

Granskning av kompetensutveckling för personal inom hälso- och sjukvården

Landstinget Dalarna

Bo Lindblom, Bo Anderson och Erik Cederberg

Stockholm den 23 oktober 2017

Innehåll

Sammanfattning	3
Uppdraget	5
Bakgrund	5
Syfte, revisionsfrågor	5
Avgränsning	6
Genomförande	7
Revisionskriterier	7
Projektorganisation och jävsprövning	7
Metod och angreppssätt	7
Iakttagelser	9
Styrdokument	9
Intervjuer	11
Statistikuppgifter	15
Övriga underlag	16
Analys och slutsatser	18
Samlad bedömning och svar på revisionsfrågor	19
Referenser	21
Bilagor	22
Bilaga 1. Granskade dokument inom landstinget Dalarna	22



Sammanfattning

På uppdrag av revisorerna i Landstinget Dalarna har Kontigo AB granskat kompetensutveckling för personal inom landstingets hälso- och sjukvård. Arbetet genomfördes under perioden juni-september 2017 och innefattade granskning av avtal, policys och andra styrdokument samt intervjuer med företrädare för olika personalkategorier och med representanter för verksamhetens ledning. Dessutom inhämtades information från andra landsting/regioner, vilket möjliggjorde vissa jämförelser mellan landstingen i detta avseende.

Vår granskning av kompetensutveckling inom Landstinget Dalarna visar en splittrad bild: det finns definitivt positiva delar, exempelvis att vikten av kompetensutveckling och individuella utvecklingsplaner lyfts fram i landstingsplanen. Dessutom har satsningar nyligen gjorts på kompetensutveckling för sjuksköterskor och medicinska sekreterare. Det finns dock mycket som pekar på att denna fråga under en period haft låg prioritet inom landstingsledningen, trots de ganska offensiva formuleringarna i landstingsplanen. Framför allt ser vi brister i uppföljningen. Landstingsstyrelsen har i landstingsplanen angivit en tydlig färdriktning i fråga om personalens kompetensutveckling och individuella utvecklingsplaner, där kompetensutveckling ingår, för samtliga medarbetare. Men eftersom dessa ambitioner inte följts upp på ett systematiskt sätt har styrelsen enligt vår mening inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att all personal har individuella utvecklingsplaner. Enligt likabehandlingspolicyn finns en klar inriktning på att kompetensutvecklingen ska avse alla personalgrupper men i praktiken lever landstinget inte upp till den policyn. Statistiken visar att det finns stora skillnader mellan yrkesgrupperna och mönstren är desamma inom samtliga verksamhetsområden. Det finns ingen aktuell samlad bild av kompetensbehoven i ett framtidsperspektiv. Landstinget har endast i begränsad omfattning uppmärksammat de möjligheter som finns att omfördela arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Vi konstaterar också att det är svårt att erhålla en bild av den tidsmässiga omfattningen av de interna kompetensutvecklingsaktiviteterna och en uppfattning om de sammanlagda kostnaderna. Det finns också stora svårigheter att göra jämförelser med andra landsting och länder beträffande avsatt tid för kompetensutveckling.

Utifrån ovanstående resonemang har vi kommit till slutsatsen att de nuvarande förhållandena inte är tillfredsställande och föreslår åtgärder för ett mer övergripande och långsiktigt angreppssätt på dessa frågor. Kompetensutvecklingsinsatserna bör i högre grad vara delar i en helhet, anpassas till landstingets generella och långsiktiga behov och i mindre grad vara kortsiktiga och isolerade från varandra. En kompetensanalys behöver göras, lämpligen kopplat till landstingets övriga framtidsplanering, så att en strategisk plan för kompetensutveckling kan upprättas. Mycket talar för att ett ökat fokus bör läggas på träning av team och kopplas till utveckling av olika vårdprogram samt nya arbetssätt och teknologier.

Utifrån de samlade resultaten av denna granskning föreslår Kontigo att landstingsstyrelsen vidtar lämpliga åtgärder med följande inriktning och mål:

- Genomför en kompetensanalys inom hälso- och sjukvården så att de verkliga behoven inom olika verksamhetsområden kan bedömas samlat, såväl i ett kortare som i längre tidsperspektiv.
- Upprätta en strategisk plan för hur kompetensutvecklingsarbetet ska bedrivas, både internt och externt.
- Skapa en samlad statistik för kompetensutvecklingens omfattning samt redovisning av dess kostnader så att nyttan av insatserna tydligare kan jämföras med kostnaderna.
- Följ upp utvecklingen av kompetensutveckling inom sjukvården regelbundet, inklusive individuella utvecklingsplaner i medarbetarenkäten.



2017-10-23

- Var uppmärksam på de möjligheter som finns att omfördela arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper.



Uppdraget

Bakgrund

I "Revisionsplan 2017" har revisorerna i Landstinget Dalarna beskrivit 2017 års fördjupade granskningar, varav en avser kompetensutveckling för personal inom hälso- och sjukvården. Följande bakgrundsbeskrivning lämnades för den nu aktuella revisionen:

"För att kunna bedriva en hälso- och sjukvård som motsvarar kraven i hälso- och sjukvårdslagen krävs en gedigen yrkeskompetens hos all personal. En del i att vidmakthålla och utveckla personalens yrkeskompetens är kompetensutveckling".

Landstingsfullmäktige har år 2012, § 12, antagit en likabehandlingspolicy enligt vilken alla medarbetare oavsett kön eller ålder har samma möjligheter till kompetensutveckling och utbildning. Enligt de till likabehandlingspolicyn kopplade riktlinjerna ska all personal, utöver ett medarbetarsamtal, också ha en individuell kompetensutvecklingsplan. I den av landstingsfullmäktige antagna landstingsplanen för 2017 framgår också som ett uttryckligt mål att all personal ska ha en utvecklingsplan.

Som ett komplement till likabehandlingspolicyn finns också en kompetenspolicy (antagen av landstingsstyrelsen 2009). I denna framhålls att "kompetensutveckling är, ur ett arbetsgivarperspektiv inte bara önskvärd utan en nödvändig och livsavgörande fråga för en kunskapsorganisation". I policyn lämnas också exempel på olika kompetensutvecklingsinsatser som utbildning, kurser, studiebesök, studieresor, konferenser, seminarier etc. Vikten av kompetensutveckling lyfts också fram i bl.a. centrala avtal mellan arbetsmarknadens parter.

