal studenter VT	Antal studenter HT	Antal VFU-veckor per
student			
Termin 1			
Termin 2			
Termin 3			
Termin 4			
Termin 5			
Termin 6			

**FLIK 4. Kurser****Kurser i sjuksköterskeutbildningen som innehåller VFU eller annan klinisk utbildning -
Sjuksköterskeutbildning 180 hp****Kurser i sjuksköterskeutbildningen som innehåller VFU eller annan klinisk utbildning**

Ange kurser i sjuksköterskeutbildningen som innehåller VFU eller annan klinisk utbildning.
Vid flera VFU-placeringar eller kliniska utbildningsmoment i en kurs anges en placering eller ett moment per rad.

Under kolumn D ska det specificeras vilken typ av VFU eller annan klinisk utbildning som ingår i kursen.

Notera att antal högskolepoäng ska anges per placering och moment.

Eventuella kommentarer kan lämnas i kommentarrutan vid respektive rad.

Exempel på hur tabellen är tänkt att fyllas i:

Kurskod	Namn på kursen	Antal hp för hela kursen	VFU och annan klinisk utbildning som ingår i kursen. Ange en placering per rad enligt instruktionerna.	Antal hp VFU eller annan klinisk utbildning
xxx	Exempelskurs 1	30	VFU inom - specificera	7,5
			VFU inom - specificera	7,5
			Klinisk examination - specificera	0,5
xxx	Exempelskurs 2	22,5	VFU inom - specificera	11
			Klinisk utbildning - specificera	1,5

TABELL

Kurskod	Namn på kursen	Antal hp för hela kursen	VFU och annan klinisk utbildning som ingår i kursen	Antal hp VFU eller annan klinisk utbildning

**FLIK 5. Kontaktuppgifter****Kontaktuppgifter till uppgiftslämnarna**

Vänligen kontrollera att samtliga flikar och tabeller är korrekt ifyllda.

Ange lärosäte i rullistan nedan samt kontaktuppgifter till de huvudsakliga uppgiftslämnarna vid lärosätet.

Tack för er medverkan!

Rullista**Lärosäte****Namn****E-post****Funktion**

Förteckning över utbildnings- och kursplaner

Blekinge tekniska högskola

Blekinge tekniska högskola (2021), utbildningsplan, OMGSP, BTH-4.1.13-1241-2021, inrättat 1999-01-15, fastställd 2021-11-04, giltig från vårterminen 2023.

- KM1421, Grundläggande anatomi och fysiologi, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2022-06-15, giltig från 2022-08-22.
- KM1422, Anatomi och fysiologi, fördjupning, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2021-10-05, giltig från 2022-01-17.
- KM1423, Mikrobiologi, farmakologi och näringslära, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2021-10-05, giltig från 2022-01-17.
- KM1424, Patofysiologi I, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2021-10-05, giltig från 2022-01-17.
- KM1425, Patofysiologi II, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2022-06-15, giltig från 2022-08-22.
- OM1442, Verksamhetsförlagd utbildning, Mötet med människor, 6 hp, fastställd 2017-06-21, giltig från 2017-08-01.
- OM1463, Verksamhetsförlagd utbildning, Människan och omvårdnaden, 7,5 hp, fastställd 2017-06-20, giltig från 2017-08-01.
- OM1487, eHälsa inom omvårdnad II, 7,5 hp, fastställd 2018-10-01, giltig från 2019-01-21.
- OM1489, Verksamhetsförlagd utbildning (VFU), inr psykiatrisk omvårdnad och demensvård (Termin 3), 10,5 hp, fastställd 2018-10-01, giltig från 2019-01-21.

- OM1490, Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inriktad mot somatisk vård (Termin 3), 10,5 hp, fastställd 2018-10-01, giltig från 2019-01-21.
- OM1493, Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inr psykiatrisk omvårdnad och demensvård (Termin 4), 10,5 hp, fastställd 2018-10-01, giltig från 2019-01-21.
- OM1494, Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inriktad mot somatisk vård (Termin 4), 10,5 hp, fastställd 2018-10-01, giltig från 2019-01-21.
- OM1496, Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inr psykiatrisk omvårdnad och demensvård, fördjupning, 10,5 hp, fastställd 2018-10-01, giltig från 2019-01-21.
- OM1506, Verksamhetsförlagd utbildning (VFU), Sjuksköterskans profession i verksamheten, 15 hp, fastställd 2018-10-01, giltig från 2019-01-21.
- OM1528, Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inriktad mot primär vård (Termin 3), 10,5 hp, fastställd 2019-05-13, giltig från 2019-08-26.
- OM1529, Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inriktad mot primär vård (Termin 4), 10,5 hp, fastställd 2019-05-13, giltig från 2019-08-26.
- OM1530, Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inriktad mot primär vård, (Termin 4 Fördjupning), 10,5 hp, fastställd 2019-05-13, giltig från 2019-08-26.
- OM1533, Introduktion till yrke och akademi, 7,5 hp, inrättad 2020-11-04, fastställd 2021-10-05, giltig från 2022-01-17.
- OM1534, Det vårdande och lärande mötet, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2022-06-15, giltig från 2022-08-22.
- OM1535, Omvårdnadens grunder, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2022-06-15, giltig från 2022-08-22.
- OM1536, Sjuksköterskans professionella grund, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2020-10-22, giltig från 2020-11-02.

- OM1537, Omvårdnad, fördjupning, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2022-06-15, giltig från 2022-08-22.
- OM1538, Omvårdnad, metoder och tillämpning I, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2021-03-01, giltig från 2021-08-23.
- OM1539, Omvårdnad, metoder och tillämpning II, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2022-06-15, giltig från 2022-08-22.
- OM1540, Sjuksköterskans professionella utveckling, 30 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2021-03-01, giltig från 2021-08-23.
- OM1541, Omvårdnad vid akuta situationer och komplexa ohälsotillstånd, 7,5 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2021-03-01, giltig från 2021-08-23.
- OM1542, Självständigt arbete, 15 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2022-07-01, giltig från 2022-07-01.
- OM1543, Sjuksköterskans professionella kompetens, 30 hp, inrättad 2019-11-04, fastställd 2022-06-15, giltig från 2022-08-22.
- OM1547, Omvårdnad, vetenskapliga teorier och metoder, 7,5 hp, inrättad 2020-09-29, fastställd 2021-03-01, giltig från 2021-08-23.

Göteborgs universitet

Göteborgs universitet (2022), utbildningsplan, V1SSP, GU2022/269, fastställd 2022-02-16, giltig från 2022-07-01, höstterminen 2022.

- OM4260, Omvårdnad som profession och ämne, 7,5 hp, fastställd 2017-11-16, reviderad 2022-02-02, giltig från 2022-08-29, höstterminen 2022.
- OM4270, Introduktion till Vetenskap, 7,5 hp, fastställd 2017-10-05, reviderad 2022-08-29, giltig från 2022-08-29, höstterminen 2022.
- OM4280, Omvårdnadens teori och praktik, 16,5 hp, fastställd 2018-11-29, reviderad 2022-04-29, giltig från 2022-08-29, höstterminen 2022.
- OM4290, Hälsa och ohälsa ur ett livscykelperspektiv, 13,5 hp, fastställd 2018-11-29, reviderad 2022-09-29, giltig från 2023-01-16, vårterminen 2023.

- OM4310, Anatomi och fysiologi, 15 hp, fastställd 2013-10-01, reviderad 2018-02-08, giltig från 2018-02-08, vårterminen 2018.
- OM4360, Omgivningens betydelse vid hälsa och ohälsa, 22,5 hp, fastställd 2014-10-02, reviderad 2021-05-06, giltig från 2021-08-30, höstterminen 2021.
- OM4380, Ledarskap och lärande, 15 hp, fastställd 2015-10-09, reviderad 2022-11-03, giltig från 2023-01-16, vårterminen 2023.
- OM4390, Klinisk omvårdnad, 15 hp, fastställd 2015-10-09, reviderad 2022-02-16, giltig från 2022-08-29, höstterminen 2022.
- OM4400, Omvårdnad vid komplexa vårdssituationer, 7,5 hp, fastställd 2015-04-08, reviderad 2020-05-28, giltig från 2020-08-31, höstterminen 2020.
- OM5250, Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, fastställd 2010-06-02, reviderad 2020-08-27, giltig från 2020-08-31, höstterminen 2022.
- OM6200, Mikrobiologi, 4,5 hp, fastställd 2018-05-03, reviderad 2020-11-04, giltig från 2021-01-18, vårterminen 2018.
- OM6210, Symtom och tecken på ohälsa, 16,5 hp, fastställd 2018-05-03, reviderad 2020-11-04, giltig från 2021-01-18, vårterminen 2022.
- OM6220, Farmakologi och läkemedelshantering, 9 hp, fastställd 2018-05-03, reviderad 2020-05-07, giltig från 2020-08-31, höstterminen 2020.
- OMRA20, Vetenskaplig metod, 7,5 hp, fastställd 2022-11-03, giltig från 2023-01-06, vårterminen 2023.

Högskolan Dalarna

Högskolan Dalarna (2020), utbildningsplan, VSSKG, HDa 5.2.2-2019/194, fastställd 2018-12-04, reviderad 2020-12-17, giltig från höstterminen 2018.

- GMC2M2, Anatomi och fysiologi II, 7,5 hp, fastställd 2021-02-09, reviderad 2021-06-24, giltig från 2021-02-09.

- GVÅ2AP, Människa, hälsa och samhälle, 7,5 hp, fastställd 2019-08-29, reviderad 2019-09-20, giltig från 2020-01-20.
- GVÅ2H6, Personcentrerad vård inom olika vårdssammanhang, 22,5 hp, fastställd 2020-06-18, giltig från 2021-01-18.
- GVÅ2HM, Personcentrerad vård inom psykiatrisk vård, 7,5 hp, fastställd 2020-08-27, reviderad 2020-09-10, giltig från 2021-01-18.
- GVÅ2N9, Metoder för evidensbaserad vård I, 7,5 hp, fastställd 2021-03-09, reviderad 2021-03-15, giltig från 2021-03-09.
- GVÅ2RA, Människans grundläggande omvårdnadsbehov, 10,5 hp, fastställd 2021-09-07, giltig från 2021-09-07.
- GVÅ2S3, Ledarskap och teamarbete, 7,5 hp, fastställd 2021-11-09, giltig från 2021-11-09.
- GVÅ2VG, Metoder för evidensbaserad vård II, 7,5 hp, fastställd 2022-03-03, giltig från 2022-03-03.
- GVÅ2VH, Personcentrerad vård med fördjupning inom omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2022-03-03, giltig från 2022-03-03.
- GVÅ25T, Metoder och teorier vid symtom och tecken på hälsa/ohälsa II, 7,5 hp, fastställd 2019-01-16, giltig från 2019-09-02.
- MC1072, Anatomi och fysiologi I, 7,5 hp, fastställd 2013-09-09, reviderad 2014-01-22, giltig från 2013-09-09.
- MC1079, Farmakologi, 4,5 hp, fastställd 2015-06-11, reviderad 2015-08-18, giltig från 2016-01-18.
- VÅ1053, Metoder och teorier vid symtom och tecken på hälsa/ohälsa I, 30 hp, fastställd 2013-12-06, reviderad 2019-01-11, giltig från 2013-12-06.
- VÅ1056, Människans grundläggande omvårdnadsbehov, 10,5 hp, fastställd 2015-09-03, giltig från 2016-01-18.
- VÅ1061, Introduktion omvårdnad och etik, 15 hp, fastställd 2016-12-02, giltig från 2017-01-16.
- VÅ1062, Personcentrerad vård inom somatisk vård, 15 hp, fastställd 2018-03-05, giltig från 2018-09-03.

- VÅ2025, Personcentrerad vård inom olika vårdsammanhang, 30 hp, fastställd 2015-06-11, reviderad 2016-10-27, giltig från 2016-10-27.
- VÅ2029, Personcentrerad vård med fördjupning inom omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2017-02-24, giltig från 2017-08-28.
- VÅ2030, Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, fastställd 2017-03-21, giltig från 2017-10-02.

Högskolan i Borås

Högskolan i Borås (2021), utbildningsplan, GSJUK, fastställd 2021-09-22, giltig från höstterminen 2022 för antagna vårterminen 2023.

- 61FX02, Examensarbete i vårdvetenskap, kandidatnivå, 15 hp, fastställd 2022-09-28, giltig från vårterminen 2023.
- 61SA01, Klinisk omvårdnad: Allmän omvårdnad, 25,5 hp, fastställd 2014-09-26, giltig från höstterminen 2014.
- 61SF01, Farmakologi och läkemedelsräkning, 7,5 hp, fastställd 2015-06-17, giltig från höstterminen 2015.
- 61SH01, Klinisk omvårdnad: Somatisk hälsa, ohälsa och sjukdom, 31,5 hp, fastställd 2013-04-29, giltig från vårterminen 2013.
- 61SK01, Komplex vård, 9 hp, fastställd 2018-06-20, giltig från höstterminen 2018.
- 61SL01, Slutexaminationer i klinisk omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2016-10-26, giltig från vårterminen 2017.
- 61SP01, Klinisk omvårdnad: Psykisk hälsa, ohälsa och sjukdom, 9 hp, fastställd 2018-06-20, giltig från höstterminen 2018.
- 61SX01, Examensarbete, 15 hp, fastställd 2014-11-21, giltig från vårterminen 2015.
- 61SÄ01, Klinisk medicin: Psykisk ohälsa och sjukdom, 4,5 hp, fastställd 2016-10-26, giltig från höstterminen 2016.
- 61SÖ01, Klinisk omvårdnad: Hälsobefrämjande och förebyggande vård, 7,5 hp, fastställd 2015-06-17, giltig från höstterminen 2015.

- 62KT01, Vetenskaplig teori och metod, 4,5 hp, fastställd 2015-06-17, giltig från höstterminen 2015.
- B1SB01, Vårdande bedömning och omhändertagande vid plötslig sjukdom och ohälsa, 7,5 hp, fastställd 2018-05-23, giltig från höstterminen 2018.
- B1SB03, Vårdande bedömning och omhändertagande vid plötslig sjukdom och ohälsa, 7,5 hp, fastställd 2021-10-28, giltig från vårterminen 2022.
- B1SH01, Humanbiologi, 15 hp, fastställd 2019-06-12, giltig från höstterminen 2019.
- B1SI01, Introduktion till vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad, 15 hp, fastställd 2019-12-04, giltig från vårterminen 2020.
- B1SK01, Komplex vård, 9 hp, fastställd 2022-04-27, giltig från höstterminen 2022.
- B1SL01, Slutexaminationer i klinisk omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2022-04-07, giltig från höstterminen 2022.
- B1SM01, Mikrobiologi och vårdhygien, 4,5 hp, fastställd 2019-12-04, giltig från vårterminen 2020.
- B1SO11, Omvårdnad med inriktning mot sjuksköterskans profession I, 9 hp, fastställd 2020-05-06, giltig från höstterminen 2020.
- B1SO21, Omvårdnad med inriktning mot sjuksköterskans profession II, 12 hp, fastställd 2020-12-16, giltig från vårterminen 2021.
- B1SP11, Psykisk hälsa, ohälsa och sjukdom I, 6 hp, fastställd 2020-05-06, giltig från höstterminen 2020.
- B1SP21, Psykisk hälsa, ohälsa och sjukdom II, 9 hp, fastställd 2020-09-23, giltig från vårterminen 2021.
- B1SS01, Somatisk ohälsa och sjukdom, 9 hp, fastställd 2020-11-18, giltig från vårterminen 2021.
- B1STF2, Vetenskaplig teori och metod och förbättringskunskap, 9 hp, fastställd 2021-06-09, giltig från höstterminen 2021.
- B1SU01, Multifaktoriell ohälsa och sjukdom, 6 hp, fastställd 2021-08-30, giltig från höstterminen 2021.

