



Förutsättningar för att möta framtidens hälso- och sjukvård

Kompetensförsörjning i Region Västernorrland

Sammanfattning

Denna rapport åskådliggör ett antal förutsättningar som påverkar Region Västernorrlands kompetensförsörjning på kort och lång sikt. Redan idag råder stor brist på flera yrkeskategorier som verkar inom hälso- och sjukvården. De demografiska förändringarna innebär för norra Sverige och Region Västernorrland en mycket stor ökning av andelen äldre i befolkningen under kommande år, det vill säga färre personer i arbetsför ålder ska hantera hälso- och sjukvård för allt fler. Rapporten presenterar tillväxt och prognos för fem av de yrkesgrupper det idag råder brist på i Västernorrlands län: sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, läkare, tandläkare och tandhygienister. Svårigheterna att rekrytera dessa yrkeskategorier delas med övriga riket, Västernorrland har dock en något mer utmanande bild än många andra län. När det gäller nyutbildade har länet haft en positiv tillväxt av nyutbildade läkare och sjuksköterskor, tillväxten har dock varit lägre än riket i genomsnitt och rapporten visar också på svårigheter att behålla kompetensen. Cirka 25 procent av medarbetarna i Region Västernorrland i dessa yrkeskategorier kommer dessutom att uppnå pensionsålder under den närmaste 10-årsperioden och regionen har under en längre tid haft landets högsta hyrpersonalkostnader.

Rapporten belyser vidare hur hälsan ser ut hos länets invånare: förändringar i vårdkonsumtionen de senaste åren, självskattad hälsa och riskfaktorer hos befolkningen. Hälsa är ojämlik utifrån socioekonomiska perspektiv. Genom att jobba med förebyggande och främjande hälsoarbete går det att påverka befolkningens hälsa och utjämna skillnader, något som behöver göras gemensamt med både offentliga aktörer och civilsamhället.

Det finns många publicerade rapporter som pekar på att vården behöver tänka nytt för att klara välfärdsutmaningarna. Samhällsutveckling och digitalisering, förskjutning mot förebyggande och främjande hälso- och sjukvård samt omställning mot en nära och personcentrerad vård är avgörande faktorer. För att klara de viktiga omställningarna krävs organisatoriska förutsättningar vad gäller kultur, ledning och styrning samt rätt kompetens.

Rapporten avslutas med att ge förslag på områden som Region Västernorrland kan utveckla för att skapa möjligheter att säkra kompetens på kort och lång sikt, där grunden behöver vara ett systematiskt arbete med att planera kompetensförsörjning på olika nivåer i organisationen.

Innehåll

1	Inledning.....	4
1.1	Bakgrund.....	4
1.2	Syfte.....	4
1.3	Rapportens innehåll och användningsområde	4
1.4	Avgränsningar.....	5
1.5	Arbetsgrupp/referensgrupp	5
2	Tillvägagångssätt/datainsamling	6
2.1	Data till arbetskraftsberäkningar.....	6
2.2	Data till statistik över vårdkonsumtion	6
2.3	Övrig datainsamling.....	7
2.4	Definitioner.....	7
3	Utvecklingen i Västernorrland – demografi och yrkeskategorier i vården	9
3.1	Demografi	9
3.2	Åldersstruktur	9
3.3	Tillväxt och prognos för olika yrkeskategorier i vården.....	11
3.4	Hyrpersonal – sjuksköterskor	20
3.5	Hyrpersonal – läkare	22
3.6	Pensionsavgångar inom Region Västernorrland.....	23
4	Invånarnas hälsa	25
4.1	Vårdkonsumtion i regionen.....	25
4.2	Invånarnas självskattade hälsa	29
4.3	Levnadsvanor och riskfaktorer	32
4.4	Åldrande och hälsa.....	33
5	Hälso- och sjukvården - ett arbetsliv i förändring.....	33
5.1	Långsiktig kompetensförsörjning	33
5.2	Från reaktivt till förebyggande och främjande hälsoarbete	34
5.3	Förutsättningar för förändring och nya krav på kompetensförsörjning	35
6	Sammanfattande diskussion, slutsatser och rekommendationer	37
	Referenser.....	43

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Behovet av välfärdstjänster kommer att öka de kommande åren då Sveriges befolkning ökar i antal samtidigt som befolkningsstrukturen förändras till att bestå av en allt större andel äldre. Under samma tidsperiod uppnår dessutom många medarbetare i välfärdssektorn pensionsålder. Enligt SKR:s rekryteringsrapport från 2018 behöver hälso- och sjukvårdens arbetsgivare öka antalet anställda med drygt 4 000 personer per år under en tioårsperiod om inga förändringar i arbetssätt görs. Därutöver förväntas knappt 8 000 medarbetare gå i pension årligen under perioden. Därtill kommer personalbehovet i hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunerna. Ytterligare en aspekt som kan ha stor betydelse för utformningen av välförtjänster inklusive kompetensförsörjning är omställningen till en personcentrerad och nära vård. Kompetensförsörjning är en strategisk fråga som ska bidra till att Region Västernorrlands mål på kort och lång sikt uppnås samt att verksamheten utvecklas utifrån de behov som finns i dag och de som kommer att finnas i framtiden. För att säkerställa att Region Västernorrland fokuserar på rätt kompetensförsörjningsåtgärder behövs tydliga underlag med rimliga prognoser för hur olika framtidsscenarier kan påverka kompetensbehoven. Beroende på vilka åtgärder som görs och vilken effekt de får kommer kompetensbehoven se olika ut.

Denna rapport belyser några centrala aspekter av hälso- och sjukvårdens förutsättningar i Region Västernorrland som på olika sätt påverkar behoven av kompetens. Den visar också på tillväxt och prognos för ett antal yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården i vårt län.

Rapporten är framtagen under corona-pandemin. Pandemin kommer naturligtvis få en rad effekter på de områden som rapporten belyser, vilket vi får återkomma till i framtida genomlysningar.

1.2 Syfte

Syftet med rapporten är att visa hur tillgången på kompetens inom Region Västernorrland ser ut och hur utvecklingen inom olika områden påverkar kompetensbehovet på kort och lång sikt. Rapporten ska också ge exempel på hur olika strategier kan påverka kompetensbehoven.

1.3 Rapportens innehåll och användningsområde

Rapporten ska utgöra ett underlag vid framtagande av kompetensförsörjningsstrategier inom Region Västernorrland och vänder sig framför allt till politiska beslutsfattare och chefer.

1.4 Avgränsningar

Med hänsyn till den tid uppdraget haft till sitt förfogande har arbetsgruppen avgränsat arbetet till att fokusera på hälso- och sjukvård då denna utgör den största delen av Region Västernorrlands verksamhet. När det gäller tillgång på olika yrkeskategorier har arbetsgruppen fokuserat på fem legitimationsyrken. Inom dessa yrkeskategorier finns i dag stora svårigheter att rekrytera och behålla personal. Arbetsgruppen är väl medveten om att det råder brist inom betydligt fler yrkeskategorier inom Region Västernorrland.

1.5 Arbetsgrupp/referensgrupp

Rapporten har tagits fram av en arbetsgrupp. Från Område HR har Ulrika Ejesjö, HR-specialist (ansvarig för uppdraget) deltagit. Från Planering och uppföljningsenheten har Elisabeth Henrysdotter, utredare, och Andreas Haeggström, verksamhetsanalytiker, deltagit. Från Regional utveckling har Christian Forsberg, analytiker; Johan Vinther, strateg; Gunnar Holmgren, analytiker, samt Per-Albin Dahlström, folkhälsoplanerare, deltagit. Från Enheten för Utveckling och Innovation har Linda Strid, projektledare, deltagit. Ansvariga chefer har varit Eva Strömsten, Område HR och Hanna Wahlund, Ekonomi och Samordning.

2 Tillvägagångssätt/datainsamling

2.1 Data till arbetskraftsberäkningar

En beställning har gjorts till SCB (Statistiska Centralbyrån) där examinerade studenter vid lärosätena Mittuniversitet och Umeå Universitet, samt för samtliga lärosäten, över en femårsperiod 2012/13–2016/17 har redovisats per examensinriktning. I statistiken framgår både från vilket län studenterna rekryterats vid studiernas start och i vilket län de är bosatta under 2018. Ansatsen (och därmed antagandet) är att statistik över en femårsperiod bidrar till ett medeltal¹ som kan användas som underlag för att skatta examinerade framåt.

Uppföljningsår har satts till 2018 - detta innebär att studenter som tog examen 2012/13 följs upp var de bor 2018 och analogt följs studenter som tog examen 2016/17 upp var de bor 2018. Poängen med detta är att över en femårsperiod erhålls då ett medeltal på hur många (som efter examen) efter två och ett halvt år bor i ett visst län. Ett antal som sedan kan ligga till grund för den skattade tillgången på nyutbildade per år (som också stannar kvar i respektive län) och per exameninriktning framgent.

Data har även använts från SCB:s regionala matchningsindikatorer² via SCB:s öppna statistikdatabas. Utifrån dess tabeller U2, U3 och E3 har förändringen av antalet inom respektive utbildningsgrupp över tid, antalet som går vidare i studier per utbildningsgrupp samt matchningsgraden hos respektive utbildningsgrupp beräknats.

Data över åldersutträden (pensionsavgångar) har hämtats via SCB:s verktyg/databas Supercross/MONA (Microdata Online Access) – Västernorrlandsdatabasen, som regionen har tillgång till genom att Regional utveckling betalar för licensen/tjänsten.

2.2 Data till statistik över vårdkonsumtion

Dataunderlaget är ursprungligen hämtat från regionens journalsystem NCS Cross. De uppgifter som används i rapporten finns till största delen tillgängligt i regionens data-lager för statistik och uppföljning. För att tolka utvecklingen refereras till statistik som tagits fram av SCB (folkmängd per åldersgrupp). Utvecklingen i vårdkonsumtion presenteras huvudsakligen för perioden 2016–2019.

¹ Över en femårsperiod vart man i snitt bor 2,5 år efter examen.

² Tillväxtverket/REGLAB. (2014).

2.3 Övrig datainsamling

Pensionsavgångar fördelat på yrkeskategorier internt inom Region Västernorrland har hämtats från personalsystemet Heroma.

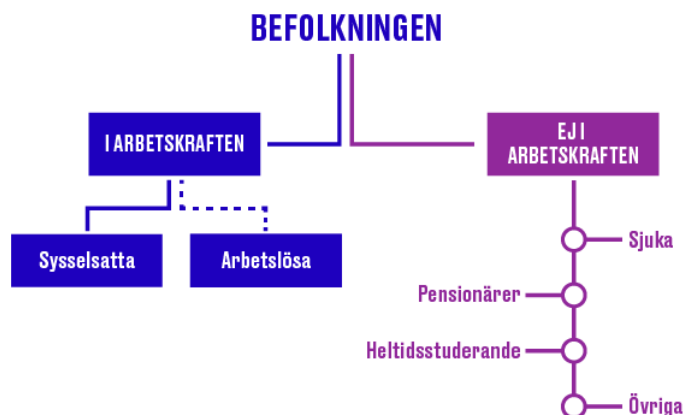
Genomgång av relevanta rapporter och andra skrifter samt webbsökningar har bidragit till underlaget.

Data över hyrpersonal har hämtats från regionens interna system Hyland.

2.4 Definitioner

Arbetskraften - Arbetskraften definieras i Sverige som de *arbetsföra* personerna i befolkningen i åldrarna 15–74 år (ej studerande, pensionärer etc). Med andra ord summan av de personer som har ett arbete och de som aktivt söker efter ett arbete (utan att arbeta idag). Se schematisk bild nedan.

Figur 1. Schematisk bild över vilka som ingår i arbetskraften och vilka som inte gör det.



Källa: SCB.

Begreppet arbetskraft används i denna rapport för åldersspannet 20-64 år och är redovisat per utbildningsgrupp. Analysen fokuserar på in- och utflödet av arbetskraft per utbildningsgrupp – det vill säga primärt åldersutträden på grund av pension samt nyinträden på grund av ny-examination. Till detta räknas per femårs-period även om nettoflödet är positivt eller negativt vad avser personer i arbetskraften som byter boende län.

Demografi – Med demografi avses en befolknings geografiska fördelning, storlek och sammansättning. Exempel på indelningsvariabler är ålder, kön och boenderegion. Exempel på förändringar är födelser, dödsfall, flyttningar, in- och utvandring.

Förebyggande alternativt preventivt hälsoarbete - att undvika att en risk eller negativt utfall uppstår (till exempel alla har flytväst eller sitter ned i båten).

Hälsofrämjande arbete - att stärka människors hälsa, ofta genom att öka egenmakten/kontrollen över sin tillvaro (till exempel lära människor att simma).

Många gånger behövs både förebyggande och hälsofrämjande arbete, både flytväst och kunna simma. Ibland är en aktivitet både förebyggande och främjande, till exempel x fysisk aktivitet.

Kompetensförsörjning - Process i organisationen för att fortlöpande säkerställa rätt kompetens för att uppnå verksamhetens mål och tillgodose dess behov. Kompetensförsörjning omfattar alla åtgärder för att attrahera och rekrytera nya medarbetare samt utveckla och behålla nuvarande medarbetare. I begreppet ryms också olika insatser vid avveckling.

Årsarbetare egen personal - Beräknas enligt: $\text{Årsarbetare} = \frac{\text{Arbetad tid}}{165 \text{ h} \times 12 \text{ månader}}$

Årsarbetare hyrpersonal – Beräknas enligt: $\text{Årsarbetare} = \frac{\text{Avtalade hyrtimmar}}{173,33 \text{ h} \times 12 \text{ månader}}$

3 Utvecklingen i Västernorrland – demografi och yrkeskategorier i vården

3.1 Demografi

Den demografiska utvecklingen beskrivs ofta utifrån befolkningens totala storlek, dess förändring (ökning eller minskning) och sammansättning av olika grupper. Exempelvis kön, inrikes- och utlandsfödda. Mer sällan belyses det faktum att en befolknings åldersstruktur (komposition) förändras över tid, det vill säga hur många individer som tillhör en viss åldersgrupp. Om vi lever längre (allt annat lika) ökar både befolkningen samt antalet och andelen äldre, det senare har stor påverkan på efterfrågan och finansiering av välfärdstjänster.

