

## **Verksamhetsberättelse 2025**

### **Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige**

#### **Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige och dess uppdrag**

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

#### **Aktiviteter 2025**

Rådets medlemmar (n=20) representerar tre huvudmannagrupper (region, kommun och lärosäten). Rådet har haft två möten under året, i mars på Örebro universitet och i november på Uppsala universitet. Arbetsutskottet är ett beredande organ till rådet och representeras av sex ledamöter från rådet, från de tre huvudmannagrupperna. Arbetsutskottet har haft åtta möten under året och berett ärenden samt förberett rådets möten. Fokus för 2025 har varit det fortsatta arbetet i rådets arbetsgrupper och att bidra till det Nationella vårdkompetensrådets arbete. Arbetsgrupperna representeras av personer från de tre huvudmannagrupperna, men inte nödvändigtvis av ledamöter i rådet.

Arbetsgruppen för sjukvårdsregionalt kunskapsutbyte och samordning av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT) slutredovisade uppdraget att kartlägga och utbyta erfarenheter kring regionernas nuvarande och kommande BT-organisation, se bilaga 1. ST-förordning kommer att vara dominerande från hösten 2027 och goda exempel på organisationsmodeller och kvalitetssäkring av BT är angeläget att dela mellan regionerna.

Arbetsgruppen med uppdrag att kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård slutredovisade under våren 2025, se bilaga 2. Karriärmodeller har utvecklats i varierande grad inom Region Mellansverige.

Arbetsgruppen för samverkan specialistsjuksköterskeutbildning presenterade sin slutrapport för uppdraget att utforma förslag på modell för samverkan mellan lärosäten i Mellansverige för ett hållbart utbud och dess kvalitet på specialistsjuksköterskeutbildningarna, se bilaga 3. Flera förslag på utvecklad samverkan föreslogs och diskuterades i rådet.

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

I mars 2023 skickades en skrivelse till Socialdepartementet från Regionala vårdkompetensrådet Södra och Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige för att göra Socialdepartementet uppmärksam på, och inleda en dialog om, behovet att se över de glapp som finns mellan aktörerna lärosäten, region/kommun, Universitetskanslersämbetet, UKÄ, och Socialstyrelsen med flera i ansvarsfrågan om att starta nya utbildningar utifrån utbildningsbehov inom hälso- och sjukvården. Utbildningsbehov som är större än vad varje region/kommun själva kan hantera via uppdragsutbildningar tillsammans med enstaka lärosäten. Frågan lyftes initialt till Nationella vårdkompetensrådet som hänvisade frågan vidare till Socialdepartementet. Socialdepartementet har ännu inte återkopplat. Tillsammans med övriga regionala vårdkompetensråd ska en gemensam skrivelse skickas till det Nationella vårdkompetensrådet under våren 2026.

Delar av rådet deltog under hösten på ett webinarium om hur VR-teknik kan bidra till kompetensförsörjningen inom vården. Webbinariet anordnades av Region Västmanland, Region Örebro län och Region Östergötland.

### ***20 mars Rådsmöte***

Vid årets första möte avtackades ordförande Karin Blomberg och Maria Åkesson, HR-direktör Region Örebro län, valdes till ny ordförande för rådet. Rådet godkände verksamhetsberättelse för 2024 och aktivitetsplan för 2025.

Jonas Appelberg, sjukvårdsregionernas representant i Nationella vårdkompetensrådet, informerade om Nationella vårdkompetensrådets slutredovisning inom det ändrade uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256). Rapporterade också att Björn Eriksson, generaldirektör Socialstyrelsen, är ny ordförande för Nationella vårdkompetensrådet. Beskrevs att Nationella vårdkompetensrådet är i en omstartsfas och har som ett mål att öka dialogen med de regionala vårdkompetensråden.

Arbetsgrupp Kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård slutrapporterade. Arbetet visade bland annat att samtliga regioner har påbörjat arbete med kompetensmodeller och att kommunerna inte arbetar lika strukturerat med kompetensmodeller. I mindre organisationer behövs mer flexibla och i många fall individanpassade lösningar/modeller, och de är inte dokumenterade på samma sätt som i större organisationer.

Lotta Gemzell, utredare SKR, presenterade rapporten [Framtidens kompetens | SKR](#) som beskriver strategier för att öka välfärdsjobbets attraktivitet. Till exempel att stärka karriärmöjligheterna för både unga och erfarna medarbetare genom att skapa fler och synliga karriärvägar och erbjuda möjlighet till kontinuerlig kompetensutveckling. Utifrån presentationen resonerade rådet hur Regionala vårdkompetensrådet kan bidra till utveckling.

### **11 november Rådsmöte**

Vid rådets höstmöte informerade Nationella vårdkompetensrådets kansli om Nationella vårdkompetensrådets organisation och aktuella frågor, ex. de tre fokusområden rådet tagit fram för 2026:

- Kompetensutveckling och karriärvägar, ex. Förenade anställningar och AI
- Verksamhetsförlagd utbildning (VFU), ex. Stöd till kommuner och [Kliniskhandledning.se](http://Kliniskhandledning.se)
- Vägar till och tillbaka till vården, ex. Stöd till yrkesvägledare och Utlandsutbildade läkare

Regionala vårdkompetensrådet Sydöstra, presenterade sin organisation och aktuella frågor, bland annat tar de fram en gemensam kompetensanalys för regioner och kommuner.

Magdalena Lindholm, doktorand och universitetsadjunkt, Mälardalens Universitet, presenterade sin forskning om Hållbar professionsutveckling med digitaliserat introduktionsprogram för nyutexaminerade sjuksköterskor.

Johan Dabrosin Söderholm, extern utredare av specialistsjuksköterskeprogrammet Uppsala Universitet, beskrev sitt uppdrag att ta fram åtgärder som gör specialistsjuksköterskeutbildningarna ekonomiskt hållbara utan att tumma på kvaliteten i undervisningen.

Arbetsgruppen för samverkan specialistsjuksköterskeutbildning presenterade sin slutrapport för uppdraget att utforma förslag på modell för samverkan mellan lärosäten i Mellansverige för ett hållbart utbud och dess kvalitet på specialistsjuksköterskeutbildningarna. Samverkan föreslogs bland annat gällande VFU-platser, hela utbildningar, gemensamma utbildningsplaner, ansvar för olika kurser, studieorter, examensarbeten, och föreläsningsbank.

### **Nationella vårdkompetensrådet**

Ärenden från Nationella vårdkompetensrådet har rapporterats på Regionala vårdkompetensrådets möten. Rådet har en god samverkan med det Nationella vårdkompetensrådet och dess kansli. Under året har en struktur för samverkan mellan Nationella vårdkompetensrådet och de regionala vårdkompetensråden arbetats fram, se bilaga 4. Det finns en etablerad mötesstruktur mellan ordförande i Nationella vårdkompetensrådet och ordförande och kanslifunktioner för de Regionala vårdkompetensråden, samt mellan Nationella vårdkompetensrådets kansli och kanslierna för de Regionala vårdkompetensråden. Där diskuteras aktuella frågor samt planeras samverkan för gemensamt arbete med vårdens kompetensförsörjning.

Representanter från Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige och dess arbetsgrupper har under året deltagit i aktiviteter ordnade av det nationella rådet och av Socialstyrelsen, bland annat möte om att identifiera regionernas behov av stöd i arbetet med läkares utbildningstjänster. Rådet har också delat med sig av goda exempel på förenade anställningar och vilka delar som behöver lösas nationellt för att förenade anställningar ska vara en effektiv arbetsform.

Rådet och dess arbetsgrupper har även tagit del av och diskuterat kring Nationella vårdkompetensrådets publikationer, ex. Rekommendationer för avvecklingen av allmäntjänstgöring för läkare samt en prognos av det kommande behovet av antal AT-platser,

Kortsiktiga skattningar över antal examinerade från sju högskoleutbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet per utbildning och lärosäte, samt Slutredovisning - inom det ändrade uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

## **Bilagor**

1. Slutrapport arbetsgrupp Sjukvårdsregionalt kunskapsutbyte och samordning av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT)
2. Slutrapport arbetsgruppen med uppdrag att kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård
3. Slutrapport arbetsgrupp Samverkan specialistsjuksköterskeutbildningar
4. Struktur för samarbete mellan det Nationella vårdkompetensrådet och de regionala vårdkompetensråden

## Rapport

# Erfarenheter och framtidsperspektiv för läkares bastjänstgöring i den mellansvenska sjukvårdsregionen

**Fokusområde: Fortbildning**

**Arbetsgrupp**  
**Sjukvårdsregionalt kunskapsutbyte och samordning av**  
**utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT)**

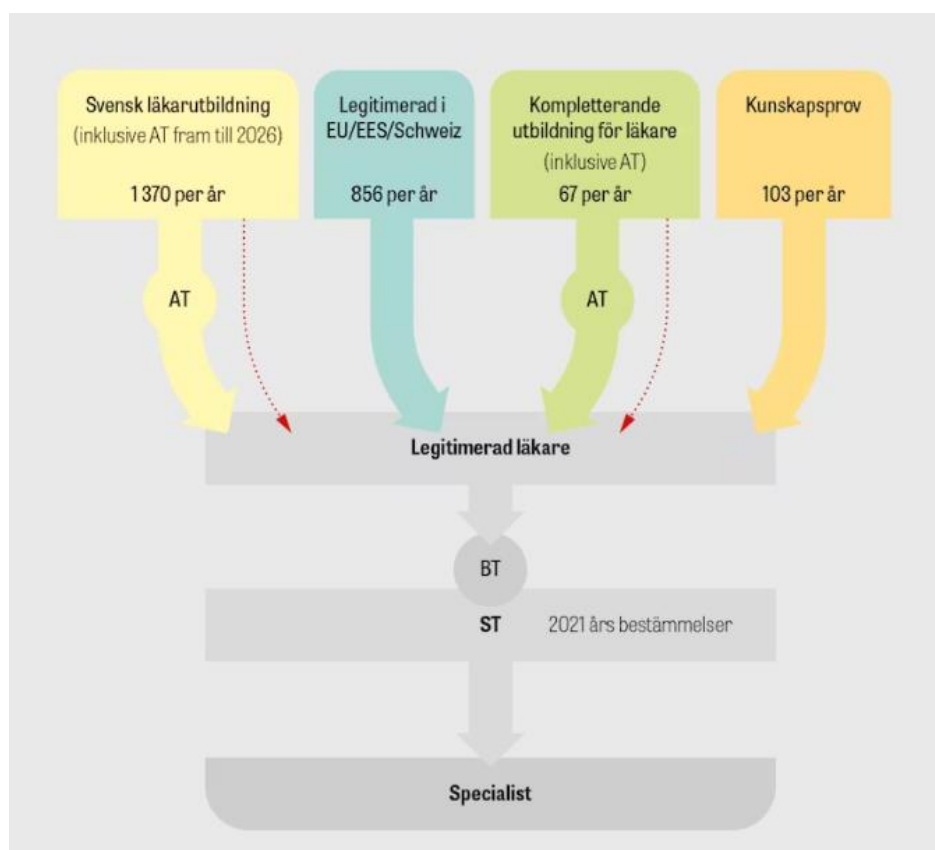


# Innehåll

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| 1. Bakgrund .....                        | 3  |
| 2. Resultat .....                        | 4  |
| 2.1 Anställningsformer.....              | 4  |
| 2.2 Dimensionering av BT 2026–2030 ..... | 6  |
| 2.3 Kvalitetssäkring .....               | 8  |
| 3. Framtidsperspektiv .....              | 11 |

## 1. Bakgrund

Grundutbildning för läkare är sedan 2021 legitimationsgrundande i Sverige. Det innebär att behovet av att erbjuda allmäntjänstgöring för läkare kommer att minska från och med 2026. Specialistutbildning (ST) enligt 2021 års ST-förordning (HSLF-FS 2021:8) att vara dominerande från 2027 och den innehåller krav på bastjänstgöring (BT) som en inledande del av ST. För att möta denna förändring behöver regionerna utöka antalet BT-tjänster för läkare. Olika vägar till yrkeslegitimation och prognostiserat behov av BT-tjänster i Sverige från 2027 illustreras i figur 1 nedan.