För att tillgodose delar av behoven av kompetensutveckling har landstinget dels ett internt utbud av fortbildningar av olika slag för personalen inom hälso- och sjukvården via ett kompetenscentrum dels arrangeras olika utbildningar av specialenheter i organisationen (t ex i brandskydd, arbetsmiljö etc.). Tidigare har också läkemedelsindustrin svarat för delar av hälso- och sjukvårdspersonalens behov av kompetensutveckling. Denna fortbildning har dock reglerats och reducerats. Några schablonbelopp (t. ex. per anställd, per yrkesgrupp etc.) för kompetensutveckling avsätts inte i budget.

Syfte, revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge underlag för att kunna bedöma om styrelsen på ett ändamålsenligt sätt säkerställer att all personal inom hälso- och sjukvården får den kompetensutveckling som erfordras.

Inom ramen för granskningens övergripande syfte bör denna lämna svar på bl.a. följande frågeställningar:

- Har styrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att all personal har individuella utvecklingsplaner i vilka behoven av kompetensutveckling ingår?
- Har styrelsen ändamålsenliga system och rutiner för att på aggregerad nivå dels kartlägga behoven av kompetensutveckling, dels följa upp att olika yrkeskategorier också erhåller kompetensutveckling i erforderlig utsträckning och på rimligt lika villkor enligt likabehandlingspolicyn?
- Används kompetensutveckling som ett strategiskt instrument i organisationen, t ex som en del i pågående omställningsarbete (t ex med stöd av omställningsfonden)?



- Är landstingets organisation för internt anordnad kompetensutveckling ändamålsenlig och effektiv?
- Säkerställs att resurser för kompetensutveckling fördelas på ett ändamålsenligt sätt mellan olika verksamheter och olika yrkesgrupper (t ex läkare, sjuksköterskor, vårdbiträden och fysioterapeuter etc.)?
- Har fördelningen av resurser för kompetensutveckling förändrats över tid?
- Har regleringen av den, av läkemedelsindustrin, tidigare finansierade kompetensutvecklingen kompenserats med andra former av kompetensutveckling?
- Hur förhåller sig landstingets insatser för kompetensutveckling av olika yrkesgrupper i jämförelse med motsvarande insatser i andra landsting och internationellt (i den utsträckning jämförande statistik är tillgänglig)?
- Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte.

Avgränsning

Kontigo har i samråd med uppdragsgivaren valt att avgränsa granskningen till aktuella förhållanden och har därför främst belyst situationen 2015 - 2017.



Genomförande

Revisionskriterier

Regler och intentioner uttryckta i följande dokument har utgjort revisionskriterier i denna granskning:

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), HSL.
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Patientlag (2014:821).
- Lokalt kollektivavtal angående utbildningsanställning för sjuksköterskor under specialistutbildning. Landstinget Dalarna – Vårdförbundet. Dnr LD17/01509
- Likabehandlingspolicy. Landstinget Dalarna (LF 2012, § 12).
- Kompetenspolicy. Landstinget Dalarna (LS 2009).

Vid granskning och bedömning har tillämpats lagar, föreskrifter och riktlinjer som gäller för aktuell period. I övrigt har arbetet bedrivits i enlighet med kommunallagen och SKYREV:s etiska regler, riktlinjer och vägledning vad gäller revisionsarbete, god sed etc. I granskningen har vi utgått ifrån hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor, dess bestämmelser som rör vårdens kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Projektorganisation och jävsprövning

Granskningen har genomförts av konsulterna Bo Anderson, uppdragsansvarig och certifierad yrkesrevisor, Bo Lindblom, projektledare och medicinskt sakkunnig samt Erik Cederberg, projektmedarbetare.

Särskild prövning av granskningsteamets oberoende har gjorts. Den visar att det inte finns omständigheter som kan rubba förtroendet för teamets självständighet och opartiskhet.

Metod och angreppssätt

Arbetet har fokuserat på förhållanden och uppgifter som avser de senaste två åren. När det varit uppenbart befogat, exempelvis för att bedöma trender över tid, har tidsperspektivet vidgats till en längre tidsperiod.

Granskningen har grundats dels på en genomgång av aktuella styrdokument, dels på granskning av vissa sifferuppgifter och på intervjuer. Huvuddelen av granskningen genomfördes under perioden juni-september 2017.

Granskning av styrdokument

Inledningsvis kartlades och granskades landstingsplaner, kollektivavtal och aktuella policys. Fokus i granskningen låg på hur ansvar och roller beskrivs i dessa dokument.



Intervjuer

I ett andra steg genomfördes ett antal intervjuer med ett tiotal företrädare för de olika divisionerna samt med företrädare för de största fackliga organisationerna. Dessutom inhämtades information från tre andra landsting (Västmanland, Örebro samt Gävleborg) samt sjuksköterskeförbunden i Norge och Danmark. Sammanlagt intervjuades omkring 20 personer.

Statistik

Vissa uppgifter kring medarbetares fortbildning inhämtades från landstingets personaladministrativa system Heroma. Dessa uppgifter avsåg perioden 2015 - 2017 och utbildningskostnader för olika personalkategorier. Siffrorna ger dock inte en fullständig bild eftersom ansvariga tjänstemän uppger att en ansenlig del av de interna utbildningsaktiviteterna inte registreras.

Sammanställning och analys

Revisionsfrågorna och de olika underlagen bildade utgångspunkt för en samlad analys och bedömning, som ledde fram till ett antal rekommendationer.

Rapportering

En kort avstämning med revisionschefen hölls i mitten av juni 2017, då vissa preliminära resultat redovisades. En muntlig delrapportering till revisorerna gjordes 25 september 2017, då samlade iakttagelser och preliminära bedömningar presenterades.

Samlade iakttagelser och gjorda bedömningar från de olika underlagen sammanställdes och presenterades i en preliminär rapportversion (exkl. analys och samlad bedömning), som blev föremål för sakgranskning av de som intervjuats eller lämnat skriftliga underlag. Därefter färdigställdes föreliggande rapport, som inlämnades skriftligt och presenterades muntligt för revisorskollegiet 23 oktober 2017.



Iakttagelser

Styrdokument

Författningar

Hälso- och sjukvårdslagen och Patientsäkerhetslagen (PSL) innehåller inga specifika bestämmelser om krav kring kompetens och kompetensutveckling. Däremot hänvisar PSL till att regeringen kan ge bemyndigande för myndighetsföreskrifter, vilket sedan lång tid skett genom Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS, numera HSLF-FS¹) kring legitimationskrav m.m. Kompetensfrågor inom hälso- och sjukvård är således författningsmässigt reglerade utifrån legitimationskraven för de 21 yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård som omfattas av legitimationskrav.

För de grupper som inte har legitimationskrav, exempelvis undersköterskor, definieras den formella kompetensen av respektive utbildningsbeskrivning. Däremot saknas specifik författningsreglering vad gäller hälso- och sjukvårdspersonalens fortbildning och övrig kompetensutveckling.