Västernorrlands befolkningsutveckling har varit svag jämfört med övriga län. Sett till hela befolkningen i länet har antalet ökat med 1,1 procent under perioden 2010–2019. Endast Norrbottens län har haft en svagare utveckling. I storstadslänen har befolkningen ökat med 11–16 procent under samma period. Den del av Västernorrlands befolkning som är i arbetsför ålder, det vill säga 20–64 år, har minskat med 3,4 procent under perioden. Detta är ungefär i nivå med Norrbottens län. I Uppsala län och Stockholms län har befolkningen i arbetsför ålder ökat med 11 respektive 14 procent.

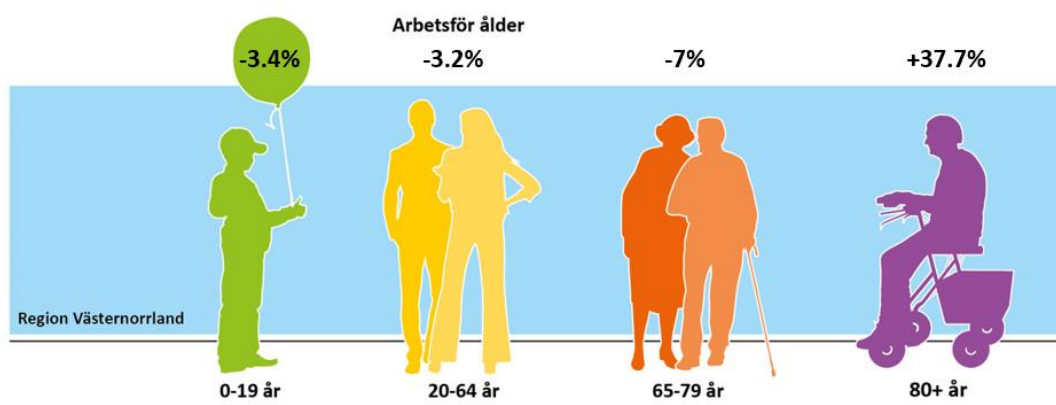
SCB:s befolkningsprognos för Västernorrlands län visar att det främst är andelen äldre personer som ökar. Sociala mönster, arbetsliv, levnadsvanor och livsstil, värderingar och attityder till sjukdom och sjukvård förändras över tid. Detta påverkar behovet och efterfrågan på vård. Vårdbehovet ökar när vi blir äldre.

3.2 Åldersstruktur

Beskrivningen av åldersstrukturen kan uttryckas på olika sätt, men alla söker i slutändan fånga samma sak – att beskriva förändringen av befolkningssammansättningen över tid. Måtten kan redovisas endera som en kvot (försörjningskvot) eller en procentsats (andelen yngre och äldre). Vilken framställning man väljer är mer en pedagogisk fråga.

Ofta är det centrala att följa den relativa förändringen mellan de som nyttjar välfärdstjänster och de som finansierar den. Då brukar man använda sig av försörjningskvoten (som sätter dessa i relation till varandra). I denna rapport ligger inte fokus på hur vårduttaget finansieras, därav kommer den (för detta syfte) mer pedagogiska procentsatsen över hur utvecklingen av andelen äldre och yngre ser ut. Att följa denna utveckling ger en första god indikation om utveckling av vårdbehoven, då äldre är den grupp som står för det största vårduttaget.

Figur 2. Befolkningsförändringar i åldrarna 0–19 år, 20–64 år, 65–79 år samt 80+år, utveckling i procent, Västernorrlands län 2020–2030.



Källa: SCB befolkningsframskrivning 2020–2039 (20200603).

I Sverige och Västernorrland har det varit ett relativt jämt förhållande mellan andelen som är yngre än 20 år och äldre än 64 år som andel av hela befolkningen sen 70-talet och framåt. Det innebär att varje arbetande person har behövt försörja ungefär lika många under denna tid. Detta kan, grovt, likställas med att vårduttaget av äldre också varit relativt konstant och jämnt under denna tid. I Västernorrland är och har vi varit i ett läge där andelen yngre och i synnerhet de äldre ökar som andel av befolkningen och fortsätter att göra det under lång tid. Trenden är densamma i hela landet, men norra Sveriges ökning är relativt större än Syd- och Västsverige, Östra Mellansverige och Stockholms utveckling.³

Anledningarna till ökningen är flera, bland annat större årskullar efter 1930-talet, en ökad förväntad livslängd och ett relativt större utflöde än inflöde på arbetsmarknaden. Förändringen är under överskådlig tid strukturell, då vi lever allt längre och givet det barnafödande som ägt rum. Prognosen fram till 2030 visar på en kraftig ökning av antalet som 65 år och äldre som andel av befolkningen, men även en mindre ökning av andelen yngre än 20 år⁴. Andelen yngre och äldre som mätt av totala befolkningen toppar 2039 (48,3 procent) i Västernorrland och börjar sedan falla tillbaka 2043⁵.

Sett ur ett strikt vårdbehov är det viktigt att kunna studera kompositionen av förändringen bland de äldre. I rapportens bilaga finns ett diagram som visar (i absoluta tal) hur antalet 70–79 år, 80–89 år, 90–99 år samt 100 år och äldre i Västernorrlands län utvecklas över tidsperioden 2020–2039. I åldersgrupperna, 90–99 år respektive 100 år och äldre, ökar antalet kontinuerligt. Åldersgrupperna 70–79 år respektive 80–89 år har både ökning och minskningar under perioden. Efter 2039 kommer hela gruppen 70+ att konstant ligga på cirka 50 000 personer.⁶

³ Christer Anderstig/WSP, *Försörjningskvoten i olika delar av Sverige – scenarier till år 2050*, s. 36.

⁴ SCB, *Befolkningsframskrivning i Västernorrland 20202050*, (20200603).

⁵ Ibid.

⁶ SCB, *Befolkningsframskrivning i Västernorrland 20202050*, (20200603).

3.3 Tillväxt och prognos för olika yrkeskategorier i vården

I bilaga till denna rapport finns diagram och tolkning av utvecklingen samt prognoser för var och en av de fem utbildningsgrupper som presenteras i detta avsnitt (se bilaga 1).

Med *positiv tillväxt* i tabell 1 avses att det (procentuellt sett) blivit fler utbildade i förhållande till den procentuella befolkningsförändringen. Med *negativ tillväxt* avses att det blivit färre utbildade. Befolkningsförändringen mäts som en summa av individer och säger ingenting om förändring av ålderssammansättning inom densamma (kompositionen). Men det kan nämnas att andelen yngre och äldre har ökat från 43,2 procent under 2006 till 46,3 procent under 2018. Skulle med andra ord en bedömning göras som också tog hänsyn till förändringen i ålderssammansättningen (som i detta fall driver ett utökat vårdbehov), är det inte säkert att de utbildningsgrupper som i tabell 1 visar positiv tillväxt fortsatt skulle visa positiv tillväxt i hänsyn till ökade vårdbehov.

Tabell 1. Förändring av antalet utbildade i förhållande till befolkningsförändringen (totala numerären), 2006–2018.

Utbildningsgrupp	Utveckling i förhållande till befolkningsförändring
Grundutbildade sjuksköterskor	Positiv tillväxt
Specialistutbildade sjuksköterskor	Negativ tillväxt
Läkare	Positiv tillväxt
Tandhygienister	Negativ tillväxt
Tandläkare	Negativ tillväxt

Under perioden 2006–2018 har den procentuella tillväxten av grundutbildade sjuksköterskor, respektive läkare varit större än den procentuella tillväxten av (den totala) befolkningen – därav anges 'positiv tillväxt' i tabell 1. För båda dessa utbildningsgrupper har dock tillväxten i riket liksom i våra grannlän varit betydligt högre än i Västernorrland.

Tabell 2. Prognostiserad nettotillgång på utbildade inom respektive utbildningsgrupp, antal personer.

Utbildningsgrupp	2019–2023	2024–2028	2029–2033
Grundutbildade sjuksköterskor	-20	27	12
Specialistutbildade sjuksköterskor	72	125	97
Läkare	75	80	81
Tandhygienister	11	4	8
Tandläkare	2	11	9

Det är viktigt att påpeka att de prognostiserade nettotillgångarna på utbildad vårdpersonal inte har tagit hänsyn till att det inom vissa utbildningsgrupper finns en betydande numerär som idag redan passerat 64 år och ändå arbetar kvar i sin profession. Nettotillgången i tabell 2 baseras per tidsperiod på in- och utflöden av arbetskraft i åldrarna 20–64 år, det vill säga att de personer som uppnår 65 år går i pension. De som redan uppnått pensionsålder och ändå arbetar kvar har inte tagits hänsyn till. I tabell 2 skulle med andra ord den positiva nettotillgången för vissa utbildningsgrupper bli negativ om samtliga över 65 år idag gick i pension omgående – en betydande nedåtrisk från redovisade tal. Samtidigt kan det också finnas en möjlighet om de personer som uppnår 65 år (från och med idag) stannar kvar i arbete. Vad nettot skulle bli om exempelvis de som idag är över 65 år arbetar tills de är 70 år, och även de som passerar 65 år under prognosperioden (2019–2033) gör likaså, har inte skattats/beräknats. För vidare läsning se avsnitt 3.5.

Underskottet av grundutbildade sjuksköterskor för perioden 2019–2023 förklaras till stor del av att Mittuniversitetet under en termin pausade intaget till utbildning. Detta påverkar antalet som examineras 2021.⁷

Grundutbildade sjuksköterskor

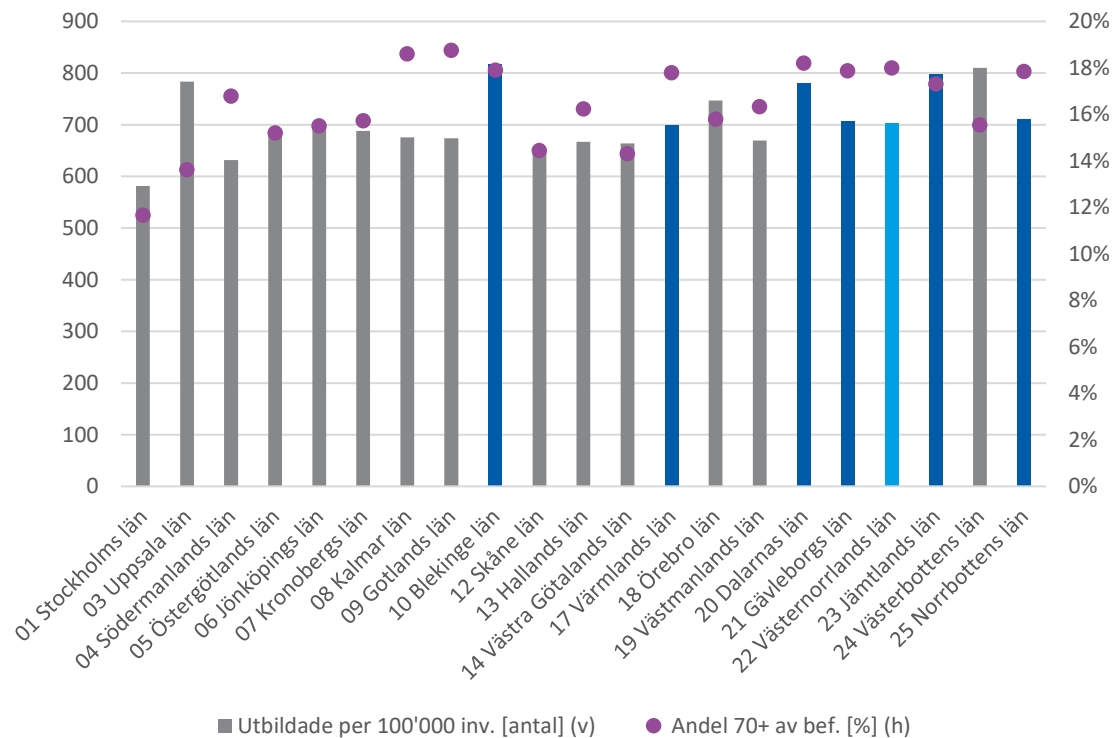
Tillväxten av grundutbildade sjuksköterskor i Västernorrland har under perioden 2006–2018 varit positiv, med fler utbildade i förhållande till befolkningsökningen. Tillväxten i Västernorrland har dock varit lägre jämfört med såväl riket som våra grannlän.

Från 2012/13 till 2016/17 har 408 sjuksköterskor från Västernorrlands län examinerats från Umeå universitet och Mittuniversitetet. Vid uppföljningstidpunkten 2018 var 414 sjuksköterskor från det totala examineringsunderlaget bosatta i Västernorrland. Detta ger en nettoförändring på +6 sjuksköterskor – en mycket svag nettorekrytering från övriga län.

Av de som kommer från Västernorrland (och läser vid Umeå Universitet och Mittuniversitetet) stannar 78 procent kvar i eller återvänder till länet efter avslutade studier. De som inte stannar kvar eller återvänder bosätter sig främst (i fallande ordning) i Västerbottens län, i Stockholms län eller i Jämtlands län. Examinerade sjuksköterskor som rekryterats från andra län och väljer att stanna kvar i eller flytta till Västernorrland kommer främst (i fallande ordning) från Gävleborgs län, Stockholms län och Västerbottens län. Sett till samtliga utbildningsanordnare är endast 68 procent av dem som utbildats från Västernorrland bosatta i länet vid uppföljningstidpunkten 2018.

⁷ Marie Häggström, Prefekt Institutionen för Omvårdnad på Mittuniversitet, e-postkonversation (Dnr: MIUN 2020/1519) den 8 juli 2020.

Figur 3. Antal utbildade sjuksköterskor per 100 000 invånare & andel av befolkning 70+, samtliga län, 2019.



Källa: SCB – Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) och registret över befolkningens utbildning (UREG).

Västernorrlands län (färgad med RVN:s profilmfärg i figur 3) hade 704 utbildade sjuksköterskor per 100 000 invånare under 2019. Län med snarlik andel 70+ (lila prickar – avläses på högra axeln) är färgade mörkblå – då det framförallt är mot dessa län man kan jämföra sig eftersom de kan anses ha ett liknande vårdbehov utifrån demografien i dagsläget. Givet detta ser vi att Västernorrlands län ligger lägst tillsammans med Norrbotten, Gävleborg samt Värmland. Blekinge ligger högst på 818 utbildade sjuksköterskor per 100 000 invånare, Jämtland har 799 utbildade per 100 000 invånare och Dalarna har 780 utbildade per 100 000 invånare. Beräknas ett medel för alla dessa sju län hamnar den siffran på 746 utbildade per 100 000 invånare – en siffra Västernorrland ligger under.