Figur 1. Illustration av olika vägar till färdig specialistexamen. Antal via respektive väg är medeltal för 2016–2023. (källa: Hultin et al Läkartidningen. 2025; 122:24118)

Med anledning av denna omfattande reform av utbildningssystemet för läkare är det angeläget för regionerna att dela goda exempel på organisationsmodeller och kvalitetssäkring av BT samtidigt som man identifierar eventuella samordningsvinster. Regionala vårdkompetensrådet (RVKR) Mellansverige tillsatte därför 2022 en arbetsgrupp med syfte att stärka sjukvårdsregionalt kunskapsutbyte och samordning

av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT). Arbetsgruppen består av representanter från regional hälso- och sjukvård i de sju länen. Gruppen består huvudsakligen av chefer inom respektive utbildningsorganisation men kompletteras i några regioner även av en övergripande studierektor. Representanter från lärosäten och kommuner kan adjungeras till arbetsgruppen vid behov. Gruppens första uppdrag fokuserade på regionernas befintliga AT-organisation (2023). Aktuellt uppdrag fokuserar på kartläggning av regionernas nuvarande och kommande BT-organisation.

## Syfte

Uppdraget syftar till att kartlägga de mellansvenska regionernas:

- 1) erfarenheter av olika anställningsformer under BT
- 2) planerad dimensionering av BT-tjänster 2026–2030
- 3) planerad kvalitetssäkring av BT
- 4) planerad BT-organisation och former för chef- och handledarstöd
- 5) eventuella samverkansvinster i form av t. ex. gemensamma riktlinjer eller mallar kopplade till BT

## Representanter (2025)

1. Ann-Kristin Rönnberg, utbildningschef, Region Örebro län (ordf.)
2. Lisa Ahlberg Jangentorp, AT/BT-chef, Region Örebro län
3. David Smekal, BT-chef, Region Uppsala
4. Anna Blomstedt, AT/BT-chef, Region Västmanland
5. Maria Vosough, studierektor AT/BT, Region Västmanland
6. Mikael Bergenheim, läkarchef AT/BT, Region Värmland
7. Wolfgang Greger, verksamhetschef, Region Dalarna
8. Maria Palm, studierektor AT/BT, Region Gävleborg
9. Felicia Thorstenson, BT-chef, Region Gävleborg
10. Ahmet Abidin, AT/BT-chef Region Sörmland

## 2. Resultat

Arbetsgruppen har genomfört fyra arbetsmöten varav tre digitalt. Underlag har inhämtats inom respektive regions BT-organisation. Representanter från arbetsgruppen har under året även deltagit i AT/BT-möten organiserade av nationella vårdkompetensrådet (NVKR) och Socialstyrelsen samt tagit del av aktuella nationella kunskapsunderlag och rekommendationer som berör BT för läkare.

### 2.1 Anställningsformer

ST-förordningen (HSLF-FS 2021:8) ger utrymme för olika anställningsformer under en bastjänstgöring. Enligt förordningens allmänna råd kan en legitimerad läkare påbörja övriga delar av ST innan eller samtidigt som hen fullgör sin BT. Enligt

förordningens allmänna råd bör dock tjänstgöring som BT-läkare planeras så att ansökan om intyg om godkänd BT görs inom de första två tjänstgöringsåren, vid heltidstjänst.

## Definitioner

**Fristående BT** = tidsbegränsad anställning med formellt medarbetaransvar hos BT-chef i central utbildningsorganisation

**Integrerad BT** = tillsvidareanställning som ST-läkare med formellt medarbetaransvar hos chef i grundanställningen

För- och nackdelar med de olika anställningsformerna är av centralt intresse inför breddinförandet av BT i Sverige 2027. Valet av anställningsform får konsekvenser för såväl rekryteringsprocessen som för medarbetaransvar, kvalitetskontroll, kostnadsfördelningar och lönesättning.

|                    | Fristående BT | Integrerad BT | Antal slutförda BT 2021–2025 | Fördelning integrerad/ fristående BT |
|--------------------|---------------|---------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Region Dalarna     | x             | x             | 36                           | 6 integrerade<br>30 fristående       |
| Region Gävleborg   | x             | x             | 35                           | 15 Integrerad<br>20 Fristående       |
| Region Sörmland    | -             | x             | 55                           | Endast integrerad                    |
| Region Uppsala     | x             | -             | 35                           | Endast fristående                    |
| Region Värmland    | -             | x             | ?                            | Endast integrerad                    |
| Region Västmanland | x             | x             | 28                           | 6 Integrerad<br>22 Fristående        |
| Region Örebro län  | x             | x             | 21                           | 10 Integrerad<br>11 Fristående       |

*Tabell 1. Översikt över de anställningsformer för BT-läkare som har provats i de mellansvenska regionerna sedan 2021.*

Arbetsgruppen har väsentligen samsyn runt sina erfarenheter av fristående respektive integrerad BT. Valet av rekryterings- och anställningsform påverkar såväl genomströmning som möjligheterna att kvalitetssäkra BT i regionalt och nationellt. Arbetsgruppen betonar att bedömning av medicinska och kommunikativa kompetenser på grundnivå huvudsakligen bör ske innan utfärdandet av yrkeslegitimation (Socialstyrelsen, SoS). Kompletterande kompetensbedömning vid rekrytering, oavsett anställningsform, är resurskrävande och till viss del problematiskt ur rättssäkerhetsperspektiv.

## Erfarenheter av olika anställningsformer

- Förutsättningarna för arbetet med kompetensförsörjning (ST-läkare) på verksamhetsnivå påverkas negativt om enbart central rekrytering och fristående BT tillåts i regionen.
- Integrerad BT innebär tidig koppling till en vårdverksamhet och till den specialisering som läkaren intresserar sig för vilket bedöms som gynnsamt för rekrytering och genomströmning till färdig specialist.
- Tillsvidareanställning till integrerad BT(ST) ställer krav på korrekt bedömning av läkarens kompetensnivå vid rekrytering. Flera mellansvenska regioner har erfarenhet av att tillsvidareanställda integrerade BT(ST) visat sig ha uttalade medicinska och kommunikativa brister och inte kunnat uppnå bastjänstgöringens delmål utan förlängd tjänstgöring och omfattande insatser av handledare och studierektorer.
- En central rekryteringsprocess (fristående BT) ger bättre förutsättningar för en kompetensbaserad strukturerad rekrytering. Alla regionerna tillämpar idag medicinsk kompetensbedömning i form av semistrukturerade muntliga fallgenomgångar i samband med central rekrytering av BT.

---

## Sammanfattning

*Fyra av sju mellansvenska regioner har erfarenhet av båda anställningsformerna under bastjänstgöring (fristående och integrerad). Erfarenheter av för- och nackdelar med de olika anställningsformerna är likartade. Den integrerade anställningsformen ställer högre krav på intern regional styrning för att kvalitetssäkra bastjänstgöringen.*

*Oavsett anställningsform behöver utformningen av bastjänstgöring vara centralt reglerad av den regionala utbildningsorganisationen.*

*Alla mellansvenska regioner utom en planerar att erbjuda såväl integrerad som fristående BT efter 2027.*

---

## 2.2 Dimensionering av BT 2026–2030

Arbetsgruppen betonar att det finns en stor osäkerhet i de prognoser som presenteras avseende regionernas dimensionering av BT-tjänster under perioden 2026–2030.

Följande faktorer har vägts in i regionernas planering:

- prognostiserat behov av specialister i regionen
- behov att bemanna vårduppdrag som tidigare bemannats av AT-läkare
- budgetramar för läkares utbildningstjänster

Tre regioner har en helt eller delvis centraliserad process för tilldelning av budget för ST-tjänster. I övriga mellansvenska regioner är beslut om antal ST-tjänster förlagd till verksamhetschefsnivå. Eftersom BT kan genomföras som del av en tillsvidareanställning som ST-läkare kommer därmed styrning avseende dimensionering av ST(BT)-tjänster inom respektive specialitet att se olika ut i regionerna. Regionernas preliminära planering av antal BT-tjänster 2026–2030 redovisas i tabell 2. Störst osäkerhet råder kring antal tjänster mellan 2027–2028 då samtliga mellansvenska regioner avser att anpassa antalet BT-tjänster utifrån söktrycket till AT-tjänster.

|                    | 2026       | 2027       | 2028       | 2029       | 2030       | Antal BT per<br>100 000 inv.<br>2030 |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------------------------|
| Region Dalarna     | 14         | 60         | 80         | 80         | 80         | 26                                   |
| Region Gävleborg   | 25         | 30         | 50         | 80         | 80         | 26                                   |
| Region Sörmland    | 24         | 48         | 80         | 80         | 80         | 26                                   |
| Region Uppsala     | 24         | 24         | 50         | 76         | 80         | 20                                   |
| Region Värmland    | 12         | 36         | 60         | 60         | 60         | 20                                   |
| Region Västmanland | 16         | 20         | 61         | 68         | 68         | 25                                   |
| Region Örebro län  | 20         | 45         | 70         | 75         | 75         | 24                                   |
| <b>Totalt</b>      | <b>135</b> | <b>263</b> | <b>451</b> | <b>519</b> | <b>523</b> | <b>24</b>                            |

Tabell 2. Prognos för antal BT-tjänster per år (2026–2030) i de mellansvenska regionerna.

Totalt antal BT i sjukvårdsregion Mellansverige kommer enligt ovanstående planering att uppgå till cirka 24 tjänster per 100 000 inv. (523 BT-tjänster per år) från och med 2030. Antalet tjänster överskrider nuvarande antal AT-tjänster i sjukvårdsregionen. Prognostiserat nationellt behov av BT-tjänster är cirka 2400 per år (se figur 1) vilket motsvarar cirka 22 tjänster per 100 000 invånare.

Något nationellt riktmärke för antal BT-tjänster i relation till befolkningstal är inte fastställt men planeringen i mellansverige överskrider nationellt behov i relation till vår andel av befolkningstal (18,5%). Arbetsgruppen ser därmed ingen överhängande risk för att tillgången på BT-tjänster blir en begränsande faktor för genomströmning till färdig specialist.

Behovet av att genomföra AT-tjänst innan ansökan om yrkeslegitimation kommer att avta relativt snabbt efter 2027 (tabell 3). Efter 2029 kvarstår endast AT-behov hos läkare med icke legitimationsgrundande examen från annat land. Beslut om när AT-förordningens giltighet ska upphöra finns fortsatt ej.

| År   | Svensk läkarexamen | Läkarexamen EU/EES, Schweiz samt KUL | Totalt inflöde med behov av AT |
|------|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 2025 | 1506               | 162                                  | 1668                           |
| 2026 | 1412               | 162                                  | 1574                           |
| 2027 | 10*                | 162                                  | 172                            |
| 2028 | 0                  | 145                                  | 145                            |
| 2029 | 0                  | 130                                  | 130                            |
| 2030 | 0                  | 95                                   | 95                             |

Tabell 3. Prognostiserat behov av AT i Sverige 2025–2030.