Landstingsplan m.m.

Enligt Landstinget Dalarnas kompetenspolicy (beslutad av LS 2009) är "*kompetensförsörjning en strategisk fråga som ska genomsyra landstingets verksamhet och bidra till att utveckla organisationen mot uppsatta mål*".

Landstingsfullmäktige beslutar varje år om landstingsplanen, som är landstingets strategiska plan och politiska styrdokument. I Landstingsplan 2014 - 17 framhålls personalpolitikens inriktning:

Engagerad, delaktig och kunnig personal är landstingets främsta resurs för att erbjuda Dalarnas befolkning högkvalitativ hälso- och sjukvård. En av landstingets största utmaningar inför framtiden är att långsiktigt säkerställa tillgången på personal med rätt kompetenser. För att klara detta mål måste landstinget vara en attraktiv arbetsgivare och erbjuda stimulerande arbetsuppgifter.

Landstingsplanen innehåller också följande formuleringar under rubriken Kompetensutveckling och kompetensförsörjning:

Den enskilt största frågan inom personalområdet fram till 2025 är kompetensförsörjningen. Samhällsförändringarna och stora pensionsavgångar i kombination med bristen på högskoleutbildade ungdom är Landstinget Dalarnas stora utmaning. Strategisk kompetensförsörjning handlar om metoder för att attrahera, rekrytera, utveckla, behålla och avveckla kompetens. I samverkan med verksamheterna behöver bemanningsstrukturen ses över. En strategi för bemanning tas fram för att klara av kommande utbudsstruktur och kompetensbehov. Trots att bemanningen beräknas minska behöver vi strategier att klara kommande pensionsavgångar. Med hjälp av kompetenskartläggning, kompetensutveckling och utbildningsinsatser.

Där framgår också att "*alla anställda ska ha en individuell utvecklingsplan*". Enligt Landstingets personalpolicy, som också framgår av landstingsplanen, framhålls att "*vidareutbildning ska löna sig oavsett vilken nivå man befinner sig på i organisationen*". I den nyligen uppdaterade

¹ Från och med 1 juli 2015 ger sju myndigheter inom området hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel och folkhälsa ut sina författningar i en gemensam författningssamling, HSLF-FS. Den nya författningssamlingen inkluderar även myndigheternas tidigare föreskrifter.



personalpolitiska handlingsplanen² är ett av målen att alla medarbetare ska ha en individuell utvecklingsplan, vilket ska följas via s.k. MU-samtal (se nedan).

I både centrala och lokala avtal mellan parterna poängteras att verksamhetsbaserad kompetensutveckling ska uppmärksammas liksom sambandet mellan denna och medarbetarens möjligheter att påverka sin egen löneutveckling.

Enligt likabehandlingspolicyn för Landstinget Dalarna (LF 2012, § 12) ska *”alla medarbetare i Landstinget Dalarna, oavsett kön eller ålder, ha samma möjligheter till kompetensutveckling och utbildning”*.

I regelverket för Hälsovalet anges: *”Vårdgivaren skall ansvara för att personalen får den fortbildning och vidareutbildning som fordras för att upprätthålla kompetensen och tillhandahålla god och säker vård”*.

I landstinget finns en *Manual för Mål- och utvecklingssamtal* (MU-samtal), som är ett obligatoriskt årligt och återkommande samtal mellan medarbetare och chef där syftet är att utveckla medarbetaren och verksamheten tillsammans utifrån verksamhetsplan och mål. Enligt manualen är målet för kompetensutveckling *”att möjliggöra utveckling och förnyelse av verksamheten utifrån dess uppdrag, att tillvarata och utveckla medarbetarnas professionella kompetens, ansvar och engagemang, att stimulera medarbetare till kontinuerlig kompetenshöjning, att skapa en positiv grund för karriärutveckling och att skapa en positiv grund för rekrytering”*.

Exempel på kompetensutvecklingsinsatser är enligt manualen:

- *”Utbildningar, kurser*
- *Olika typer av handledning t ex yrkesmässig handledning*
- *Kunskapsutbyte i olika former, t ex via nätverk*
- *Fältstudier, praktik*
- *Mentorsprogram*
- *Trainee-program*
- *Arbetsbyte, arbetsrotation, hospitering*
- *Delta i projekt-/utvecklingsarbete*
- *Studiebesök, studieresor, konferenser, seminarier”*

I dokumentet sägs vidare:

Kompetensutveckling i ekonomiska termer skall definieras även i budgeten och blir därmed en naturlig del av verksamhetsplaneringen. Kostnaderna och effekterna av kompetensutvecklingen redovisas i årsboksluten. Några relevanta nyckeltal kopplade till kompetensutveckling ska redovisas årligen i personalboks-luten. Exempel på sådana nyckeltal kan vara: kostnader för kompetensutveckling i förhållande till personalbudget, andel av personalen som har deltagit i kompetensutveckling, andel av personalen med individuell kompetensutvecklingsplan, andel genomförda kompetensutvecklingsinsatser som registrerats i HR-systemet.

I ett verkställighetsbeslut från 2015 (Dnr LD15/02119) framgår den policy som gäller för distriktsläkarna i landstingets primärvård: intern fortbildning (inom den egna organisationen) ska utgöra cirka 10 % av arbetstiden, d.v.s. i genomsnitt cirka 4 timmar per vecka. Extern fortbildning (utanför Landstinget Dalarna) ska motsvara cirka 10 dagar per läkare/år. Av detta policydokument framgår även att det är vårdgivaren/verksamhetschefen som ansvarar för att personalen får den fortbildning

² Beslut Landstingsstyrelsen 2017-02-13 (dnr LD16/03774 och LD14/00916).



och vidareutbildning som fordras för att upprätthålla kompetensen och tillhandahålla god och säker vård liksom att distriktsläkare är ansvariga för att medverka i fortbildningsaktiviteter.

Kommentar om styrdokument

Skrivningarna i dessa strategiska dokument visar att frågan har varit aktuell under en lång period och pekar på betydelsen av välfungerande kompetensutveckling för alla personalgrupper. Vi konstaterar att de centrala styrdokumenterna lyfter fram frågan på strategisk nivå och att det finns en mycket tydlig ambition att alla medarbetare ska ha individuella utvecklingsplaner.

För distriktsläkare anges omfattningen av intern respektive extern utbildning i verkställighetsbeslut, vilket förefaller ha genomslag i rådande praxis. Däremot finns inte någon motsvarande tydlig ambitionsnivå för andra personalgrupper, vare sig inom primärvården eller övriga verksamhetsområden.