Matchning

Med hjälp av statistik från SCB:s *Regionala matchningsindikatorerna* (tabell E3) kan man undersöka i vilken utsträckning utbildade sjuksköterskor i Västernorrland arbetar inom ett matchande yrke. Tabellen delar upp ämnesmatchningen i: helt matchad, delvis matchad eller ej matchad. Men matchningen finns även nedbruten på en ännu finare nivå (tabell E4), där man bryter ner den på om utbildningsnivån (nivåmatchning) är: rätt, för hög eller för låg⁸.

Statistik över åren 2015–2018 gör gällande att bland grundutbildade sjuksköterskor i Västernorrlands län är drygt 80 procent helt ämnesmatchade i sin profession. Andelen har ökat fyra procentenheter sen 2015 i Västernorrland och ligger 2018 tre procentenheter högre än rikssnittet. Drygt 10 procent av grundutbildade sjuksköterskor i Västernorrland är delvis ämnesmatchade, 5 procent är inte ämnesmatchade och resterande dryga 5 procent saknar eller har för osäkra yrkesuppgifter för att ingå i statistiken.

Om man bryter ner de övergripande ämnesmatchade grundutbildade sjuksköterskorna på om utbildningsnivån (nivåmatchningen) är: rätt, för låg eller för hög för yrket de har, får vi siffror enligt tabell 3.

Tabell 3. Helt ämnesmatchade grundutbildade sjuksköterskor per nivåmatchning 2018.

	utb. nivå lägre än vad yrket kräver	utb. nivå högre än vad yrket kräver	utb. nivå rätt för yrket
00 Riket	6,2%	2,5%	91,4%
22 Västernorrlands län	5,5%	2,3%	92,2%

Källa: SCB (RMI – E4)

Här noteras att av de 80 procent helt ämnesmatchade sjuksköterskorna i Västernorrland, arbetar också 92 procent av dessa inom ett yrke där nivåmatchningen stämmer överens. Detta innebär att siffran för grundutbildade sjuksköterskor som är både ämnes- och nivåmatchad blir drygt 74 procent. Tyvärr finns inga öppna data som länsvis presenterar inom vilka yrkesgrupper de med rätt ämnesmatchning, men för låg nivåmatchning, arbetar. Dock finns siffror för riket som skulle kunna ge en vägledning. Där framgår att det är helt uteslutande som specialistsjuksköterska man arbetar. Fördelningen på inriktningen av typen av specialistsjuksköterska är:

- 40 procent som anesthesi-/ambulans-/intensivvårds-/operationssjuksköterskor
- 25 procent som psykiatrisjuksköterskor
- 23 procent som barnsjuksköterskor/skolsjuksköterskor
- 10 procent som distriktsjuksköterskor

⁸ En komplett lista (för samtliga utbildningsgrupper) över klassificeringen av matchning på ämnes- samt nivåmatchning finns att hämta hos: Tillväxtverket/SCB. 2018. *SCB:s matchningskarta*. Tillgänglig: <https://tillvaxtverket.se/statistik/kompetensforsorjning/regionala-matchningsindikatorer.html> [Hämtad: 2020-07-09]

Parallellt arbetar personer med rätt ämnesmatchning, men för hög nivåmatchning, inom dessa yrkesgrupper (fallande ordning): undersköterskor, vårdbiträden/personliga assistenter samt skötare/vårdare boendestödjare/Övrig vård- och omsorgspersonal.

Sammanfattningsvis är det en hög andel av grundutbildade sjuksköterskor som arbetar inom rätt nivåmatchning, samt inom rätt ämnesmatchning. Att en andel ämnesmatchade arbetar inom en nivåmatchning som egentligen kräver en högre utbildningsnivå, kan ha att göra med en brist på specialistutbildade sjuksköterskor.

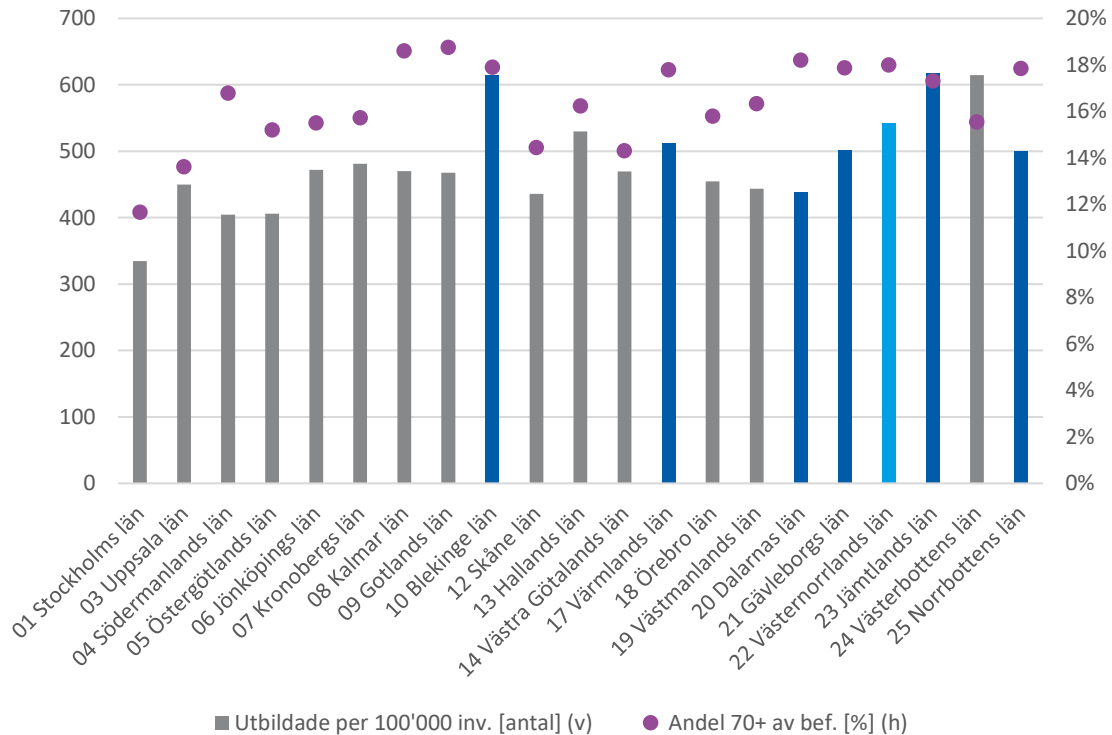
Specialistutbildade sjuksköterskor

Fler grundutbildade sjuksköterskor skulle behöva gå vidare och bli specialistutbildade eftersom tillväxten av denna grupp varit negativ, med färre utbildade i förhållande till befolkningsökningen.

Från 2012/13 till 2016/17 har 220 specialistutbildade sjuksköterskor från Västernorrlands län examinerats från Umeå universitet och Mittuniversitetet. Vid uppföljningstidpunkten 2018 var 233 specialistutbildade sjuksköterskor från examineringsunderlaget bosatta i Västernorrland. Detta ger en nettoförändring på +13 specialistutbildade sjuksköterskor – en svag nettorekrytering från övriga län.

Av de som kommer från Västernorrland stannar 87 procent kvar i eller återvänder till länet efter avslutade studier. De som inte stannar kvar eller återvänder bosätter sig främst i Västerbottens län eller i Jämtlands län. Examinerade specialistutbildade sjuksköterskor som rekryterats från andra län och väljer att stanna kvar i eller flytta till Västernorrland kommer främst från (i fallande ordning): Västerbottens län, Jämtlands län och Gävleborgs län.

Figur 4. Antal utbildade specialistsjuksköterskor per 100 000 invånare, samtliga län, 2019.



Källa: SCB – Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) och registret över befolkningens utbildning (UREG).

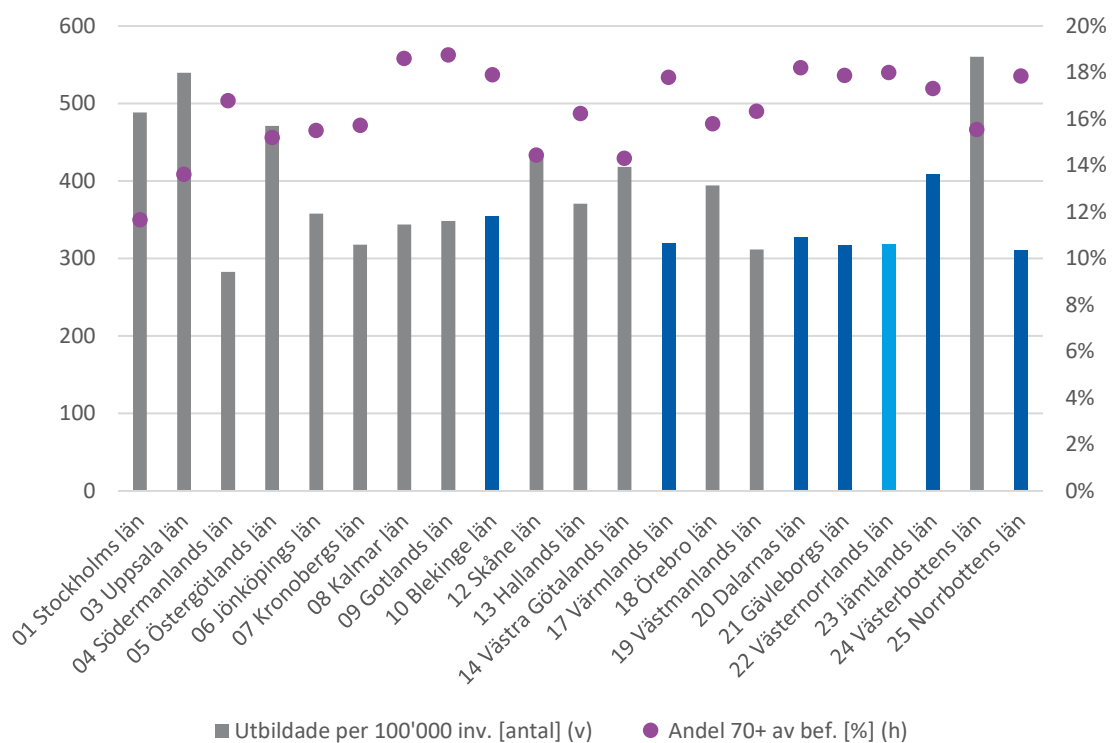
Västernorrlands län (färgad med RVN:s profilmfärg i figur 4) hade 542 utbildade specialistsjuksköterskor per 100 000 invånare under 2019. Län med snarlik andel 70+ (lila prickar – avläses på högra axeln) är färgade mörkblå – då det framförallt är mot dessa län man kan jämföra sig eftersom de kan anses ha ett liknande vårdbehov utifrån demografin i dagsläget. Givet detta ser i att Västernorrlands län ligger någonstans mittemellan, med Jämtland och Blekinge som ligger högre. Norrbotten, Gävleborg, Värmland och Dalarna har färre utbildade per 100 000 invånare. Beräknas ett medel för alla dessa sju län hamnar den siffran på 532 utbildade per 100 000 invånare.

Läkare

Tillväxten av utbildade läkare har varit positiv, med fler utbildade i förhållande till befolkningsökningen. Tillväxten har dock varit lägre i Västernorrland jämfört med riket och våra grannlän.

Från 2012/13 till 2016/17 har 147 läkare ursprungligen från Västernorrlands län examinerats från lärosäten med läkarutbildning i Sverige. Av dessa bor knappt 40 procent i Västernorrland. Under 2018 bodde totalt 134 läkare från examineringsunderlaget i Västernorrland. Dessa inkluderar 40 procent av 147, dvs. 58 läkare från Västernorrland och därmed 76 läkare från andra län.

Figur 5. Antal utbildade läkare per 100 000 invånare, samtliga län, 2019.



Källa: SCB – Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) och registret över befolkningens utbildning (UREG).

Västernorrlands län (färgad med RVN:s profilmfärg i figur 5) hade 318 utbildade läkare per 100 000 invånare under 2019. Län med snarlik andel 70+ (lila prickar – avläses på högra axeln) är färgade mörkblå – då det framförallt är mot dessa län man kan jämföra sig eftersom de kan anses ha ett liknande vårdbehov utifrån demografien i dagsläget. Mellan Västernorrland, Värmland, Dalarna, Gävleborg och Norrbottens län är det relativt små skillnader, medan Blekinge och framförallt Jämtland sticker ut. Blekinge har 354 utbildade läkare per 100 000 invånare och Jämtland besitter 408 utbildade läkare per 100 000 invånare. Beräknas ett medel för alla dessa sju län hamnar den siffran på 336 utbildade per 100 000 invånare – en siffra Västernorrland ligger under.

Efter examen söker läkare AT-tjänstgöring, det vill säga allmäntjänstgöring för läkare, i de olika regionerna. Region Västernorrland har ca 120 AT-läkare anställda i länet inom

både primärvården (privat och regional regi) och specialistvården, vilket är näst flest per 100 000 invånare i landet, se figur. Efter godkänd AT-tjänstgöring söker läkaren legitimation hos Socialstyrelsen.

Från och med juli 2021, via riksdagsbeslut om ny lagstiftning för svensk läkarutbildning, planeras läkarutbildningen på våra svenska lärosäten att förändras. Den nya läkarutbildningen blir 6 årig och både examens- och legitimationsgivande (idag är den 5,5 år och endast examensgivande). Lagändringen innebär också ändrade förutsättningar avseende fortbildning av läkare ute i landets regioner. AT-tjänstgöring ersätts med BT-tjänstgöring, klinisk bastjänstgöring för läkare. BT blir en inledande del av den fortsatta specialiseringstjänstgöringen, så kallad ST-tjänstgöring. En ändring av svensk läkarutbildning har varit på förslag i många år och är, från lagstiftarens håll både en EU/EES-anpassning och ett sätt att snabbare få ut specialistläkare i vården. Inom Region Västernorrland bedrivs planering och implementering av BT i projektform, med införande av en BT-pilot planerad till hösten 2021. Införandet av BT enligt gällande lagstiftning innebär att AT fasas ut i takt med att BT trappas upp fram till ca år 2030 i två separata, men parallella processer.