\*preliminär prognos för antal studerande som tar examen enligt tidigare 5,5 årigt läkarprogram.

### Sammanfattning

Regionernas prognoser för antal BT-tjänster under 2026–2030 kännetecknas av osäkerhet, framför allt under omställningsperioden 2027–2028.

I medeltal cirka 24 (20–26) BT-tjänster per 100 000 inv. planeras från 2029 i sjukvårdsregion Mellansverige. Planerat antal tjänster bedöms täcka prognostiserat behov av BT i relation till sjukvårdsregionens befolkningstal.

## 2.3 Kvalitetssäkring

Socialstyrelsens regelverk för BT (HSLF-FS 2021:8) lämnar utrymme för regionala variationer inom ett flertal centrala områden. De vägval som regionerna gör kommer att påverka rekryteringsprocess, genomströmning och kvalitetskontroll av BT(ST).

Arbetsgruppen har identifierat fyra områden där det finns möjlighet att likrikta regionernas rutiner. I första hand efterfrågar dock arbetsgruppen förtydliganden i gällande ST-förordning alternativt nationella rekommendationer för:

- Genomförande av extern slutbedömning
- Nationella rekryteringsperioder (fristående BT)
- Specificerade krav avseende bedömningsunderlag under BT
- Nationellt IT-stöd (e-portfölj) avsedd för all Bt(ST)-dokumentation
- Förtydligande av normtid för BT och tillgodoräknanden av tidigare tjänstgöring

### **A. Genomförande av extern slutbedömning**

NULÄGE: Viss variation mellan regionerna. I alla sju regioner gör extern bedömare en genomgång av bedömningsunderlaget tillsammans med huvudhandledare och BT-chef. I tre regioner deltar även vederbörande BT-läkare vid denna genomgång. Fem regioner inkluderar en klinisk bedömning i form av medsittning (mini-cex). I fyra av dessa regioner är medsittningen ett obligatoriskt moment.

PLAN FRÅN 2027: Inga förändringar avseende granskning av dokumentation planeras. Det ökade antalet BT-läkare som ska bedömas gör att klinisk bedömning sannolikt tas bort i flertalet av de regioner som har den rutinen idag.

**Slutsats:** Arbetsgruppen ser fördelar med samsyn i regionerna om vad en extern slutbedömning bör innehålla. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ställer inte krav på ytterligare klinisk bedömning utöver de som redan genomförts och dokumenterats under tjänstgöringen. Om större tveksamheter finns runt måluppfyllelse anser gruppen att BT-läkaren principiellt inte bör tas upp till slutbedömning. Behov av kompletterande bedömningsunderlag bör då i stället lösas på aktuell klinisk placering alternativt vid Kliniskt träningscentrum (KTC) eller motsvarande. Arbetsgruppen efterlyser förtydligande rekommendation från NVKR/SoS avseende former för extern slutbedömning.

Arbetsgruppen anser inte att det finns behov av att införa nationell skriftlig examination som del av extern slutbedömning. BT-läkare har yrkeslegitimation och uppföljningen av delmål för BT är redan omfattande. Målbeskrivningen för BT fokuserar inte på teoretisk kunskap utan framför allt på fördjupad klinisk erfarenhet. Skriftlig examination är inte heller ett krav inför specialistexamen vilket måste anses som ett större utbildningssteg.

### **B. Nationella rekryteringsperioder till fristående BT**

NULÄGE: Fem av regionerna har infört central rekrytering av BT-läkare två gånger per år. Ofta förlägger man BT-rekryteringar strax efter etablerade AT-rekryteringar. Antal BT-starter varierar i regionerna mellan 2–4 per år.

PLAN FRÅN 2027: Ingen region har tagit beslut om rekryteringsperioder för fristående BT framöver. Preliminärt önskar man bibehålla två perioder. Antal tjänstgöringsstarter kommer även framöver att variera mellan 2–4 per år.

**Slutsats:** Arbetsgruppen ser vinster med nationell samordning av rekryteringsperioder till fristående BT framöver. Rekryteringsprocessen är resurskrävande och en samordning minskar risken för sena avhopp, sena besked och andra negativa effekter av konkurrens mellan utbildningsregioner. Arbetsgruppen efterlyser nationell samordning av rekryteringsperioder till fristående BT. Tidsperioderna bör anpassas till de förutsättningar som BT-rekryteringen har i relation till läkarexamen och utfärdande av yrkeslegitimation.

### ***C-D. Specificerade krav avseende bedömningsunderlag samt nationell IT-stöd (e-portfölj)***

NULÄGE: En viss variation ses mellan regionerna i såväl val av bedömningsmetoder som antal dokumenterade bedömningar som krävs per placering. Metoder som används är för närvarande:

- Mini clinical evaluation exercise (Mini-CEX)
- Case based discussion (CBD)
- Direct observation of procedural skills (DOPS)

Alla regioner kräver mellan 1–3 dokumenterade Mini-CEX per placering. Gällande CBD och DOPS ses en större variation. Totalt antal skriftligt dokumenterade bedömningar som krävs efter fullgjord BT ligger inom ett spann på 12–20. Några av regionerna använder e-portfölj för hantering av bedömningsdokument och intyg.

PLAN FRÅN 2027: Det finns i nuläget inga beslut runt förändrade metoder eller omfattning av kompetensbedömning i regionerna. Diskussioner runt införande av EPA (Entrusted professional activities) som metod för bedömning och återkoppling under BT förs, men kommer sannolikt ta tid att utforma och validera.

**Slutsats:** Arbetsgruppen ser vinster med samsyn i regionerna gällande antal skriftliga bedömningsunderlag som ska inhämtas under BT. BT omfattas av högre krav på dokumenterad måluppfyllelse jämfört med såväl AT som övrig ST och vikten av att hushålla med handledarresurser betonas. Arbetsgruppen lyfter även behovet av nationellt stöd i form av utveckling och support av IT-plattform för uppföljning av medarbetare med utbildningstjänster. En digital e-portfölj kan fylla liknande behov vid fort- och vidareutbildning inom fler akademiska yrken inom sjukvården.

### ***E. Normtid för BT och tillgodoräknanden av tidigare tjänstgöring***

NULÄGE: Fem regioner tillämpar principen att normtid 12 månader gäller oavsett tidigare tjänstgöring som underläkare. Två regioner har i ett fåtal fall tillämpat tillgodoräknande om dokumentation från tjänstgöringen uppfyllt BT-krav. Flera regioner gör undantag för färdiga specialister från tredjeland (utanför EU/EES) som har beslut från Socialstyrelsen om förkortad ST. Individuell bedömning görs då avseende tjänstgöringstid och placeringar.

PLAN FRÅN 2027: Endast en region har tagit formellt beslut om kommande rutiner för normtid och tillgodoräknanden. Regionen har då fastställt 12 månader för sitt BT-program oavsett anställningsform och tidigare tjänstgöring. Ytterligare ett par regioner överväger liknande beslut och ser fördelar såväl planerings- som utbildningsmässigt med likriktade tidskrav för BT. En variation av tjänstgöringsplaner på individnivå bedöms som alltför resurskrävande och kvalitetskontroll försvåras. I en region övervägs integrerade BT-program med minimitid 3+3 månader plus 3 månader för psykiatriplacering. Upplägget skulle innebära en normtid på 9 månader för integrerad BT i den regionen oavsett tidigare tjänstgöring.

**Slutsats:** Normtid och hantering av tillgodoräknanden uppfattas av arbetsgruppen som en nyckelfråga med tanke på såväl kvalitetskontroll av BT som konkurrenssituationen mellan regioner. Socialstyrelsens regelverk öppnar upp för regionala skillnader i tjänstgöringstid under BT (6–12 månader). Regelverkets minimitid på 6 mån korrelerar dåligt med målbeskrivning för BT och omfattande krav på insamlade bedömningsunderlag. Arbetsgruppen ser risk för konflikt mellan vårdverksamheters behov av korta BT-program för att maximera tjänstgöring på hemmaklinik kontra utbildningsorganisationens uppdrag att kvalitetssäkra utbildningstjänsten.

---

### **Sammanfattning**

*Arbetsgruppen efterlyser i första hand en revidering av förordningen HSLF-FS 2021:8 med förtydligande avseende tjänstgöringstid och hantering av tillgodoräknande av tidigare klinisk tjänstgöring.*

*En nationell samordning av rekryteringsperioder och tillgång till nationellt IT-stöd i form av digital utbildningsportfölj under BT och övrig ST skulle underlätta regionernas rekrytering respektive minska administration vid uppföljning och slutbedömning av måluppfyllelse.*

---

### **3. Framtidsperspektiv**

Arbetsgruppen har med sin tillhörighet under RVKR hittat en fungerande form för strukturerad samverkan inom sjukvårdsregion Mellansverige när det gäller AT/BT-frågor. Vi ser gärna att NVKR/RVKR stimulerar övriga regionala vårdkompetensråd att inrätta motsvarande arbetsgrupper då nuvarande nätverksorganisation för AT/BT-frågor inte lämpar sig för konkret samverkan under kommande omställningsperiod.

Ett flertal av de slutsatser och förslag som presenteras i rapporten pekar på behov av nationell samordning i form av rekommendationer från NVKR och dialog med Socialstyrelsen. Arbetsgruppen bidrar gärna fortsatt till det arbetet genom att vara representerade i nationell arbetsgrupp AT/BT.

Inför omställningsarbetet 2027–2030 finns fortsatt stort behov av att dela goda exempel på organisationsmodeller och regionala rutiner som kvalitetssäkrar BT. Vi ser även möjlighet till viss samordning mellan regionerna i form av gemensamma utbildningsaktiviteter och mallar användbara under BT. Arbetsgruppen fortsätter tills vidare gärna detta arbete på uppdrag av RVKR Mellansverige.

# Kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård

Uppdraget:

- Kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård.

Arbetsgrupp:

Eva Lindqvist Österberg, sammankallande (kompetensstrateg, Region Värmland)

Mattias Gustavsson (HR chef, Vingåkers kommun)

Karin Blomberg (Prodekan, Örebro universitet)

# Bakgrund - problem

- Parallellt med hälso-och sjukvårdens utmaningar sker en ökande omsättning av vårdpersonal
- Svårt att behålla personal
- Kostsamt att förlora ”händer” och kompetens
- En strategi - utveckling av olika strukturerade modeller för kompetens- och karriärvägar inom hälso- och sjukvården
- Ett tydligt system och en struktur för hur medarbetare kan utveckla sin kompetens och även göra karriär i verksamheten
- Olika begrepp kompetensstegar, modeller, karriärväg

# Syften med kompetens/karriärsmodeller

- Att utveckla och stärka kompetensen hos medarbetare, vilket leder i sin tur kan leda till utveckling av verksamheten.
- Att genom att möjliggöra kompetensutveckling hos medarbete kan flera av personalen behållas på arbetsplatsen.

# Flera kartläggningar nationellt av SKR

- Målsättning att alla ska ha strukturerade modeller
- Ser en ökning nationellt – även inom kommunerna
- Olika långt – vårdförbundets yrkesgrupper
- Olika satsningar
  - Betald specialistutbildning till ssk – utbildningsanställningar eller utbildningsplatser
  - Kliniskt basår för att stärka den kliniska kompetens hos ssk
- Svårigheter att implementera
- Utvärdering – gör det någon skillnad?