Enligt manualen för MU-samtal ska kompetensutvecklingsinsatserna i ekonomiska termer definieras även i budgeten och vara en naturlig del av verksamhetsplaneringen.

Intervjuer

Primärvården

I det Medicinska rådet diskuteras behovet av ny kompetens och vilka åtgärder i form av kompetensutveckling som är angelägna. Eftersom läkarnas fortbildning under många år varit i fokus anställdes en fortbildningssamordnare för distriktsläkare 2014. Kompetensutvecklingsinsatserna består av återkommande fortbildningsträffar för läkare (två dagar vår och höst), där uppslutningen enligt uppgift är stor och där även privatvården har möjlighet att delta. I det gällande avtalet med läkare finns överenskommelser kring antalet betalda utbildningsdagar per år för anställda läkare. För läkargruppen har det anordnats ett ökat antal interna utbildningsaktiviteter kring vissa större sjukdomsgrupper, där läkemedelsbehandling ingår. Detta har i viss mån kompenserat de utbildningsaktiviteter som läkemedelsindustrin tidigare anordnade.

Motsvarande avtal finns inte med andra personalgrupper. En utbildningssamordnare för primärvården som helhet har saknats men från och med 2016 finns en gemensam samordnare för fortbildning och kompetensutveckling.

Primärvården deltar i gemensamma yrkesspecifika utbildningsdagar och temadagar som anordnas centralt, exempelvis kring nya diabetesläkemedel, om cancer, artros m.m. I dessa deltar olika yrkesgrupper från olika divisioner.

Resursmässigt utgör vidareutbildning av sjuksköterskor till distriktsköterskor den största posten. Därefter kommer kostnader för handledning och olika kurser. Konferenser står för en mindre andel av utbildningskostnaderna idag. Det finns dock behov av fler gemensamma utbildningsaktiviteter, bland annat kring hjärtsvikt och KOL.

Möjliga kompetensutvecklingsinsatser framåt skulle kunna vara en utbildning för sjuksköterskor i telefonrådgivning - med egna bedömningar och handläggning av enskilda diagnoser. Detta skulle innebära en mer självständig roll för sjuksköterskor.



Psykiatri

Division psykiatri gör en årlig inventering av behoven för att samordna utbildningar. Exempel på utbildningar är patientsäkerhet, miljöfrågor och IT. För närvarande pågår många aktiviteter kring nationella riktlinjer för missbrukarvård. Vissa sjuksköterskor har fått kompetensutveckling i form av skraddarsydd utbildning med full lön. Men även skötare och s.k. baspersonal genomgår utbildningar inom ramen för tjänsten. Psykoterapiutbildningar, som är tämligen kostsamma, är en viktig kompetenshöjande insats inom divisionen och avser främst psykologer, läkare, kuratorer och sjuksköterskor.Handledning är också en stor och viktig del för att höja kompetensen i praktiskt behandlingsarbete. Den sker ofta i grupp men motsvarar ändå en stor kostnad för divisionen som helhet. Kompetensförsörjningen styrs i hög grad med ekonomiska medel och man lockar exempelvis psykologer med utbildning inom psykoterapi.

Kirurgi

Från division kirurgi framförs att det är en stor utmaning att hålla jämna steg med den enorma kunskapsmassa som ständigt växer och förändrar synen på vad som är "best practice". ST-läkare har tydliga individuella utvecklingsplaner men bland stora grupper av övriga medarbetare är det sämre ställt med sådan planering. Bland verksamhetscheferna inom divisionen råder konsensus att resurser som avsätts för kompetensutveckling inte motsvarar behoven. För närvarande har divisionen en 20-procentig vakanssituation för sjuksköterskor, vilket försvårar möjligheterna att tillgodose behovet av kompetensutveckling. I en måttlig utsträckning pågår överföring av arbetsuppgifter mellan olika befattningshavare, exempelvis har divisionen infört att vårdnära service (icke vårdpersonal) sköter vissa uppgifter som undersköterskor tidigare haft. Syftet är att täcka bemanningsbrister hos vårdpersonal, dock utan att äventyra patientsäkerheten.

Kompetenscentrum är uppskattat inom divisionen, inte minst vad gäller träningsmöjligheter inom akutvård såsom perinatal teamomhändertagande av asfyktiska nyfödda barn eller hjärt-lungräddning m.m.

Stödet från personalavdelningen (HR) i dagsläget uppges vara mycket begränsat vad gäller kompetensutveckling. Avdelningen uppfattas från kirurgidivisionen som underdimensionerad då endast tre HR-medarbetare är direkt knutna till divisionens 20 olika verksamhetsområden och skall ombesörja HR-frågor för 2500 medarbetare. Linjecheferna inom divisionen lägger en mycket stor del av sin arbetstid på hantering av HR-relaterade frågor. Detta uppges begränsa den tid som cheferna kan ägna åt strategiska frågor och på att stimulera och leda kompetensutveckling på sina kliniker.

Medicin

Inom division medicin finns ambitionen att läkare ska ha ca 10 dagar extern utbildning per år. Specialistläkarna har ett eget ansvar att följa med den medicinska utvecklingen. ST-läkarna över-skrider ofta 10 dagar eftersom de har sina SK-kurser. AT-läkarna har intern schemalagd utbildning cirka 3 timmar per vecka. Dessutom erbjuder alla kliniker internutbildning 1 - 2 timmar i veckan för sina läkare. För sjuksköterskor uppmuntras specialistutbildning, vilket underlättats då landstinget nu tagit beslut om utbildningsanställning. Innan dess har många kliniker ordnat kortare poängkurser (7,5 - 15 högskolepoäng) tillsammans med Högskolan Dalarna. Svårigheten har varit att få högskolor att examinera specialistsköterskor inom medicinska specialiteter. Undersköterskor har framför allt intern fortutbildning, även om några av dem per år deltar i regionala utbildningsdagar. För medicinska sekreterare har vidareutbildning inom kodning prioriterats, och enstaka har genomgått extern avancerad kodningsutbildning. Kuratorer har ett ambitiöst utbildningsprogram för nytexaminerade.



Fackliga företrädare

Från fackligt håll (Kommunal, Vårdförbundet, Vision) framfördes en rad synpunkter på hur landstinget hanterar kompetensutveckling för personal inom hälso- och sjukvården. En gemensam uppfattning synes vara att den medicinska utvecklingen, liksom andra förändringar i samhället (främst digitaliseringen och medborgarnas/patienternas ökade delaktighet), medför ett behov av ökade satsningar på kompetensutveckling för personalen.

Några citat från intervjuerna:

”I ett antal år har det varit total stiltje i fråga om satsning på kompetensutveckling”

”Kompetenscentrum är en droppe i havet”.