Efter AT-/BT-tjänstgöring vidareutbildar sig de flesta läkare till specialist, via ST-tjänstgöring. Region Västernorrland erbjuder ST-platser och har cirka 220 ST-läkare anställda i länet. Mellan åren 2018–2022 beräknas cirka 40 utbildningsläkare/år bli färdiga specialister inom Region Västernorrland (slutförd ST-tjänstgöring). ST-tjänstgöringen är idag 5 år. Efter införandet av BT omfattar BT tillsammans med ST en fortbildning på 5,5 år.

Tandhygienister

Tillväxten av utbildade tandhygienister har varit negativ, med färre utbildade i förhållande till befolkningsökningen.

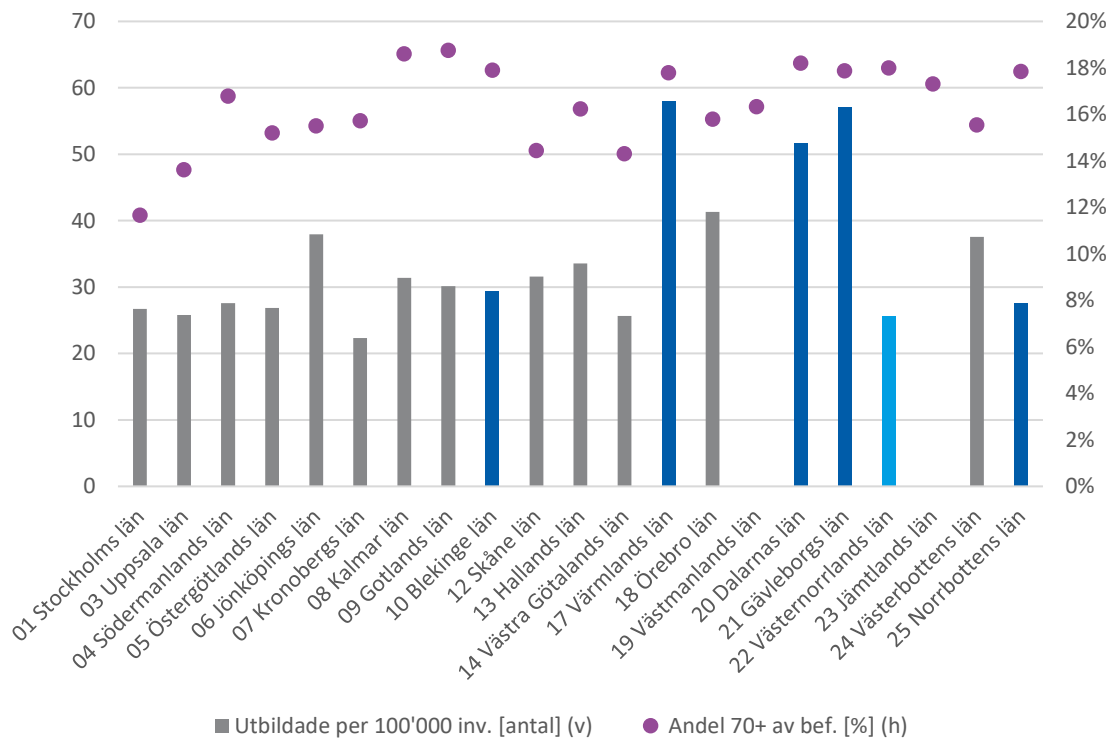
Från 2012/13 till 2016/17 har 18 tandhygienister från Västernorrlands län examinerats från lärosäten med tandhygienistutbildning i Sverige. Vid uppföljningstidpunkten 2018 var 16 tandhygienister från examineringsunderlaget bosatta i Västernorrland.

Av de tandhygienister rekryterade från Västernorrland som examinerats under perioden har 44 procent flyttat till ett annat län.

Enligt Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät uppger 15 av 20 regioner att det råder brist på tandhygienister. Arbetsförmedlingen gör bedömningen att efterfrågan är stor med en fortsatt växande befolkning, med allt fler äldre och yngre, stora kommande pensionsavgångar och för få som examineras till tandhygienist. Antalet utbildningsplatser har även blivit färre.⁹

⁹ Socialstyrelsen. (2020). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård.*

Figur 6. Antal utbildade tandhygienister per 100 000 invånare, samtliga län, 2019.



Källa: SCB – Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) och registret över befolkningens utbildning (UREG).

Västernorrlands län hade 26 utbildade tandhygienister per 100 000 invånare under 2019, vilket var lägre än riket totalt (30). Värmlands län låg högst och Kronobergs län lägst. Jämfört med jämförbara län (liknande andel 70+), har Västernorrland lägst andel tandhygienister per 100 000 invånare, långt efter Värmlands län, Dalarnas län och Gävleborgs län, som har de högsta i landet.

Tandläkare

Tillväxten av utbildade tandläkare har varit negativ, med färre utbildade i förhållande till befolkningsökningen.

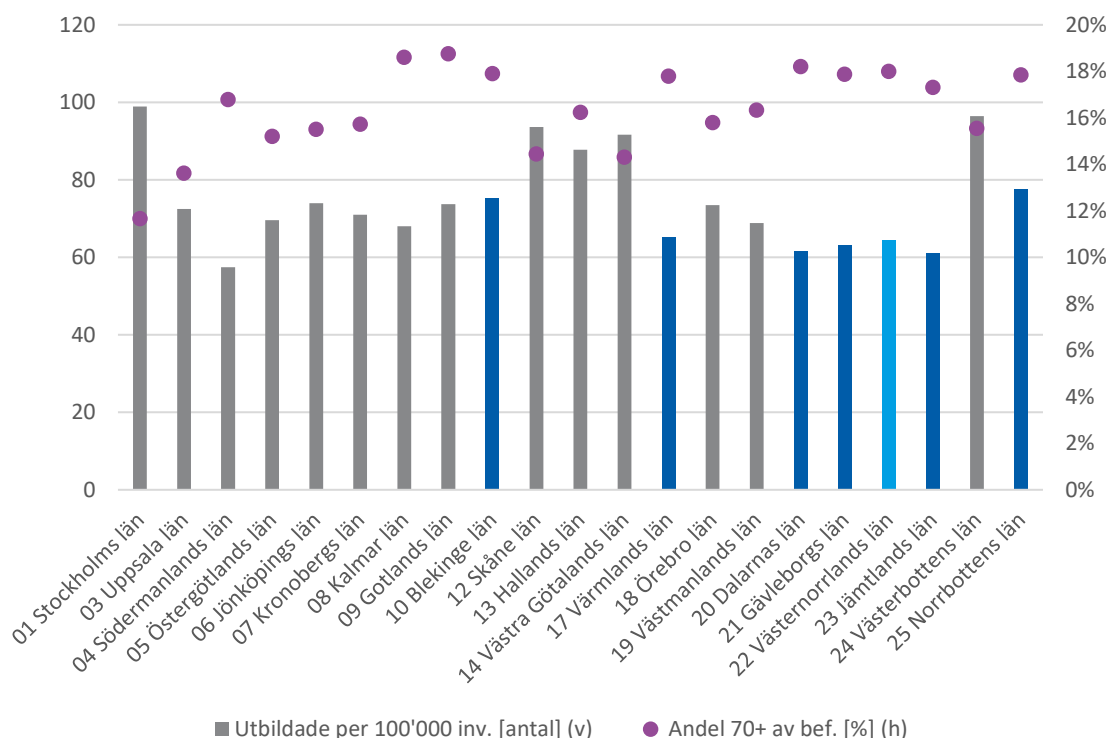
Från 2012/13 till 2016/17 har 30 tandläkare från Västernorrlands län examinerats från lärosäten med tandläkarutbildning i Sverige. Vid uppföljningstidpunkten 2018 var 16 tandläkare från examineringsunderlaget bosatta i Västernorrland.

Av de tandläkare rekryterade från Västernorrland som examinerats under perioden har 57 procent flyttat till ett annat län.

Enligt arbetsmarknadsenkäten uppger 18 av 20 regioner att det råder brist på tandläkare. Sveriges akademikers centralorganisation, SACO, gör bedömningen att det idag är balans till 2023 för nyexaminerade. De menar att efterfrågan påverkas av hur många som pensionerar sig och när samt hur många som studerar utomlands, politiska beslut och behovet av tandvård. Omkring 17 procent av tandläkarstudenter med studiemedel från Centrala studiestödsnämnden, CSN, studerande läsåret 2018/2019 utomlands.

Arbetsförmedlingens bedömning är att efterfrågan är stor i och med en växande befolkning med allt fler äldre och yngre personer, samt stora förväntade pensionsavgångar och för få examinerade tandläkare.

Figur 7. Antal utbildade tandläkare per 100 000 invånare, samtliga län, 2019.



Källa: SCB – Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) och registret över befolkningens utbildning (UREG).

Västernorrlands län hade 64 utbildade tandläkare per 100 000 invånare under 2018, vilket var lägre än riket totalt (85). Stockholms län låg högst och Södermanlands län lägst. Bland jämförbara län (liknande andel 70+) ligger Västernorrland på samma nivå som Värmland, Dalarna, Gävleborgs- samt Jämtlands län. Två jämförbara län sticker ut med betydligt högre andel, vilka är Norrbotten och Blekinge.

3.4 Hyrpersonal – sjuksköterskor

I tabell 4 visas antalet årsarbetare i Region Västernorrland under 2019. Tabellen visar på fördelningen av egen personal och hyrpersonal för sjuksköterskor under 2019 uppdelat per länsverksamhet/organisation.

Tabell 4. Årsarbetare (arbetad tid) egen personal och hyrpersonal, per länsverksamhet/organisation, sjuksköterskor baserat på anställningstitel, 2019.

Länsverksamhet/organisation	Årsarbetare egen personal	Årsarbetare hyrpersonal	Andel hyrpersonal
Röntgen Klinisk fysiologi	49	3	5,8 %
Kvinnosjukvård	69	3	4,2 %
Ortopedi	49	10	16,9 %
Operation och Intensivvård	141	10	6,6 %
Kirurgi, Urologi, ÖNH	85	12	12,4 %

Onkologi, Mammografi Patologi	62		
Ögonsjukvård	18	1	5,3 %
Medicin	99	6	5,7 %
Lung Infektion Hud	32	13	28,9 %
Geriatrik Neurologi Stroke Rehab	58	23	28,4 %
Kardiologi Klin.fys gemensamt	80	13	14 %
Barn- och Ungdom	62	8	11,4 %
Akutsjukvård och ambulans	198	13	6,2 %
Habilitering	4		
Barn- och ungdomspsykiatri	15		
Psykiatri	92		
Område HR (Länshälsan)	6		
Område Hälso- och Sjukvård	5		
Område FUI	6		
Smittskydd	2		
Rättspsykiatri	24		
Primärvårdsförvaltningen	171	5	2,8 %
Livsstilsmedicin Österåsen	3		
Totalt	1 331	119	8,2 %

Källa: Region Västernorrlands interna system för hyrpersonal, Hyland och egen personal, Heroma.

Under 2015 hade Region Västernorrland inhyrda sjuksköterskor motsvarande 26 årsarbetare eller 1,9 procent av det totala antalet årsarbetare inom ovanstående områden. Under 2019 hade dessa siffror stigit till motsvarande 119 årsarbetare eller 8,2 procent av det totala antalet årsarbetare inom samma områden.

3.5 Hyrpersonal – läkare

I tabell 5 visas antalet årsarbetare inom egen personal och hyrpersonal för läkare under 2019 fördelat per länsverksamhet/organisation.

Tabell 5. Årsarbetare (arbetad tid) egen personal och hyrpersonal, per länsverksamhet/organisation, läkare baserat på anställningstitel, 2019.

Länsverksamhet/organisation	Årsarbetare egen personal	Årsarbetare hyrpersonal	Andel hyrpersonal
Röntgen Klinisk fysiologi	23	6	20,7 %
Kvinnosjukvård	28	1	3,4 %
Ortopedi	33	2	5,7 %
Operation och Intensivvård	33	2	5,7 %
Kirurgi, Urologi, ÖNH	69	5	6,8 %
Onkologi, Mammografi Patologi	23	1	4,2 %
Ögonsjukvård	12	6	33,3 %
Medicin	64	11	14,7 %
Lung Infektion Hud	22	4	15,4 %
Geriatric Neurologi Stroke Rehab	21	1	4,5 %
Kardiologi Klin.fys gemensamt	29	3	9,4 %
Barn- och Ungdom	28	4	12,5 %
Akutsjukvård och ambulans	12	3	20 %
Habilitering	3	1	25 %
Barn- och ungdomspsykiatri	6	2	25 %
Psykiatri	40	8	16,7 %
Område HR (Länshälsan)	1	1	50 %
Område Hälso- och Sjukvård	1		
Område FUI	1		
Smittskydd			
Rättspsykiatri	6		
Primärvårdsförvaltningen	59	29	33 %
Livsstilsmedicin Österåsen			
Totalt	640	90	12,3 %

Källa: Region Västernorrlands interna system för hyrpersonal, Hyland och egen personal, Heroma.

Under 2015 hade Region Västernorrland inhyrda läkare motsvarande 48 årsarbetare eller 9,2 procent av det totala antalet årsarbetare inom ovanstående områden. Under 2019 hade dessa siffror stigit till motsvarande 90 årsarbetare eller 12,3 procent av det totala antalet årsarbetare inom samma områden.

3.6 Pensionsavgångar inom Region Västernorrland

I tabellen nedan redovisas antal personer som förväntas avgå med pension vid 65 år i Region Västernorrland. Beräknade pensionsavgångar mellan åren 2020 till och med 2030 är 1 551 personer, vilket motsvarar ungefär 28 procent av tillsvidareanställda inom yrkesgrupper med fler än 20 anställda per den sista december 2019.

Tabell 6. Pensionsavgångar 2021–2030, tillsvidareanställda.