- B1SV11, Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad I, 9 hp, fastställd 2020-03-26, giltig från vårterminen 2020.
- B1SV21, Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad II, 10,5 hp, fastställd 2020-12-16, giltig från vårterminen 2021.
- B1SÄ01, Kliniska färdigheter, 4,5 hp, fastställd 2020-04-08, giltig från höstterminen 2020.
- B1SÖ02, Klinisk omvårdnad: Hälsofrämjande och förebyggande vård, 7,5 hp, fastställd 2020-05-06, giltig från höstterminen 2020.
- B1SÖ03, Hälsofrämjande och förebyggande vård, 7,5 hp, fastställd 2021-06-09, giltig från vårterminen 2022.
- VVI011, Introduktion till vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad, 15 hp, fastställd 2017-11-22, giltig från vårterminen 2018.

Högskolan i Gävle

Högskolan i Gävle (2018), utbildningsplan, VGSSK, HIG-UTB 2018/5, beslutad 2018-12-04, giltig från studietermen 2019.

- MVG101, Mikrobiologi och farmakologi, 7,5 hp, beslutad 2022-06-08, giltig från vårterminen 2023.
- MVG102, Fysiologi och anatomi, 15 hp, beslutad 2022-06-08, giltig från vårterminen 2023.
- MVG103, Pediatrik, pediatrik omvårdnad, sexuell och reproduktiv hälsa samt farmakologi, 7,5 hp, beslutad 2022-06-08, giltig från vårterminen 2023.
- MVG104, Sjukdomar inom områdena medicin, kirurgi och infektion, 7,5 hp, beslutad 2020-05-06, giltig från vårterminen 2021.
- OMG101, Introduktion till omvårdnad som arbetsområde och vetenskap, 7,5 hp, beslutad 2018-11-19, giltig från höstterminen 2019.
- OMG102, Klinisk utbildning inom slutenvård samt hälsa, kommunikation och etik, 22,5 hp, beslutad 2018-11-19, giltig från vårterminen 2020.

- OMG103, Teoribildning inom omvårdnad och introduktion till vetenskaplig metod 7,5 hp, beslutad 2020-12-16, giltig från höstterminen 2021.
- OMG104, Folksjukdomar och långvariga sjukdomstillstånd ur ett vårdande och medicinskt perspektiv, 22,5 hp, beslutad 2019-12-19, giltig från höstterminen 2020.
- OMG105, Klinisk utbildning inom primärvård, äldrevård och psykiatrisk vård samt geriatrik, 22,5 hp, beslutad 2020-05-06, giltig från vårterminen 2021.
- OMG106, Omvårdnad vid akuta tillstånd, sjukdomar och trauma, 7,5 hp, beslutad 2020-12-29, giltig från höstterminen 2021.
- OMG107, Organisering, ledning, förbättringskunskap och informatik i vård och omsorg 7,5 hp, beslutad 2020-12-29, giltig från höstterminen 2021.
- OMG108, Fördjupad och tillämpad vetenskaplig metod, 15 hp, beslutad 2020-12-29, giltig från höstterminen 2021.
- OMG109, Examensarbete inom omvårdnad, 15 hp, beslutad 2021-06-07, giltig från vårterminen 2022.
- OMG110, Klinisk utbildning med fokus på komplexa omvårdnadsbehov, 15 hp, beslutad 2021-06-07, giltig från vårterminen 2022.
- OMG511, Omvårdnad vid akuta tillstånd/sjukdomar och trauma, 7,5 hp, beslutad 2018-02-12, giltig från höstterminen 2018.
- OMG513, Omvårdnad och hälsopromotion – Geriatrik samt klinisk utbildning inom primärvård, äldrevård och psykiatrisk vård, 22,5 hp, beslutad 2018-05-04, giltig från vårterminen 2019.
- OMG601, Tillämpning av omvårdnad som vetenskap och arbetsområde – klinisk utbildning, 15 hp, beslutad 2017-04-28, giltig från höstterminen 2017.
- OMU102, Klinisk utbildning inom slutenvård samt hälsa, kommunikation och etik, 22,5 hp, beslutad 2019-04-11, giltig från vårterminen 2020.
- OMU511, Omvårdnad vid akuta tillstånd/sjukdomar och trauma, 7,5 hp, beslutad 2018-06-05, giltig från vårterminen 2019.

- OMU514, Omvårdnad och hälsopromotion – Geriatrik samt klinisk utbildning inom primärvård, äldrevård och psykiatrisk vård, 22,5 hp, beslutad 2019-02-28, giltig från höstterminen 2018.

Högskolan i Halmstad

Högskolan i Halmstad (2022), utbildningsplan, VGSJK, fastställd 2022-06-27, giltig från höstterminen 2022.

- OM2009 Omvårdnadens grunder: människa, hälsa, samhälle och omvårdnad, 15 hp, fastställd 2022-10-24, giltig från vårterminen 2023.
- OM2010 Anatomi och fysiologi som stöd för omvårdnad, 15 hp, fastställd 2022-11-07, giltig från vårterminen 2023.
- OM2011 Hälsoprocesser i omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2022-11-07, giltig från vårterminen 2023.
- OM4015 Omvårdnad och farmakologi inklusive VFU, 15 hp, fastställd 2022-04-30, giltig från vårterminen 2023.
- OM4017 Specifika ohälsotillstånd i ett livscykelperspektiv, 15 hp, fastställd 2022-04-30, giltig från vårterminen 2023.
- OM4018 Omvårdnad - vetenskaplig teori och metod I, 7,5 hp, fastställd 2022-04-30, giltig från vårterminen 2023.
- OM4019 Omvårdnad vid hälsa och ohälsa i ett livscykelperspektiv, 15 hp, fastställd 2022-10-24, giltig från vårterminen 2023.
- OM6023 Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, fastställd 2022-05-17, giltig från vårterminen 2023.
- OM6024 Förändringsarbete i samverkan med omgivande samhälle, 7,5 hp, fastställd 2021-05-06, giltig från vårterminen 2023.
- OM6025 Omvårdnad vid komplexa tillstånd inklusive VFU, 7,5 hp, fastställd 2022-05-24, giltig från höstterminen 2022.
- OM6026 Omvårdnad – vetenskaplig teori och metod II, 7,5 hp, fastställd 2022-06-28, giltig från vårterminen 2023.
- OM6028 Hälsa och ohälsa ur ett samhällsperspektiv II inklusive VFU, 15 hp, fastställd 2022-04-29, giltig från vårterminen 2023.

- OM6030 Hälsa och ohälsa ur ett samhällsperspektiv I, 15 hp, fastställd 2021-05-24, giltig från vårterminen 2023.
- OM6031 Hållbart ledarskap och organisation inom omvårdnad, 15 hp, fastställd 2022-11-24, giltig från vårterminen 2023.

Högskolan i Skövde

Högskolan i Skövde (2021), utbildningsplan, SSJPG, fastställd 2021-11-24, giltig från höstterminen 2022.

- BM216G, Anatomi och fysiologi 1, 7,5 hp, fastställd 2021-11-24, giltig från 2022-07-01.
- BM218G, Anatomi och fysiologi 2, 7,5 hp, fastställd 2022-01-12, giltig från 2022-07-01.
- BM302G, Allmän farmakologi och Mikrobiologi, 7,5 hp, fastställd 2021-08-25, giltig från 2021-07-01.
- BM329G, Klinisk biomedicin II, 2,5 hp, fastställd 2022-01-12, giltig från 2022-07-01.
- BM338G, Patofysiologi och farmakologi II, 7,5 hp, fastställd 2021-01-12, giltig från 2021-07-01.
- BM339G, Patofysiologi och farmakologi I, 15 hp, fastställd 2022-02-09, giltig från 2022-07-01.
- BM538G, Klinisk biomedicin I, 5 hp, fastställd 2021-01-12, giltig från 2021-07-01.
- FH142G, Hälsa och ohälsa utifrån ett folkhälsovetenskapligt perspektiv, 15 hp, fastställd 2021-02-24, giltig från 2021-07-01.
- OM118G, Vårdandets etik, 7,5 hp, fastställd 2022-11-16, giltig från 2023-01-01.
- OM123G, Omvårdnad – ämne och profession, 7,5 hp, fastställd 2022-11-16, giltig från 2023-01-01.
- OM124G, Kommunikation i omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2022-11-16, giltig från 2023-01-01.

- OM324G, Omvårdnad vid ohälsa och sjukdom II, 7,5 hp, fastställd 2022-11-16, giltig från 2023-01-01.
- OM325G, Delaktighet och lärande, 15 hp, fastställd 2022-09-06, giltig från 2022-07-01.
- OM330G, Omvårdnad vid ohälsa och sjukdom I, 15 hp, fastställd 2022-11-16, giltig från 2023-01-01.
- OM525G, Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, fastställd 2022-11-16, giltig från 2023-01-01.
- OM535G, Hälsa och vårdande, 10 hp, fastställd 2022-11-16, giltig från 2023-01-01.
- OM536G, Ledarskap och organisation i vården, 7,5 hp, fastställd 2020-11-04, giltig från 2021-07-01.
- OM537G, Vetenskaplig teori och metod, 7,5 hp, fastställd 2022-09-06, giltig från 2022-07-01.
- OM538G, Vårdande och profession, 12,5 hp, fastställd 2021-12-15, giltig från 2022-07-01.

Högskolan Kristianstad

Högskolan Kristianstad (2018), utbildningsplan, VGSK2, U2018-241-2558, fastställd 2018-12-13, giltig från 2019-08-26.

- 1SK104, Omvårdnad och medicin som integrerad helhet, 28,5 hp, fastställd 2022-11-01, giltig från 2023-01-16.
- 1SK203, Omvårdnad vid människans olika livsfaser ur ett samhälls- och folkhälsoperspektiv, 28,5 hp, fastställd 2022-06-02, giltig från 2022-08-22.
- 1SK304, Omvårdnad vid vanligt förekommande sjukdomstillstånd, 28,5 hp, fastställd 2022-11-10, giltig från 2023-01-16.
- 1SK400, Omvårdnad med fokus på psykiatri, kommunikation och ledarskap samt vetenskaplig metodik, 26,5 hp, fastställd 2020-11-15, giltig från 2021-01-18.
- 1SK500, Personcentrerad omvårdnad vid livshotande tillstånd, 13,5 hp, fastställd 2021-05-31, giltig från 2021-08-23.

- 1SK551, Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, fastställd 2022-06-07, giltig från 2022-08-22.
- 1SK600, Personcentrerad omvårdnad vid komplexa vårdbehov, 27 hp, fastställd 2021-11-11, giltig från 2022-01-17.
- 1SK901,Handledning, etik, ledarskap och profession I (HELP), 3 hp, fastställd 2020-06-22, giltig från 2020-08-24.
- 1SK921,Handledning, etik, ledarskap och profession II (HELP), 5 hp, fastställd 2021-05-25, giltig från 2021-08-23.
- 1SK930,Handledning, etik, ledarskap och profession III (HELP), 4,5 hp, fastställd 2021-05-31, giltig från 2021-08-23.

Högskolan Väst

Högskolan Väst (2022), utbildningsplan, VGSSK, beslutad 2022-07-01, giltig från höstterminen 2022.

- EXO502, Examensarbete – omvårdnad, kandidat, 15 hp, beslutad 2021-06-23, giltig från höstterminen 2021.
- FAL100, Farmakologi och Läkemedelshantering, 7,5 hp, beslutad 2020-10-12, giltig från vårterminen 2021.
- GSP100, Grundläggande omvårdnadsbehov utifrån sjuksköterskans profession, 15 hp, beslutad 2022-06-07, giltig från höstterminen 2022.
- KMB204, Klinisk medicin vid somatisk ohälsa, 22,5 hp, beslutad 2022-06-22, giltig från höstterminen 2022.
- LPO403, Utöva, leda och utveckla professionell omvårdnad, 22,5 hp, beslutad 2022-10-28, giltig från vårterminen 2023.
- MAF300, Människans anatomi och fysiologi 15 hp, beslutad 2022-11-09, giltig från vårterminen 2023.
- MIA111, Mikrobiologi, immunologi och vårdhygien, 7,5 hp, beslutad 2022-05-30, giltig från höstterminen 2022.
- MLU101, Människans lärande och utveckling vid hälsa och ohälsa, 10,5 hp, beslutad 2017-10-05, giltig från höstterminen 2017.

- OMS401, Omvårdnad av sjuka barn, 7,5 hp, beslutad 2022-05-19, giltig från höstterminen 2022.
- OPO403, Omvårdnad vid psykisk ohälsa, 15 hp, beslutad 2021-12-10, giltig från vårterminen 2022.
- OSO210, Omvårdnad vid somatisk ohälsa, 15 hp, beslutad 2022-05-19, giltig från höstterminen 2022.
- PAV405, Palliativ vård, 7,5 hp, beslutad 2022-10-31, giltig från vårterminen 2023.
- PLP100, Pedagogik och lärande inom sjuksköterskans profession, 7,5 hp, beslutad 2021-03-11, giltig från vårterminen 2021.
- VFA122, Vårdandets fundament och vetenskapsteori, 15 hp, beslutad 2021-05-19, giltig från höstterminen 2021.
- VFF100 – Vårdandets fundament del II med fokus på den äldre människan, 15 hp, beslutad 2017-01-02, giltig från höstterminen 2016.
- VFF101 – Vårdandets fundament med fokus på den äldre människan, 15 hp, beslutad 2020-06-29, giltig från höstterminen 2020.
- VFP100 – Vårdande med fokus på den äldre personen, 15 hp, beslutad 2020-11-16, giltig från vårterminen 2021.
- VPK200, Vidgat perspektiv inom sjuksköterskans kompetensområde, 7,5 hp, beslutad 2019-02-18, giltig från vårterminen 2019.
- VTM410, Vetenskaplig teori och metod – omvårdnad, 7,5 hp, beslutad 2022-05-19, giltig från höstterminen 2022.

Karlstads universitet

Karlstads universitet (2021), utbildningsplan, VGSSK, HNT2021/297, fastställd 2021-06-03, giltig från vårterminen 2022.

- OMG001, Omvårdnadens grund och sjuksköterskans profession, 30 hp, fastställd 2022-09-06, giltig från vårterminen 2023.
- OMG002, Grundläggande klinisk omvårdnad, 30 hp, fastställd 2022-08-30, giltig från vårterminen 2023.

- OMG003, Omvårdnad vid symtom och tecken på ohälsa, 37,5 hp, fastställd 2020-03-11, giltig från höstterminen 2020.
- OMG004, Omvårdnad vid akuta situationer, 7,5 hp, fastställd 2020-03-11, giltig från höstterminen 2020.
- OMG005, Vetenskapliga metoder i omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2022-09-01, giltig från vårterminen 2023.
- OMG007, Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, fastställd 2022-09-13, giltig från vårterminen 2023.
- OMG008, Sjuksköterskans profession, kliniska kompetens och ledarskap, 15 hp, fastställd 2021-09-09, giltig från vårterminen 2022.
- OMG026, Omvårdnad vid långvarig ohälsa och multisjuklighet 30 hp, fastställd 2022-08-24, giltig från vårterminen 2023.