# Internationellt

- Svårt att dra underbyggda slutsatser
- Slutsatserna i studierna varierar, urvalsgrupperna är små och saknar jämförelsedata
- Behövs mer kunskap om hur modellerna kan förbättras för att uppnå de avsedda målen
- Saknas data som kan styrka att karriärtrappor förbättrar vården för patienterna

# Enkäten

- Webbenkät med 26 frågor – utskick november 2022
- Grund i SKR/Sobonas tidigare enkät
  - Tillägg med frågor om samverkan t.ex. med lärosäten
- Via nätverk regioner (n=7), kommuner (n=74), lärosäten (n=6)
- Svarsfrekvens 85% regioner, 32 % kommuner, 100% lärosäten
- Ingen påminnelse

# Finns en strukturerad modell och samverkan kring detta?

- Samtliga regioner har påbörjat arbetet
- Hälften av regionerna har påbörjat införandet av modellerna i verksamheterna
- Kommunerna arbetar inte strukturerat med kompetensmodeller
- Lärosäten saknar att de är delaktiga i framtagande och implementering av kompetensmodeller
  - Enstaka ser det inte som en relevant fråga för lärosätena
- Förenade anställningar beskrivs som en kompetensmodell/karriärväg
  - Olika pedagogiska uppdrag såsom handledarskap eller vetenskaplig meritering

# Slutsatser

- Karriärsmodeller inom Region Mellansverige har utvecklats i varierande grad.
- Regionerna har kommit längst vad gäller utvecklande och implementering av modeller - stämmer överens nationellt
- Kommunerna arbetar inte strukturerat med kompetensmodeller och/eller upplever det inte som en angelägen fråga
- Lärosätena är inte en samverkanspart i utvecklande/införande av kompetensmodeller
- Organisation och personalkategorier skiljer sig mellan region och kommun
  - krävs omfattande arbete för att hitta ändamålsenliga modeller inom kommunal verksamhet
  - I mindre organisationer behövs mer flexibla och i många fall individanpassade lösningar och/eller modeller

# Slutsatser

- Vårdkompetensråden kan vara en överbryggande länk för att utveckla olika modeller lämpliga för verksamheten
- Lärdomar behöver dras utifrån de modeller som idag existerar
- Omställningen i vården kommer också påverka framtida behov av specialistkompetens och därmed kompetensmodeller/karriärsvägar
- Systematisk utvärdering kvarstår om och på vilket sätt det gör skillnad
  - effektmått såsom mobilitet, arbetsmiljö, patientsäkerhet, kostnadseffektivitet och medarbetarnas upplevda hälsa och utveckling
- Hur ser kopplingen ut till lärosätenas utbildningar och finns det en uttalad samverkan där tydliga vägar finns från klinisk verksamhet till högskola/universitet?
  - Hur kan samverkan stärkas så att det tydligt blir synergieffekter?



## **Fokusområde: Fortbildning**

**Arbetsgrupp**

# **Samverkan specialistsjuksköterske- utbildning**

Rapport

# Sammanfattning

Föreliggande rapport redovisar det uppdrag att utforma en modell för samverkan mellan lärosäten tillhörande Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige (RVKR) för ett hållbart utbud för specialistsjuksköterskeutbildningarna och dess kvalitet som våren 2024 gavs åt en arbetsgrupp med representanter för de sex lärosätena i sjukvårdsregionen. I rapporten ges en översikt över motiv, möjligheter och utmaningar med lärosätessamverkan och samt pågående samverkansprojekt i andra sjukvårdsregioner. Vidare beskrivs de behov och förutsättningar för samverkan om specialistsjuksköterskeutbildningar som finns i sjukvårdsregionen, samt redan existerande samarbeten mellan lärosätena.

Den modell som utvecklats beskriver sju möjliga områden för samverkan. Arbetsgruppen förordar inte någon av dessa då vi inte ser det som realistiskt att göra en totallösning för sjukvårdsregionens specialistsjuksköterskeutbildningar. Vi föreslår i stället att samverkan i ett första skede sker mellan ett mindre antal lärosäten och utifrån de behov och förutsättningar som finns för olika specialist-sjuksköterskeutbildningar vid de involverade lärosätena, och att samverkan involverar de som har operativt ansvar för aktuella program. Detta motiveras såväl av att behoven skiljer sig åt mellan olika lärosäten och regioner, som eventuella framtida förändringar i finansiering av specialistsjuksköterskeutbildningar genom ”vårdkompetenslyftet” (SoU, 2025:63).

Arbetsgruppen konstaterar att förutsatt att studenterna får förutsättningar att studera, exempelvis genom VULF-avtal eller motsvarande, och regioner och kommuner kan tillhandahålla VFU-platser har lärosätena inom RVKR Mellansverige goda förutsättningar att utbilda ett stort antal specialistsjuksköterskor inom de specialistområden som efterfrågats.

# Innehåll

|     |                                                                                                          |    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1   | Introduktion                                                                                             | 1  |
|     | Uppdragsbeskrivning                                                                                      | 1  |
| 2   | Bakgrund                                                                                                 | 2  |
| 2.1 | Vikten av specialistsjuksköterskeutbildningar                                                            | 2  |
| 2.2 | Ett hållbart utbildningsutbud – förutsättningar och utmaningar                                           | 3  |
| 2.3 | Lärosätessamverkan som en möjlighet att stärka och tillgängliggöra specialistsjuksköterskeutbildningarna | 4  |
| 2.4 | Utmaningar med lärosätessamverkan                                                                        | 4  |
| 2.5 | Omvärldsbevakning                                                                                        | 5  |
| 3   | Behov och förutsättningar inom RVKR Mellansverige                                                        | 6  |
| 3.1 | Behov och förutsättningar i regioner och kommuner                                                        | 7  |
| 3.2 | Lärosätenas förutsättningar att bedriva specialistsjuksköterskeutbildningar                              | 8  |
| 3.3 | Samverkan mellan lärosäten – erfarenheter och reflektioner                                               | 8  |
| 4.  | Resultat                                                                                                 | 9  |
| 4.1 | Samverkan om VFU-platser                                                                                 | 9  |
| 4.2 | Samverkan om hel utbildning                                                                              | 11 |
| 4.3 | Ett lärosäte ger en utbildning, men samverkande lärosäten som studieorter                                | 12 |
| 4.4 | Samverkan om examensarbeten                                                                              | 12 |
| 4.5 | Fristående/valbara kurser                                                                                | 12 |
| 4.6 | Föreläsningsbank                                                                                         | 12 |
| 4.7 | Streaming av enstaka föreläsningar                                                                       | 13 |
| 5   | Slutsatser                                                                                               | 13 |
|     | Referenser                                                                                               | 14 |

# 1 Introduktion

De senaste åren har behovet av lärosätessamverkan diskuterats alltmer frekvent som en möjlighet att skapa ett hållbart utbildningsutbud vad gäller specialistsjuksköterskeutbildningar. Hållbarhet ska i detta sammanhang förstås i ett sammanhang där det behöver finnas en balans mellan verksamheternas behov av specialistsjuksköterskor och studenters tillgång till utbildning av hög kvalitet (inklusive VFU) och lärosätenas ekonomi och tillgänglig lärarkompetens. Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige (RVKR) beslöt under våren 2024 att tillsätta en arbetsgrupp för att stärka samverkan kring specialistsjuksköterskeutbildningen.

Arbetsgruppen som representerade sjukvårdsregionens sex lärosäten har utgjorts av:

Professor Lena Wiklund Gustin, Mälardalens universitet (Sammankallande)

Docent Elisabet Nerpin, Högskolan Dalarna (HDa)

Docent Annica Björkman, Högskolan Gävle

Docent Anna Josse Eklund, Karlstad universitet

Docent Caisa Öster, Uppsala universitet

Universitetslektor Helena Sjölin, Örebro universitet

Fakultetshandläggare Ingrid Hemström, Områdeskanslier, Uppsala universitet (2024) & Biträdande kanslichef Martin Wahlén (VT2025).

RVKR utsåg också två kontaktpersoner, Carina Ahlstedt för kommunsidan (Uppsala), och Maria Åkesson, regionerna (Örebro).

## Uppdragsbeskrivning

I samband med att arbetsgruppen rekryterades formulerade RVKR följande mål för gruppens arbete: *Att utforma förslag på modell för samverkan mellan lärosäten tillhörande Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige för ett hållbart utbud för specialistsjuksköterskeutbildningarna och dess kvalitet.* Uppdragsdirektivet fastställdes 240827 och preciserades då ytterligare med krav på uppdraget, samt aktiviteter för att uppnå dessa.

### Gruppen ska:

- Ge förslag på samverkansmöjligheter mellan lärosäten tillhörande det regionala vårdkompetensrådet i Mellansverige för att uppnå ett hållbart utbud av specialistutbildningar för sjuksköterskor.
- Främja dialog och samverkan mellan berörda aktörer.
- Stödja regionala vårdkompetensrådet fortlöpande i upprättande, uppdaterande och utvecklande av prioriterade aktiviteter inom området.
- Samverka och föra dialog med det nationella vårdkompetensrådet och dess berörda arbetsgrupper.
- Uppdraget ska utföras på ett sådant sätt att huvudsakliga intressenter är delaktiga i och har insyn i processen.

## Aktiviteter

- Granskning av skrivelser samt litteratur om specialistsjuksköterskeutbildningar i syfte att synliggöra värdet av dessa utbildningar och hur utvecklingen sett ut
- Genom nätverkande och samtal med nyckelpersoner identifiera och bevaka genomförda eller pågående rapporter och utredningar samt lyckade samverkansexempel inom området
- Inventering och kartläggning av utbildningsbehov, regioners och kommuners möjlighet att ge förutsättningar för sjuksköterskor att genomföra specialistsjuksköterskeutbildningar
- Inventering av lärosätenas resurser och förutsättningar (kompetens och ekonomi) för att ge efterfrågade utbildningar
- Översyn över hur samverkan mellan lärosäten inom ramen för olika specialistsjuksköterskeutbildningar kan finansieras
- Strategiska diskussioner om former för samverkan på olika nivåer (exempelvis möjlighet att dela/byta resurser/kompetens, VFU-samverkan, vilka lärosäten ger vilka utbildningar)

Arbetsgruppen har träffats fysiskt vid två tillfällen (juni 2024 inför uppstart och juni 2025 för att färdigställa rapporten). Däremellan har gruppen haft regelbundna möten via zoom, samt arbetat lokalt med att ta fram underlag och diskutera förslag. Vidare har flera av arbetsgruppens medlemmar deltagit i SUHF:s konferens där lärosätessamverkan diskuterades, samt lyft frågan såväl med lärosäten utanför RVKR Mellansveriges område som med representanter för övriga RVKR. Arbetet har under processens gång presenterats muntligt för RVKR Mellansverige den 14 november 2024, samt lokalt på lärosäten samt i branschråd och andra samverkansforum mellan lärosäten och vårdgivare. Dessa tillfällen har inneburit en möjlighet såväl för rapportering till berörda organisationer som till synpunkter och förslag från dessa.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Vikten av specialistsjuksköterskeutbildningar

Svensk hälso- och sjukvård står inför betydande utmaningar gällande kompetensförsörjning. I oktober 2022 rapporterade en majoritet av regionerna en ökad personalbrist för specialistsjuksköterskor jämfört med året innan (Socialstyrelsen, 2023). Enligt prognoser från Statistiska centralbyrån (SCB, 2022) förväntas bristen på specialistsjuksköterskor på den svenska arbetsmarknaden kvarstå även år 2035. Denna bedömning överensstämmer med Universitetskanslersämbetets (UKÄ) prognos för år 2040, som fortsatt pekar på en generell brist på specialistsjuksköterskor, särskilt inom distriktssköterskeyrket (UKÄ, 2024:17). Mot bakgrund av detta bedömer Socialstyrelsen (2025) att det är nödvändigt att öka antalet nyutexaminerade specialistsjuksköterskor för att möta det framtida vårdbehovet.