”Idag har patienter datorn vid sängen och kan googla allt möjligt – det är en stor förändring som ställer ökade krav på våra kunskaper”.

”Individuella utvecklingsplaner finns med i kollektivavtalet, men ingen lever upp till det”.

”Vi lyfter frågan i central samverkan men inget händer därefter”.

”I besparingssyfte har pengar för utbildning tagits bort”.

Ett positivt inslag under senare tid uppges vara en bred satsning på utbildning för medicinska sekreterare inom skärpt diagnosregistrering. Från fackrepresentanterna för denna personalgrupp togs detta emot med utropet ”Äntligen!”.

Läkarförbundet Dalarna har för sin del inte besvarat vår förfrågan om intervju för denna revision. Däremot har vi noterat att förbundet på nationell nivå framfört följande:

Läkarförbundet genomför sedan år 2004 regelbundet undersökningar bland våra medlemmar om hur mycket medicinsk fortbildning de får. De senaste tre åren har antalet dagar för extern fortbildning minskat med 15 procent och sedan mitten av 2000-talet med hela 30 procent. Från nio till sex dagar. Det är långt från Läkarförbundets rekommendation att varje läkare ska kunna avsätta minst tio dagar per år för extern fortbildning. En av fyra specialläkare anger att de har en kvart eller mindre intern fortbildning i veckan och var sjätte specialläkare har ingen intern fortbildning alls, vilket är mycket oroväckande” Författarna skriver vidare: ”Arbetsgivaren tar i dag inte sitt ansvar. För att tydliggöra deras och varje läkares ansvar krävs en nationell reglering av läkares fortbildning i form av en föreskrift. Att ett sådant regelverk kommer på plats är regeringens ansvar³.

Således anser de fackliga organisationerna att kompetensutveckling för personalen är tämligen lågt prioriterad i landstinget, trots de tämligen höga ambitioner som uttrycks i de strategiska dokumenten. Enligt de flesta tillfrågade fackrepresentanter uppfattas den övergripande inriktningen som ”tomma ord”, d.v.s. vackert uttryckta målsättningar som inte har realiserats på ett tillfredsställande sätt. Endast omkring hälften av medarbetarna uppges ha en individuell utvecklingsplan.

Region Dalarna

Region Dalarnas uppgift är att ansvara för, samordna och effektivisera det regionala utvecklingsarbetet i Dalarna. Arbetet inom verksamhetsområdet Hälsa och välfärd sker i ett antal regionala utvecklingsgrupper med deltagare från länets kommuner, landstinget och Högskolan Dalarna. Utbildningarna har främst rört psykisk ohälsa hos äldre, demensvård, palliativ vård samt personcentrerat arbetssätt och ökad delaktighet för brukare och närstående.

³ DN Debatt 25 juni 2017.



Andra landsting

Landstinget Västmanland ser kompetensväxling som "en fråga långt ut i näringskedjan", och det finns inget strategiskt beslut för landstinget som helhet. Mestadels styrs kompetensutvecklingen av specifika behov ute i verksamheterna (cirka 80 procent). Landstinget arbetar dock på att ta fram en regional strategi för kompetensutveckling. *Lärcentrum* kan arrangera utbildningar på uppdrag (lärandemiljöer är viktigaste metoden) och Mälardalens högskola är samverkanspart. Företrädare för HR-funktionen beskriver en "balansgång" mellan individens intresse, enheternas lokala behov och landstingets övergripande behov.

Region Örebro län arbetar med ett gemensamt dokument kring villkor för vidareutbildning inom hälso- och sjukvården. Man använder begreppet *kompetensväxling*, som innebär arbetsplatsförlagt lärande för att flytta arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Alla anställda ska ha en individuell utvecklingsplan, vilket verkar fungera i praktiken. Detta mäts i medarbetarenkäter, vika talar för att medarbetarna får sin utvecklingsplan tillgodosedd. En viktig komponent är KTC, Kliniskt Träningssentrum, där man kan lära ut olika arbetsmoment i simulerad vårdmiljö. FoU-enheten kan göra universitetsutbildningar vid behov, exempelvis Master i laboratoriemedicin. Regionen vill bli bättre på e-learning, exempelvis inom sjukvårdssekretess.

I *Region Gävleborg* finns en regel i de lokala samverkansavtalen om att minst fem arbetsdagar per år kan ägnas åt någon form av kompetensutveckling:

Medarbetare i Region Gävleborg ska ges möjlighet till personlig och yrkesmässig utveckling utifrån sitt uppdrag. Kompetensutveckling diskuteras vid utvecklingssamtalen och ska dokumenteras i en individuell kompetensutvecklingsplan. Varje medarbetare ska ha möjlighet till utvecklingsåtgärder motsvarande minst fem dagar per år. Utvecklingsåtgärder kan exempelvis vara kurser, konferenser, studiebesök, praktik-tjänstgöring, projektuppdrag, arbetsutvidgning och arbetsrotation. För att få ett lärande i arbetet måste hänsyn tas till såväl medarbetarnas behov av utveckling som till verksamhetens krav.

Enligt uppgift utnyttjas denna möjlighet endast i begränsad omfattning av många medarbetare men enligt fackliga företrädare är det en viktig signal om att det finns konkreta möjligheter att kunna höja sin kompetens inom sitt yrke med hänvisning till denna målsättning.

Grannländer

För att få en uppfattning om situationen i fråga om kompetensutveckling i de nordiska grannländerna inhämtades information via intervjuer med företrädare för sjuksköterskeorganisationer i Norge och Danmark samt uppgifter på webbplatser.

I Norge, där kompetensutveckling kallas facklig uppdatering, är ansvaret delat mellan arbetsgivare och den anställde och beskrivs i avtalen som "en skyldighet". Det är mindre vanligt att sjuksköterskor har avsatt tid i schemat för kompetensutveckling utan som regel får man använda fridagar till det eller "jobba in" tiden genom extra arbetspass. Det finns inga tillförlitliga data kring antal utbildningsdagar per år eller annan jämförande statistik. Från fackligt håll hoppas man att certifiering av vissa arbetsuppgifter kan vara ett sätt att göra vissa typer av utbildningar högre prioriterade men generellt sett är facklig uppdatering lågt prioriterad. Däremot har på senare tid möjligheten ökat att få genomgå vidareutbildning med lön (genom s.k. utbildningstjänster), särskilt för sjuksköterskor anställda inom sjukhusen. För sjuksköterskor i den kommunala vården beskrivs denna möjlighet som klart sämre. Där är också bemanningsproblemen mer uttalade.