Karolinska institutet

Karolinska institutet (2018), utbildningsplan, 1SJ18, 3-4800/2021, fastställd 2018-03-14, reviderad 2021-11-10, giltig från höstterminen 2018.

- 1SJ001, Interprofessionellt teamarbete, 3 hp, fastställd 2011-10-04, reviderad 2015-06-09, giltig från vårterminen 2016.
- 1SJ008, Vård vid akuta sjukdomstillstånd, 15 hp, fastställd 2011-10-04, reviderad 2021-12-09, giltig från höstterminen 2018.
- 1SJ010, Sjuksköterskans profession och omvårdnad som vetenskap, 16,5 hp, fastställd 2017-04-25, reviderad 2022-03-10, giltig från höstterminen 2022.
- 1SJ018, Omvårdnad med fokus på allmänpediatrik och familjecentrerad omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2012-03-01, reviderad 2015-06-09, giltig från vårterminen 2016.
- 1SJ019, Anatomi och fysiologi, 13,5 hp, fastställd 2017-04-25, reviderad 2021-10-14, giltig från vårterminen 2022.
- 1SJ020, Forskningsmetodik, 6 hp, fastställd 2017-10-25, reviderad 2022-03-10, giltig från höstterminen 2022.

- 1SJ021, Vårdandets grunder i hälsa och ohälsa, 24 hp, fastställd 2017-10-25, reviderad 2022-03-10, giltig från höstterminen 2022.
- 1SJ022, Vårdande vid ohälsa och sjukdom, 30 hp, fastställd 2018-03-27, reviderad 2022-10-12, giltig från vårterminen 2023.
- 1SJ023, Vårdande vid psykisk ohälsa och sjukdom, 12 hp, fastställd 2018-10-17, reviderad 2022-03-10, giltig från höstterminen 2022.
- 1SJ024, Vårdande av barn och vuxna inom primärvård och hem-sjukvård, 13,5 hp, fastställd 2018-10-17, reviderad 2022-10-12, giltig från vårterminen 2023.
- 1SJ025, Ledarskap, 4,5 hp, fastställd 2018-10-17, reviderad 2021-10-14, giltig från vårterminen 2022.
- 1SJ026, Vårdande vid akut ohälsa, 16,5 hp, fastställd 2019-04-10, reviderad 2022-03-10, giltig från höstterminen 2022.
- 1SJ027, Forskningsmetodik och omvårdnadsforskning, 6 hp, fastställd 2019-04-10, reviderad 2022-10-12, giltig från vårterminen 2023.
- 1SJ028, Vårdande av äldre i en föränderlig livssituation, 12 hp, fastställd 2019-11-13, reviderad 2022-03-10, giltig från höstterminen 2022.
- 1SJ029, Interprofessionell och professionell kompetens, 3 hp, fastställd 2019-10-16, reviderad 2022-03-10, giltig från höstterminen 2022.
- 1SJ030, Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, fastställd 2019-10-16, reviderad 2022-10-12, giltig från vårterminen 2023.
- 1SJ033, Omvårdnad vid cancersjukdom. 7,5 hp, fastställd 2019-03-06, reviderad 2021-03-31, giltig från höstterminen 2021.
- 1SJ034, Omvårdnad av personer med akuta ohälso- och sjukdoms-tillstånd, 7,5 hp, fastställd 2019-03-06, reviderad, 2021-09-13, giltig från vårterminen 2022.
- 1SJ036, Omvårdnad med fokus på allmänpediatrik och familjecentrerad omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2019-03-06, reviderad 2021-09-29, giltig från vårterminen 2022.

Linköpings universitet

Linköpings universitet (2021), utbildningsplan, MGSK4, LiU-2021-04210, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2022.

- 8SJG10, Sjuksköterskans profession och omvårdnadens grunder, 21 hp, fastställd 2021-11-01, giltig från höstterminen 2022.
- 8SJG11, Människans anatomi och fysiologi, 9 hp, fastställd 2021-11-01, giltig från höstterminen 2022.
- 8SJG20, Hälsofrämjande omvårdnad, 30hp, fastställd 2021-11-01, giltig från vårterminen 2023.
- 8SJG30, Omvårdnad vid ohälsa I, 30 hp, fastställd 2021-11-01, giltig från höstterminen 2023.
- 8SJG50, Omvårdnad vid komplexa situationer I, 15 hp, fastställd 2021-11-01, giltig från höstterminen 2022.
- 8SJG51, Självständigt arbete i omvårdnadsvetenskap, 15 hp, fastställd 2021-11-01, giltig från höstterminen 2022.
- 8SJG60, Omvårdnad vid komplexa situationer II, 30hp, fastställd 2021-11-01, giltig från vårterminen 2023.
- 8SKG11, Sjuksköterskans profession och omvårdnadens grunder, 19,5 hp, fastställd 2016-01-19, reviderad 2021-08-16, giltig från vårterminen 2022.
- 8SKG22, Hälsofrämjande omvårdnad, 30 hp, fastställd 2016-01-19, reviderad 2021-08-16, giltig från vårterminen 2022.
- 8SKG32, Omvårdnad vid ohälsa I, 30 hp, fastställd 2016-01-19, giltig från höstterminen 2019.
- 8SKG33, Omvårdnad vid ohälsa I, 30 hp, fastställd 2018-05-28, reviderad 2021-08-16, giltig från vårterminen 2022.
- 8SKG41, Omvårdnad vid ohälsa II, 30 hp, fastställd 2016-01-19, reviderad 2019-10-10, giltig från vårterminen 2020.
- 8SKG42, Omvårdnad vid ohälsa II, 30 hp, fastställd 2018-05-28, reviderad 2021-08-18, giltig från vårterminen 2022.

- 8SKG51, Omvårdnad vid komplexa situationer I, 22,5 hp, fastställd 2016-11-21, reviderad 2019-10-10, giltig från höstterminen 2020.
- 8SKG56, Omvårdnad vid komplexa situationer I, 22,5 hp, fastställd 2018-05-28, reviderad 2019-10-10, giltig från vårterminen 2021.
- 8SKG61, Omvårdnad vid komplexa situationer II, 22,5 hp, fastställd 2016-11-21, reviderad 2021-08-16, giltig från vårterminen 2022.

Linnéuniversitetet

Linnéuniversitet (2022), utbildningsplan, 2022/4215-3.1.1.3, fastställd 2009-03-26, reviderad 2022-12-01, giltig från vårterminen 2023.

- 1MC608, Anatomi och fysiologi I, 7,5 hp, fastställd 2022-08-29, giltig från vårterminen 2023.
- 1MC609, Anatomi och fysiologi II, 7,5 hp, fastställd 2022-08-29, giltig från höstterminen 2023.
- 1MC610, Människans sjukdomar I, 7,5 hp, fastställd 2011-06-15, giltig från höstterminen 2021.
- 1MC615, Människans sjukdomar II, 7,5 hp, fastställd 2011-06-15, reviderad 2021-10-25, giltig från höstterminen 2021.
- 1MC620, Människans sjukdomar III, 7,5 hp, fastställd 2011-06-15, reviderad 2021-10-25, giltig från vårterminen 2022.
- 1VÅ603, Introduktion till sjuksköterskeprofessionen, 7,5 hp, fastställd 2020-01-20, reviderad 2022-08-29, giltig från vårterminen 2023.
- 1VÅ604, Vetenskapsteori och kunskapsbildning inom sjuksköterskeprofessionen 7,5 hp, fastställd 2022-06-27, giltig från vårterminen 2023.
- 1VÅ614, Det vårdande och lärande mötet 7,5 hp, fastställd 2020-06-08, giltig från vårterminen 2021.

- 1VÅ615, Professionskunskap I, 15 hp, fastställd 2010-11-10, giltig från vårterminen 2020.
- 1VÅ616, Klinisk omvårdnad i teori och praktik I, 7,5 hp, fastställd 2022-08-29, giltig från vårterminen 2023.
- 1VÅ617, Professionellt vårdande – personcentrerad och säker vård, 7,5 hp, fastställd 2022-12-12, giltig från höstterminen 2023.
- 2VÅ020, Global och hållbar hälsa, 7,5 hp, fastställd 2015-03-09, giltig från vårterminen 2022.
- 2VÅ465, Vårdandets ledarskap, 7,5 hp, fastställd 2011-06-15, reviderad 2021-10-25, giltig från vårterminen 2022.
- 2VÅ612, I rörelse mot hälsa, 7,5 hp, fastställd 2019-08-12, reviderad 2021-06-21, giltig från vårterminen 2022.
- 2VÅ620, Professionskunskap II, 15 hp, fastställd 2011-12-07, giltig från vårterminen 2022.
- 2VÅ626, Professionskunskap III, 22,5 hp, fastställd 2017-08-21, reviderad 2018-05-27, giltig från höstterminen 2019.

Luleå tekniska universitet

Luleå tekniska universitet (2019), utbildningsplan, beslutad 2019-11-26, giltig från höstterminen 2022.

- M0094H, Grundläggande medicinsk vetenskap, 15 hp, fastställd 2018-02-15, reviderad 2021-08-10, giltig från höstterminen 2022.
- O0092H, Omvårdnadens grunder, 15 hp, fastställd 2018-06-14, reviderad 2022-06-14, giltig från höstterminen 2022.
- O0093H, Hälsofrämjande vård och omvårdnad, 22,5 hp, fastställd 2018-10-31, reviderad 2022-06-16, giltig från vårterminen 2023.
- O0094H, Omvårdnad: Vetenskaplig metod I, 7,5 hp, fastställd 2018-02-15, reviderad 2022-02-14, giltig från höstterminen 2022.
- O0096H, Vård och omvårdnad vid medicinska och kirurgiska sjukdomstillstånd, 30 hp, fastställd 2020-02-21, reviderad 2022-02-11, giltig från höstterminen 2022.

- O0097H, Vård och omvårdnad vid psykisk ohälsa, 15 hp, fastställd 2019-06-14, reviderad 2021-02-15, giltig från höstterminen 2021.
- O0098H, Omvårdnadens organisation och ledarskap, 7,5 hp, fastställd 2021-02-15, reviderad 2022-02-11, giltig från höstterminen 2022.
- O0099H, Teknik i omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2020-02-21, reviderad 2022-02-11, giltig från höstterminen 2022.
- O0103H, Omvårdnad: Vetenskaplig metod II, 7,5 hp, fastställd 2020-02-21, reviderad 2022-11-07, giltig från vårterminen 2023.
- O0104H, Vård och omvårdnad av äldre, 15 hp, fastställd 2020-02-21, reviderad 2022-06-16, giltig från vårterminen 2023.
- O0105H, Vård och omvårdnad vid akuta sjukdomstillstånd, 7,5 hp, fastställd 2020-02-21, reviderad 2021-02-15, giltig från höstterminen 2021.
- O0106H, Omvårdnad: Examensarbete, 15 hp, fastställd 2020-02-21, reviderad 2021-06-08, giltig från höstterminen 2021.
- O0107H, Avancerad vård och omvårdnad vid komplexa behov, 15 hp, fastställd 2020-02-21, reviderad 2021-02-15, giltig från höstterminen 2021.

Lunds universitet

Lunds universitet (2020), utbildningsplan, VGSKS, fastställd 2020-03-10, giltig 2020-08-31, höstterminen 2020.

- SJSB40, Omvårdnadens grunder, 8 hp, fastställd 2020-04-02, reviderad 2021-04-22, giltig från 2021-04-22, höstterminen 2021.
- SJSB41, Människan – biologi och hälsa, 19,5 hp, fastställd 2020-04-02, reviderad 2021-02-08, giltig från 2021-02-08, vårterminen 2021.
- SJSB44, Hälsa och ohälsa i ett livscykelperspektiv, 18,5 hp, fastställd 2020-10-28, giltig från 2020-10-28, vårterminen 2021.

- SJSB48, Personcentrerad vård vid psykisk ohälsa, 15 hp, fastställd 2021-09-23, giltig från 2021-09-23, vårterminen 2022.
- SJSB49, Vetenskapsteori och metod II, 7,5 hp, fastställd 2021-09-23, giltig från 2021-09-23, vårterminen 2022.
- SJSB50, Ledarskapets teori och praktik inom omvårdnad, 6 hp, fastställd 2021-09-13, giltig från 2021-09-13, vårterminen 2022.
- SJSB51, Förbättringskunskap och informatik i omvårdnad, 5 hp, fastställd 2022-01-13, giltig från 2022-01-13, höstterminen 2022.
- SJSB52, Omvårdnad vid komplexa ohälsotillstånd, 10 hp, fastställd 2021-12-02, reviderad 2022-02-17, giltig från 2022-02-17, höstterminen 2022.
- SJSB64,Handledning IV, 3 hp, fastställd 2020-10-08, giltig från 2020-10-08, vårterminen 2021.
- SJSC46, Personcentrerad vård och lärande vid symtom och tecken på ohälsa, 26 hp, fastställd 2021-05-11, giltig från 2021-05-11, höstterminen 2021.
- SJSC53, Processororienterad klinisk omvårdnad, 27 hp, fastställd 2022-09-22, giltig från 2022-09-22, vårterminen 2023.
- SJSC63,Handledning III, 1,5 hp, fastställd 2020-10-28, reviderad 2022-09-28, giltig från 2022-09-28, vårterminen 2023.
- SJSD21, Processororienterad klinisk omvårdnad, 25 hp, fastställd 2014-12-04, reviderad 2022-09-22, giltig från 2022-09-22, höstterminen 2022.
- SJSD23, Vetenskapsteori och metod I, 7,5 hp, fastställd 2016-12-08, giltig från 2017-01-16, höstterminen 2017.
- SJSD46, Personcentrerad vård och lärande vid symtom och tecken på ohälsa, 26 hp, fastställd 2022-02-17, giltig från 2022-02-17, höstterminen 2022.
- SJSF15, Personcentrerad vård och lärande vid symtom och tecken på ohälsa, 26,5 hp, fastställd 2014-03-20, reviderad 2018-04-05, giltig från 2018-04-05, höstterminen 2018.

- SJSG12, Omvårdnadens teknik och metod I, 2,5 hp, fastställd 2018-04-05, reviderad 2019-03-13, giltig från 2019-03-13, höstterminen 2019.
- SJSG16, Personcentrerad vård vid psykisk ohälsa, 15 hp, fastställd 2016-04-26, reviderad 2021-09-23, giltig från 2021-09-23, vårterminen 2022.
- SJSH12, Omvårdnadens teknik och metod II, 2,5 hp, fastställd 2018-04-05, reviderad 2020-08-18, giltig från 2020-08-18, höstterminen 2020.
- SJSJ12, Omvårdnadens teknik och metod III, 2,5 hp, fastställd 2018-04-05, giltig från 2018-04-05, höstterminen 2018.
- SJSK70, Kandidatuppsats inom omvårdnad (examensarbete), 15 hp, fastställd 2021-12-02, giltig från 2021-12-02, höstterminen 2022.
- SRJB61,Handledning I, 1,5 hp, fastställd 2020-10-28, reviderad 2022-09-28, giltig från 2022-09-28, vårterminen 2023.
- SRJB62,Handledning II, 1,5 hp, fastställd 2020-10-28, reviderad 2022-09-28, giltig från 2022-09-28, vårterminen 2023.

Malmö universitet

Malmö universitet (2021), utbildningsplan, VGSJU, inrättad 2006-11-22, fastställd 2021-10-16, giltig från 2023-01-16.