Specialistsjuksköterskeutbildningen bedrivs på avancerad nivå och ska, i enlighet med högskolelagen (1992:1434), innebära en fördjupning av de kunskaper, färdigheter och förmågor som förvärvats under grundutbildningen. Utbildningen syftar till att ytterligare utveckla

studentens förmåga att självständigt integrera och tillämpa kunskap samt att hantera komplexa företeelser, frågeställningar och situationer. Den ska även stärka studentens förutsättningar för att verka inom yrken som ställer höga krav på självständighet, samt för deltagande i forsknings- och utvecklingsarbete.

Specialistsjuksköterskor utgör därmed en central resurs inom hälso- och sjukvården och bidrar, genom sin specialiserade kompetens, till att säkerställa en god och säker vård. För närvarande finns elva nationellt reglerade specialistsjuksköterskeinriktningar, var och en med specifika examensmål. Lärosäten har dock även möjlighet att erbjuda andra inriktningar, vilka omfattas av examensmål som betonar självständighet, ansvarstagande och specialiserade färdigheter inom respektive område (SFS, 1993:100).

## 2.2 Ett hållbart utbildningsutbud – förutsättningar och utmaningar

Specialistsjuksköterskeutbildningar av hög kvalitet utgör en nationell angelägenhet. Det Nationella vårdkompetensrådet (NVKR, 2024:2) understryker därför vikten av att förbättra sjuksköterskors möjligheter att genomgå specialistsjuksköterskeutbildning. En möjlig väg är att erbjuda betald utbildning genom så kallade VULF-avtal (vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning). Samtidigt pekar rådet på att vissa nuvarande regler inom antagningssystemet är oförenliga med behovet av att anta studenter som får sin utbildning finansierad av arbetsgivaren.

De nuvarande urvalskriterierna medför en risk att studenter antas, men senare tackar nej till sin plats i ett sent skede, på grund av att de ej får ekonomiskt stöd av arbetsgivare. Detta försvårar lärosätenas möjligheter till effektiv dimensionering och planering av utbildningen, och kan leda till att utbildningsplatser förblir outnyttjade. Sedan ett antal år är ansökningsperioden tidigarelagd för specialistsjuksköterskeprogrammen för att underlätta för arbetsgivarna att planera för studenternas eventuella tjänstledighet. Trots den åtgärden får många sökande inte besked från sin arbetsgivare om ”utbildningstjänst” eller tjänstledighet i så god tid att de kan tacka ja till erbjuden plats, alternativt påbörjar de utbildningen men avbryter då de inte får ekonomiska förutsättningar. Ytterligare en utmaning är att studenterna inte behöver tacka nej vid tidig antagning, vilket innebär att lärosätena inte kan kalla reserver i tid. Den tidigarelagda ansökningsprocessen innebär specifika administrativa rutiner vilka är resurskrävande då de kräver manuell hantering.

En konsekvens är att lärosätena brottas med sviktande studentunderlag och med det även ekonomiska utmaningar. Dessa utmaningar är även knutna till det ersättningssystem som finns som baseras på antal registrerade studenter (HST), samt helårsprestationer (HPR) som baseras på det antal högskolepoäng som studenterna presterar under ett år. NVKR (2024:2) konstaterar även att resurstilldelningssystemet sätter gränser för hur mycket lärosätena kan förändra utbildningsutbudet för att anpassa det till arbetsmarknadens behov om söktrycket är svagt. Samtidigt behöver lärosätena även förhålla sig till de regleringsbrev som anger hur många studenter som ska utbildas inom vissa områden, där specialistsjuksköterskeutbildningarna utgör ett sådant (UKÄ, 2024:17). Detta innebär således att utbildningar som inte bär sig ekonomiskt ändå behöver ges för att lärosätena ska kunna svara an mot regleringsbrevens nivåer.

Ytterligare en faktor som påverkar lärosätenas förutsättningar för att bedriva specialistsjuksköterskeutbildningarna är det begränsade antalet tillgängliga VFU-platser (SKR, 2024). Det finns också en oro för att antalet tillgängliga VFU-platser för

specialistsjuksköterskestudenter kan komma att minska inom de områden som även har studenter från sjuksköterskeutbildningen då omfattningen av VFU där har ökat väsentligt som en följd av yrkeskvalifikationsdirektivet (SFS, 2016:145).

Därutöver påtalas också en brist på framför allt disputerade lärare och svaga forskningsmiljöer inom de olika specialistområdena, men även tillgång till undervisande personal med klinisk kompetens inom specialistområdet (UKÄ, 2024:12). Tillgången till disputerad personal är inte enbart en angelägenhet för lärosäten utan även för vårdgivare. NVKR (2025:1) lyfter här vikten av samverkan mellan vårdgivare och lärosäten för att stimulera karriärutvecklingsprogram och att i större utsträckning inrätta förenade anställningar. De rekommenderar även att regeringen, förutom VULF-avtal, säkerställer en långsiktig finansiering av forskarskolor då akademisk meritering och forskning är underdimensionerad vilket är fallet inom vårdvetenskap. I sammanhanget kan också lyftas att specialistutbildade sjuksköterskor utgör en rekryteringsgrund för forskarutbildning vilket utgör ytterligare ett incitament för att värna om dessa utbildningars kvalitet och tillgänglighet. Arbetsgruppen konstaterar också att det idag finns fler möjligheter för disputerade sjuksköterskor att arbeta i klinisk verksamhet. Detta ses som en styrka för vårdens kvalitet generellt, samtidigt innebär det en konkurrenssituation om personal mellan klinisk verksamhet och lärosäten.

## 2.3 Lärosätessamverkan som en möjlighet att stärka och tillgängliggöra specialistsjuksköterskeutbildningarna

NVKR (2024:2, 2025:1) lyfter fram samordning av utbildningar med få studenter som en möjlighet att ge utbildningarna bättre bärkraft och bidra till en mer jämlik tillgång till kompetens över landet, samtidigt som det också är förenat med en risk för byråkrati och minskad flexibilitet. Samverkan lyfts också i utredningen *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter* (SOU, 2018:77), där lärosätessamverkan utgör en arena för samverkan, men där också samarbetet mellan lärosäten och vårdgivare påtalas som väsentligt såväl för att tillgodose behov av kompetens som verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet som för att utbildningarna ska bli likvärdiga över hela landet. Lärosätessamverkan beskrivs även som en möjlighet att bidra till såväl en ökad tillgång till utbildningsplatser som effektivt resursutnyttjande och kvalitet (Regeringens proposition, 2020/21:60; SOU, 2019:6). Samverkan innebär också en möjlighet för lärosäten med starkare forskningsmiljöer att stödja andra lärosäten och gemensamt bidra till att säkerställa tillgången till adekvat lärarkompetens (UKÄ, 2024:12).

## 2.4 Utmaningar med lärosätessamverkan

Samverkan där två eller fler lärosäten gemensamt ansvarar för en utbildning kräver emellertid en lagändring, vid ansökan av examenstillstånd. UKÄ:s nuvarande praxis innebär att ett examenstillstånd gäller individuellt för ett lärosäte, vilket betyder att huvuddelen av resurserna bör finnas vid det ansökande lärosätet (UKÄ, 2021:13). Vidare kräver UKÄ någon form av skriftlig överenskommelse eller avtal mellan parterna för att ett samarbete ska beaktas vid prövning av examenstillstånd. Dessa överenskommelser bör också vara förankrade på relevant nivå inom ledningarna och präglas av stabilitet och långsiktighet, snarare än vara beroende av enskilda individer. Samtidigt lyfts att överenskommelser om bland annat biblioteksresurser,

kurser, lärar- och studentutbyten samt forsknings- och lärarresurser är möjliga och kan ses som gynnsamma.

## 2.5 Omvärldsbevakning

Arbetsgruppen har kontaktat såväl NVKR som representanter för övriga RVKR i syfte att få en helhetsbild av hur det arbetas med lärosätessamverkan i Sverige. Fokus har legat på samverkan om specialistsjuksköterskeutbildningar eftersom sjuksköterskeutbildningarna i regel har stora studentvolymen och i hög grad bedrivs som campusutbildningar med VFU i närområdet. NVKR är medvetna om att detta är en angelägen fråga men hänvisar till de regionala vårdkompetensråden och SUHF.

De svar som kommit från de regionala vårdkompetensråden visar att diskussionen förs i hela landet, om än på olika nivåer och i olika omfattning. Stockholm/Gotland har samverkansgrupper mellan regionen och de olika lärosäten som finns inom denna. Fokus ligger där främst på verksamhetsintegrerat lärande (VIL) och interprofessionellt lärande (IPL). En mer omfattande samverkan sker i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning palliativ vård (60 hp halvfart), som ges gemensamt av Marie Cederschiölds högskola och Sophiahemmets högskola. Programmet har 63 platser med höga söktalet och hög genomströmning. Ett avtal reglerar alla detaljer för samverkan som t.ex. att respektive lärosäte ansvarar för varannan kurs i programmet, har lika mycket lärarsatser i programmet, lärplattform, administration samt stöd till studenter under premisen att pengar inte förs mellan lärosätena. Man har en programledare per lärosäte. Kursplaner antas på det lärosäte som ger kursen. Examen ges enligt avtalet från båda lärosätena som har en gemensam utbildningsplan. Samtidigt som det finns vinster med denna samverkan påtalas också utmaningar, exempelvis olika benämningar på huvudområdet, skilda pedagogiska traditioner samt lärares begränsade tillgång till administrativa system såsom LADOK för studenter inskrivna på partnerlärosätet.

Inom RVKR Södra och Sydöstra förs en diskussion om vem som kan ge specialistsjuksköterskeutbildning när det närmaste/lokala lärosätet inte ger aktuell utbildning. Exempelvis har Linnéuniversitet (LNU) en specialistutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård i region Östergötland med stöd av Linköpings universitet (LiU), samt operationssjukvård i Östergötland och Jönköpings län med stöd av LiU respektive Jönköping University (JU). JU har å sin sida ansvar för en specialistsjuksköterskeutbildning i barnsjukvård i Region Kronoberg med stöd LNU. Ambitionen är här att man dels vill stärka möjligheten till kompetensutveckling nära vårdgivarna (utbildningarna ges således på lokalt campus med viss samläsning mellan orter), dels minska konkurrens mellan lärosätena. Det finns ekonomiska vinster med detta, men det starkaste incitamentet för samverkan är regionernas önskemål om närhet till utbildningarna då detta uppfattas viktigt för deras kompetensförsörjning. En förutsättning för denna typ av samverkan är att det lokala lärosätet inte har kapacitet att själva genomföra utbildningen samtidigt som de "godkänner närvaron" och aktivt stödjer utbildningen genom att tillhandahålla lokaler samt lokala lärare för handledning/examination i den mån det behövs. Utöver denna samverkan diskuteras även handledarkompetens och VFU-platser (RVKR Södra), där det på en övergripande nivå även finns samverkan inom ramen för Lärosäten Syd.

