



EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS KOMMISSION

Bryssel den
KOM(2008) 725

GRÖNBOK

Den europeiska arbetskraften inom vården

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

GRÖNBOK Den europeiska arbetskraften inom vården	1
1. INLEDNING.....	3
2. Avsikten med grönboken	4
3. RÄTTSLIG RAM OCH GRUND FÖR INSATSER PÅ EU-NIVÅ.....	5
4. Faktorer som påverkar EU-arbetskraften inom vården och de viktigaste frågorna som måste tas upp.....	6
4.1. Demografi och främjandet av långsiktig tillgång till arbetskraft inom vården.....	6
4.2. Kapacitet inom folkhälsan	7
4.3. Utbildning	8
4.4. Att hantera rörlighet för vårdpersonalen inom EU	9
4.5. Global migration av arbetskraften inom hälso- och sjukvård.....	10
4.6. Uppgifter till stöd för beslutsfattande	12
5. Effekterna av ny teknik: att göra vårdpersonalen mer effektiv.....	13
6. Egenföretagare inom vården	14
7. Sammanhållningspolitiken.....	14
8. Samråd	15

Att främja långsiktig tillgång till arbetskraft inom vården i Europa

1. INLEDNING

EU:s hälso- och sjukvårdssystem har den svåra uppgiften att förena dels den ökande efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster med det begränsade utbudet, dels nödvändigheten att tillgodose människors behov i hälsofrågor på lokal nivå med kravet att samtidigt ha en beredskap för stora kriser inom folkhälsan.

Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa står inför ett antal utmaningar:

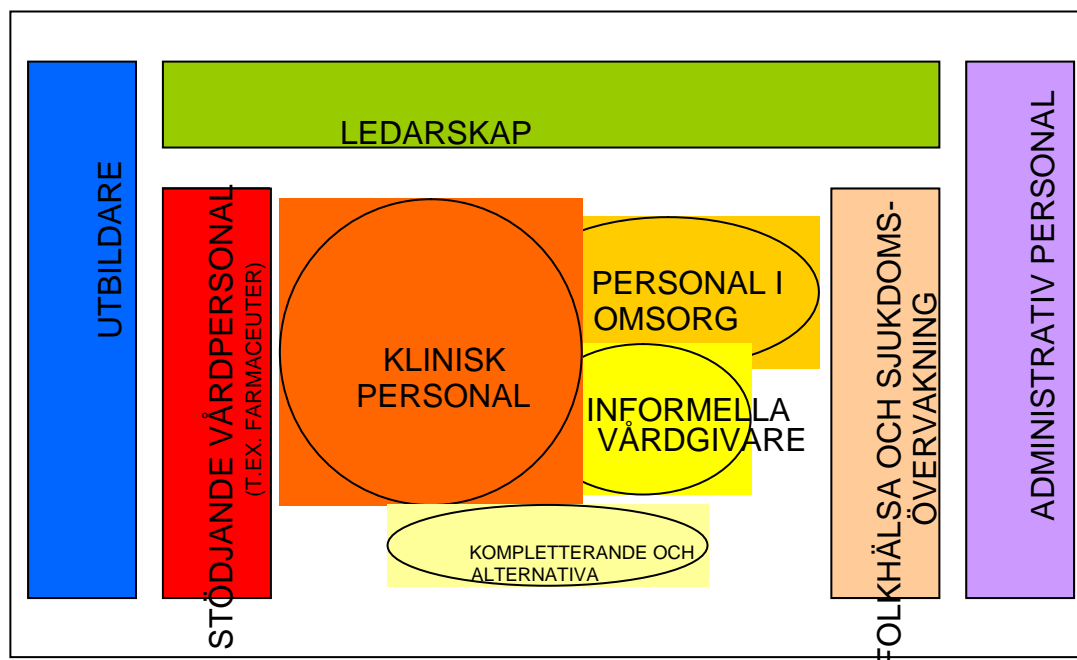
- Beslutsfattare och hälso- och sjukvårdsmyndigheter måste anpassa sina hälso- och sjukvårdssystem till en åldrande befolkning. Mellan 2008 och 2060 förväntas befolkningen i EU:s 27 medlemsstater i åldern 65 och uppåt öka med 66,9 miljoner och de ”mycket gamla” (80 år och uppåt) kommer att vara det snabbast ökande befolkningssegmentet¹.
- Ny teknik har möjliggjort en bredare och bättre hälso- och sjukvård när det gäller diagnos, förebyggande och behandling, men detta måste man betala för och personalen måste utbildas i användningen av denna nya utrustning.
- Det finns nya och återuppväckta hot mot hälsan, till exempel smittsamma sjukdomar.
- Allt detta leder till ständigt ökande hälso- och sjukvårdsutgifter och kan till och med göra hälso- och sjukvårdssystemens ohållbara i vissa länder.

För att möta dessa utmaningar på bästa sätt måste hälso- och sjukvårdssystemen ha en effektiv arbetskraft av högsta kvalitet, eftersom hälso- och sjukvårdstjänster är extremt arbetskraftsintensiva. Hälso- och sjukvården utgör en av de största sektorerna i EU:s ekonomi eftersom den sysselsätter en tiondel av EU:s arbetskraft, och ungefär 70 % av hälso- och sjukvårdens budget går till löner och andra avgifter som är direkt kopplade till sysselsättning inom hälso- och sjukvård².