- OM111B, Omvårdnad: teori och prekliniska färdigheter, 15 hp, fastställd 2022-05-20, giltig från 2022-08-29.
- OM112A, Medicinsk vetenskap I, 15 hp, fastställd 2021-10-12, giltig från 2022-08-29.
- OM121B, Omvårdnad med medicinsk vetenskap II med VFU geriatrik och somatisk vård, 30 hp, fastställd 2022-10-06, giltig från 2023-01-16.
- OM131B, Omvårdnad: Forskningsmetodik I, 15 hp, fastställd 2020-10-27, giltig från 2021-01-18.
- OM132B, Omvårdnad med inriktning mot ledarskap, 15 hp, fastställd 2022-11-15, giltig från 2023-01-16.

- OM141C, Omvårdnad – Reproductiv hälsa, barnsjukvård, psykiatrisk vård, primärvård samt handledning, 30 hp, fastställd 2022-05-20, giltig från 2022-08-29.
- OM152B, Medicinsk vetenskap III, 10 hp, fastställd 2021-11-16, giltig från 2022-01-17.
- OM153B, Omvårdnad: forskningsmetodik II och examensarbete, 20 hp, fastställd 2022-10-25, giltig från 2023-01-16.
- OM161B, Omvårdnad: VFU somatisk vård, akutsjukvård samt hemsjukvård, 30 hp, fastställd 2022-05-20, giltig från 2022-08-29.

Marie Cederschiöld högskola

Marie Cederschiöld högskola (2015), utbildningsplan, VPNU/VPSSK, beslutad 2015-12-07, reviderad 2019-06-12, giltig från vårterminen 2017.

Mittuniversitetet

Mittuniversitetet (2018), utbildningsplan, VSSKG, MIUN 2018/767, fastställd 2018-04-04, reviderad 2022-09-18, giltig från 2023-01-10.

- MV004G, Anatomi och fysiologi, 7,5 hp, fastställd 2007-03-30, reviderad 2014-10-28, giltig från 2015-01-15.
- MV036G, Mikrobiologi och farmakologi, 7,5 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2022-03-01, giltig från 2022-08-16.
- MV037G, Vård vid ohälsa och sjukdom I, 7,5 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2022-09-08, giltig från 2023-01-01.
- MV038G, Vård vid ohälsa och sjukdom II, 7,5 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2022-10-20, giltig från 2023-01-01.
- MV039G, Vård vid ohälsa och sjukdom III, 7,5 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2022-10-20, giltig från 2023-01-01.
- OM077G, Vetenskaplig metod, 15 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2021-12-13, giltig från 2022-01-10.
- OM083G, Omvårdnadens kunskapsområde 7,5 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2022-03-01, giltig från 2022-08-16.

- OM084G, Hälsa, miljö och omvårdnadshandlingar, 15 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2022-09-09, giltig från 2023-01-01.
- OM085G, Hälsa och ohälsa I, 7,5 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2021-12-13, giltig från 2022-01-10.
- OM087G, Hälsa och ohälsa II, 7,5 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2022-04-19, giltig från 2022-08-16.
- OM088G, Information och undervisning i omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2021-12-13, giltig från 2022-01-10.
- OM089G, Ledarskap och organisation av omvårdnadsarbete, 7,5 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2021-12-13, giltig från 2022-01-10.
- OM091G, Hälsa och ohälsa III, 7,5 hp, fastställd 2020-02-10, reviderad 2022-09-08, giltig från 2023-01-01.
- OM095G, Examensarbete, 15 hp, fastställd 2020-02-17, reviderad 2021-12-13, giltig från 2022-01-10.
- OM113G, Allmän hälso- och sjukvård I, (VFU), 7,5 hp, fastställd 2021-09-30, reviderad 2022-09-09, giltig från 2023-01-01.
- OM114G, Allmän hälso- och sjukvård II, (VFU), 15 hp, fastställd 2021-09-30, reviderad 2022-09-09, giltig från 2023-01-01.
- OM115G, Allmän hälso- och sjukvård, III (VFU), 15 hp, fastställd 2021-01-30, reviderad 2022-09-09, giltig från 2023-01-01.
- OM116G, Allmän hälso- och sjukvård, IV (VFU), 15 hp, fastställd 2021-09-30, reviderad 2022-09-09, giltig från 2023-01-01.

Mälardalens universitet

Mälardalens universitet (2016), utbildningsplan, GSV03, 2021/0298, fastställd 2016-01-27, reviderad 2021-09-28, giltig från höstterminen 2022.

- BMA200, Människans anatomi och fysiologi, 12 hp, fastställd 2016-01-11, reviderad 2022-05-31, giltig från vårterminen 2023.

- BMA201, Klinisk mikrobiologi, vårdhygien och allmän farmakologi, 7,5 hp, fastställd 2016-05-31, reviderad 2021-12-21, giltig från höstterminen 2022.
- BMA202, Människan vid ohälsa och sjukdom, 13 hp, fastställd 2017-01-09, reviderad 2022-05-31, giltig från vårterminen 2023.
- BMA204, Akuta sjukdomstillstånd och katastrofmedicin, 6 hp, fastställd 2018-01-24, giltig från höstterminen 2018.
- BMA205, Ohälsa och sjukdom hos barn och äldre, 5 hp, fastställd 2018-01-28, giltig från höstterminen 2018.
- BMA208, Människan vid psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, 5 hp, fastställd 2018-12-07, giltig från höstterminen 2019.
- FHA200, Förutsättningar för god hälsa ur ett folkhälsoperspektiv, 3 hp, fastställd 2016-01-11, reviderad 2021-12-21, giltig från höstterminen 2022.
- FHA201, Förebygga ohälsa och sjukdom ur ett folkhälsoperspektiv, 2 hp, fastställd 2017-01-09, reviderad 2018-01-24, giltig från höstterminen 2018.
- FHA202, Ojämlighet i hälsa och vård bland barn och äldre, 2,5 hp, fastställd 2018-01-23, giltig från höstterminen 2018.
- VAA200, Grunder i vårdpedagogik, 7,5 hp, fastställd 2016-01-11, reviderad 2017-08-20, giltig från vårterminen 2018.
- VAA206, Grunder i vårdpedagogik, 7,5 hp, fastställd 2020-08-18, giltig från vårterminen 2021.
- VAA207, Sjuksköterskan som pedagog och ledare, 5 hp, fastställd 2021-01-22, giltig från höstterminen 2021.
- VAA208, Sjuksköterskan som ledare och teammedlem, 5,5 hp, fastställd 2021-01-22, giltig från höstterminen 2021.
- VAE096, Examensarbete inom vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad, 15 hp, fastställd 2021-01-25, giltig från höstterminen 2021.
- VAE200, Grunder i vårdvetenskap, 7,5hp, fastställd 2016-01-11, reviderad 2020-02-10, giltig från höstterminen 2020.

- VAE201, Professionsblock 1 med inriktning äldrevård, 7,5 hp, fastställd 2016-06-14, reviderad 2021-01-22, giltig från höstterminen 2021.
- VAE202, Vetenskaplig teori och metod 1, 7,5 hp, fastställd 2016-01-14, reviderad 2021-12-21, giltig från höstterminen 2022.
- VAE203, Människan som patient, 7,5 hp, fastställd 2016-06-04, reviderad 2021-01-22, giltig från höstterminen 2021.
- VAE204, Vårdprocessen, dokumentation och kulturell kompetens, 7,5 hp, fastställd 2017-01-09, reviderad 2021-01-22, giltig från höstterminen 2021.
- VAE205, Vetenskaplig teori och metod 2, 7,5 hp, fastställd 2017-02-08, reviderad 2017-08-20, giltig från vårterminen 2018.
- VAE206, Professionsblock 2 – med inriktning psykisk ohälsa, 7,5 hp, fastställd 2017-08-20, reviderad 2020-02-10, giltig från höstterminen 2020.
- VAE207, Professionsblock 2 med inriktning somatisk vård, 7,5 hp, fastställd 2017-08-20, reviderad 2020-02-10, giltig från höstterminen 2020.
- VAE226, Evidens och säkerhet i vårdande, 6,5 hp, fastställd 2018-01-29, giltig från vårterminen 2019.
- VAE233, Professionsblock 3 med inriktning äldrevård, 9 hp, fastställd 2018-08-16, reviderad 2020-02-10, giltig från höstterminen 2020.
- VAE250, Professionsblock 3 med inriktning somatisk vård, 9 hp, fastställd 2020-06-25, giltig från höstterminen 2020.
- VAE251, Professionsblock 3 med inriktning äldrevård, 9 hp, fastställd 2020-06-25, giltig från höstterminen 2020.
- VAE263, Vårdande samtal och bemötande, 5 hp, fastställd 2021-01-22, giltig från höstterminen 2021.
- VAE264, Barns och äldres upplevelser av hälsa och vård, 1,5 hp, fastställd 2021-01-22, giltig från höstterminen 2021.

Röda Korsets högskola

Röda Korsets högskola (2015), utbildningsplan, SSH16, 57/2015, fastställd 2015-04-22, reviderad 2021-03-15, giltig från höstterminen 2016.

- H16003, Global omvårdnad och ohälsa, 30 hp, fastställd 2016-01-28, reviderad 2022-04-05, giltig från höstterminen 2022.
- H16004, Vetenskap och hälsoarbete, 30 hp, fastställd 2016-01-28, reviderad 2021-05-11, giltig från höstterminen 2021.
- H16007, Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, fastställd 2018-09-12, reviderad 2019-11-15, giltig från vårterminen 2020.
- H16008, Fördjupning i omvårdnad och förbättringskunskap, 15 hp, fastställd 2018-09-05, reviderad 2019-11-15, giltig från vårterminen 2020.
- H16101, Omvårdnad och hälsa, 30 hp, fastställd 2016-01-28, reviderad 2021-05-11, giltig från höstterminen 2021.
- H16102, Vetenskap och vårdande, 30 hp, fastställd 2016-01-28, reviderad 2022-04-05, giltig från höstterminen 2022.
- H16105, Etik och ledarskap i global omvårdnad, 22,5 hp, fastställd 2016-01-28, reviderad 2022-06-14, giltig från höstterminen 2022.

Sophiahemmet högskola

Sophiahemmet högskola (2021), utbildningsplan, VGSS3, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2022.

- 1FOM1, Grundläggande farmakologi och omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2022.
- 1MAF1, Människans anatomi och fysiologi, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, reviderad 2022-06-09, giltig från höstterminen 2022.
- 1OMV1, Omvårdnadsvetenskapens teoretiska grund, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2022.
- 1PRY1, Sjuksköterskan som professionell yrkesutövare, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2022.

- 2HS11, Människan i hälsa och sjukdom del 1, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2023.
- 2HS21, Människan i hälsa och sjukdom del 2, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2023.
- 2HS31, Människan i hälsa och sjukdom del 3, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2023.
- 2HS41, Människan i hälsa och sjukdom del 4, inriktning gerontologi och geriatrisk omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2023.
- 3KL11, Klinisk omvårdnad 1, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2023.
- 3KL21, Klinisk omvårdnad 2, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2023.
- 3OMV1, Omvårdnad vid ohälsa och sjukdom, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2023.
- 3VIL1, Verksamhetsintegrerat lärande 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2023.
- 4GHN1, Global hälsa och omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2024.
- 4PHO1, Prevention och hälsofrämjande omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2024.
- 4PSY1, Psykiatrisk omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2024.
- 4VET1, Vetenskaplig teori och metodologi, 7,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2024.
- 5KEX1, Examensarbete i omvårdnadsvetenskap, 15 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2024.
- 5KOM1, Leva med komplexa livsbegränsande hälsotillstånd, 15 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från höstterminen 2024.
- 6NVÅ1, Nära vård, 10,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2025.

- 6STH1, Sjuksköterskan som teamledare och handledare, 9 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2025.
- 6VIT1, Omvårdnad vid tidskritiska sjukdomstillstånd och sviktande vitala funktioner, 10,5 hp, fastställd 2021-10-20, giltig från vårterminen 2025.

Stiftelsen Högskolan i Jönköping

Stiftelsen Högskolan i Jönköping (2022), utbildningsplan, HGSJ8, fastställd 2017-05-05, reviderad 2022-05-23, giltig från vårterminen 2023.

- HEXP11, Omvårdnad, examensarbete, 15 hp, senast ändrad 2022-10-28.
- HGGN10, Gerontologisk och geriatrisk omvårdnad, 9 hp, fastställd 2018-11-27, reviderad 2020-01-30, giltig från 2020-02-10.
- HGGN13, Gerontologisk och geriatrisk omvårdnad, 9 hp, senast ändrad 2022-12-02.
- HHFN13, Hälsa och välfärd i ett föränderligt samhälle, 4,5 hp, senast ändrad 2022-12-02.
- HHHN13, Hälsa och hälsoproblem hos barn och familj, 4,5 hp, senast ändrad 2022-12-02.
- HHON13, Hälsofrämjande omvårdnad och pedagogik, 7,5 hp, fastställd 2022-09-29, giltig från 2023-01-23.
- HIEN10, Innovationer, entreprenörskap och informatik inom samskapande omvårdnad, 7,5 hp, senast ändrad 2020-06-03.
- HKAN10, Kvalitetsförbättringar applicerade inom hälsofrämjande omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2019-11-19, giltig från 2020-08-17.
- HLTN10, Ledarskap och teamsamverkan inom omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2019-11-19, reviderad 2021-06-14, giltig från 2021-08-30.
- HMVG19, Medicinsk mikrobiologi, vårdhygien och immunologi för sjuksköterskor, 7,5 hp, senast ändrad 2018-12-06.
- HMYG19, Människans fysiologi och anatomi för sjuksköterskor, 7,5 hp, senast ändrad 2018-12-07.

- HOPG18, Omvårdnad – profession, ämne och vetenskap, 15 hp, senast ändrad 2018-06-20.
- HOSN12, Omvårdnad vid sviktande hälsa, 15 hp, fastställd 2021-11-10, giltig från 2022-01-24.
- HPFK19, Personcentrerad omvårdnad, vårdande förhållningssätt och kommunikation, 7,5 hp, senast ändrad 2018-12-04.
- HPON13, Palliativ omvårdnad, 4,5 hp, senast ändrad 2022-12-02.
- HPRK19, Praktiska grunder för omvårdnad och säkerhet, 15 hp, fastställd 2018-10-23, reviderad 2021-03-18, giltig från 2021-11-08.
- HPSG18, Psykologi för sjuksköterskor, 4,5 hp, senast ändrad 2018-06-07.
- HPSN10, Psykiatrisk omvårdnad, 7,5 hp, fastställd 2018-11-27, reviderad 2020-01-30, giltig från 2020-02-10.
- HPSN13, Psykiatrisk omvårdnad, 7,5 hp, senast ändrad 2022-12-02.
- HSFN19, Sjukdomslära och farmakologi för sjuksköterskor, 15 hp, fastställd 2019-01-29, reviderad 2020-10-20, giltig från 2021-01-25.
- HSPN11, Sjuksköterskans professionella roll i den samskapande omvårdnaden, 15 hp, fastställd 2020-05-12, reviderad 2021-03-18, giltig från 2021-08-30.
- HTAK12, Tillämpad fysiologi och anatomi inom praktisk omvårdnad, 3 hp, senast ändrad 2022-11-23.
- HVON10, Vetenskaplig teori och metod för evidensbaserad omvårdnad, 7,5 hp, senast ändrad 2020-06-03.

Umeå universitet

Umeå universitet (2012), utbildningsplan, VYSJS, 3.1.3-885-21, beslutad 2012-05-10, reviderad 2022-03-24, giltig från höstterminen 2022.