Inom RVKR Sydöstra förs en diskussion om kombinationstjänster (förenade anställningar) för att stärka den vetenskapliga kompetensen på såväl lärosäten som hos vårdgivare. Dessutom diskuteras förutsättningar för VFU, där man utöver att bevaka vad som händer nationellt, också samverkar för

att VFU inte ska medföra extra kostnader för studenter exempelvis i samband med resor och boende. Inför framtiden lyfter man även vikten av nationell samverkan vad gäller utbildningar med få platser för att säkra kompetensförsörjning i mindre yrkesgrupper.

Inom RVKR Norra har man börjat undersöka möjligheterna för samverkan om specialistsjuksköterskeutbildningarna men detta är ännu i sin linda, medan RVKR Väst förnärvarande fokuserar på kompetensbehov på en övergripande nivå samt hur man på bästa sätt kan introducera personer med utländsk utbildning.

SUHF har aktualiserat frågan upprepade gånger i samband med årliga konferenser. Dessa har fokuserat på utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal i ett vidare perspektiv, och vikten av samverkan har betonats samtidigt som utmaningar lyfts. Under april-maj har SUHF också skickat ut en enkät till lärosätena i syfte att komplettera UKÄs statistik om specialistsjuksköterskeutbildningarna. I enkäten ingick även frågor om hur lärosätena ser på såväl studenternas förkunskaper som möjligheter, tillgång till VFU platser och samverkan. Rapport väntas under hösten 2025.

Den 3 juni 2025 överlämnades också utredningen *Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov* (SOU 2025:63) till statsrådet Acko Ankarberg Johansson. I utredningen påtalas de utmaningar som lyfts i denna rapport, och det föreslås att ett ”Vårdprofessionslyft” införs med det sk ”Läraryftet” som modell. Om detta införs så kommer det i korthet att innebära att specialistsjuksköterskeutbildningarna blir uppdragsutbildningar på halvfart där staten står för utbildningskostnaden och yrkesverksamma får en utbildningsanställning med bibehållen lön. VFU genomförs i möjligaste mån på arbetsplatsen vilket också skulle lösa den utmaning som idag finns relaterat till VFU-platser. Detta upplägg förväntas också skapa stabilitet för lärosätena.

### 3 Behov och förutsättningar inom RVKR Mellansverige

För att tydliggöra behov av och förutsättningar för specialistsjuksköterskeutbildningar inom sjukvårdsregionen skickades en Formsenkät ut till samtliga sju regioner och 80 kommuner inom RVKR Mellansveriges område. Information om syftet med undersökningen och länk till enkäten skickades till de personer inom kommuner och regioner som identifierades genom de kontaktpersoner RVKR utsett för att möjliggöra arbetsgruppens kommunikation med vårdgivarna.

Enkäten besvarades av samtliga regioner och 68% av kommunerna. I enkäten, som i huvudsak besvarades av chefer och HR personal, efterfrågades dels hur många specialistsjuksköterskor man uppskattade att man hade behov av att utbilda/rekrytera per år under den närmaste femårsperioden, dels hur många VFU platser man kunde tillgängliggöra inom dessa områden. Vidare ställdes en öppen fråga om vilka ekonomiska förutsättningar som fanns för anställda sjuksköterskor att genomgå specialistsjuksköterskeutbildning, samt möjlighet att ge synpunkter om huruvida man saknade någon utbildning. Utöver denna enkät har en kartläggning av aktuell lärarkompetens och studentunderlag på de sex lärosätena genomförts, liksom dialog i kollegierna om såväl hur man ser på samverkan som pågående samarbeten med andra lärosäten.

### 3.1 Behov och förutsättningar i regioner och kommuner

Enkätens resultat visade att det finns ett stort behov av specialistsjuksköterskor inom flertalet specialiteter. Förutsatt att regioner och kommuner skulle ge sina anställda förutsättningar att studera i den omfattning de har behov av nyrekrytering skulle samtliga lärosäten självständigt kunna bedriva utbildningar med 20+ studenter inom vård av äldre, demens, hälso- och sjukvård i hemmet samt utbildning till distriktssköterska. Även för merparten av övriga specialistsjuksköterskeutbildningar finns stora framtida behov, om än inte för en utbildning vid varje lärosäte. Här behöver framtida diskussioner fokusera såväl var lärarkompetensen finns, som hur samverkan kan ske på ett sådant sätt att såväl teoretisk utbildning som VFU blir tillgänglig för presumtiva studenter.

Svaren på enkäten indikerar också att det finns förhållandevis många potentiella VFU-platser samtidigt som det kan finnas en överlappning mellan svar om antal VFU-platser kopplade till vård av äldre/demens/hälso-och sjukvård i hemmet i kommunernas svar. Det finns också en viss osäkerhet relaterat till att en del VFU-platser kan komma att tas i anspråk i och med den ökade omfattningen av VFU i sjuksköterskeprogrammet. Ytterligare en aspekt är frågor om kompetensnivån hos handledare som inte beaktats i enkäten då arbetsgruppen av erfarenhet vet att det är hög personalomsättning och att detta kan variera. Generellt uppfattar vi dock att tillgången till kvalificerade handledare är lägre i de verksamheter där tillgången på specialistutbildade sjuksköterskor är låg. Vi ser också att det utöver en satsning på specialistutbildade sjuksköterskor i verksamheterna även görs en satsning på handledarutbildning samt på handledningsmodeller som optimerar studenters lärande under VFU.

Vad gäller presumtiva studenters ekonomiska förutsättningar för studier finns en stor variation, från att man enbart beviljar tjänstledighet för studier till studier med bibehållen lön. Vissa arbetsgivare ger även ersättning för litteratur och/eller resor. Däremellan finns stora variationer med ersättning exempelvis för 1 dag/hp (dvs. motsvarande ca 30%) eller 50% ledighet även vid heltidsstudier vilket innebär att studenter sammanlagt arbetar och studerar motsvarande 130-150%. Sådana lösningar kan innebära att studenter får en arbetsbelastning som har en negativ inverkan på deras personliga hälsa och/eller studier, något vi som lärare noterat i dialog med studenter.

Förutom de skillnader som finns mellan regioner och kommuner finns också en variation över tid eftersom såväl behoven av specialistsjuksköterskor som presumtiva studenters förutsättningar att studera på betald arbetstid varierar i och med att vårdens organisation och ekonomiska förutsättningar förändras. Detta kan bland annat innebära att arbetsgivare prioriterar vissa specialistsjuksköterskeinriktningar ett år, och andra följande år, vilket innebär att behovet av utbildningsplatser blir oförutsägbart. Det höga behovet inom framför allt vård av äldre, demens och hälso- och sjukvård i hemmet är i hög grad relaterat till kommunal vård, där förutsättningarna för betald utbildning varierar än mer än inom regionerna, vilket också bidrar till en oförutsägbarhet vad gäller dimensionering av utbildningarna.

Värt att notera är dock att enkäten konstruerades utifrån arbetsgruppens behov av att se underlag för respektive lärosäte och då valde <10/år som en behovsklass. Detta kommenterades av flera besvarande som att 1-10 var ett för stort spann vilket behöver beaktas i fortsatt planering.

### 3.2 Lärosätenas förutsättningar att bedriva specialistsjuksköterskeutbildningar

För lärosätenas del handlar förutsättningarna framför allt om lärarkompetens och ekonomi. Hög kompetens med tillräckligt många forskningsaktiva lärare inom respektive specialistområde skapar goda förutsättningar för forskningsbas i utbildningarna, och minskar också sårbarheten jämfört med om det finns enstaka disputerade lärare inom ett specialistområde. En kartläggning vid de sex lärosätena ger vid handen att lärosätena har god kompetens för en del av de utbildningar de ger, men också att de har rekryteringsbehov inom andra.

Vad gäller ekonomi behöver lärosätena förhålla sig till såväl regleringsbrev som takbelopp. Detta innebär att lärosätena behöver göra strategiska val för att uppfylla de förstnämnda och undvika att överskrida de senare, något som innebär utmaningar relaterat till måluppfyllelse. Det aktuella regleringsbrevet avser studenter som examineras perioden 2025-2028. Givet de långa handläggningstider som är för såväl nyinrättande som revidering av program och kurser kommer samverkan som denna rapport tänkas resultera i att ha marginell påverkan inom denna regleringsperiod då det förutsätter att studenterna kan antas redan HT26 om utbildningen ges på halvfart och HT27 till helfartsutbildning.

Lärosätena behöver i god tid få besked från regioner och kommuner om man tänker satsa på vissa utbildningar/utbildningstjänster /inte ge ersättning efter som antalet studenter i utbildningarna i hög grad avgörs av studenternas förutsättningar för studier. I nuläget svänger antalet studenter som söker, och än mer hur många som påbörjar utbildningarna, kraftigt mellan åren vilket gör det svårt för lärosätena att planera och dimensionera program.

### 3.3 Samverkan mellan lärosäten – erfarenheter och reflektioner

Frågan om lärosätessamverkan har även diskuterats i olika forum på respektive lärosäte. Sammantaget konstateras att det finns intresse av samverkan, framför allt inom program där studentunderlag och/eller lärarkompetens är otillräcklig. Såväl ekonomi som kvalitet framhålls som motiv till samverkan, och samverkan skulle även innebära en minskad sårbarhet. I sammanhanget nämns bland annat kurser i farmakologi/förskrivningsrätt där externa resurser (farmaceut) används till en hög kostnad. Vidare påtalas vikten av att skapa nätverk för vissa moment i specialistsjuksköterskeutbildningarna, och inte bara ha inriktningsspecifika nätverk. Exempel på sådana moment är förutom förskrivningsrätt även folkhälsoarbete och barn- och ungdomars hälsa och ohälsa i andra specialistutbildningar än den kontextspecifika.

Det finns en medvetenhet vid lärosätena om ekonomi och kvalitet som motiv för samverkan. Samtidigt finns också en oro för att även om det på sikt sparar resurser, så tar etablering av samverkan resurser och blir ett stress- och orosmoment såväl relaterat till merarbete som rädsla att förlora "sitt" program och reduceras till en studieort/nod till det lärosäte som driver utbildningen.

Det finns också en del utmaningar och möjligheter kopplade till lärosätenas olika organisation och upplägg av program. Flertalet lärosäten ger programmen vid en institution, men vid vissa lärosäten är det som vid UU, ett program med flera inriktningar uppdelat på olika institutioner. Oavsett organisation omfördelas /utnyttjas resurser mellan program/inriktningar inom lärosätena i högre grad i dag än tidigare vilket ses som positivt.

Redan idag finns etablerad samverkan inom RVKR:s område. Ett exempel på en långvarig överenskommelse är den mellan universiteten i Örebro och Karlstad som innebär att Örebro ger anes-

tesiprogrammet och Karlstad ger IVA-programmet. VFU-platser kan på detta sätt nyttjas inom båda regionernas kliniska verksamheter.

En annan typ av samverkan sker i operationssjuksköterskeprogrammet vid Karlstads universitet där lärosätet samverkar med sex olika kliniska verksamheter på så sätt att all VFU ges på studieorterna Karlstad, Eskilstuna, Falun, Gävle, Västerås eller Örebro där huvudhandledare som är knutna till lärosätet fungerar som studenternas kliniska lärare.

Ytterligare ett exempel är den samverkan som finns mellan högskolorna i Gävle (HiG) och Dalarna (HDA) för inriktningarna mot anestesi respektive intensivvård där HiG ansvarar för utbildningen men där Falun utgör studieort och studenter från Region Dalarna således kan genomföra VFU närmare bostadsorten.