	Antal anställda sista dec 2019	Inom 5 år 2021–2025	Inom 6–10 år 2026–2030	Inom 10 år 2021–2030	Andel inom 5 år 2021–2025	Andel inom 6–10 år 2026–2030	Inom 10 år 2021–2030
Läkare	558	43	40	83	7,7%	7,2%	14,9%
Sjuksköterskor	1098	96	104	200	8,7%	9,5%	18,2%
Specialistsjuksköterskor	737	96	90	186	13,0%	12,2%	25,2%
Tandläkare, allmäntandvård	61	8	4	12	13,1%	6,6%	19,7%
Tandhygienister	51	7	7	14	13,7%	13,7%	27,5%

Mellan åren 2016 och 2019 har årligen 4,3 procent av Region Västernorrlands tillsvidareanställda lämnat sin anställning (pensionsavgångar inräknade). Den 31 december 2019 hade Region Västernorrland 6 073 tillsvidareanställda. Med antagandet om konstant anställningsvolym och personalrörlighet, finns då ett behov av att rekrytera 261 nya medarbetare årligen. Därtill kommer de årsarbetare som inhyrd personal ersätter.

Om vi önskar behålla samma kvot mellan antalet tillsvidareanställda och andelen inom åldrarna 0–19 år och 65+ år som under år 2019 (46,5 procent) skulle det krävas att ungefär 14 personer i genomsnitt anställs årligen fram till och med 2030 baserat på SCB:s befolkningsprognos, givet allt annat lika.

Eftersom den största förändringen av befolkningens komposition ser ut att ske de kommande 3 åren, kräver det ett anställningsbehov på cirka 29 personer för att hålla kvoten mellan antalet tillsvidareanställda och andelen inom åldrarna yngre än 20 år och äldre än 64 år konstant.

I och med att andelen i arbetsför ålder (20–64 år) minskar, blir även skatteintäkterna mindre. Detta betyder att vi behöver anställa fler men med ett mindre ekonomiskt underlag i förhållande till de ökade vårdbehovet.

Resonemanget ovan är givet att vi jobbar på samma sätt som under de senaste åren.

Om man exempelvis vill analysera sambandet mellan förändringar i befolkningens ålderssammansättning och antalet tillsvidareanställda kan en regressionsanalys, som är en statistisk metod, genomföras. Tanken med en regressionsanalys är att beskriva eller förklara hur olika variabler (omständigheter) påverkar ett visst utfall. Man vill även kunna förutsäga utfall genom att pröva olika kombinationer av omständigheter. Ofta ligger ett känt orsakssamband bakom regressionsmodellen.

Efter genomförd regressionsanalys hittar vi ett positivt samband mellan antalet tillsvidareanställda och antalet äldre och yngre (yngre än 20 år och äldre än 64 år) i befolkningen. En ökning med sex medborgare inom denna ålderskategori ökar antalet tillsvidareanställda med en medarbetare, givet att allt annat är lika. Sambandet mellan antalet medborgare i arbetsför ålder är också positivt, där en ökning med 4 medborgare resulterar i ytterligare en tillsvidareanställning. Detta är baserat på data mellan åren 2005–2019. Det bör även poängteras att antalet inhyrd personal har ökat under denna period.

Även den interna personalrörligheten påverkar kompetensförsörjningen. I dagsläget har vi inte tillgång till något tillförlitligt data för att kunna följa den interna rörligheten.

I tabell 7 syns antalet anställda (samtliga anställningsformer) som var äldre än 65 år per den 31 december 2019.

Tabell 7. Antal anställda äldre än 65 år, 31 december 2019.

	Läkare	Sjuksköterskor	Specialistsjuk-sköterskor	Tandläkare	Tandhygienister
66	14	20	20	2	1
67	8	15	13		
68	3	11	12	1	1
69	5	8	8		
70	4	8	7		
71	4	2	7		
72	2	2			
73	5	1	1		
74	1	1	1		
75	2				
76	3	1			
77		1			
79	1				
83	1				
Totalt	53	70	69	3	2

4 Invånarnas hälsa

4.1 Vårdkonsumtion i regionen

Äldre konsumerar mer vård än yngre. Antalet invånare i Västernorrland som är 70 år eller äldre har ökat från 40 400 under 2015 till 44 200 under 2019. Detta motsvarar en ökning med 3 800 personer eller 9 procent. Gruppen 70+ som andel av samtliga invånare har under samma period ökat från 16,5 till 18 procent. Som vi såg i det tidigare demografiavsnittet förväntas gruppen kontinuerligt öka och bestå av 50 000 personer 2039. Behovet av vård kommer därför successivt också att öka.

Mer utförliga presentationer av vårdkonsumtionen finns i bilaga 2.

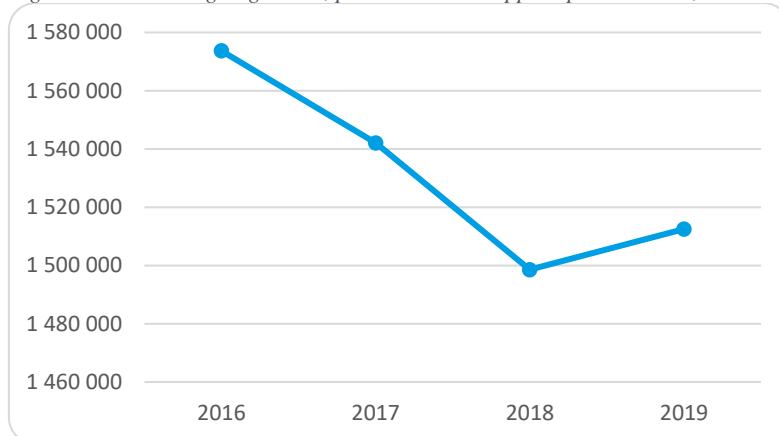
Minskat antal mottagningsbesök och patienter totalt sett inom öppenvården

Antalet mottagningsbesök och antalet patienter har minskat totalt sett inom öppenvården mellan 2016 och 2019. Genomsnittligt antal besök per patient har också minskat något. Bland våra äldsta invånare – åldersgruppen 80 år eller äldre – har dock såväl antalet besök som antalet patienter ökat.

Utvecklingen för olika kontaktformer

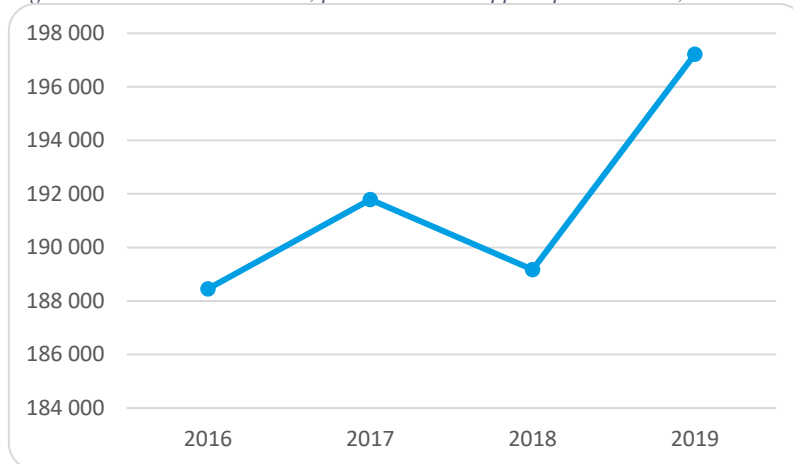
Mottagningsbesöken har minskat medan distanskontaktorna ökat totalt sett inom öppenvården. Rapportens statistik över primärvård omfattar såväl regiondrivna hälsocentraler som privata vårdcentraler.

Figur 8. Antal mottagningsbesök, primärvård och öppen specialistvård, 2016–2019



Antalet mottagningsbesök var 61 100 färre under 2019 jämfört med 2016, vilket motsvarar en minskning med 4 procent.

Figur 9. Antal distanskontakter, primärvård och öppen specialistvård, 2016–2019



Antalet distanskontakter var i stället 8 800 fler, en ökning med 5 procent. Videodistanskontakt kom igång som egen kontaktform i ringa omfattning under 2018 och tog fart på allvar under 2019. Videokontakterna står för 1 900 eller 22 procent av det ökade antalet distanskontakter.

Med anledning av rådande Coronapandemi är det på sin plats att jämföra fördelningen av distanskontakter och mottagningsbesök under första halvåret 2019 med motsvarande period 2020.

Tabell 8. Antal distanskontakter och antal mottagningsbesök samt förändring, januari–juni, 2019 och 2020.

	2019 (jan-juni)	2020 (jan-juni)	Förändrat antal	%-förändring
Distanskontakter	100 572	144 900	44 328	44 %
Mottagningsbesök	769 364	641 632	-127 732	-17 %

Antalet distanskontakter har, procentuellt sett, ökat mest i åldersgruppen 20–39 år (69 procent). Antalet mottagningsbesök har minskat mest i åldersgruppen 80 år eller äldre (22 procent).

Fördelningen mellan distanskontakter och mottagningsbesök har förändrats mest i åldersgruppen 80 år eller äldre.

Tabell 9. Andel distanskontakter och andel mottagningsbesök per åldersgrupp, januari–juni, 2019 och 2020.

Åldersgrupp	2019 (jan-juni)		2020 (jan-juni)	
	Andel distanskontakter	Andel mottagningsbesök	Andel distanskontakter	Andel mottagningsbesök
0–19 år	8,6 %	91,4 %	14,2 %	85,8 %
20–29 år	8,9 %	91,1 %	15,7 %	84,3 %
40–59 år	12,0 %	88,0 %	19,0 %	81,0 %
60–70 år	12,4 %	87,6 %	19,3 %	80,7 %
80 år +	15,7 %	84,3 %	24,0 %	76,0 %

När man fördelar distanskontakterna på respektive kontaktform ser förändringen ut enligt följande.

Tabell 10. Antal distanskontakter samt förändring per kontaktform, januari–juni, 2019 och 2020.

	2019 (jan-juni)	2020 (jan-juni)	Förändrat antal	%-förändring
Brevkontakt kval.	24 622	31 095	6 473	26 %
Telefonkontakt kval.	74 996	110 005	35 009	47 %
Videodistanskontakt	954	3 800	2 846	298 %

Videodistanskontakterna har, procentuellt sett, ökat mest i åldersgruppen 0–19 år (763 procent).

Hemsjukvårdsbesöken ökar kraftigt

Inom primärvården gjordes 2 600 fler hemsjukvårdsbesök under 2019 jämfört med 2016, en ökning med 73 procent. Det är främst patienter i åldern 80 år eller äldre som får hemsjukvård inom primärvården, andelen utgör 12 procent av invånarna i åldersgruppen. Under 2019 utfördes hemsjukvårdsbesöken av läkare i 95 procent av fallen och av sjuksköterska eller distriktssköterska i de flesta övriga fall.

Inom den öppna specialistvården gjordes 5 300 fler hemsjukvårdsbesök under 2019 jämfört med 2016, en ökning med 117 procent. Till skillnad mot primärvården är åldersfördelningen relativt jämn vad gäller hemsjukvård inom specialistvården. Det är en avsevärt lägre andel av invånarna som får hemsjukvård inom specialistvården. Upp till och med 79 års ålder får 0,3–0,5 procent av invånarna hemsjukvård. I åldersgruppen 80 år eller äldre ligger andelen runt 1,0 procent.

Vid hemsjukvårdsbesöken inom den öppna specialistvården träffade åldersgruppen 80 år eller äldre främst en sjuksköterska eller distriktssköterska (i 71 procent av fallen). Vid 12 procent av besöken träffade de en läkare.

Totalt sett (oavsett åldersgrupp) utfördes hemsjukvårdsbesöken inom den öppna specialistvården av sjuksköterska eller distriktssköterska i 55 procent av fallen, av skötare (psykiatri) i 16 procent och av läkare i 8 procent av fallen.

Tabell 11. Antal hemsjukvårdsbesök, alla åldersgrupper, 2016 och 2019.

	2016	2019
Primärvård	3 563	6 150
Öppen specialistvård	4 553	9 886

Minskat antal patienter och färre vårddygn inom slutna specialistvård

Antalet vårdtillfällen inom den slutna specialistvården har legat relativt konstant på mellan 36 000 och 37 000 under perioden 2016–2019.

Totalt sett har 300 färre patienter varit inskrivna i slutna specialistvård under 2019 jämfört med 2016. I åldersgrupperna 0–59 år har antalet patienter minskat medan det ökat i de högsta åldersgrupperna. Ökningen är störst i åldersgruppen 80 år eller äldre, med 300 patienter eller 6 procent.

Tabell 12. Antal patienter, antal vårddygn och antal vårddygn i snitt, per åldersgrupp, 2016 och 2019.

	Slutna specialistvård 2016	Slutna specialistvård 2019
--	----------------------------	----------------------------

Åldersgrupp	Antal patienter	Antal vårddygn	Antal vårddygn i snitt	Antal patienter	Antal vårddygn	Antal vårddygn i snitt
0–19 år	2 514	10 836	4	2 275	11 440	5
20–39 år	5 124	27 466	5	4 735	23 132	5
40–59 år	3 578	26 034	7	3 301	24 502	7
60–79 år	7 539	67 960	9	7 828	68 227	9
80 år +	4 722	49 744	11	5 021	44 905	9
Totalt	23 477	182 040	8	23 160	172 206	7

Antalet vårddygn var 9 800 färre under 2019 jämfört med 2016. Det är framför allt den högsta åldersgruppen som utmärker sig, där antalet patienter ökat med 300 samtidigt som antalet vårddygn minskat med 4 800. I åldersgruppen 0–19 år har antalet patienter minskat samtidigt som antalet vårddygn ökat.

I åldersgruppen 80 år eller äldre har det skett stora förändringar avseende var patienten kom ifrån vid inskrivning i sluten specialistvård och vart patient gick vid utskrivning. Tabell 13 visar avslutade vårdtillfällen fördelade på tre utvalda situationer avseende varifrån patienterna kommit innan inskrivning och var de gått till efter utskrivning. Tabellen är således inte heltäckande men vill visa på några viktiga förändringar bland våra äldsta patienter

Tabell 13. Antal och andel avslutade vårdtillfällen, inskrivning från och utskrivning till (utvalda), 2016 och 2019.