- 3OM338, Omvårdnadens ledning och organisation I, 7,5 hp, beslutad 2017-04-06, reviderad 2019-04-25, giltig från 2021-07-26.
- 3OM367, Sjuksköterskans profession – introduktion, 6 hp, beslutad 2018-10-25, reviderad 2021-04-22, giltig från 2022-07-25.

- 3OM368, Kroppen och omvårdnad, 13,5 hp, beslutad 2018-10-25, reviderad 2022-02-24, giltig från 2022-08-08.
- 3OM369, Biomedicin och omvårdnad, 10,5 hp, beslutad 2019-02-28, reviderad 2021-04-22, giltig från 2022-07-25.
- 3OM370, Omvårdnadens teori och vetenskapliga grund, 15 hp, beslutad 2018-10-25, reviderad 2022-08-25, giltig från 2023-01-09.
- 3OM371, Omvårdnadens metoder och procedurer, 15 hp, beslutad 2018-10-25, reviderad 2022-08-25, giltig från 2023-01-02.
- 3OM372, Omvårdnad i olika livsfaser del I, 30 hp, beslutad 2018-10-25, reviderad 2021-05-27, giltig från 2022-01-03.
- 3OM373, Omvårdnad i olika livsfaser del II, 22,5 hp, beslutad 2020-08-25, reviderad 2022-08-25, giltig från 2023-01-09.
- 3OM374, Palliativ omvårdnad, 7,5 hp, beslutad 2018-10-25, reviderad 2022-08-25, giltig från 2023-01-09.
- 3OM375, Omvårdnadens organisation och ledning del I, 7,5 hp, beslutad 2018-10-25, reviderad 2022-08-25, giltig från 2023-01-09.
- 3OM376, Omvårdnadsvetenskap – teori och tillämpning, 22,5 hp, beslutad 2020-10-22, reviderad 2022-09-22, giltig från 2023-01-02.
- 3OM377, Sjuksköterskans profession – tillämpning, 22,5 hp, beslutad 2018-10-25, reviderad 2022-08-25, giltig från 2023-01-09.
- 3OM378, Omvårdnadens organisation och ledning del II, 7,5 hp, beslutad 2018-10-25, reviderad 2022-08-25, giltig från 2023-01-09.

Uppsala universitet

Uppsala universitet (2013), utbildningsplan, MSJ1Y, MEDFARM 2021/456, fastställd 2013-06-03, reviderad 2021-04-27, giltig från höstterminen 2022.

- 3MC127, Människokroppens struktur och funktion, 15 hp, inrättad 2020-02-12, reviderad 2022-01-19, giltig från höstterminen 2022.
- 3SJ150, Hälsa och förebyggande av ohälsa I, 30 hp, inrättad 2014-02-19, reviderad 2018-06-05, giltig från vårterminen 2018.

- 3SJ160, Hälsa och förebyggande av ohälsa I, 15 hp, inrättad 2020-04-08, reviderad 2022-04-01, giltig från höstterminen 2022.
- 3SJ260, Hälsa och förebyggande av ohälsa II, 30 hp, inrättad 2020-04-08, reviderad 2022-11-10, giltig från vårterminen 2023.
- 3SJ370, Ohälsa och främjande av hälsa I, 30 hp, inrättad 2020-12-16, reviderad 2021-06-02, giltig från höstterminen 2021.
- 3SJ460, Ohälsa och främjande av hälsa II, 30 hp, inrättad 2017-03-15, reviderad 2021-04-07, giltig från vårterminen 2021.
- 3SJ550, Examensarbete i sjuksköterskeprogrammet, 15 hp, inrättad 2016-05-03, reviderad 2018-01-17, giltig från höstterminen 2018.
- 3SJ555, Verksamhetsförlagd utbildning, valbar inriktning, 7,5 hp, inrättad 2015-12-02, reviderad 2018-01-17, giltig från höstterminen 2018.
- 3SJ650, Komplexa vårdssituationer, 30 hp, inrättad 2016-10-05, reviderad 2018-01-17, giltig från höstterminen 2018.

Örebro universitet

Örebro universitet (2021), utbildningsplan, VSJ1Y, ORU 2021/03292, inrättad 1995-06-30 (utbildningsprogrammet), fastställd 2021-06-09, giltig från höstterminen 2022.

- MC026G, Medicin, Fysiologi med anatomi, 15 hp, inrättad 2014-11-25, reviderad 2018-03-23, giltig från höstterminen 2018.
- MC027G, Medicin, Klinisk medicin I, 15 hp, inrättad 2015-06-24, reviderad 2018-09-25, giltig från vårterminen 2019.
- MC028G, Medicin, Klinisk medicin II, 7,5 hp, inrättad 2016-02-23, reviderad 2017-03-28, giltig från höstterminen 2017.
- MC326G, Medicin, Fysiologi med anatomi, 15 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-03-08, giltig från höstterminen 2022.
- MC327G, Medicin, Klinisk medicin I, 15 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-03-08, giltig från höstterminen 2022.
- MC328G, Medicin, Klinisk medicin II, 7,5 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2020-09-14, giltig från vårterminen 2021.

- OM001G, Omvårdnadsvetenskap, Förbättringskunskap och vetenskaplig metod, 7,5 hp, inrättad 2014-12-04, reviderad 2019-09-13, giltig från vårterminen 2020.
- OM002G, Omvårdnadsvetenskap,Handledning och bedömning i verksamhetsförlagd utbildning, 7,5 hp, inrättad 2014-12-04, reviderad 2020-03-10, giltig från höstterminen 2020.
- OM004G, Omvårdnadsvetenskap, Introduktion till sjuksköterskeprofessionen, 7,5 hp, inrättad 2015-02-24, reviderad 2018-03-23, giltig från höstterminen 2018.
- OM004U, Handledning i klinisk verksamhet, grund, 40 arbetstimmar, beslutad 2022-08-31.
- OM006G, Omvårdnadsvetenskap, Grundläggande omvårdnad och hälsopsykologi, 15 hp, inrättad 2015-06-24, reviderad 2018-09-25, giltig från vårterminen 2019.
- OM007G, Omvårdnadsvetenskap, Evidensbaserad vård och vetenskaplig metod, 7,5 hp, inrättad 2015-12-11, reviderad 2019-03-14, giltig från höstterminen 2019.
- OM010G, Omvårdnadsvetenskap, Klinisk omvårdnad I samt informatik, 22,5 hp, inrättad 2016-02-23, reviderad 2018-03-23, giltig från höstterminen 2018.
- OM011G, Omvårdnadsvetenskap, Klinisk omvårdnad II, kommunikation och lärande, 22,5 hp, inrättad 2016-02-19, reviderad 2018-09-25, giltig från vårterminen 2019.
- OM012G, Omvårdnadsvetenskap, Hälsofrämjande arbete samt psykisk ohälsa, 15 hp, inrättad 2017-01-30, reviderad 2018-03-23, giltig från höstterminen 2018.
- OM013G, Omvårdnadsvetenskap, Examensarbete Kandidat, 15 hp, inrättad 2017-01-31, reviderad 2018-03-23, giltig från höstterminen 2018.
- OM014G, Omvårdnadsvetenskap, Klinisk omvårdnad III, arbetsledning, teamarbete och yrkesroll, 15 hp, inrättad 2017-08-29, reviderad 2018-03-23, giltig från höstterminen 2018.

- OM015G, Omvårdnadsvetenskap, Klinisk omvårdnad IV samt geriatrisk och palliativ vård, 15 hp, inrättad 2017-08-29, reviderad 2018-09-25, giltig från vårterminen 2019.
- OM016G, Vård och behandling av blås- och tarmdysfunktion samt förskrivning av inkontinenshjälpmedel, 7,5 hp, inrättad 2017-08-30, reviderad 2017-09-29, giltig från vårterminen 2018.
- OM2026, Omvårdnadsvetenskap, avancerad nivå, Barns och ungdomars hälsa och ohälsa, 15 hp, inrättad 2009-03-23, reviderad 2018-03-23, giltig från höstterminen 2018.
- OM2036, Omvårdnadsvetenskap, avancerad nivå, Examensarbete – Magister, 15 hp, inrättad 2009-09-17, reviderad 2019-03-14, giltig från höstterminen 2019.
- OM2039, Omvårdnadsvetenskap, avancerad nivå, Katastrofmedicin och triage, 7,5 hp, inrättad 2009-09-17, reviderad 2022-09-06, giltig från vårterminen 2023.
- OM301G, Omvårdnadsvetenskap, Förbättringskunskap och vetenskaplig metod, 7,5 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-03-08, giltig från höstterminen 2022.
- OM304G, Omvårdnadsvetenskap, Introduktion till sjuksköterskeprofessionen, 7,5 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-09-06, giltig från vårterminen 2023.
- OM306G, Omvårdnadsvetenskap, Grundläggande omvårdnad och hälsopsykologi, 15 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-03-08, giltig från höstterminen 2022.
- OM307G, Omvårdnadsvetenskap, Evidensbaserad vård och vetenskaplig metod, 7,5 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-03-08, giltig från höstterminen 2022.
- OM310G, Omvårdnadsvetenskap, Klinisk omvårdnad I samt informatik, 22,5 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-03-08, giltig från höstterminen 2022.
- OM311G, Omvårdnadsvetenskap, Klinisk omvårdnad II, kommunikation och lärande, 22,5 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-03-08, giltig från höstterminen 2022.

- OM312G, Omvårdnadsvetenskap, Hälsofrämjande arbete samt psykisk ohälsa, 15 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-03-08, giltig från höstterminen 2022.
- OM313G, Omvårdnadsvetenskap, Examensarbete Kandidat, 15 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2021-03-10, giltig från höstterminen 2021.
- OM314G, Omvårdnadsvetenskap, Klinisk omvårdnad III, arbetsledning, teamarbete och yrkesroll, 15 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-03-08, giltig från höstterminen 2022.
- OM315G, Omvårdnadsvetenskap, Klinisk omvårdnad IV samt geriatrisk och palliativ vård, 15 hp, inrättad 2020-08-27, reviderad 2022-03-08, giltig från höstterminen 2022.

Avtal

Blekinge tekniska högskola

- Avtal med Region Blekinge, giltigt från 2019-01-01.
- Avtal med Karlskrona kommun, giltigt från 2020-01-01.
- Avtal med Ronneby kommun, giltigt från 2020-01-01.

Göteborgs universitet

- Ramavtal med Västra Götalandsregionen och Västra Götalands 49 kommuner, giltigt från 2021-08-16.

Högskolan Dalarna

- Avtal med Region Dalarna, giltigt från 2020-01-01.
- Avtal med kommuner i Region Dalarna, giltigt från 2015.

Högskolan i Borås

- Ramavtal med Västra Götalandsregionen och Västra Götalands 49 kommuner, giltigt från 2021-08-16.

Högskolan i Gävle

- Avtal med Region Gävleborg, giltigt från 2016-01-01.
- Avtal med Bollnäs kommun, giltigt från 2021-01-01.
- Avtal med Gävle kommun, giltigt från 2021-01-01.

- Avtal med Hofors kommun, giltigt från 2021-01-01.
- Avtal med Hudiksvall kommun, giltigt från 2021-01-01.
- Avtal med Ljusdals kommun, giltigt från 2021-01-01.
- Avtal med Nordanstigs kommun, giltigt från 2021-01-01.
- Avtal med Ockelbo kommun, giltigt från 2021-01-01.
- Avtal med Ovanåker kommun, giltigt från 2021-01-01.
- Avtal med Sandviken kommun, giltigt från 2021-01-01.
- Avtal med Söderhamns kommun, giltigt från 2021-01-01.
- Samverkansavtal med Region Stockholms och Norrtälje kommun vars vårdverksamhet i Norrtälje (Norrtälje sjukhus, landstingets primärvård och kommunens omsorg) drivs av Vårdbolaget Tio-Hundra, giltigt från 2016-05-01.

Högskolan i Halmstad

- Avtal med Region Halland, giltigt från 2014-01-01.
- Avtal med kommuner i Region Halland, giltigt från 2018-01-01.

Högskolan i Skövde

- Ramavtal med Västra Götalandsregionen och Västra Götalands 49 kommuner, giltigt från 2021-08-16.

Högskolan Kristianstad

- Ramavtal med Region Skåne, giltigt från 2019-01-30.

Högskolan Väst

- Ramavtal med Västra Götalandsregionen och Västra Götalands 49 kommuner, giltigt från 2021-08-16.

Karlstads universitet

- Ramavtal Region Värmland, giltigt från 2021-01-01.
- Programavtal Region Värmland, giltigt från 2021-01-01.
- Samverkansavtal med Arvika kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Eda kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Filipstad kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Forshaga kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Grums kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Hagfors kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Hammarö kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Karlstad kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Kils kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Kristinehamns kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Munkfors kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Storfors kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Sunne kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Säffle kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Samverkansavtal med Torsby kommun, giltigt från 2019-01-01.
- Avtal med Årjängs kommun, giltigt från 2019-01-01.

Karolinska institutet

- Nationellt ALF-avtal, giltigt från 2015-01-01.
- Regionalt ALF-avtal med, Region Stockholm, giltigt från 2016-01-01.
- Avsiktsförklaring om samverkan mellan länets kommuner och lärosäten med vårdutbildningar på högskolenivå, giltigt från 2016-06-16.

- Mall för lokala samverkansavtal (2016) Se avsiktsförklaring om samverkan 2016-06-16.
- Avtal om samverkan med Stockholm stad, giltigt från 2020-12-09.
- Avtal om samverkan med Huddinge kommun, giltigt från 2022-06-28.

Linköpings universitet

- Ramavtal med Region Östergötland, giltigt från 2019-01-01.
- Avtal med Motala kommun, Vadstena kommun, Boxholms kommun, Ödeshögs kommun och Mjölby kommun giltigt från 2018-01-01.
- Avtal med Norrköpings kommun, Finspångs kommun, Söderköpings kommun och Valdemarsviks kommun, giltigt från 2018-01-01.
- Avtal med Linköpings kommun, Kinda kommun, Åtvidabergs kommun och Ydre kommun, giltigt från 2018-01-01.

Linnéuniversitetet

- Avtal med Region Kronoberg, giltigt från 2017-01-01.
- Överenskommelse med Region Kalmar Län, giltigt från 2010.
- Samverkansavtal avseende sjuksköterskeutbildning i Västervik och Oskarshamn, giltigt från 2021-01-01.
- Avtal med Alvesta kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Borgholms kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Emmaboda kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Hultsfreds kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Högsby kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Kalmar kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Lessebo kommun, giltigt från 2021-01-18.

- Avtal med Ljungby kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Markaryds kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Mönsterås kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Mörbylånga kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Nybro kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Oskarshamns kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Tingsryds kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Torsås kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Uppvidinge kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Vimmerby kommun, giltig från 2021-01-18.
- Avtal med Västerviks kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Växjö kommun, giltigt från 2021-01-18.
- Avtal med Älmhults kommun, giltig från 2021-01-18.

Luleå tekniska universitet

- Principavtal – Regionalt avtal om verksamhetsförlagd utbildning med Norra sjukvårdsregionförbundet (regionerna Jämtland Härjedalen, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten). Lärosäten: Umeå universitet, Luleå tekniska universitet och Mittuniversitetet, giltigt från 2021-02-18.
- Avtal med kommunerna i Region Norrbotten, giltigt från 2018-12-10.

Lunds universitet

- Ramavtal med Region Skåne, giltigt från 2019-01-30.

Malmö universitet

- Ramavtal med Region Skåne, giltigt från 2019-01-30.
- Avtal med Malmö stad, giltigt från 2019-09-01.