Erfarenheter från dessa utbildningar visar att det finns vissa utmaningar med samverkan, som att man inte ser varandras utbildningsregistreringar i Ladok och har olika tjänsteplaneringssystem. Samverkan tar tid, så man bedömer att det inte finns någon ekonomisk vinst med den. Dock finns det andra vinster som att man har god tillgång till den breddkompetens inom lärarkåren som krävs i programmet samt att studenterna får en mer kompetent handledning under examensarbetet. Samverkan och tillåtande av olikheter är också utvecklande för lärarna som i förlängningen gynnar studenterna.

Ytterligare en faktor som nämns som kan komplicera samverkan är olika benämningar på huvudområdet (vårdvetenskap/omvårdnad), liksom de förväntningar forskare på olika lärosäten har att profilera sig vilket å ena sidan kan innebära att samverkan skapar bredd för studenter, å andra sidan svårigheter vad gäller samordning och logistik.

Prestationsgraden vid lärosätenas specialistsjuksköterskeutbildningar är i regel god. Bortfallet sker ofta i början av utbildningarna och är så vitt vi känner till relaterat till studenternas möjligheter att studera.

## 4. Resultat

Resultatet utgår från det övergripande syftet med arbetsgruppen, dvs. *att utforma förslag på modell för samverkan mellan lärosäten tillhörande Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige för ett hållbart utbud för specialistsjuksköterskeutbildningarna och dess kvalité*. Här beskrivs flera möjliga former av samverkan då vi anser att det inte är ändamålsenligt att ha en modell. Vi menar att flera former av samverkan kan bli aktuella – var för sig och i kombination – beroende såväl på om samverkan motiveras av ett behov av att tillgängliggöra utbildning på fler orter, en strävan efter större och ekonomiskt bärkraftiga specialistsjuksköterskeutbildningar eller brist på lärare med adekvat kompetens, eller kombinationer av dessa motiv.

### 4.1 Samverkan om VFU-platser

Det kritiska området för ett hållbart utbud för specialistsjuksköterskeutbildningarna och deras kvalitet är VFU. Problem rörande VFU ser olika ut för olika regioner och lärosäten men de har några utmärkande drag; konkurrens om VFU-platser, praktiska och ekonomiska svårigheter att nyttja alla möjliga VFU-platser samt bristande kompetens bland handledare. Sverige har också det lägsta

antalet tillgängliga vårdplatser i Europa (17 500), merparten av dessa inom somatisk slutenvård (SKR, 2022). Fram till 2032 förväntas behovet av vårdplatser öka med 3 200.

Många lärosäten har VFU-avtal med en eller flera regioner och kommuner. Här finns det olika modeller; en hårt reglerad med avtal på olika nivåer och prioriteringsordningar, en där först till kvarn gäller eller en mittenväg. I praktiken arbetar lärosätena med en mittenväg eftersom dessa förhåller sig till flera regioner och kommuner som har sina egna riktlinjer för samordning av VFU-platser. Avtalen innebär vanligen att programmen förses med ett adekvat antal VFU-platser. Dock kan avtalen också begränsa möjligheterna att utöka antalet platser på programmet för att vårdgivaren bedömer att de inte kan ta emot fler studenter. För program där VFU kan genomföras i hela landet (t.ex. på distans och hybridprogram), uppstår problemet att dessa studenter konkurrerar med studenter från de lärosäten som har avtal med specifika regioner. De hamnar längst ner i kön för en VFU-plats vilket i sin tur kan innebära att lärosätena inte kan fylla platserna på ett program eftersom man inte kommer kunna erbjuda VFU-platser till alla studenter. I de fall man lyckas få en VFU-plats kan det innebära tidskrävande arbete med individuella avtal för enskilda studenter. Eftersom sjuksköterskeprogrammen ökat omfattningen av VFU händer det att studenter på grundläggande nivå, konkurrerar om VFU-platser med studenter på avancerad nivå.

I geografiskt stora regioner kan det i stället handla om avstånd som försvårar för studenterna att nyttja alla VFU platser då de många gånger själva måste bekosta resor, boende och uppehälle på andra orter än de orter de själva bor på. Detta kan också orsaka praktiska problem som rör familjelivet. I vissa kliniska sammanhang som t.ex. på vårdcentraler, ambulanssjukvård och inom kommunal hälso- och sjukvård finns det en viss brist på kompetenta specialistutbildade handledare eftersom det inte är krav på specialistsjuksköterskeutbildning för anställning. VFU påverkas också av organisatoriska förändringar/utmaningar som gör att verksamheter inte kan ta emot studenter under kortare eller längre perioder. Sammantaget innebär detta att vi inte har tillgång till det antal VFU-platser vi behöver för att kunna utbilda det antal specialistsjuksköterskor som behövs.

Vid samverkan bör det vara aktuellt att också diskutera såväl handledningsmodeller som handledarutbildning på en övergripande nivå. Handledarutbildning kan med fördel ges på distans och på halv- eller kvartsfart och lämpar sig därför för samverkan mellan lärosäten.

Ur rättssäkerhets- och pedagogiskt perspektiv är det praxis att studenter inte genomför VFU i verksamheter de arbetar eller nyligen har arbetat inom. Därför är det i vissa specialistutbildningar, lämpligt att studenterna gör VFU på en annan ort än där de bor och arbetar. Därutöver kan rörlighet inom området också innebära att studenterna får ett vidare perspektiv vilket kan vara till gagn också för den verksamhet där studenten sedan anställs som specialistsjuksköterska. VFU-platser behöver således vara öppna såväl för studenter med lokal förankring som de som läser utbildningen på distans. Var studenter är skrivna bör således inte vara grund för var de får sin VFU-plats. Dessutom bör ett system som innebär att studenter får ekonomiskt stöd för resor och möjligheter till ett billigt boende på VFU-orten utvecklas. Som en konsekvens av ovanstående anser arbetsgruppen att nationell samordning av VFU-platser är av stor vikt för specialistsjuksköterskeprogrammen.

Samverkan mellan lärosäten, regioner och kommuner bör ha som utgångspunkt, att de lärosäten som står som utbildningsanordnare får tillgång till de VFU-platser som behövs i respektive program. Det behöver således finnas övergripande avtal om samverkan, i första hand inom RVKR:s område, så att separata avtal inte behöver tecknas för enskilda studenter som gör VFU inom sjuk-

vårdsregionen men utanför det egna lärosätets nuvarande avtalsområde. Ersättningssystemet behöver ses över så att det är detsamma i alla regioner.

Vi bedömer det som väsentligt att det utvecklas ett system för samordning och tillgängliggörande av VFU-platser i kliniska verksamheter för studenter på grund- och avancerad nivå, på lokal, regional och nationell nivå. Om prioriteringar behöver göras bör samverkande lärosätenas studenter prioriteras.

Oavsett vilka lösningar som väljs för samverkan mellan lärosäten i övrigt utgör således samverkan att tillgängliggöra VFU-platser inom hela sjukvårdsregionen en förutsättning för ett hållbart utbildningsutbud.

## 4.2 Samverkan om hel utbildning

Ett möjligt sätt att organisera samverkan mellan lärosäten är att varje lärosäte behåller ansvaret för sin egen utbildning och antagning, samtidigt som utbildningsplaner och kurser harmoniseras. Genom att utforma gemensamma kursstrukturer kan lärosätena samordna undervisningsmoment såsom föreläsningar, seminarier och examinationer, även om studenterna är knutna till olika lärosäten. Detta möjliggör en flexibel och resurseffektiv modell där kvalitet och likvärdighet i utbildningen säkerställs. Från Uppsala finns tidigare erfarenheter av att respektive lärosäte tar ansvar för olika kurser. Denna typ av konstruktion skapar en helhet inom programmet. De problem som finns med programsamverkan, att de lärosäten som har de inledande kurserna får fler HPR då det i regel finns färre studenter i slutet av ett program skulle kunna förebyggas om studenterna är registrerade i kurser på det egna lärosätet, snarare än att en del kurser tas vid partnerlärosätet.

Forskningsbasen i utbildningarna skulle kunna öka med fler involverade forskare. Det innebär också att varje lärosäte får HST/HPR för ”sina” studenter och att dessa då torde bidra till uppfyllelse av regleringsbrev. Detta kan således vara en möjlighet att totalt sett utbilda fler specialistsjuksköterskor inom områden där det i dag finns få studenter och där utbildningar riskeras att pausas/läggas ned p.g.a. bristande studentunderlag och/eller lärarkompetens eftersom de samverkande lärosätena inte behöver ha full egen bemanning i programmen och därmed kan få bättre ekonomi i dessa. Optimalt kan man här hitta en jämn fördelning av lärarresurser mellan ingående lärosäten för att dessa ska belastas lika, men det torde annars vara möjligt att hitta framkomliga vägar vad gäller ersättning. För studenternas del skulle det innebära fördelen att kunna studera i sitt eget närområde samtidigt som man får ta del av såväl lärarkompetens som andra studenters erfarenhet från andra lärosäten. Det gör det också lättare att få VFU nära hemorten och kan också underlätta studentrepresentation och studentkårstillhörighet då det löses på det lärosäte där studenterna är registrerade.

En diskussion om att genomföra en pilotstudie inom vård av äldre, alternativt demensvård, har initierats mellan HDa, HiG och MDU men på grund av pågående revideringar av specialistutbildningarna vid HDa och HiG finns ännu inga konkreta förslag.

### 4.3 Ett lärosäte ger en utbildning, men samverkande lärosäten som studieorter

Detta upplägg bygger på att ett eller ett fåtal lärosäten står som ansvariga för utbildningen, och att övriga lärosäten utgör studieorter. Denna typ av samverkan finns delvis i dag mellan HiG och HDa, samt KAU och ORU. Utöver att VFU ges på studieorten kan även seminarier och exempelvis simuleringsövningar genomföras på studieorten, liksom handledning och examination av examensarbeten. En fördel är att studenter här kan studera närmare bostadsorten, samtidigt som det kan finnas vissa administrativa utmaningar vad gäller anställning av/ersättning för lärare på studieorten.

### 4.4 Samverkan om examensarbeten

Idag sker samverkan mellan olika inriktningar vid de enskilda lärosätena, vilket skapar goda förutsättningar för att studenterna får handledning av metodologiskt kompetenta handledare. Lärosätessamverkan om handledar- och examinatorskompetens skulle ytterligare kunna höja kvalitén på detta område eftersom studenterna därigenom får ökad tillgång till resurser som även ämnesspecifik kompetens. Vi ser också att detta kan skapa större möjligheter att engagera studenter i olika forskningsprojekt. Samtidigt ger de också lärare ökade möjligheter att verka inom sitt eget specialistområde. Därtill innebär detta också en form av extern granskning, och kan därigenom ses som en kvalitetssäkrande åtgärd.

### 4.5 Fristående/valbara kurser

Samverkan kan också ske genom att kurser inom en specialistsjuksköterskeutbildning ges som fristående kurser, samt att studenter har möjlighet att byta ut en del av utbildningen vid det egna lärosätet mot en kurs vid ett annat lärosäte. Detta kan skapa möjligheter för samverkan samtidigt som lärosätena också kan profilera sig genom kurser som har en tydlig förankring i forskning vid det egna lärosätet. Detta förutsätter att kurserna har såväl tydliga lärandemål som medvetna överväganden om hur den kurskombination som möjliggörs sammantaget bidrar till uppfyllande av examensmålen för specialistsjuksköterskeutbildningen. Ytterligare en fördel med fristående kurser är att det skapar möjlighet för sjuksköterskor att genomgå specialistsjuksköterskeutbildning i ett lugnare tempo genom att gå en kurs i taget, och det skapar dessutom möjligheter för specialistsjuksköterskor med några års erfarenhet att kompetensutveckla sig genom att ta del av den senaste kunskapsutvecklingen inom området. Samtidigt finns en risk att grundutbildade sjuksköterskor enbart läser fristående programkurser för att fortbilda sig inom vissa områden, men sedan inte registrerar sig i program och tar ut specialistsjuksköterskeexamen, speciellt om de har sin anställning i en verksamhet där magisterexamen inte värderas.