Inskrivning från/utskrivning till	Sluten specialistvård 2016		Sluten specialistvård 2019	
Från hemmet/till hemmet	4 967	60 %	5 829	67 %
Från hemmet/till boende, sjukhem	738	9 %	905	10 %
Från boende, sjukhem/till boende, sjukhem	189	2 %	625	7 %
Totalt antal avslutade vårdtillfällen i åldersgruppen	8 214		8 746	

Antal patienter som både kom från och gick tillbaka till boende/sjukhem har ökat med 231 procent från 2016 till 2019. Gruppens andel har ökat från 2 till 7 procent.

Ökat antal vårdkontakter för sjuksköterskor och undersköterskor

Från 2016 till 2019 har antalet vårdkontakter inom öppenvården (primärvård och öppen specialistvård tillsammans) ökat för sjuksköterskor och undersköterskor.

Tabell 14. Förändring i antal vårdkontakter, per vårdgivarkategori, 2016–2019.

Vårdgivarkategori	Förändrat antal 2016–2019	Procentuell förändring
Distriktssköterska	-51 698	-18%
Läkare	-34 231	-5%
Sjukgymnast	-17 349	-8%
Sjuksköterska	19 509	10%
Undersköterska	15 197	8%

För distriktssköterskor, läkare och sjukgymnaster har antalet vårdkontakter minskat under perioden.

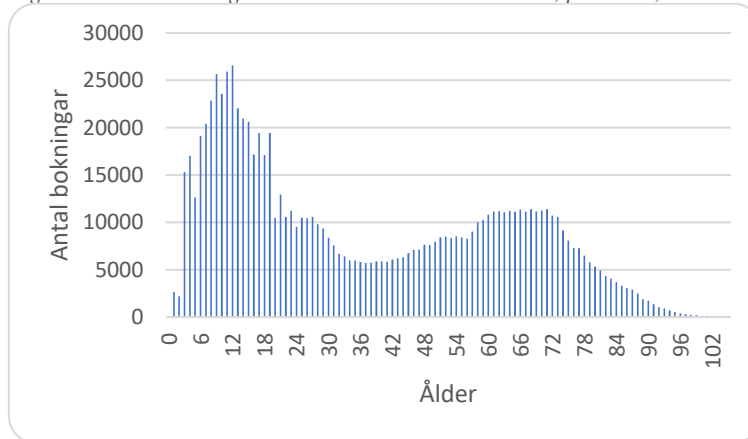
Antalet bokningar hos tandhygienister och tandläkare minskar bland vuxna

Mellan åren 2015–2019 har antalet bokningar hos tandhygienister inom allmäntandvården minskat med 12 procent för vuxna och ökat med 9 procent för barn. Under

samma period har antalet bokningar hos tandläkare inom allmäntandvården minskat med 22 procent för vuxna och 10 procent för barn.

Notera dock att åldern för vilka som räknas som barn har stegvis höjts under denna period.

Figur 10. Antal bokningar totalt inom allmäntandvården, per ålder, 2015–2019

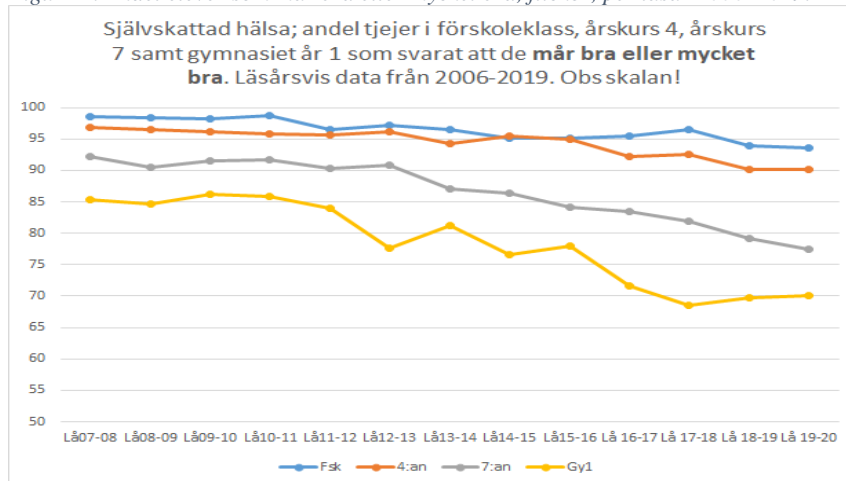


Under åren 2015–2019 har barn (0–23 år) stått för drygt 43 procent av alla bokningar inom allmäntandvården och personer över 64 år har stått för 20 procent. Den sistnämnda gruppen utgör den andel av befolkningen som ökar i Västernorrland.

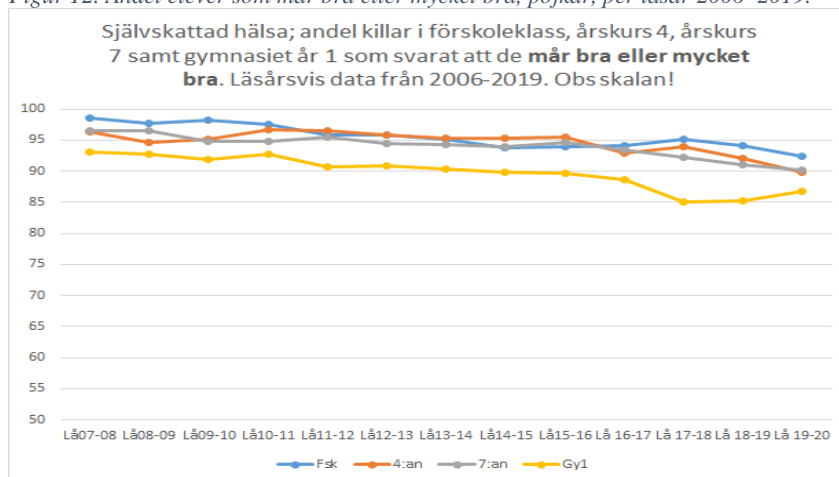
4.2 Invånarnas självskattade hälsa

I Västernorrland erbjuder skolsköterskorna barn och unga ett hälsosamtal i förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet. Hälsosamtalen är enskilda samtal mellan skolsköterska och elev för att göra eleven uppmärksam på sambandet mellan livsstil och hälsa, samt ge kunskap och uppmuntran i hälsofrämjande val. Hälsosamtalen genomförs utifrån ett läns-gemensamt hälsofrågeformulär. Majoriteten av barn och unga uppger att de mår bra eller mycket bra, men det finns en drastisk negativ utveckling bland framförallt flickor i tonåren där allt färre uppger sig må bra eller mycket bra. Trenden är negativ även för yngre flickor och pojkar oavsett årskurs om än inte lika stor skillnad över tid.

Figur 11. Andel elever som mår bra eller mycket bra, flickor, per läsår 2006–2019.



Figur 12. Andel elever som mår bra eller mycket bra, pojkar, per läsår 2006–2019.



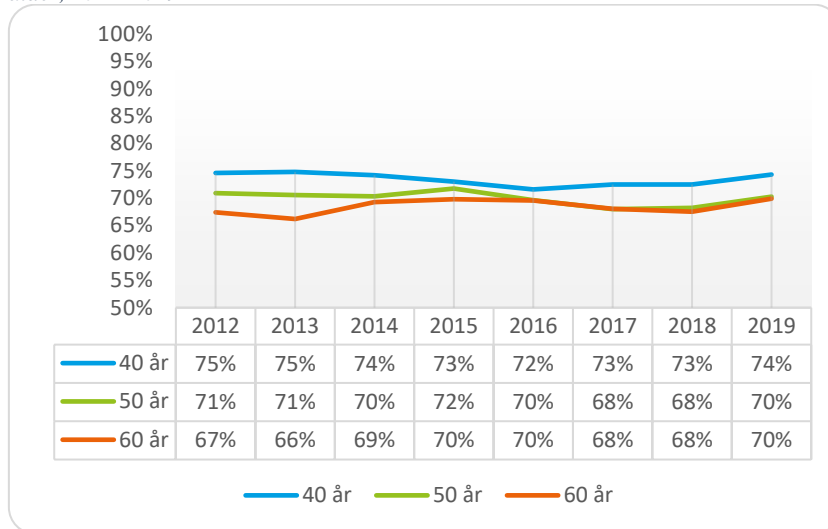
Skillnaden mellan flickor och pojkar är stor. Andelen flickor som svarat att de mår bra eller mycket bra ligger på 90 procent eller högre endast bland elever i förskoleklass och årskurs 4 under det senaste läsåret. Bland flickor i årskurs 7 har andelen minskat kontinuerligt under lång tid. Efter en flerårig negativ utvecklingstrend bland flickor i årskurs 1 i gymnasiet ser trenden ut att ha stannat upp 2019. Andelen pojkar som svarat att de mår bra eller mycket bra ligger på 90 procent eller högre i samtliga årskurser utom årskurs 1 i gymnasiet.

Vid 40, 50 och 60 års ålder får invånarna i Västernorrland ett erbjudande om hälsoundersökning vid den hälso- eller vårdcentral där man är listad. Provtagning och ett individuellt hälsosamtal ingår. Syftet med hälsoundersökningarna och samtalen är att stärka, stödja och motivera till hälsofrämjande vanor och därmed minska risken för framtida ohälsa och sjukdom, speciellt diabetes och hjärt- och kärlsjukdom.

Hälsoundersökningar med hälsosamtal infördes 2012 i Västernorrland. Fram till 2019 har 34 178 personer deltagit och deltagarfrekvensen har rört sig mellan 40–50 procent med stora skillnader inom regionen. Generellt sett deltar kvinnor i högre utsträckning än män och gruppen 60-åringar deltar i något högre utsträckning än 40- och 50-åringar.

Enligt en uppföljning från 2016 speglade deltagarnas utbildningsbakgrund även befolkningens inom respektive åldersgrupper.

Figur 13. Andel som uppskattar sin hälsa som bra/mycket bra vid hälsosamtal, per ålder, 2012–2019

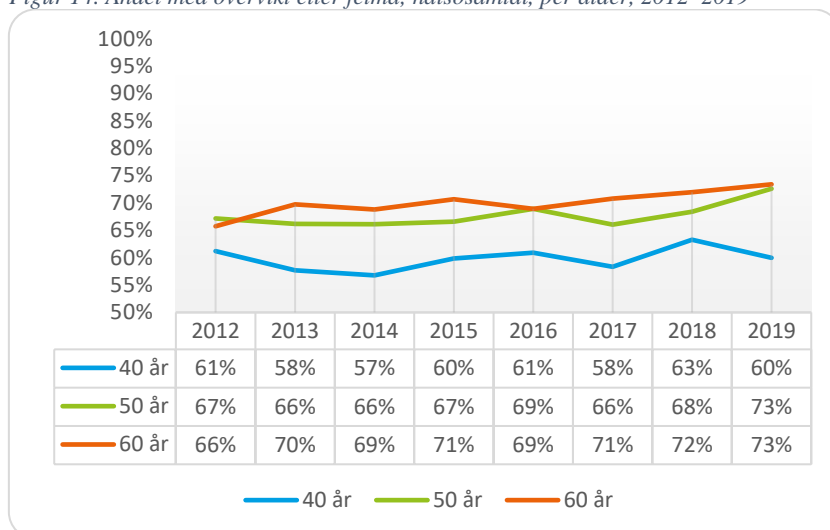


Självskattad hälsa har visats kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt¹⁰. Generellt sett skattar en högre andel av 40-åringarna sin hälsa som bra/mycket bra jämfört med de två äldre grupperna. En högre andel män, oavsett åldersgrupp, skattar sin hälsa som bra/mycket bra jämfört med kvinnor. Mellan 2018 och 2019 har en positiv ökning skett för kvinnor (från 65 till 69 procent). Skillnaderna mellan könen har därigenom minskat.

Generellt sett skattas hälsan bättre bland personer med högre utbildningsnivå, men skillnaderna har minskat något mellan 2018 och 2019. Mest tydligt är detta hos kvinnor, men skillnaderna mellan utbildningsnivåerna har även minskat marginellt bland männen.

¹⁰ Folkhälsomyndigheten (2020). Självskattat allmänt hälsotillstånd. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/sjalvskattat-allmant-halsotillstand/>

Figur 14. Andel med övervikt eller fetma, hälsosamtal, per ålder, 2012–2019



Personer med övervikt (BMI=25,0–29,9) eller fetma (BMI>30) mätt som förhöjt BMI (Body Mass Index) löper ökad risk för insjuknande och död i hjärtinfarkt samt förtida död, jämfört med normalviktiga. En uppföljning från 2016 visade en tydlig riktning bland kvinnorna: ju längre utbildning, desto lägre andel med övervikt eller fetma. Bland männen var andelen med övervikt jämnt fördelad oberoende av utbildningsbakgrund, men för fetma var andelen lägre ju längre utbildning männen hade.¹¹ Andelen med övervikt och fetma är högre bland 50- och 60-åringarna än bland 40-åringarna och högre bland män än bland kvinnor.

4.3 Levnadsvanor och riskfaktorer

Hälsokalkylatorn är ett hälsoekonomiskt verktyg som möjliggör för enskilda regioner att beräkna förväntad sjukdomsincidens och kostnader i femårsperspektiv utifrån befolkningens utveckling av levnadsvanor (Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård).

Hälsokalkylatorn skattar bland annat förändringar i antal nya sjukdomsfall. Skattningarna görs för 15 sjukdomar på fem till tio års sikt och baseras på förekomst av fyra olika riskfaktorer i befolkningen (kraftig övervikt, daglig tobaksrökning, brist på motion och riskkonsumtion av alkohol)

Många andra faktorer än förekomsten av de fyra riskfaktorerna kan påverka framtiden, såsom förändringar i befolkningens åldersstruktur, in- och utflyttning, förändringar i medicinsk teknologi och praxis, andra riskfaktorer för sjuklighet och andra former av miljö- och samhällspåverkan. Hälsokalkylatorn kan vara ett användbart verktyg i fort-

¹¹ Region Västernorrland (2016). *Riktade hälsosamtal med 40, 50 och 60 åringar. Socioekonomisk uppföljningsrapport*. Tillgänglig: <https://www.rvn.se/globalassets/om-region-vasternorrland/regionens-folkhalsoarbete/rapporter-inom-folkhalsa/socioekonomisk-rapport-161021 slutlig.pdf>.

satt planering vad gäller förebyggande hälsoarbete, vilket i sin tur får en påverkan på kompetensbehov.