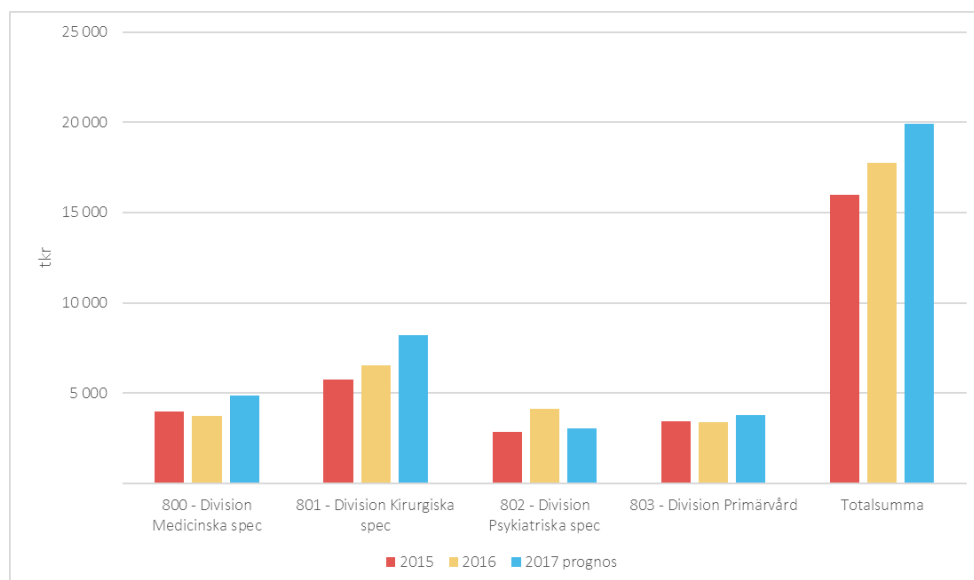
I Danmark har det under senare år förts en intensiv debatt om att avskaffa de krav på årlig produktivitetssökning inom sjukvården som gällt under ett antal år. Från fackligt håll har man menat att detta medfört felaktiga incitament som i praktiken gått ut över kompetensutveckling och kvalitetsarbete. Enligt *Dansk Sygeplejeråd* har det gjorts framsteg i fråga om fortbildning genom att fler medlemmar numera får sin vidareutbildning betald av arbetsgivaren andelen sjuksköterskor som



genomgått vidareutbildning har ökat markant under de senaste 20 åren. Men det finns inga generella avtal angående löpande kompetensutveckling för sjuksköterskor. Däremot finns i läkarnas avtal inskrivet en viss omfattning av extern kompetensutveckling. Enligt en undersökning som gjorts bland medlemmarna har de danska sjuksköterskorna i genomsnitt cirka 6 utbildningsdagar per år och tre av fem har deltagit i någon form av heldagsutbildning under senaste året.⁴

Statistikuppgifter

Kostnader för utbildning bokförs på respektive division i det personaladministrativa systemet Heroma. Den samlade utbildningskostnaden inom hälso- och sjukvården för 2016 var cirka 20 miljoner kr. Enligt Heroma var utbildningskostnaderna 2016 drygt 10 procent högre än 2015 och prognosen för 2017 pekar på en liknande kostnadsökning för innevarande år (figur 1). Den största och tydligaste kostnadsökningen återfinns inom den kirurgiska divisionen. Det ska dock observeras att detta endast avser utbildningskostnader som registrerats och att intern utbildning/fortbildning vanligen inte bokförs i systemet. Dessutom ingår inte kostnader för resor och traktamenten. Således är landstingets totala kostnader för utbildning i realiteten betydligt högre än vad som redovisas här.

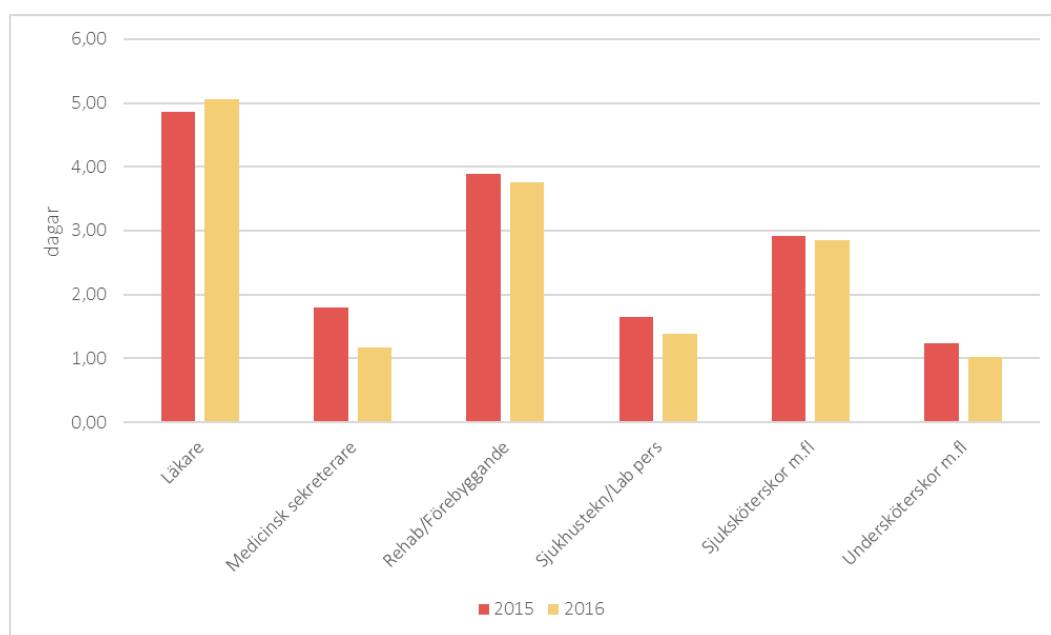


Figur 1. Kostnader (tkr) under kontot "Utbildning" i det personaladministrativa systemet Heroma 2015, 2016 samt prognos för helåret 2017 (baserat på utfall t.o.m. augusti 2017). Samtliga personalgrupper.

Förutom de beskrivna skillnaderna mellan divisionerna finns tämligen stora skillnader mellan olika grupper av hälso- och sjukvårdspersonal. Inom den kirurgiska divisionen har gruppen läkare högst antal utbildningsdagar, följt av rehabiliteringspersonal (fysioterapeuter bl.a.). Det lägsta antalet utbildningsdagar har gruppen undersköterskor och medicinska sekreterare (figur 2).

⁴ Eksternt notat: Videreuddannelse blandt sygeplejersker 2015. DSR, december 2015.