Marie Cederschiöld högskola

- Samverkansavtal med Region Stockholm (VIL), giltigt från 2015-01-01.
- Samverkansavtal med Södermalms stadsdelsförvaltning, giltigt från 2021-05-01.

Mittuniversitetet

- Principavtal – Regionalt avtal om verksamhetsförlagd utbildning med Norra sjukvårdsregionförbundet (regionerna Jämtland Härjedalen, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten). Lärosäten: Umeå universitet, Luleå tekniska universitet och Mittuniversitetet, giltigt från 2021-02-18.
- Samarbetsavtal med Region Jämtland Härjedalen, giltigt från 2017-01-01.
- Avtal med Region Västernorrland, giltigt från 2017-01-01.
- Avtal med kommunerna i Region Jämtland Härjedalen, giltigt från 2017-01-01.
- Avtal med Kommunförbundet Västernorrland, giltigt från 2019-12-03.

Mälardalens universitet

- Samverkansavtal med Region Stockholm (VIL), giltigt från 2016-12-01.
- Avtal med Region Sörmland, giltigt från 2010-01-01.
- Avtal med Region Västmanland, giltigt från 2010-01-01.

- Avtal med Eskilstuna kommun, giltigt från 2020.
- Avtal med Flen kommun, ramavtal, giltigt från 2021.
- Avtal med Gnesta kommun, giltigt från 2017.
- Avtal med Katrineholms kommun, giltigt från 2018.
- Avtal med Katrineholms kommun, Elevhälsan, giltigt från 2016.
- Avtal med Kungsörs kommun, ramavtal, giltigt från 2021.
- Avtal med Köpings kommun, ramavtal, giltigt från 2020.
- Avtal med Nyköpings kommun, giltigt från 2016.
- Avtal med Oxelösunds kommun, giltigt från 2016.
- Avtal med Sala kommun, ramavtal, giltigt från 2021.
- Avtal med Strängnäs kommun, giltigt från 2019.
- Avtal med Trosa kommun, giltigt från 2016.
- Avtal med Vingåkers kommun, giltigt från 2016.
- Avtal med A&O Ansvar och omsorg AB, giltigt från 2016.
- Avtal med Änglahuset Åkfors, giltigt från 2018.
- Ramavtal med ATTENDO Region Säbo Norr och Region Hemtjänst Mellan, giltigt från 2021.

Röda Korsets högskola

- Samverkansavtal med Region Stockholm (VIL), giltigt från 2016-02-01.

Sophiahemmet högskola

- Samverkansavtal med Region Stockholm (VIL), giltigt från 2015-01-01.
- Samverkansavtal med Kungsholmens stadsförvaltning, giltigt från 2020-01-01.

Stiftelsen Högskolan i Jönköping

- Avtal med Region Jönköpings län, giltigt från 2020-01-07.
- Avtal med Kommunal utveckling, giltigt från 2020-07-01.

Umeå universitet

- Principavtal – Regionalt avtal om verksamhetsförlagd utbildning med Norra sjukvårdsregionförbundet (regionerna Jämtland Härjedalen, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten). Lärosäten: Umeå universitet, Luleå tekniska universitet och Mittuniversitetet, giltigt från 2021-02-18.
- Avtal med Region Västerbotten, giltigt från 2009-07-01.
- Avtal med Region Västernorrland, giltigt från 2016-01-01.
- Avtal med åtta kommuner, giltigt från hösten 2019.
- Ramavtal med Bjurholms kommun, giltigt från 2016.
- Avtal med Nordmalings kommun, giltigt från hösten 2020.
- Ramavtal med Robertsfors kommun, giltigt från 2018.
- Avtal med Skellefteå kommun, giltigt från 2019-06-25.
- Ramavtal med Umeå kommun, giltigt från 2014.
- Avtal med Vindelns kommun, giltigt från hösten 2020.
- Avtal med Vännäs kommun, giltigt från 2018-12-07.
- Avtal med Kramfors kommun, giltigt från hösten 2019.
- Avtal med Sollefteå kommun, giltigt från hösten 2020.
- Ramavtal med Örnköldsviks kommun, giltigt från 2017.
- Avtal med Bäckbacka Röbäck AB (Region Västerbotten), giltigt från våren 2020.

Uppsala universitet

- Avtal med Region Uppsala, giltigt från 2015-01-01.
- Avtal med Region Gotland, giltigt från 2018-01-01.
- Avtal med Uppsala kommun (Region Uppsala), giltigt från 2018-01-01.
- Avtal med kommuner i Region Uppsala, giltigt från 2015-07-01.

Örebro universitet

- Avtal med Region Örebro län, giltigt från 2015-11-27.
- Avtal med Region Örebro läns kommuner, giltigt från 2020-08-01.

Statens offentliga utredningar 2024

Kronologisk förteckning

1. Ett starkare skydd för offentliganställda mot våld, hot och trakasserier. Ju.
2. Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner. Del 1 och 2. S.
3. Ett starkt judiskt liv för framtida generationer. Nationell strategi för att stärka judiskt liv i Sverige 2025–2034. Ku.
4. Inskränkningarna i upphovsrätten. Ju.
5. Förbättrad ordning och säkerhet vid förvar. Ju.
6. Steg mot stärkt kapacitet. Fi.
7. Ett säkrare och mer tillgängligt fastighetsregister. Ju.
8. Livsmedelsberedskap för en ny tid. LI.
9. Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen. U.

Statens offentliga utredningar 2024

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Steg mot stärkt kapacitet. [6]

Justitiedepartementet

Ett starkare skydd för offentliganställda
mot våld, hot och trakasserier. [1]

Inskränkningarna i upphovsrätten. [4]

Förbättrad ordning och säkerhet
vid förvar. [5]

Ett säkrare och mer tillgängligt
fastighetsregister. [7]

Kulturdepartementet

Ett starkt judiskt liv för framtida
generationer. Nationell strategi för att
stärka judiskt liv i Sverige 2025–2034.
[3]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Livsmedelsberedskap för en ny tid. [8]

Socialdepartementet

Ett samordnat vaccinationsarbete – för
effektivare hantering av kommande
vacciner. Del 1 och 2. [2]

Utbildningsdepartementet

Utvecklat samarbete för verksamhets-
förlagd utbildning – långsiktiga
åtgärder för sjuksköterskeprogrammen.
[9]



Regeringskansliet

Remiss

2024-02-23
U2024/00226

Utbildningsdepartementet
Universitets- och högskoleenheten

Remiss av betänkandet Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen (SOU 2024:9)

Remissinstanser

1. Askersunds kommun
2. Blekinge tekniska högskola
3. Borlänge kommun
4. Enköpings kommun
5. Famna – Riksorganisationen för idéburen välfärd
6. Fremia
7. Gnosjö kommun
8. Grums kommun
9. Grästorps kommun
10. Göteborgs universitet
11. Haparanda kommun
12. Härjedalens kommun
13. Högskolan Dalarna

14. Högskolan i Borås
15. Högskolan i Gävle
16. Högskolan i Halmstad
17. Högskolan i Skövde
18. Högskolan Kristianstad
19. Högskolan Väst
20. Jönköpings kommun
21. Kalmar kommun
22. Karlstads universitet
23. Karolinska institutet
24. Köpings kommun
25. Landsorganisationen i Sverige (LO)
26. Linköpings kommun
27. Linköpings universitet
28. Linnéuniversitetet
29. Luleå tekniska universitet
30. Lunds universitet
31. Malmö kommun
32. Malmö universitet
33. Marie Cederschiöld högskola
34. Mittuniversitetet

35. Mälardalens universitet
36. Märsta kommun
37. Orsa kommun
38. Pajala kommun
39. Region Blekinge
40. Region Dalarna
41. Region Gotland
42. Region Gävleborg
43. Region Halland
44. Region Jämtland Härjedalen
45. Region Jönköpings län
46. Region Kalmar län
47. Region Kronoberg
48. Region Norrbotten
49. Region Skåne
50. Region Stockholm
51. Region Sörmland
52. Region Uppsala
53. Region Värmland
54. Region Västerbotten
55. Region Västernorrland

56. Region Västmanland
57. Region Örebro Län
58. Region Östergötland
59. Röda Korsets Högskola
60. Skara kommun
61. Skövde kommun
62. Socialstyrelsen
63. Sophiahemmet Högskola
64. Sorsele kommun
65. Staffanstorps kommun
66. Stiftelsen Högskolan i Jönköping
67. Stockholms kommun
68. Svensk sjuksköterskeförening
69. Svenska Kommunalarbetsförbundet
70. Svenska Läkaresällskapet
71. Svenskt Näringsliv
72. Sveriges akademikers centralorganisation (Saco)
73. Sveriges förenade studentkårer (SFS)
74. Sveriges kommunaltjänstemannaförbund
75. Sveriges Kommuner och Regioner
76. Sveriges läkarförbund

77. Sveriges universitets- och högskoleförbund
78. Sölvesborgs kommun
79. Tjänstemännens Centralorganisation (TCO)
80. Umeå kommun
81. Umeå universitet
82. Universitets- och högskolerådet
83. Universitetskanslersämbetet
84. Upphandlingsmyndigheten
85. Uppsala kommun
86. Uppsala universitet
87. Varbergs kommun
88. Vetenskapsrådet
89. Vilhelmina kommun
90. Vårdförbundet
91. Vårdföretagarna
92. Västra Götalandsregionen
93. Älmhults kommun
94. Örebro universitet
95. Örkelljunga kommun
96. Örnsköldsviks kommun
97. Överklagandenämnden för högskolan

Remissvaren ska ha kommit in till Utbildningsdepartementet **senast den 23 maj 2024**. Svaren bör lämnas per e-post till u.remissvar@regeringskansliet.se. Ange diarienummer U2024/00226 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria [Svara på remiss \(SB PM 2021:1\)](#). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Eva Lenberg
Rättschef

Kopia till

Elanders Sverige AB



Tjänsteskrivelse

2024-04-11

Äldrenämnden

Diariennr: ÄN-2023/00194-3

Motion 20/2023 - Äldreomsorgen behöver fler medarbetare

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslår kommunfullmäktige att bifalla motionen i enlighet med yttrandet

Ärendebeskrivning

Kristdemokraterna (KD) föreslår att Umeå kommun genomför en pilotverksamhet med verksamheten Ung Omsorg. KD skriver att fördelarna är många och ger unga människor ett första extrajobb, vårdintresset hos unga ökar och det ger äldre som bor på vård- och omsorgsboenden fler aktiviteter och lite guldkant på tillvaron.

Beslutsunderlag

Yttrande 2024-04-11

Motion 20/2023

Beredningsansvariga

Rebecca Andersson HR-chef

Carina Lindberg Utredare HR-enheten

Beslutet ska skickas till

Kommunstyrelsen

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Carina Lindberg
Utredare HR-enheten

Kommunfullmäktige

Motion 20/2023 - Äldreomsorgen behöver fler medarbetare

I tidigare yttrande på denna motion från KD kring fler medarbetare ställde sig verksamheten tveksam till detta, främst utifrån att det pågick en pandemi samt andra prioriterade insatser. I denna motion yrkar KD på följande;

- Att kommunfullmäktige beslutar att genomföra en pilotverksamhet i samarbete med Ung Omsorg förslagsvis på tre äldreboenden.
- Att pilotverksamheten utvärderas efter ett år och därefter om resultaten är goda ska det vidareutvecklas och genomföras på fler boenden.
- Att gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden och För och grundskolenämnden får i uppdrag att genomföra informationsinsatser till elever i årskurs sex om vård och omsorgsprogrammet samt dess möjligheter

Detta yttrande gäller de två första att-satserna. För- och grundskolenämnden samt Gymnasie – och vuxenutbildningsnämnden svarar på motionens tredje att-sats.

Äldreomsorgsförvaltningen är i grunden positiv till Ung Omsorgs koncept och delar uppfattningen att det behövs flera olika grepp att locka nya medarbetare till äldreomsorgens verksamheter. I dagsläget bedöms det möjligt och intressant att göra en pilotstudie i samarbete med företaget Ung Omsorg.

Kompetensförsörjningen i äldreomsorgen är en viktig fråga och olika satsningar görs för att möta den utmaningen. Bland annat fortsätter den statliga satsningen Äldreomsorgslyftet som har till syfte att öka andelen utbildade i äldreomsorgen. Verksamheten arbetar även med olika andra samarbeten där syftet är att utveckla nya arbetsformer och koncept för att ta tillvara befintlig kompetens. En sådan här satsning kan vara ett komplement som i huvudsak har effekt på

kompetensförsörjning i det längre perspektivet och det är därför intressant men kanske svårare att utläsa i en utvärdering på kort sikt.

Ett pilotförsök med att införa Ung Omsorg på 3 äldreboenden skulle vara intressant av främst två anledningar. Pilotförsöket skulle ge möjlighet att utvärdera hur konceptet upplevs i vår verksamhet men det skulle också vara intressant att se om det påverkar äldres upplevelse av ensamhet.

Kontakt är tagen med företaget Ung Omsorg och de har lämnat en offert. Ett inledande arbete där konceptet provas under 1 år på 3 äldreboenden skulle kosta äldreomsorgen 500 000 kr. Dessa pengar saknas i budget därför är insatsen möjlig endast om det tillskjuts medel, alternativt att det av förvaltningen söka statsbidrag för ändamålet beviljas. Besked väntas i april/maj.

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Carina Lindberg
HR Äldreomsorgen



MOTION 2023-12-01

Äldreomsorgen behöver fler medarbetare

Sveriges befolkning förväntas passera 11 miljoner invånare år 2028 och andelen äldre-äldre (80 +) förväntas öka med 50%, 255 000 personer fler jämfört med år 2018. (Källa SCB) För Umeås del innebär prognosen att vi behöver rekrytera 2 400 personer till äldreomsorgen 2028. Siffran är räknad på befolkningsökning och pensionsavgångar samt att ungefär 700 personer kommer att välja att sluta inom vård och omsorg och börjar arbeta med något annat. Av samtliga utmaningar som äldreomsorgen står inför så måste personalrekryteringen anses vara den absolut största.

Idag saknar mer än hälften av de som arbetar inom äldreomsorgen en adekvat vårdutbildning vilket placerar **Umeå kommun på sjunde plats från botten** när det kommer till utbildningsnivå. Utbildningsnivån ligger på 46%, men under sommaren kan den t o m vara lägre än så vilket gör att arbetsbelastningen ökar för den vårdutbildade personalen. En låg utbildningsnivå kompromissar bort patientsäkerheten och leder till en sämre arbetsmiljö vilket i slutändan betyder att än färre söker sig till vårddyrket.

Äldreomsorgslyftet som pågår nu är bra, men målet måste trots allt vara att fler väljer vård och omsorgsprogrammet redan på gymnasiet. Umeå var tidigt ute med att erbjuda gymnasieungdomar feriejobb med förhoppningen att fler unga skulle kunna tänka sig att arbeta inom äldreomsorgen. Problemet är att erbjudandet vänder sig till dem som redan påbörjat en gymnasieutbildning varav de flesta inte valt vård och omsorgsprogrammet. Därför måste vi börja betydligt tidigare med att skapa intresse för vårddyrket.