Prognoser för Västernorrland

Om det skulle ske en halvering av de fyra riskfaktorerna i befolkningen i åldrarna 20–64 år skulle 932 nya sjukdomsfall kunna undvikas på femårs sikt. Framför allt är det nya insjuknanden i diabetes, Kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL och ischemisk hjärtsjukdom som skulle kunna minskas. Fysisk inaktivitet genererar flest nya sjukdomsfall eftersom det är ett relativt vanligt fenomen.

På tio års sikt skulle en halvering av de fyra riskfaktorerna innebära 4 195 färre nya sjukdomsfall.

4.4 Åldrande och hälsa

Studier visar att dagens 70-åringar i Sverige har bättre hälsa än tidigare generationers 70-åringar. Det gäller daglig funktionsförmåga, fysiska och kognitiva förmågor. Andelen som lever med hjärt-kärlsjuklighet har minskat sedan 1970-talet men en högre andel har drabbats av stroke och har diabetes.

Åldrandet är inte jämlikt. Gruppen med längre utbildning och högre socioekonomisk status har bättre hälsa, förmågor och visar större förbättringar över tid i olika funktioner.¹² Behovet av framtida vård går att påverka genom att befolkningens hälsa, fysiska och kognitiva förmågor förbättras.¹³

Det är också slutsatser som Region Norrbotten dragit i sin utredning om vad en åldrande befolkning innebär för framtidens hälso- och sjukvård. Med allt fler äldre i gruppen över 80 år (i Västernorrland) kan vårdbehovet förväntas öka successivt inom flera områden. Fler äldre leder till fler cancerfall och fler kommer att leva med en cancerdiagnos och ha behov av vård, förutsatt att inte insjuknandet minskar. Region Norrbotten bedömer att antal hjärninfarkter och stroke skulle kunna hållas stabilt till 2035 medan cancer, demens, höftledsfrakturer och diabetes antas öka i och med allt fler blir äldre. Samtidigt är vårdbehovet påverkbart genom främjande, förebyggande och behandlande insatser.¹⁴

5 Hälsa- och sjukvården - ett arbetsliv i förändring

5.1 Långsiktig kompetensförsörjning

¹² Skoog, I. (2020). *70 är det nya 50*. Delegationen för senior arbetskraft. Tillgänglig: https://seniorarbetskraft.se/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-21_70-%C3%A4r-det-nya-50_webb.pdf

¹³ Socialdepartementet, Regeringskansliet (2010). Den ljusnande framtid är vård: delresultat från LEV-projektet. Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/contentassets/9bd244e4a3e047518b1badf231ba98ef/den-ljusnande-framtid-ar-vard---delresultat-fran-lev-projektet>

¹⁴ Region Norrbotten (2017). *En åldrande befolkning i Norrbotten*. Tillgänglig: <https://vis.nll.se/process/administrativ/Dokument/samverkanlandstingsdirektorsstab/Redovisande/Rapporter%20och%20Resultat/Analys%20av%20en%20c3%a5ldrande%20befolkning%20i%20Norrbotten%20vad%20betyder%20det%20f%20h%20a4Iso-%20och%20sjukv%20c3%a5rden.pdf>

Region Västernorrland har, som också framgått tidigare, redan idag bekymmer med att rekrytera den kompetens vi behöver. Bristen på kompetens har bland annat lett till att Region Västernorrland har landets högsta kostnader för hyrpersonal. Strategiskt kompetensförsörjningsarbete behöver bedrivas med olika tidsperspektiv. I det kortare perspektivet kan det handla om att rekrytera någon med samma kompetens som den som slutar, hyra in personal eller löpande kompetensutveckling bland befintliga medarbetare. Men det handlar också om att löpande blicka framåt och utifrån det vi vet idag uppskatta hur det kommer påverka behovet av kompetens på längre sikt med syfte att sätta in rätt insatser i rätt tid. Det finns ett antal nationella rapporter och framtidsprognoser som ur olika perspektiv och med olika infallsvinklar pekar i liknande riktning vad gäller kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. I följande avsnitt lyfts ett antal tydliga tendenser.

5.2 Från reaktivt till förebyggande och främjande hälsoarbete

Invánarna i Västernorrlands lever allt längre och det blir en allt större andel äldre i befolkningen, samtidigt som andelen i arbetsför ålder minskar. Sjukdomar som tidigare var livshotande kan behandlas genom att nya och effektiva metoder för diagnostik och behandling utvecklas. Fler lever idag med kroniska sjukdomar och livslånga vårdbehov. Västernorrland har ett högt insjuknande i sjukdomar som går att förebygga.

Kombinationen av ökade vårdbehov, bättre teknik och nya behandlingsmöjligheter leder till svårigheter att finansiera verksamheten och därmed högre krav på att tillgängliga resurser används på ett klokt sätt. Flera nationella initiativ har tagits för att anpassa hälso- och sjukvården efter förändringarna. Under senare år har även en nationell utveckling med God och nära vård fastställts. Region Västernorrland har även initierat ett eget och omfattande utvecklingsarbete.

I målbilden för hälso- och sjukvårdens utveckling pekas ut en förflyttning från *fokus på sjukdom och behandling till fokus på hälsofrämjande och förebyggande*.¹⁵

¹⁵ Region Västernorrland. (2016). *Hälso- och sjukvårdens utveckling i Region Västernorrland*. (Uppdaterad 2020-04-28 och fastställd av Regionfullmäktige 2020-06-17).

5.3 Förutsättningar för förändring och nya krav på kompetensförsörjning

Läkaren, civilekonomen och civilingenjören Magnus Lord har i artiklar och böcker beskrivit sjukvårdens organisation och arbetssätt och dess behov av förändring. Lord menar att sjukvårdens problem till stora delar är ett produktionstänkande med rötter i 1920-talets amerikanska tillverkningsindustri. Ett massproduktionstänkande passar inte för sjukvård och dess komplexitet. De mest välfungerande sjukvårdsverksamheterna fasar ut massproduktionsidéerna. Det innebär bland annat att ansvaret för att styra och utveckla kärnverksamheten flyttas tillbaka till vårdprofessionerna. Man fokuserar utvecklingen på sjukvårdens verkliga syfte: att se till att patientens resa genom vården blir så bra som möjligt, både till innehåll och tid.¹⁶

Anders Anell (Vården är värd en bättre styrning, 2020) är inne på liknande resonemang. Han menar att styrningen av hälso- och sjukvården i ökad grad bör utgå från motivation i form av professionella drivkrafter inom verksamheten. Detta för att ha tillräcklig legitimitet och förmåga att skapa de förändringar som behövs. Det måste finnas möjligheter till lärande och utvecklingsarbete som fokuserar på lokala problem och förutsättningar – en utveckling underifrån. Det är när vårdgivare omprövar, utvecklar och anpassar de verksamhetsnära arbetsformerna som vinsterna uppstår. Anell menar också att den regionala styrningen behöver ett nytt fokus på förbättringsarbete och utveckling av arbetsformer, som inkluderar bättre utnyttjande av digitala möjligheter och kunskapsstöd samt ökad grad av personcentrering. Anells beskrivning av hur styrningen av hälso- och sjukvården behöver ändras för att skapa förutsättningar för att bli mer effektiva och möta framtidens utmaningar går hand i hand med en förändrad syn på kompetensförsörjning. Nya förutsättningar och arbetssätt kräver ny kompetens.¹⁷

Rapporten *Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden. En scenarioanalys fram emot 2040* pekar på att de viktigaste framgångsfaktorerna för att hälso- och sjukvården ska vara framgångsrik i framtiden utgörs av ett antal fokusförskjutningar:

- Från sjukvård till hälsofrämjande och förebyggande.
- Från IT till digitalisering.
- Från stuprör till varaktiga samarbeten.
- Från hierarkier till självstyrande team.
- Från felkorrigering till resiliens (förmåga att klara av förändring och vidareutvecklas).

Rapporten pekar mot ett framtida landskap för hälso- och sjukvården med en tydlig förskjutning mot nära vård. Den består av tre tydliga delar: Centraliserad, hög-specialiserad vård, samordningscentraler med aktörer som sköter logistik och distribution samt en decentraliserad primär- och hemsjukvård.¹⁸

¹⁶ Lord, Magnus. (2019).

¹⁷ Anell, Anders. (2020).

¹⁸ Olsson, M. & Kraft, G. (2019).

Tabellen nedan ger exempel på framtida kompetenser i de olika delarna i det framtida landskapet för hälso- och sjukvården samt omsorgen. Givet de omvärldsförändringar och konsekvenser som digitaliseringen, kompetensbristen, demografin, vård i hemmet, geografiskt och organisatoriskt gränsöverskridande hälso- och sjukvårdsarbete samt värderingsförändringar och inte minst kostnadsjakt, kommer det att behövas ett förändrat synsätt på kompetens och kompetensförsörjning i framtiden. Skiftet från sjukvård till hälsofrämjande, friskvård och prevention kräver också en ny syn och framför allt nya angreppssätt när det gäller kompetensförsörjning.

Exempel på framtida kompetenser som krävs i ett nytt vård- och omvårdnadslandskap

Högspecialiserad vård, den centraliserade vården	Samordningsfunktion, logistik, distribution och patientflöden	Primär och hemsjukvård. Nära vård, fysisk och digital
Superspecialister inom kirurgi-, biomed-, genetik-, nano- och teknik-områden	Logistiksamordnare på spotmarknad för distribution, experter på uppföljning & utvärdering. Affärsutvecklare, innovatörer	Geriatriker i hemsjukvård, omsorgsexperter, beteendevetare, tandvårdsexpertis, rådgivare/coacher
Kombinationer som läkare + ingenjör, läkare + ekonom	Superspecialister på sista metern i distributionen, experter på digitala plattformar	Hälsopedagoger, internetombud, mobil teknisksupport, kommunikation och självdiagnos
Analytiker, AI-experter	Analytiker, patientvägledare	Vårdplatsanalytiker,
Vårdkvalitetsutvecklare	Patientflödesexperter, patientkoordinatorer, HR-experter	Experter inom aktivitet och träning

Tabell från: *Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden. En scenarioanalys fram emot 2040. 2019-11-12 Mats Olsson & Göran Kraft, Kairos Future AB.*

Baserat på omvärldens förändringar, identifierade framgångsfaktorer samt krav och förväntningar utkristalliserar ett antal förmågor som framtidens hälso- och sjukvård och omsorg måste utveckla eller skaffa sig enligt Olsson och Kraft. Det handlar om ett antal förmågor som redan är och kommer vara viktiga. Det handlar till exempel om förmåga att ta till sig ny teknik, leda förändring, kommunikation och det livslånga lärandet.¹⁹

¹⁹ Ibid.

6 Sammanfattande diskussion, slutsatser och rekommendationer

Det kan konstateras att Region Västernorrland befinner sig i ett utmanande läge vad gäller att med rätt kompetens och förutsättningar möta de vårdbehov som finns hos befolkningen idag och de ökade behoven på grund av demografiska förändringar under de kommande åren. Det underlag som tagits fram stärker ett antal resonemang som behöver beaktas om hälso- och sjukvården ska klara sitt uppdrag i en framtid. Nedan diskuteras ett antal faktorer som framkommit i vår analys. Därefter följer ett antal förslag på strategiska utvecklingsområden för regionens framtida kompetensförsörjningsstrategiska arbete.

Tillgången på utbildad personal

I de yrkeskategorier vi tittat närmare på i denna rapport återfinns både positiv och negativ tillväxt, men jämfört med riket i övrigt har vårt län en lägre tillväxt även i de kategorier som har en positiv tillväxt. Vidare ser vi att vi har svårigheter att behålla färdigutbildade i länet i den utsträckning som krävs och också att säkerställa tillgång på specialistkompetens.

Jämförs andelen grundutbildade sjuksköterskor per 100 000 invånare med jämförbara län ligger Västernorrland under medeltalet, medan man för specialistsjuksköterskor ligger strax över dess medel. Region Västernorrland har landets högsta hyrpersonalkostnader och svårigheter att rekrytera sjuksköterskor. Sjuksköterskor återfinns både i kommunal, regional och privat sektor vilket denna rapport inte analyserat vidare, men sannolikt finns det sjuksköterskor bosatta i länet som pendlar till närliggande län eller är anställda av exempelvis stafettbolag, vilka skulle kunna utgöra en rekryteringspotential.

Jämförs andelen utbildade läkare per 100 000 invånare med jämförbara län ligger Västernorrland under det medeltalet, trots att Region Västernorrland anställer näst flest AT-läkare i landet. Intressant i sammanhanget är att Västerbotten ligger klart över Västernorrlands 318 med 560 utbildade läkare per 100 000 invånare, vilket är högst i landet. Detta trots en lägre andel 70+ än i Västernorrland, så behoven av läkare borde vara lägre i Västerbottens län än i Västernorrlands län. Den stora andelen AT-läkare per 100 000 invånare är en medveten satsning sedan ca 5 år tillbaka. Genom ett ökat antal AT-platser, tillsammans med attraktivitet och utbildningskvalité, möjliggörs att fler läkare går vidare till ST-tjänstgöring och stannar kvar som specialist. Regionen har dock svårigheter att behålla färdiga specialister, vilket bör beaktas i fortsatt arbete på både kort och lång sikt.

När det gäller tandläkare och tandhygienister har länet haft en negativ tillväxt med färre utbildade per 100 000 invånare än riket. Tandläkarutbildningen är omgjord, vilket innebär att allmäntjänstgöring är borttagen. Allmäntjänstgöringen underlättade bemanning på platser där det var svårt att rekrytera, då det inte var ovanligt att tandläkaren efter avslutad AT-tjänstgöring faktiskt stannade på den plats där man blivit anvisad AT-tjänst. Idag är konkurrensen med storstadsregionerna mer utmanande.

Utöver tillväxten av utbildad personal kommer en stor andel hälso- och sjukvårdspersonal gå i pension inom överskådlig framtid. Detta, tillsammans med den personalomsättning regionen har och den stora andelen hyrpersonal, innebär ett stort anställningsbehov idag och de kommande åren.