### 4.6 Föreläsningsbank

Ett sätt att utnyttja den kompetens som finns och en möjlighet för studenter att få ta del av forskning som bedrivs på olika lärosäten inom respektive område är att skapa en föreläsningsbank. Detta kan stärka forskningsbasen i utbildningarna och ge studenterna ytterligare en kanal för att ta del av forskning från andra lärosäten vid sidan av vetenskapliga artiklar och läroböcker. Samtidigt är det viktigt att detta kompletteras med annan undervisning där studenter också får föra dialog

med lärare, såväl för att stödja studenters lärande som för att värna om lärares fortsatta engagemang i utbildningarna. En föreläsningssbank ska således inte ses som ett sätt att ersätta lärares arbete utan som en möjlighet för fler att ta del av deras kunskap. Denna samverkansform förutsätter 1) tydliga avtal och rutiner för hur material får användas, när det tas bort och hur det hanteras administrativt/ekonomiskt mellan lärosäten, 2) pedagogiska upplägg där lärare är fortsatt aktiva och interagerar med studenter med utgångspunkt i dessa föreläsningar för att värna om kvalitet och främja reflektion och lärande för studenterna.

## 4.7 Streaming av enstaka föreläsningar

En förhållandevis enkel form av samverkan kan också vara att streama enstaka föreläsningar, exempelvis om ett lärosäte har en inbjuden gästföreläsare. Detta kan exempelvis vara aktuellt om lärosätet har internationella gästlärare en period och på så vis bidra till internationalisering. I dag streamas också många disputationer. I de fall dessa har relevans för specialistsjuksköterskor kan det således vara värdefullt att bjuda in såväl specialistsjuksköterskestudenter som lärare från övriga lärosäten, och även kliniskt verksamma sjuksköterskor, att delta digitalt.

## 5 Slutsatser

Förutsatt att studenterna får förutsättningar att studera, exempelvis genom VULF-avtal eller motsvarande, och regioner och kommuner kan tillhandahålla VFU-platser har lärosätena inom RVKR Mellansverige goda förutsättningar att utbilda ett stort antal specialistsjuksköterskor inom de specialistområden som efterfrågats.

Oavsett vilka lösningar som väljs för samverkan i övrigt utgör samverkan för att tillgängliggöra VFU-platser inom hela sjukvårdsregionen en förutsättning för ett hållbart utbildningsutbud. Vi ser också ett behov av en gemensam satsning på såväl handledarutbildning som handledningsmodeller som optimerar studenters lärande under VFU.

Det är i dagsläget en utmaning att lärosätena ensamma svarar för att uppfylla regleringsbrevet. Detta borde vara ett gemensamt ansvar så att vårdgivarna fick ett motsvarande krav på att tillhandahålla VFU-platser som korresponderar med de nivåer som lärosätena ska leva upp till.

Det smidigaste sättet att få samverkan att fungera för att slippa så mycket administration torde vara att lärosätena bidrar med ungefär lika omfattande lärarinsatser i denna typ av upplägg.

Att köpa tjänster av varandra kan bli dyrt och innebära mycket administrativt arbete med fakturering och därmed också merkostnader. När det är nödvändigt behöver partnerskap utvecklas så att detta kan lösas på en rimlig nivå. Lärosätena behöver i god tid få besked från regioner och kommuner om man tänker satsa på vissa utbildningar/utbildningstjänster/inte ge ersättning eftersom antalet studenter i utbildningarna i hög grad avgörs av studenternas förutsättningar för studier. I nuläget svänger antalet studenter som söker, och än mer hur många som påbörjar utbildningarna, kraftigt mellan åren vilket gör det svårt för lärosätena att planera och dimensionera program.

Denna rapport har gett förslag på en modell för olika nivåer av samverkan mellan lärosäten och avnämare avseende specialistsjuksköterskeutbildningar. Hur detta genomförs bör vara en fråga för berörda lärosäten, regioner och kommuner och involvera de som har operativt ansvar för respektive utbildning, samt studentmedverkan.

## Referenser

- NVKR (2024:2). *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*. (Delrapport)
- NVKR (2025:1). *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*. Nationella vårdkompetensrådets slutredovisning inom det ändrade uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256).
- Regeringens proposition (2020/21:60). *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*. Regeringen.
- SCB (2022). *Sammanfattning av regionala utbildnings- och arbetsmarknadsprognoser. Med sikte på 2035*.
- SFS (1993:100). *Högskoleförordning*. Utbildningsdepartementet.
- SFS (2016:145). *Lag om erkännande av yrkeskvalifikationer*. Utrikesdepartementet.
- SKR (2022). *Fakta om vårdplatser*. Sveriges kommuner och regioner.
- SKR (2024). *Delårsrapport: God och nära vård – en personcentrerad och patientsäker omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*. Sveriges Kommuner och Regioner.
- Socialstyrelsen (2023). *Tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvård och tandvård*.
- Socialstyrelsen (2025). *Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal. Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade personalen 2024*. .
- 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)*. Statens Offentliga Utredningar.
- SOU (2025:63). *Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov. Betänkande av Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Statens Offentliga Utredningar.
- UKÄ (2021:13). *Ansökan om examenstillstånd. Om samarbeten*. Universitetskanslerämbetet.
- UKÄ (2024:12). *Tillgången på forskarexaminerad personal till hälso- och sjukvårdsutbildningar samt lärarutbildningar*. Universitetskanslerämbetet.
- UKÄ (2024:17). *Mål för antal examina 2025-2028*.

Nationella vårdkompetensrådets kansli  
[info@nationellavardkompetensradet.se](mailto:info@nationellavardkompetensradet.se)

Ledamöter i det nationella  
vårdkompetensrådet och i de  
regionala vårdkompetensråden

# Struktur för samarbete mellan det Nationella vårdkompetensrådet och de regionala vårdkompetensråden

## Bakgrund

I Nationella vårdkompetensrådets uppdrag ingår att stödja och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården på sjukvårdsregional nivå. Varje sjukvårdsregion har etablerat ett regionalt vårdkompetensråd som också är en del i en nationell samverkansmodell.

Samverkan om kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården behöver utvecklas på både nationell och sjukvårdsregional nivå. På sjukvårdsregional nivå har det funnits ett behov av att få till stånd en mer utvecklad samverkan mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän och lärosäten (universitet och högskolor).

För att främja samverkan har sex regionala vårdkompetensråden etablerats med representanter för de regioner, kommuner och lärosäten som hör till respektive sjukvårdsregion. Även andra berörda aktörer, såsom privata vårdaktörer, kan vara representerade i de regionala vårdkompetensråden.

Detta dokument beskriver strukturen för samarbetet mellan Nationella vårdkompetensrådet (NVKR) och de regionala vårdkompetensråden (RVKR).

# Organisation

Organisationen består av Nationella vårdkompetensrådet med tillhörande rådskansli samt sex regionala vårdkompetensråd. De regionala vårdkompetensråden finns i områdena mellansverige, norra, Stockholm Gotland, sydöstra, södra och västra.

Både Nationella vårdkompetensrådet och de regionala vårdkompetensråden har representation från region, kommun och lärosäte.

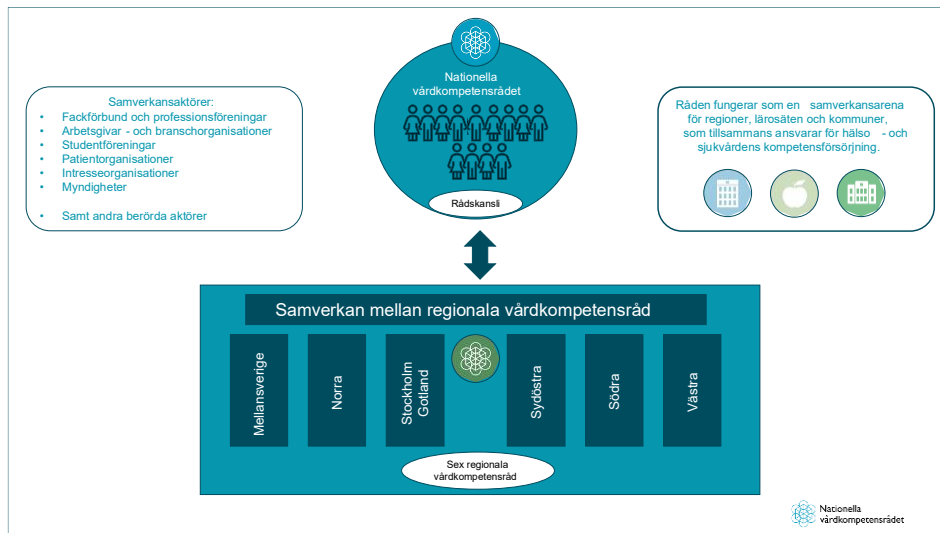


Bild1. Organisation för Nationella vårdkompetensrådet och de regionala vårdkompetensråden

## Struktur för samarbete

För att uppnå bra samarbete mellan nationell och regional nivå för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning krävs en tydlig struktur för kontakter och hantering av ärenden. Med ärende menas något som kräver en större arbetsinsats från respektive part. Enklare ärenden hanteras utanför nedan beskrivet flöde.

I detta avsnitt beskrivs kriterier, kontaktvägar och flöden för ärenden mellan Nationella vårdkompetensrådet och de regionala vårdkompetensråden.

## Kriterier för ärenden

Ärenden som hanteras i det Nationella vårdkompetensrådet bör beröra samtliga av aktörerna region, kommun och lärosäte.

Ärenden som hanteras i Nationella vårdkompetensrådet bör vara nationellt förankrade.

Ärenden från Nationella vårdkompetensrådet som skickas till de regionala vårdkompetensråden bör beröra minst tre av de regionala vårdkompetensråden.

## Kontaktvägar

Nationella vårdkompetensrådet och rådkansliet kontaktas via funktionsbrevlåda, som bevakas av rådkansliet.

Kontaktuppgifter till respektive regionalt vårdkompetensråd finns på Nationella vårdkompetensrådets hemsida.

## Flöde

Flöde för ärenden mellan Nationella vårdkompetensrådet och de regionala vårdkompetensråden.

### Ärenden initierade av Nationella vårdkompetensrådet

Ärenden som berör arbetsgrupp i Nationella vårdkompetensrådet kan skickas direkt till namngiven kontaktperson.

### Ärenden initierade av regionala vårdkompetensråd

Ärenden som initierats av ett eller flera regionala vårdkompetensråd kan skickas direkt till Nationella vårdkompetensrådet.

### Ärenden initierade av enskild verksamhet

Ärenden som inkommer från enskild region, kommun, lärosäte eller någon av deras enskilda verksamheter behöver beredas i regionalt vårdkompetensråd i första hand. Om ärendet bedöms vara relevant för hela det aktuella regionala vårdkompetensområdet kan ärendet beredas med övriga regionala vårdkompetensråd. Syfte är att identifiera om det även är relevant på nationell nivå. Beredning av ärenden med övriga regionala vårdkompetensråd kan vid behov ske med stöd av rådkansliet. För att ärendet ska lyftas till Nationella vårdkompetensrådet bör tre eller fler av de regionala vårdkompetensråden ha bedömt att ärendet är relevant för deras område.