Figur 2. Antal utbildningsdagar per medarbetare och år registrerade i Heroma 2015 resp. 2016 och uppdelat på sex olika personalgrupper inom division kirurgi

Övriga underlag

Regeringen har uttryckt en oro för brist på kompetens inom vården, bland annat i fråga om specialistutbildade sjuksköterskor, och om kompetensen används på rätt sätt. Regeringen har nyligen gett ett uppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) att tillsammans analysera och föreslå hur samverkansarenor mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas. I uppdraget ligger även att säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården. Slutrapportering av uppdraget ska ske senast 31 augusti 2019. I juni presenterade UKÄ en studie som visar att varannan sjuksköterska läser vidare till specialistsjuksköterska eller barnmorska förhållandevis snart efter sin examen. Dock har antalet specialistsjuksköterskor minskat med nästan 7 500 personer mellan 1995 och 2014.

Regeringen har slutit en förnyad överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om statligt stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården genom den så kallade Professionsmiljarden (Överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården⁵). Nytt för 2017 års överenskommelse är att 300 miljoner kronor öronmärks för att ge möjlighet till specialistutbildning av sjuksköterskor. Medlen ska göra det möjligt för medarbetare att kombinera studier med arbete genom utbildningsanställningar och olika former av utbildningsförmåner som till exempel delvis eller full lön under studierna. Denna form av specialistutbildning ska stimuleras inom områden där de nationella behoven är stora som inom till exempel psykiatri, vård av äldre eller inom operation. Överenskommelsen omfattar sammanlagt 976 miljoner kronor för 2017. Landstinget Dalarna har från dessa medel erhållit 27 - 28 miljoner kronor per år 2016 och 2017.

⁵ Överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården 2017 - En professionsmiljard. Socialdepartementet, Dnr S2017/00378/FS.



2017-10-23

Dessa exempel indikerar att kompetensfrågor inom vården seglat upp som en av de viktigaste vårdpolitiska frågorna på nationell nivå.



Analys och slutsatser

Hälsa- och sjukvården är en utpräglad kunskapsorganisation, där nya insikter och forskningsrön medför återkommande förändringar i vårdprogram och i praktiska rutiner. Denna ständiga anpassning av handläggningssätt utgör en självklar del av vården och innebär att personalens kompetens hela tiden utvecklas och förnyas. Det mesta av denna utveckling sker utifrån varje individs yrkesroll och formella kompetens, förvärvad genom respektive grundutbildning. Denna definieras utifrån legitimationen för de 21 yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård som omfattas av legitimationskrav. För de grupper som inte har legitimationskrav, exempelvis undersköterskor, definieras den formella kompetensen av respektive utbildningsbeskrivning. Denna distinktion mellan grupper som omfattas av legitimationskrav och de som inte har detta krav är en viktig utgångspunkt i bedömningen av kompetensfrågor. Den formella kompetensen kan ses som ett ramverk, som ställer minimikrav (exempelvis i form av krav på förmåga att självständigt kunna utföra vissa uppgifter) men som också sätter gränser för vad som ingår i arbetsuppgifterna (exempelvis är läkemedelsförskrivning genom författningar begränsad till vissa yrkesgrupper). Vissa undersökningar tyder dock på att hälso- och sjukvårdspersonalen uppfattar att arbetsfördelningen mellan olika grupper är mer regelstyrd än vad den i verkligheten är. Det innebär att arbetsgivaren har större utrymme än vad många tror att förändra arbetssätt och omfördela uppgifter till olika grupper på ett friare sätt. Flera landsting gör idag försök att fördela arbetsuppgifter bredare, exempelvis att sjuksköterska eller fysioterapeut gör en första bedömning vid nybesök i primärvården, för att därmed öka tillgänglighet och effektivitet.

Utvecklingen av hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens sker alltså inom vissa ramar och villkor men det finns likväl ett stort mått av handlingsutrymme för både individen själv och för arbetsgivaren att utveckla både individuella förmågor och att anpassa arbetsprocesserna i syfte att erbjuda en god vård, d.v.s. som är säker, kunskapsbaserad, individanpassad, tillgänglig, jämlik och effektiv. En sådan utveckling ställer dock krav på förnyelse och på strukturerad kompetensutveckling.

Vår granskning av kompetensutveckling inom Landstinget Dalarna visar en splittrad bild: det finns definitivt positiva delar, exempelvis att vikten av kompetensutveckling och individuella utvecklingsplaner lyfts fram i landstingsplanen. Dessutom har satsningar nyligen gjorts på kompetensutveckling för sjuksköterskor och medicinska sekreterare, vilket finansierats med de statliga medel som tilldelats landstinget inom den s.k. professionsmiljarden. Det finns dock mycket som pekar på att denna fråga under en period haft låg prioritet inom landstingsledningen, trots de ganska offensiva formuleringarna i landstingsplaner. Det finns ingen samlad bild av behoven i ett framtidsperspektiv och insatserna verkar som regel vara styrda av lokala, individuella och tillfälliga behov, d.v.s. kompetensutvecklingsinsatserna är mestadels av ad hoc -karaktär. Vi ser brister i uppföljningen och konstaterar att det är svårt att erhålla en bild av den totala omfattningen av kompetensutvecklingsaktiviteterna och av de sammanlagda kostnaderna.

Utifrån ovanstående resonemang har vi kommit till slutsatsen att de nuvarande förhållandena inte är tillfredsställande och föreslår åtgärder för ett mer övergripande och långsiktigt synsätt på dessa frågor. Kompetensutveckling bör i högre grad kopplas till kompetensförsörjning. Insatserna bör anpassas till landstingets generella och långsiktiga behov av kompetens och i mindre grad vara kortsiktiga och isolerade från varandra. En kompetensanalys behöver göras, lämpligen kopplat till landstingets övriga framtidsplanering, så att en strategisk plan kan upprättas. Mycket talar för att ett ökat fokus bör läggas på träning av team och kopplas till utveckling av olika vårdprogram. Landstinget bör också i högre grad uppmärksamma de möjligheter som finns att omfördela arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper.



Samlad bedömning och svar på revisionsfrågor

Utifrån de underlag vi tagit del av och ovanstående överväganden har vi kommit fram till att landstingsstyrelsen inte på ett ändamålsenligt sätt säkerställer att all personal inom hälso- och sjukvården får den kompetensutveckling som erfordras.

Inom ramen för granskningens övergripande syfte skulle lämna svar på ett antal frågeställningar. Nedan följer granskningens svar på dessa särskilda frågor:

- Har styrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att all personal har individuella utvecklingsplaner i vilka behoven av kompetensutveckling ingår?

Vår bedömning: Landstingsstyrelsen har i landstingsplanen angivit en tydlig färdriktning i fråga om personalens kompetensutveckling och individuella utvecklingsplaner, där kompetensutveckling ingår, för samtliga medarbetare. Men eftersom dessa ambitioner inte följts upp på ett systematiskt sätt har styrelsen enligt vår mening inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att all personal har individuella utvecklingsplaner.