Förutsättningar för nya arbetssätt

Även om fler utbildas, vi lyckas behålla fler medarbetare, fler arbetar kvar efter uppnådd pensionsålder och vi lyckas anställa fler, är bedömningen att det inte kommer att räcka för att klara den framtida vården. Därav behov av att arbeta på nya sätt och att skapa förutsättningar och säkerställa kompetens för att kunna utveckla och effektivisera verksamheterna. Detta är också en avgörande faktor för den nationellt prioriterade omställningen mot en nära och personcentrerad vård. Vi vet också att hälso- och sjukvårdsbarometern, där invånarna anger hur man upplever att hälso- och sjukvården fungerar, generellt haft låga resultat de senaste åren. Detta kan sannolikt ha en viss koppling till låg bemanning, men indikerar även att nya sätt att arbeta – mer ”kundanpassat” – behövs.

Mönstren för vårdkonsumtion förändras över tid och förklaringar till detta kan vara skiftande. Det handlar exempelvis om förändrade behov och vanor hos patienter/medborgare, förändrade arbetssätt inom vården och resurser att möta patienternas behov. Noterbart är att hemsjukvårdsbesöken och de digitala besöken ökat under uppföljningsperioden. Denna utveckling är sannolikt i sin linda, inte minst med tanke på omställningen till Nära vård där en del är att öka kvalité och utbud av vård nära patienten. Den digitala vardag som är självklar för dagens yngre generation men också blivit naturlig för stora delar av övriga samhället tack vare pandemin kommer också ställa stora krav på regionernas fortsatta utveckling av digitala tjänster och till detta behöver säkerställas rätt kompetens.

Från reaktivt till förebyggande och hälsofrämjande

Regionplanen slår fast att ”Ur såväl individens som samhällets perspektiv är det bästa att förhindra och förebygga sjukdom. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser leder till minskad sjuklighet, minskat lidande och minskade samhällskostnader. Regionen behöver stärka individen att ta eget ansvar att agera hälsofrämjande och förebygga ohälsa.” Denna rapport lyfter exempel på hur vårdbehov kan påverkas och minskas genom förändrade levnadsvanor. För att kunna ändra fokus från det reaktiva till att hindra sjukdom och främja hälsa krävs att de som möter medborgarna har rätt förutsättningar och att samverkan sker mellan kommun, region, privata aktörer och civilsamhället. Risken för att det förebyggande arbetet ”trycks undan” på grund av mer akuta uppgifter är uppenbar och en del av vardagen för många inom vården. För att lyckas med förflyttningen behövs ett strategiskt helhetsgrepp om folkhälsoarbetet. Utrymme och kompetens för att nå ut till medborgarna med syfte att påverka levnadsvanor är en förutsättning.

Behovet av systematisk kompetensförsörjningsplanering

Region Västernorrlands förändrade demografi, en viljeriktning med ändrat fokus mot det förebyggande och hälsofrämjande, en påbörjad omställning mot en personcentrerad och nära vård ställer nya krav på arbetssätt och kompetens. Omställningen mot nära

vård är och kommer fortsättningsvis att vara ett viktigt arbete, inte minst när det gäller gränsöverskridande frågor där kommun, region samt privata aktörer behöver samverka. Kompetensförsörjning blir i denna kontext en gemensam fråga.

Vilka förmågor och kompetenser som krävs för att klara nödvändiga omställningar har vi i vissa delar en god bild av, i andra delar kan vi bara gissa. En stor andel av framtidens yrkesprofessioner finns inte ännu, och samarbete i helt nya former kommer att krävas som en del av framtidens nära vård. För att säkra tillgången på kompetens på kort och lång sikt är ett systematiskt, regelbundet arbete med kompetensförsörjning på respektive organisatorisk nivå nödvändigt och behöver ingå som en naturlig del i övrig verksamhetsplanering. Detta för att få syn på och kunna möta kompetensbehov i rätt tid. Många av vårdens professioner har långa utbildningstider. Det i sig gör att ett långsiktigt fokus är nödvändigt. Men det handlar också om att ha koll på omvärldens förändringar, utmanas i att tänka i nya banor kring vilka kompetenser som gör vad, samarbeta över yrkesgränser, arbeta på nya sätt osv. Varje nivå behöver ha kunskap och utrymme och det behöver finnas stödjande metoder för att ta med dessa aspekter i den lokala kompetensförsörjningen.

Ändamålsenlig kultur, ledning och styrning

Ytterligare en avgörande faktor för att klara framtidens hälso- och sjukvård är hur ledning och styrning skapar förutsättningar för omställningsarbete. Förändringstakten behöver vara hög och det finns inte utrymme för onödig byråkrati och detaljkontroll. Det behöver finnas ett tillåtande klimat där idéer tas tillvara och de som möter medborgarna har möjlighet att påverka och testa att arbeta på nya sätt. Effektiva stödverksamheter som arbetar tillsammans med varandra och med kärnverksamheterna mot de gemensamma målen krävs. Detta ställer givetvis krav på en gemensam, tydlig och kommunicerad vision och riktning, som alla som arbetar inom regionen har tagit till sig och accepterat. Region Västernorrlands nya styrmodell och den personalpolitiska plattform som är under framtagande kommer utgöra viktig grund för den kultur- och förflyttning som krävs.

Hur hälso- och sjukvården i Region Västernorrland kan tydliggöra ledning, styrning och uppföljning i syfte att skapa bästa möjliga förutsättningar att bedriva en god vård kopplat till vårdbehov, vårdkapacitet och vårdresurser kommer att vara avgörande. Enligt hälso- och sjukvårdslagen 7 kap. 2§ ska landstinget ”planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.”

Genom god planering minskar koordinationsproblem inom och mellan hälso- och sjukvårdens enheter. Planering är viktigt för att kunna erbjuda en jämlik och resurs-effektiv vård av hög kvalitet i varje patientmöte. Socialstyrelsen^[1] beskriver att förut-säga, planera och utföra aktiviteter är viktiga steg för att hantera störningar proaktivt i stället för reaktivt i hälso- och sjukvård.

Exempel på strategiska områden att arbeta vidare med

Arbetsgruppen har under arbetet med rapporten identifierat ett antal strategiska områden som vi ser behov av att hantera i det fortsatta arbetet med kompetensförsörjning i

Region Västernorrland. Vi är medvetna om att vissa frågor redan arbetas med, men ser att det är av vikt att ändå lyfta dem så de inte tappas bort i helheten kring kompetensförsörjningsfrågan.

- Utvecklat arbete med kompetensförsörjningsplanering behövs på respektive nivå och bör vara en naturlig del av varje chefs verksamhetsplanering.
- En fråga som lyfts, inte minst i BT-projektet, är hur vi kan attrahera läkare att välja de specialiseringar där vi har svårast att rekrytera/stort hyrberoende eller där vi vet att det råder/snart kommer råda stor brist? Kan vi exempelvis tänka annorlunda kring samordning och finansiering? Detta är även en fråga vad gäller specialistsjuksköterskor. Behövs en riktad strategi mot vissa specialiseringar för både läkare och sjuksköterskor? En av BT-projektets slutsatser kring läkarutbildning i Region Västernorrland är att det saknas en samlad, förankrad och kommunicerad strategi som stöd för verksamheten avseende läkarförsörjning.
- Länet och Region Västernorrland behöver stärka sin attraktivitet för att attrahera kompetens till vår arbetsmarknad. Mycket arbete pågår, men mer kan sannolikt göras både i samverkan med andra aktörer i länet och lokalt inom regionen.
- Ett arbete med att tydliggöra vad Region Västernorrland som arbetsgivare erbjuder i form av lön, förmåner och utvecklingsmöjligheter är initierat. Detta blir en viktig del i att utveckla vår attraktivitet. Här behöver vi också bli bättre på att kommunicera vad vi är bra på. Region Västernorrland är till exempel en av de regioner som har högst index för medarbetarengagemang (HME) i landet, vilket betyder att många trivs med att arbeta här.
- Dialog med utbildningsanordnare förs idag på olika sätt. Det rör sig om att tillgång till utbildningar utifrån behov, rätt antal utbildningsplatser och dialog om utbildningsinnehåll. Dialogen kan sannolikt breddas och utvecklas.
- Att hitta kompetens utomlands eller rekrytera personer som finns i landet och har en utländsk utbildning är en väg att hitta kompetens. Lyckade exempel finns inom regionen vad gäller utlandsrekrytering. Här har regionen både rekryterat medarbetare som bosatt sig i länet, men vi har också anställda som arbetar på distans från sitt hemland. Utlandsrekrytering kräver tid om utfallet ska bli lyckat när någon ska lämna sitt hemland och börja om i nytt land. Flera olika regelverk omgärdar också området vilket kan upplevas komplicerat. Region Västernorrland har idag ingen sammanhållen organisation eller strategi för dessa frågor och kompetensen finns spridd på olika håll.
- Att minska beroendet av hyrpersonal har varit en aktuell fråga de senaste åren. En del arbete pågår, till exempel projektet Hållbar bemanning inom specialistvården och andra aktiviteter och projekt som syftar till att stärka kompetensförsörjningen. Då Region Västernorrland är en av de regioner som haft svårast att minska sina hyrpersonalkostnader kan man förstås fråga sig om det går att

hitta nya vägar och agera annorlunda än vi hittills gjort, vad har givit effekt och vad ger inte effekt? Vad har vi lärt oss under pandemin? Hur kan verksamheter lära av varandra, finns det aspekter att se över eller samordna på en övergripande nivå utöver det som görs idag?

Utvecklingsområden för kvalitativa underlag och träffsäkra prioriteringar

Arbetsgruppen har under arbetet med denna rapport identifierat ett antal områden där en utveckling skulle skapa bättre förutsättningar för träffsäkra prognoser och därmed underlätta prioriterade områden att arbeta vidare med.

- Kvalitén i personalregistren behöver höjas. Idag är det svårt att följa våra yrkeskategorier och ta ut data över tid. Som exempel har vi idag inte möjlighet att med säkerhet avgöra snittåldern för när regionens medarbetare går i pension. Området är identifierat och arbetas med.
- Det går inte att se vakansgraden inom Region Västernorrland i våra system, vilket vore önskvärt.
- Vi har idag inga säkra siffror för personalomsättning. Detta kommer finnas inom kort, vilket väntas bidra till bättre underlag för riktade åtgärder som exempelvis djupare analyser om varför omsättningen är hög för en viss personalkategori.
- Under arbetet har många områden som gruppen önskat titta vidare på utkristalliserats. Som exempel kan nämnas fördelningen av yrkeskategorier mellan olika aktörer – kommun, privata vårdgivare, stafettbolag, RVN.
- Fler yrkeskategorier behöver analyseras. Exempelvis bedömer vi att det ibland saknas uthållighet i goda projekt på grund av att medarbetare i stödfunktionerna slutar. Det är viktigt att se kompetensförsörjningsfrågan som en helhet där kärnprofessioner och stödverksamheter arbetar tillsammans mot gemensamma mål.

- Många lärdomar har gjorts i arbetet med denna rapport där olika kompetenser och representanter från olika stödverksamheter arbetat tillsammans. Ett arbets-sätt vi starkt rekommenderar. Erfarenheterna som gjorts i denna arbetsgrupp behöver tas tillvara för att se över vilka underlag och hur dessa ska arbetas fram och följas upp framåt. Det finns en utvecklingspotential vad gäller analys och uppföljning av kompetensförsörjningsområdet.

Referenser

Anderstig, Christer/WSP. (2012). *Försörjningskvoten i olika delar av Sverige – scenarier till år 2050* (ISBN 978-91-38-23835-6). Ort: Stockholm Regeringskansliet - Statsrådsberedningen. Tillgänglig:

<https://www.regeringen.se/rapporter/2012/11/framtidskommissionen---underlagsrapport-forsorjningskvoten-i-olika-delar-av-sverige---scenarier-till-ar-2050/>
URL [2020-07-15].

Anell, Anders. (2020). *Vården är värd en bättre styrning*.

Folkhälsomyndigheten (2020). *Självskattat allmänt hälsotillstånd*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/sjalvskattat-allmant-halsotillstand/>

Häggström, Marie. Prefekt Institutionen för Omvårdnad på Mittuniversitet, e-ostkonversation (Dnr: MIUN 2020/1519) den 8 juli 2020.

Lord, Magnus. (2019). *Befria sjukvården*.

Olsson, Mats & Kraft, Göran. (2019). *Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden. En scenarioanalys fram emot 2040*. (2019-11-12, Kairos Future AB).

Region Norrbotten (2017). *En åldrande befolkning i Norrbotten*. Tillgänglig: <https://vis.nll.se/process/administrativ/Dokument/samverkanlandstingsdirektorensstab/R edovisande/Rapporter%20och%20Resultat/Analys%20av%20en%20c3%a5ldrande%20befolkning%20i%20Norrbotten%20vad%20betyder%20det%20f%c3%b6r%20h%c3%a4so-%20och%20sjukv%c3%a5rden.pdf>

Region Västernorrland. (2016). *Hälso- och sjukvårdens utveckling i Region Västernorrland*. (Uppdaterad 2020-04-28 och fastställd av Regionfullmäktige 2020-06-17).

Region Västernorrland (2016). *Riktade hälsosamtal med 40, 50 och 60 åringar. Socioekonomisk uppföljningsrapport*. Tillgänglig: <https://www.rvn.se/globalassets/om-region-vasternorrland/regionens-folkhalsoarbete/rapporter-inom-folkhalsa/socioekonomisk-rapport-161021slutlig.pdf>

Skoog, I. (2020). *70 är det nya 50*. Delegationen för senior arbetskraft. Tillgänglig: https://seniorarbetskraft.se/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-21_70-%C3%A4r-det-nya-50_webb.pdf

Socialdepartementet, Regeringskansliet (2010). Den ljusnande framtid är vård: delresultat från LEV-projektet. Tillgänglig:
<https://www.regeringen.se/contentassets/9bd244e4a3e047518b1badf231ba98ef/den-ljusnande-framtid-ar-vard---delresultat-fran-lev-projektet>

Socialstyrelsen. (2020). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård.*

Tillväxtverket/REGLAB. (2014). *REGIONALA MATCHNINGSINDIKATORER Slutrapport.* Tillgänglig:
<https://tillvaxtverket.se/download/18.4b8f901016a534f238aab6cf/1557215554120/Regionala%20Matchningsindikatorer.pdf> [Hämtad: 2020-07-09]