Ett exempel där detta har lyckats är företaget Ung Omsorg som startade 2007. Idag är ca 2000 ungdomar knutna till verksamheten. Det är unga människor som åker ut till äldreboenden på helger och skollov och som skapar aktiviteter för de äldre. De ersätter inte ordinarie personal utan är extra resurser anställda av företaget. Rekryteringen sker genom anställningsintervjuer och innan ungdomarna går ut i verksamheten har de genomgått både fysisk och digital utbildning där de måste bli godkända på ett slutttest. Verksamheten är populär, den ger mer guldkant och omsorg samtidigt som det är ett meningsfullt extraarbete. Det bästa av allt är att dessa jobb skapat ett större intresse för att arbeta inom omsorgen och fler har valt vård och omsorgsprogrammet på gymnasiet.

I en enkätundersökning bland tidigare anställda i Ung Omsorg (2018) blev resultatet att **"76 procent av anställda i tidigare kommunprojekt uppger att de fått en mer positiv inställning till äldreomsorgen genom arbetet hos Ung Omsorg."** **"32 procent av tidigare anställda uppger att de arbetar eller studerar inom vård och omsorg eller planerar att göra det inom kort."**

Konceptet som företaget har är att de vill göra äldreomsorgen mer mänsklig och attraktiv som ett framtida karriärval. Idag har närmare 200 äldreboenden i Sverige avtal med Ung omsorg och vi kristdemokrater menar att det är dags även för Umeå att tänka nytt för att öka intresset för vårddyrket hos yngre personer. Vi ska hålla fast i intresset för äldreomsorgen och här lyfta fram alla de positiva delarna med att arbeta i ett av världens viktigaste yrken. Alla kan inte och ska inte bli undersköterska, men vi behöver personal som vill arbeta med det viktigaste som finns; med

människor! Allt fler kommuner har insett detta och nyligen beslutade Norsjö kommun att påbörja ett samarbete med Ung Omsorg.

Vårt förslag är att Umeå kommun testat en pilotverksamhet på förslagsvis tre äldreboenden under ett år för att därefter utvärdera om försöket kan utökas till fler boenden. Vi ser det inte som en kostnad, men däremot som en framtida investering med tanke på de kommande årens stora personalbehov. Fördelarna är många; det ger unga människor ett första extrajobb; vårdintresset hos unga ökar och det ger äldre på vård och omsorgsboenden fler aktiviteter och guldkant. Att säkerställa att Umeå kommun klarar av att rekrytera personal till vård och omsorg är inte en fråga bara för Äldrenämnden utan ansvaret och intresset för att klara detta bör ligga hos kommunfullmäktige.

Det är viktigt att tidigt skapa ett större intresse för vårddyrket och i region Skåne startade nyligen projektet "HälsoAgenterna". Projektets syfte är att förändra normen och inställningen till vem som jobbar inom vård och omsorg samt att öka attraktionen till utbildning och arbete inom branschen. I projektet ingår riktade utbildningsinsatser där vård och omsorgs college besöker och informerar elever i sjätte klass för att informera om vårddyrket. Det handlar om att skapa intresse tidigt för att fler unga ska välja vård och omsorg när det är dags att välja till gymnasiet tre år senare. Det är ett gott exempel där Umeå kommun bör ta efter.

Med anledning av ovanstående yrkar Kristdemokraterna att kommunfullmäktige beslutar

- Att kommunfullmäktige beslutar att genomföra en pilotverksamhet i samarbete med Ung Omsorg förslagsvis på tre äldreboenden.
- Att pilotverksamheten utvärderas efter ett år och därefter om resultaten är goda ska det vidareutvecklas och genomföras på fler boenden.
- Att gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden och För och grundskolenämnden får i uppdrag att genomföra informationsinsatser till elever i årskurs sex om vård och omsorgsprogrammet samt dess möjligheter.

Veronica Kerr
Kristdemokraterna



Tjänsteskrivelse

2024-02-12

Äldrenämnden

Diariennr: ÄN-2024/00034

Statistikrapport ej verkställda beslut kvartal 1

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner statistikrapporten över ej verkställda beslut enligt SoL.

Äldrenämnden överlämnar statistikrapporten till kommunfullmäktige och kommunens revisorer.

Ärendebeskrivning

Från och med 2006-07-01 gäller, enligt 16 kap 6h § Socialtjänstlagen (SoL), följande beträffande ej verkställda gynnande beslut:

”Socialnämnden skall till fullmäktige lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut.

Nämnden skall till fullmäktige även lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut.

Rapportering enligt denna paragraf skall ske en gång per kvartal.”

Beslutsunderlag

Statistikrapport SoL 2024-03-31

Beredningsansvariga

Rosa Norberg, nämndsekreterare

Beslutet ska skickas till

Kommunfullmäktige
Kommunrevisionen

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Rosa Norberg
Nämndsekreterare

Ej verkställda gynnande beslut enligt Socialtjänstlagen inom äldre nämndens ansvarsområde 2024-03-31

Ledsagning

Beslut		Kön	
Beslut som ej verkställts:	Väntetid	Kvinna	Man
	3 mån, 25 dgr	x	
Beslut som verkställts senare än tre månader:	Väntetid	Kvinna	Man
	10 mån, 10 dgr	x	
Avbrott i verkställighet och där biståndet inte åter verkställts inom 3 månader:	Väntetid	Kvinna	Man
	5 mån, 30 dgr	x	
Beslut: 3			

Särskilt boende

Beslut		Kön	
Beslut som ej verkställts:	Väntetid	Kvinna	Man
	3 mån, 3 dgr	x	
	5 mån, 8 dgr	x	
	7 mån, 14 dgr	x	
Beslut som verkställts senare än tre månader:	Väntetid	Kvinna	Man
	6 mån, 5 dgr	x	
	3 mån, 19 dgr		x
Beslut som avslutats utan verkställighet:	Väntetid	Kvinna	Man
	3 mån, 13 dgr	x	
Beslut: 6			

Korttidsboende

Beslut		Kön	
Beslut som ej verkställts:	Väntetid	Kvinna	Man
	3 mån, 17 dgr	x	
Avbrott i verkställighet och där biståndet inte åter verkställts inom 3 månader:	Väntetid	Kvinna	Man
	10 mån, 14 dgr		x
Beslut: 2			

Dagverksamhet

Beslut		Kön	
Beslut som verkställts senare än tre månader:	Väntetid	Kvinna	Man
	3 mån, 23 dgr		X
	3 mån, 13 dgr	X	
	3 mån, 4 dgr		X
Beslut: 3			



Tjänsteskrivelse

2024-05-10

Äldrenämnden

Diariennr: ÄN-2024/00109

Information om slutrapport e-inköp

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner informationen.

Ärendebeskrivning

Under 2019–2020 genomförde äldreomsorgsförvaltningen och stöd-och omsorgsförvaltningen en förstudie för inköp på internet i ordinärt boende. Ett upphandlingsprojekt påbörjades men avbröts 2021 på grund av juridiska utmaningar.

2022 publicerade Sveriges kommuner och Regioner (SKR) en vägledning för inköp på internet. Utifrån SKR:s vägledning påbörjades under hösten samma år ett nytt projekt för införande och genomförande av inköp på internet.

Nu är projektet avslutat och insatsen E-inköp implementerad.

Slutrapporten beskriver och sammanfattar projektets genomförande.

Beslutsunderlag

Slutrapport – Inköp via beställning

Beredningsansvariga

Emil Forsberg, digitaliseringschef

Elli-Mari Lundgren, verksamhetsutvecklare

Beslutet ska skickas till

Emil Forsberg, digitaliseringschef

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Emil Forsberg
Digitaliseringschef



Tjänsteskrivelse

2024-05-08

Äldrenämnden

Diariennr: ÄN-2022/00199

Föreskrift för Umeå kommuns pensionärsråd

Förslag till beslut

Äldrenämnden fastställer föreskriften för Umeå kommuns pensionärsråd.

Äldrenämnden utser Veronica Kerr, i egenskap av äldrenämndens vice ordförande, till vice ordförande för Umeå kommuns pensionärsråd.

Ärendebeskrivning

Umeå kommuns pensionärsråd (UPR) är ett rådgivande organ för dialog mellan pensionärsföreningar och kommunens verksamheter med äldrenämnden som ansvarig nämnd. Äldrenämnden fastställde UPR:s föreskrift 2022-12-22 § 121 och 2024-02-26 § 35 beslutade kommunfullmäktige om en gemensam riktlinje för rådgivande organ. Mot bakgrund av nya krav från den gemensamma riktlinjen och den dialog med pensionärsföreningarna som fördes på pensionärsrådet 2024-04-26 föreslås en revidering av föreskriften.

Föreskriften ändras på följande sätt:

- Föreskriften tidsätts till nuvarande mandatperiod
- En vice ordförande för pensionärsrådet införs och ska väljas bland äldrenämndens ledamöter och ersättare
- Tydligare skrivningar om ersättares närvaro, rätt till arvode, samt om minnesanteckningarna

Beslutsunderlag

Föreskrift för Umeå kommuns pensionärsråd 2024-05-23

Beredningsansvariga

Emil Fridolfsdahl, nämndsekreterare

Rosa Norberg, nämndsekreterare

Anna Karlander, kanslichef

Beslutet ska skickas till

PRO Samorganisation Umeå

SKPF i Umeå

SPF i Umeå

Demensföreningen Umeå

Umeå sameförening, Såhkie

2 av 2

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2022/00199

Finska klubben i Umeå
RPG Umeå
Kommunstyrelsen
Fritidsnämnden
Kulturnämnden
Byggnadsnämnden
Tekniska nämnden

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Emil Fridolfsdahl
Nämndsekreterare

Dokumentansvarig: Kanslichef, socialtjänstens kansli	Dokumentdatum: 2022-12-22
Godkänd av: Äldrenämnden, 2022-12-22 §121, 2024-05-23 § XX	Reviderad: 2024-05-23
Föreskrift för Umeå kommuns pensionärsråd 2024-2026	

Föreskrift för Umeå kommuns pensionärsråd (UPR) beskriver rådets syfte, organisation och arbetssätt.

Äldrenämnden är ansvarig nämnd för pensionärsrådet och fastställer föreskrift för UPR utifrån kommunfullmäktiges riktlinjer för rådgivande organ. Föreskriften ses över inför varje ny mandatperiod.

Föreskriften har reviderats mot bakgrund av kommunfullmäktiges beslut § 35, 2024-02-26, att fastställa riktlinje för rådgivande organ i Umeå kommun, dnr. KS-2023/00267.

Syfte

UPR är ett forum för medborgardialog och samråd mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och förtroendevalda i kommunstyrelsen och berörda nämnder. Rådet är ett rådgivande organ och inte beslutande.

Rådet ska arbeta med och ta till vara äldres rättigheter i Umeå kommun, främst utifrån ett medborgar- och demokratiperspektiv. Rådet fokuserar på samhällsfrågor och verksamheter i kommunen som berör äldre.

Rådets ledamöter ska ges möjlighet att påverka kommunala angelägenheter och beslut genom att representanternas idéer och synpunkter ses som en viktig tillgång för att utveckla kommunen.

Kommunala nämnder och verksamheter bör tidigt informera rådet om övergripande planer och större förändringar som har betydelse för målgruppen äldre, så att rådet i ett tidigt skede kan komma med synpunkter och förslag utifrån ett äldreperspektiv.

Organisation

Äldrenämnden har det övergripande ansvaret för UPR enligt kommunens reglemente för styrelser och nämnder. Äldrenämndens ordförande och vice ordförande är även ordförande respektive vice ordförande i pensionärsrådet. En sekreterare från äldreomsorgsförvaltningen utgör ett administrativt stöd för rådet.

Sammansättning

Rådets sammansättning är 8 ordinarie och 8 ersättare från kommunens nämnder/styrelser samt 13 ordinarie och 9 ersättare från pensionärsorganisationerna. Totalt 21 ordinarie representanter och 17 ersättare. Rådets sammansättning av pensionärsorganisationerna ska vara representativ mot deras medlemsantal och revideras inför varje ny mandatperiod.

Förtroendevalda utses av respektive nämnd/styrelse för mandatperioden. Representanter från pensionärsorganisationerna utses av respektive organisation/förening. Val av ledamöter och ersättare från pensionärsorganisationerna ska rapporteras in till rådets sekreterare.

Ledamot som är förhindrad att delta ansvarar själv för att kalla in sin ersättare. Ersättare har rätt att närvara även när de inte tjänstgör för ordinarie representant som är frånvarande. Endast tjänstgörande ersättare har rätt till ersättning.

Rådets sammansättning är följande:

Representation

Äldrenämnden	3 ordinarie + 3 ersättare
Kommunstyrelsen	1 ordinarie + 1 ersättare
Kulturnämnden	1 ordinarie + 1 ersättare
Fritidsnämnden	1 ordinarie + 1 ersättare
Byggnadsnämnden	1 ordinarie + 1 ersättare
Tekniska nämnden	1 ordinarie + 1 ersättare
PRO	4 ordinarie + 2 ersättare
SKPF	3 ordinarie + 2 ersättare
SPF Seniorerna	2 ordinarie + 1 ersättare
RPG	1 ordinarie + 1 ersättare
Finska klubben i Umeå	1 ordinarie + 1 ersättare
Umeå sameförening, Sâhkie	1 ordinarie + 1 ersättare
Demensföreningen i Umeå	1 ordinarie + 1 ersättare

Arbetsformer

Sammanträden

UPR har 4–6 sammanträden i form av halvdagar per år. Sammanträdesdatum fastställs årsvis av rådet vid sista sammanträdet för året.

Beredningsgrupp

Ordförande, vice ordförande, samt en representant från varje pensionärsorganisation ingår i rådets beredningsgrupp. Inför varje sammanträde ska beredningsgruppen initiera, planera och prioritera de ärenden som ska diskuteras på kommande sammanträde. Ett förslag på kallelse/agenda till nästkommande sammanträde med UPR skickas ut via e-post innan beredningsgruppens träffas.

Kallelse

En kallelse med dagordning för pensionärsrådets sammanträden skickas via e-post ut till ordinarie ledamöter och ersättare. I dagordningen listas de ärenden som kommer att föredras på

sammanträdet. Till kallelsen bifogas även eventuella handlingar och presentationer som kan delges i förväg.

Minnesanteckningar

Minnesanteckningar förs på rådets sammanträden. En kort sammanfattning av de ärenden som behandlas och särskilda synpunkter som framkommer från pensionärsorganisationerna noteras. Anteckningarna utgör inte ett fullständigt diskussionsprotokoll. Minnesanteckningar skrivs av rådets sekreterare och skickas sedan ut per e-post ut till rådets ledamöter och ersättare, tillsammans med eventuella bilagor.

Minnesanteckningar och bilagor publiceras på Umeå kommuns webbsida för pensionärsrådet.

Remisser

Kommunens olika nämnder, styrelser och förvaltningar kan skicka remisser för information till UPR. Varje pensionärsorganisationerna inkommer därefter med egna yttrande direkt till ansvarig nämnd, styrelse eller förvaltning om de så önskar. Som organ besvarar UPR inga remisser men däremot kan föredragning ske på sammanträden av remissens innehåll.

Kostnader

Ersättning

Arvode, reseersättning och parkeringsutgifter utgår enligt kommunens bestämmelser till ordinarie ledamöter och tjänstgörande ersättare i rådet. Varje enskild ledamot eller tjänstgörande ersättare ansvarar för att rapportera in utgifter till rådets sekreterare.

Rapportering av nämnd- och styrelseledamöters närvaro görs av rådets sekreterare till respektive nämnd och styrelse för arvodesutbetalning. Arvode till närvarande ledamöter och tjänstgörande ersättare från kommunala styrelser/nämnder ersätts av respektive nämnd/styrelse.