- Har styrelsen ändamålsenliga system och rutiner för att på aggregerad nivå dels kartlägga behoven av kompetensutveckling, dels följa upp att olika yrkeskategorier också erhåller kompetensutveckling i erforderlig utsträckning och på rimligt lika villkor enligt likabehandlingspolicyn?

Vår bedömning: Landstingsstyrelsen har inte rutiner och system för att kartlägga behoven av kompetensutveckling, framförallt inte långsiktigt. Enligt likabehandlingspolicyn finns en klar inriktning på att kompetensutvecklingen ska avse alla personalgrupper men i praktiken lever landstinget inte upp till den policyn. Enligt de flesta fackliga företrädare är den övergripande inriktningen endast "tomma ord". Statistiken visar att det finns stora skillnader mellan yrkesgrupperna och mönstren är desamma inom alla divisioner.

- Används kompetensutveckling som ett strategiskt instrument i organisationen, t ex som en del i pågående omställningsarbete (t ex med stöd av omställningsfonden)?

Vår bedömning: Det finns vissa tecken på att kompetensutveckling börjar tillmätas större betydelse på ledningsnivå och enligt uppgift har åtgärder nyligen vidtagits i syfte att använda medel ur omställningsfonden för detta ändamål.

- Är landstingets organisation för internt anordnad kompetensutveckling ändamålsenlig och effektiv?

Vår bedömning: Landstinget anordnar en mycket stor andel av sin fortbildning internt, inte minst inom Kompetenscentrum. Dessa utbildningar har genomgående fått goda vitsord från de kliniska verksamheterna och som helhet förefaller dessa aktiviteter vara efterfrågade, effektiva och väl-fungerande i övrigt.

- Säkerställs att resurser för kompetensutveckling fördelas på ett ändamålsenligt sätt mellan olika verksamheter och olika yrkesgrupper (t ex läkare, sjuksköterskor, vårdbiträden och sjukgymnaster) etc.?

Vår bedömning: Det saknas en övergripande analys av kompetensutvecklingsbehov och därför går det inte att besvara om fördelningen är ändamålsenlig, vare sig mellan yrkesgrupper eller mellan olika verksamheter.

- Har fördelningen av resurser för kompetensutveckling förändrats över tid?

Vår bedömning: Enligt uppgift har landstinget på central nivå strukit resurser för kompetensutveckling i budgetsammanhang, vilket av flera uppfattats som en signal till verksamheterna att minska resurserna för, och omfattningen av, kompetensutveckling för personalen. De data som finns från det personaladministrativa systemet talar för att insatserna ökar över tid men att det finns



stora skillnader, dels mellan de olika divisionerna och mellan olika yrkesgrupper. Landstingen redovisar kostnaderna på olika sätt, varför jämförelser av detta slag är förknippade med stora svårigheter. Det saknas således underlag för att på ett mer precist sätt beskriva hur resurserna förändrats över tid.

- Har regleringen av den av läkemedelsindustrin tidigare finansierade kompetensutvecklingen kompenserats med andra former av kompetensutveckling?

Vår bedömning: För läkargruppen har det anordnats ett ökat antal interna utbildningsaktiviteter kring vissa större sjukdomsgrupper, där läkemedelsbehandling ingår. Detta har i viss mån kompenserat den utbildning som industrin tidigare anordnade.

- Hur förhåller sig landstingets insatser för kompetensutveckling av olika yrkesgrupper i jämförelse med motsvarande insatser i andra landsting och internationellt (i den utsträckning jämförande statistik är tillgänglig)?

Vår bedömning: Landstingen har inte en samlad statistik för alla kostnader och för alla former av kompetensutveckling vilket försvårar jämförelser och det saknas möjlighet att jämföra de nordiska länderna i termer av nyckeltal för kompetensutvecklingstid. Vissa landsting, exempelvis Gävleborg, har tydligare angivelse av normer för antal utbildningsdagar per anställd även om dessa inte uppnås i praktiken. Situationen i Dalarna förefaller ha vissa likheter med förhållanden i Norge, där det skett framsteg i fråga om vidareutbildning till specialistsjuksköterska medan kompetensutveckling i övrigt har en tämligen låg prioritet. I varken Norge eller Danmark finns några nationella normer för antalet utbildningsdagar per medarbetare.

Utifrån de samlade resultaten av denna granskning föreslår Kontigo att landstingsstyrelsen vidtar lämpliga åtgärder med följande inriktning och mål:

- Genomför en kompetensanalys inom hälso- och sjukvården så att de verkliga behoven inom olika verksamhetsområden kan bedömas samlat, såväl i ett kortare som i längre tidsperspektiv.
- Upprätta en strategisk plan för hur kompetensutvecklingsarbetet ska bedrivas, både internt och externt.
- Skapa en samlad statistik för kompetensutvecklingens omfattning samt redovisning av dess kostnader så att nyttan av insatserna tydligare kan jämföras med kostnaderna.
- Följ upp utvecklingen av kompetensutveckling inom sjukvården regelbundet, inklusive individuella utvecklingsplaner i medarbetarenkäten.
- Var uppmärksam på de möjligheter som finns att omfördela arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper.



Referenser

1. Heidi Stensmyren, Sofia Rydgren Stale, Carl Johan Furst och Karin Fransson: Kraftigt minskad fortbildning hot mot patientsäkerheten. DN Debatt 24 juni 2017.
2. Överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården 2017 - En professionsmiljard. Socialdepartementet, Dnr S2017/00378/FS.
3. Ökad kvalitet och stärkt kompetensförsörjning inom äldreomsorgen.
<http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/09/okad-kvalitet-och-starkt-kompetensforsorjning-inom-aldreomsorgen/>
4. Granskning av landstingets arbete med kompetensförsörjning. Landstinget Västernorrland, Revisionsrapport 2014.
5. Region Gävleborg. Samverkansavtal.
6. <https://www.nsf.no/videreutdanning>
7. Danmark: Eksternt notat Videreuddannelse blandt sygeplejersker 2015. DSR, december 2015.



Bilagor

Bilaga 1. Granskade dokument inom landstinget Dalarna

Landstingsplan 2014–17. LD 13/01195 12.

Personalpolitisk handlingsplan 2017. Dnr LD16/03774 och LD14/00916.

Policy likabehandling. Landstingsfullmäktige 2012, § 12.

Manual Mål-och utvecklingssamtal. Landstinget Dalarna Dnr LD14/01623.

Lokalt avtal om utbildningsanställning för sjuksköterskor under specialistutbildning LD17/01509.