Tjänsteskrivelse

2024-05-13

Äldrenämnden

Diariennr: ÄN-2024/00019

Äldrenämndens delegationsordning

Förslag till beslut

Äldrenämnden fastställer delegationsordningen.

Ärendebeskrivning

Med anledning av att nuvarande delegationsordning är i behov av revidering fastställer äldrenämnden delegationsordningen med följande förändringar från den tidigare nämndens delegationsordningen:

- Redaktionella ändringar i form av uppdaterade titlar och förklarande fotnoter
- Ny formulering rörande lex Maria under rubrik "2.4 lex Maria"
- Boendestöd som insats förs in under rubrik "3.2 Beslut om bistånd".

Beslutsunderlag

Äldrenämndens delegationsordning 2024-05-23

Beredningsansvariga

Anna Karlander, kanslichef

Emil Fridolfsdahl, nämndsekreterare/utredare

Rosa Norberg, nämndsekreterare/utredare

Beslutet ska skickas till

Äldreomsorgsdirektör

Verksamhetschefer

SAS

MAS

MAR

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Emil Fridolfsdahl
Nämndsekreterare



Delegationsordning för äldrenämnden

Senast reviderad av äldrenämnden 2024-05-23

Dokumentnamn Delegationsordning för äldrenämnden		
Dokumentansvarig Nämndsekreterare äldrenämnden		Fastställd 2014-12-01
Beslutad av Äldrenämnden 2014-12-01 § 7	Version 1.0	Reviderad 2015-12-11 (red.), 2017-12-21, 2018-07-01 (red), 2018-12-03, 2020-03-26, 2020-08-27, 2020-09-24, 2021-04-29, 2022-12-22, 2024-05-23

Innehållsförteckning

1. Om delegation.....	3
1.1 Delegationsbestämmelser	3
1.2 Rätt att fatta beslut	3
1.3 Ärenden som inte får delegeras enligt kommunallagen	3
1.4 Anmälan av delegationsärenden	4
2. Allmänna ärenden	5
2.1 Brådskanie beslut	5
2.2 Offentlighet och sekretess – utlämnande av uppgifter m.m.	5
2.2.1 Utlämnande av allmän handling	5
2.2.2 Polisanmälan	5
2.2.3 Anmälan till överförmyndare	5
2.2.4 Anmälan till smittskyddsläkare	5
2.3 lex Sarah	6
2.4 lex Maria	6
3. Handläggning i individärenden.....	7
3.1 Utredning.....	7
3.2 Beslut om bistånd.....	8
3.3 Omprövning och överklagan	9
3.4 Överflyttning av ärende.....	9
3.5 Ombud och offentligt biträde.....	9
3.6 Arvoden, avgifter och taxor	9
4. Ekonomi, inköp mm.	10
4.1 Beslut om inköp	10
4.2 Teckna och säga upp/häva avtal	10
4.3 Övriga beslut.....	10
5. Övrigt	11

Lagar och förkortningar

FL	Förvaltningslagen (2017:900)
GDPR	Dataskyddsförordningen
KL	Kommunallagen (2017:725)
	lex Maria (1998:531)
	lex Sarah (2001:453)
OSL	Offentlighet- och sekretesslagen (2009:400)
PSL	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
SmittskL	Smittskyddslagen (2004:168)
	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SoF	Socialtjänstförordningen (2001:937)
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
TF	Tryckfrihetsförordningen (1949:105)

1. Om delegation

1.1 Delegationsbestämmelser

I kommunallagen 6 kap. 37-39 §§ finns bestämmelser om delegering av ärenden inom en kommunal nämnds ansvarsområde. En nämnd får uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare eller en anställd tjänsteman att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller grupp av ärenden. Delegering innebär således ett överlåtande av en beslutsfunktion, vilket innebär att delegaten inträder i nämndens ställe. Delegaten skall iakta gällande författningsbestämmelser, avtal, ekonomiska ramar och övriga riktlinjer för verksamheten.

Beslut fattade av delegat har samma rättsverkan som nämndens egna beslut. Beslutet kan inte ändras av nämnden, men inget hindrar en nämnd från att bevilja bistånd trots att delegat tidigare avslagit sådant bistånd. Nämnden kan även återta en tidigare delegerad beslutanderätt. Kommunallagen skiljer också mellan beslut som måste delegeras och beslut som innebär ren verkställighet. Delegationsordningen ska inte omfatta ärenden av ren verkställande art.

1.2 Rätt att fatta beslut

Delegationen gäller endast tjänsteman som arbetar i den enhet som ansvarar för ärendet. Om delegaten anser att ärendet är svårbedömt eller av annan orsak inte anser sig kunna fatta beslut i ärendet kan det överlämnas till nämnden. Om en ärendetyp inte finns med i delegationsordningen innebär det att beslut ska fattas i nämnden. Om inte annat anges omfattar delegationen både bifall och avslag samt i de fall det är aktuellt upphörande av insatsen.

Delegaten handläggare innefattar biståndshandläggare samt konsulenter inom äldreomsorgen.

1.3 Ärenden som inte får delegeras enligt kommunallagen

Beslutanderätten får enligt kommunallagen 6 kap. 38 § inte delegeras i följande slag av ärenden:

- Ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.
- Framställningar eller yttranden till kommunfullmäktige, liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller beslut av kommunfullmäktige har överklagats.
- Ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
- Ärenden som väckts genom medborgarförslag och som överlåtits till nämnden
- Vissa ärenden som anges i särskilda föreskrifter. (t.ex. 10 kap 4 och 5 §§ i socialtjänstlagen).

1.4 Anmälan av delegationsärenden

Nämnden ska besluta om i vilken utsträckning beslut som har fattats med stöd av uppdrag enligt 37 § ska anmälas. Beslut som inte anmäls ska protokollföras särskilt, om beslutet får överklagas enligt bestämmelserna i kap. 13. Sådana beslut som avses i 39 § ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde. (KL 6 kap. 40 §)

Delegationsbeslut som kan överklagas via laglighetsprövning samt brådiskande ordförande/vice ordförande/särskild förordnad ledamots beslut ska anmälas till nästkommande nämnd. Delegerade myndighetsbeslut i individärenden ska från och med 1 januari 2018 inte anmälas till nämnd.

Slumpvisa kontrollärenden av myndighetsbeslut i individärenden tas ut och redovisas i samband med presidieberedning.

Beslut som fattas av presidiet, ordförande/vice ordförande samt äldreomsorgsdirektör anmäls på nästkommande nämnd.

2. Allmänna ärenden

2.1 Brådskande beslut

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas	6 kap. 39 § KL	Ordförande/ vice ordförande

Dessa beslut ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

2.2 Offentlighet och sekretess – utlämnande av uppgifter m.m.

Ärende	Lagrum	Delegat
2.2.1 Utlämnande av allmän handling		
Beslut att lämna ut handling fattas av den som har handlingen i sin vård om inte en viss befattningshavare ska göra detta, 6 kap. 3 § OSL		
Avslag på begäran att ta del av allmänna handlingar (Får överklagas till kammarrätten)	2 kap. 14 § TF 6 kap. 4 § OSL	Äldreomsorgs- direktör med rätt att vidaredelegera
Uppställa förbehåll i samband med att handling utlämnas (Får överklagas till kammarrätten)	10 kap. 4 § och 13- 14 §§ OSL	Äldreomsorgs- direktör med rätt att vidaredelegera
Beslut om anonymitetsskydd för anmälare	26 kap. 5 § OSL	Äldreomsorgs- direktör med rätt att vidaredelegera
2.2.2 Polisanmälan		
Beslut att polisanmäla/ej polisanmäla brott mot den egna verksamheten	12 kap. 10 § SoL 10 kap. 2 § OSL	Enhetschef
2.2.3 Anmälan till överförmyndare		
Anmäla till överförmyndare om behov av god man/förvaltare samt att behov inte längre föreligger	5 kap. 3 § SoF 15 § LSS	Handläggare Enhetschef utförare
2.2.4 Anmälan till smittskyddsläkare		
Lämna uppgift/anmäla till smittskyddsläkaren	6 kap. 11-12 §§ SmittskyddsL	Handläggare Enhetschef utförare

2.3 lex Sarah

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut att avsluta en utredning enligt Lex Sarah	14 kap. 6 § SoL	Socialt ansvarig samordnare (SAS)
Beslut att anmäla allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande enligt Lex Sarah till tillsynsmyndighet	14 kap. 7 § SoL	Socialt ansvarig samordnare (SAS)

2.4 lex Maria

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut angående skyldighet att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada	3 kap. 3 § PSL	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada	3 kap. 5 § PSL	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ang. legitimerad vårdpersonal som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten.	3 kap. 7 § PSL	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
Anmälan till läkemedelsverket av allvarliga tillbud/negativa händelser med medicintekniska produkter	5 kap. 2,3 §§ HSLF-FS 2021:52	Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

3. Handläggning i individärenden

3.1 Utredning

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut att inleda utredning	11 kap. 1 § SoL	Handläggare Ärendehandledare Boendekonsulent /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut att utredning inte ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Handläggare Ärendehandledare Boendekonsulent /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut att utredning inte ska föranleda någon insats	11 kap. 1 § SoL	Handläggare Ärendehandledare Boendekonsulent /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut att lägga ned inledd utredning	11 kap. 1 § SoL	Handläggare Ärendehandledare Boendekonsulent /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning

3.2 Beslut om bistånd

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut om bistånd i form av särskild boendeform och korttidsvistelse	4 kap.1§ och 1 c § SoL	Handläggare Ärendehandledare Boendekonsulent /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut om bistånd i form av hemtjänst, boendestöd, ledsagarservice, telefonservice, dagverksamhet, matdistribution, trygghetslarm samt andra insatser för den enskildes livsföring i övrigt	4 kap. 1 § SoL	Handläggare Ärendehandledare Boendekonsulent /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut om bistånd i form av kontaktperson	4 kap. 1 § SoL	Handläggare Ärendehandledare Boendekonsulent /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut om förordnande och entledigande av kontaktperson	4 kap. 1 § SoL	Handläggare Ärendehandledare Boendekonsulent /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning

3.3 Omprövning och överklagan

Ärende	Lagrum	Delegat
Omprövning av beslut	37-39 §§ FL	Delegaten i ursprungsbeslutet
Avvisa för sent inkommen överklagan	45 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet
Yttrande till förvaltningsdomstol om nämndens inställning i överklagningsärende	46 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet

3.4 Överflyttning av ärende

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut att framställa om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun	2 a kap. 10 § SoL	Handläggare Ärendehandledare Boendekonsulent /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning

3.5 Ombud och offentligt biträde

Ärende	Lagrum	Delegat
Ge fullmakt till handläggare att företräda nämnden i förvaltningsdomstol	10 kap. 2 § SoL	Verksamhetschef

3.6 Arvoden, avgifter och taxor

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson a) Enligt SKR:s riktlinjer b) Utöver SKR:s riktlinjer		a) Handläggare b) Enhetschef
Fastställa avgifter i särskilt boende och för hemtjänst och övriga hjälp i hemmet	8 kap. 2 § SoL	Assistent
Jämkningsavgifter enligt gällande regler	8 kap. 2 § SoL	Assistent
Jämkningsavgifter och taxor utöver gällande regler	8 kap. 2 § SoL	Enhetschef

4. Ekonomi, inköp mm.

Enligt Umeå kommuns styrande dokument, exempelvis upphandlings- och attestreglemente

4.1 Beslut om inköp

Ärende	Delegat
Beställa varor och tjänster	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Utse beställare och attestanter inklusive ersättare	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera

4.2 Teckna och säga upp/häva avtal

Ärende	Delegat
Hysesavtal enligt fastställd boendeplan	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Hysesavtal utöver fastställd boendeplan	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Övriga avtal med ekonomiskt innehåll ¹	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Avtal med externa utförare av hemtjänst enligt LOV	Upphandlingschef/Bitr.upphandlingschef
Personuppgiftsbiträdesavtal	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera

4.3 Övriga beslut

Ärende	Delegat
Bokföringsmässig avskrivning av fordringar	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Besluta om bidrag ur fondmedel	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Beslut att beställa utredning hos Fastighet, service	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Omfattande forskningsprojekt och andra projekt som kräver särskilda resurser	Äldreomsorgsdirektör

¹ Kan till exempel vara avtal med Region Västerbotten om ansvarsfördelning för vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Lämna yttrande i samhällsplaneringsärenden där nämndens beslut ej krävs	Äldreomsorgsdirektör
---	----------------------

5. Övrigt

Ärende	Delegat
Besluta om deltagande i kurser och konferenser och studiebesök inom Sverige och Europa för förtroendevalda	Presidiet
Beslut att avslå begäran enligt artiklarna 12.5 samt 15 – 21 enligt dataskyddsförordningen (GDPR).	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Beslut att fastställa konsekvensbedömning enligt artikel 35 och rätt att samråda med tillsynsmyndighet enligt artikel 36 enligt dataskyddsförordningen (GDPR)	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Beslut att teckna datadelningssavtal för fastställande av ansvar vid gemensamma personuppgiftsbehandlingar enligt artikel 26 i dataskyddsförordningen (GDPR)	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera



Tjänsteskrivelse

2024-05-08

Äldreträmmen

Diarienumr: ÄN-2024/00014

Anmälan av delegerade beslut/anmälningssärenden
äldreträmmen maj 2024

Förslag till beslut

Äldreträmmen godkänner redovisningen av anmälningssärendena och de delegerade besluten.

Ärendebeskrivning

Beslut som har tagits på delegation från trämmen och ärenden som ska anmälas till trämmen redovisas nedan, inklusive domar.

Beslutsunderlag

Delegationsbeslut

Ärendenummer	Dokumentrubrik
ÄN-2024/00009	Delegationsbeslut om tillförordnad äldreomsorgsdirektör 2024-05-20 - 2024-05-26

Anmälningssärenden

Ärendenummer	Dokumentrubrik
ÄN-2024/00022	Missiv och grundläggande granskning äldreträmmen 2023
ÄN-2023/00002	Årsbokslut och delårsrapporter 2023 - Beslut kommunfullmäktige § 75
ÄN-2024/00011	Val av ledamöter och avsägelser i äldreträmmen 2024 - Beslut om avsägelse Arvin Björkgren och beslut om val av ersättare Amanda Kajava kommunfullmäktige § 86
ÄN-2024/00100	Rutin vid otillbörlig påverkan förtroendevalda - Beslut kommunstyrelsen § 47
ÄN-2024/00101	Rapport för dataskyddsombudets tillsyn 2023
ÄN-2024/00042	Blomsterfonden - Protokoll 2024-05-07

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2024/00014

ÄN-2024/00046	Umeå kommuns pensionärsråd – minnesanteckningar 2024-04-26
ÄN-2024/00045	Samråd vård och omsorg 2024 - Protokoll Länssamverkansgruppen 2024-04-19
ÄN-2024/00089	Delegationen för social välfärd och hälsa 2024 – Minnesanteckningar 2024-04-24

Sekretessärenden

Ärendenummer	Dokumentrubrik
ÄN-2022/00155	Beslut avslut från Inspektionen för vård och omsorg 3.4.1–24792/2022–27

Beredningsansvariga

Rosa Norberg, nämndsekreterare

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Rosa Norberg
Nämndsekreterare

Denna fil är sekretess skyddad

Titel : Tjänsteskrivelse

Skyddskod : Allmän handling - skyddad enligt sekretess

Paragraf : Sekretess

Denna behandling '66/24 Äldreomsorgsdirektören informerar' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '67/24 Övriga frågor' har inget tjänsteutlåtande.