¹ Eurostats befolkningsprognoser EUROPOP2008, konvergensscenario baserat på år 2008.

² Dubois C, Mc Kee M, Nolte E (2006), *Human Resources for Health in Europe*, Open University Press, England.

Figur 1: Arbetskraften inom vården



2. AVSIKTEN MED GRÖNBOKEN

I Europeiska kommissionens hälso- och sjukvårdsstrategi som antogs i oktober 2007 och som offentliggjordes i vitboken "Tillsammans för hälsa" föreslås en ny strategi för att EU ska göra allt som står i dess makt för att ta itu med sådana utmaningar som hot mot hälsan, pandemier, bördan av livsstilsrelaterade sjukdomar, ojämlig fördelning och klimatförändring i ett utvidgat EU med 27 medlemsstater. Syftet med strategin är att verka för god hälsa i ett åldrande Europa genom att främja god hälsa under hela livet, skydda medborgarna från hot mot hälsan och stödja dynamiska hälso- och sjukvårdssystem och ny teknik.

Syftet med grönboken är att göra de frågor som gäller EU:s arbetskraft inom vården synligare, att ge en klarare bild av huruvida ledningspersonal inom hälso- och sjukvårdssektorn på lokal och nationell nivå står inför samma utmaningar, och tillhandahålla ett bättre underlag för överväganden om vad som kan göras på EU-nivå för att ta itu med dessa problem på ett effektivt sätt utan att det skadar hälso- och sjukvårdssystemen utanför EU.

Grönboken syftar till att så noggrant som möjligt beskriva de gemensamma utmaningar som gäller EU:s arbetskraft inom vården, nämligen demografi (åldrande befolkning i allmänhet och åldrande arbetskraft inom vården), vilket innebär att det inte finns tillräckligt många unga människor i systemen för att ersätta dem som går i pension, stora variationer inom arbetskraften, låg attraktivitet i jobben inom vård och folkhälsa för nya generationer, vårdpersonalens in- och utvandring till och ut ur EU, den ojämna rörligheten inom EU, i synnerhet viss vårdpersonal som flyttar från fattigare till rikare EU-länder samt kompetensflykt inom hälso- och sjukvård från länder utanför EU.

Det andra syftet med grönboken är att hjälpa till att fastställa var kommissionen tror att man kan göra ytterligare insatser och starta en debatt om detta.

3. RÄTTSLIG RAM OCH GRUND FÖR INSATSER PÅ EU-NIVÅ

I artikel 152 i EG-fördraget fastställs att ”när gemenskapen handlar på folkhälsoområdet skall den fullt ut respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård”. Enligt artikeln ska dock också gemenskapen skall samarbete mellan medlemsstaterna på de områden som avses i artikeln och samordning av deras politik och program.

Gemenskapens insatser är således avsedda att komplettera nationella åtgärder. Huvudansvaret för organisation och tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster vilar på medlemsstaterna, men EU har en viktig uppgift när det gäller att stödja medlemsstaterna och tillföra mervärde, till exempel genom nätverk och spridning av goda lösningar.

Dessutom finns det i EG-fördraget och i sekundärrätten bestämmelser som medlemsstaterna måste efterleva när de organiserar sin hälso- och sjukvårdssektor.

I sekundärlagstiftningen finns bl.a. EG:s arbetsrättsliga direktiv som arbetstidsdirektivet med gränser för största tillåtna arbetstid och minimal dygnsvila och veckovila till skydd för arbetstagarnas hälsa och säkerhet. I direktivet föreskrivs gemensamma minimikrav för alla medlemsstater, men varje medlemsstat får om den vill fritt tillämpa regler som är mer förmånliga för skydd av arbetstagare.

Domstolens beslut om jourtid och kompensationsledighet väcker viktiga frågor för vård- och omsorgstjänsterna³. Kommissionen har redan lagt fram lagstiftningsförslag⁴ där man söker finna en jämvikt i dessa frågor, som för närvarande diskuteras i rådet och Europaparlamentet⁵.

³ Genom att fastställa att jourtid på måste betraktas som arbetstid för vårdpersonal under förutsättning att den behöver stanna kvar på arbetsplatsen, även om personalen vilar, har domstolen kommit fram till att exempelvis läkare arbetar mer än 48 timmar i veckan i de flesta medlemsstaterna. För att anpassa sig till detta beslut skulle vissa medlemsstater behöva göra stora rekryteringsinsatser vilket inte alltid är möjligt.

⁴ KOM(2004) 607 (förslag om ändring av direktiv 2003/88/EG); KOM(2005) 246 (ändrat förslag med beaktande av Europaparlamentets åsikter).

⁵ Rådets gemensamma ståndpunkt, 15 september 2008; meddelande från kommissionen till Europaparlamentet om den gemensamma ståndpunkten, KOM(2008) 568.

4. FAKTORER SOM PÅVERKAR EU-ARBETSKRAFTEN INOM VÅRDEN OCH DE VIKTIGASTE FRÅGORNA SOM MÅSTE TAS UPP

4.1. Demografi och främjandet av långsiktig tillgång till arbetskraft inom vården

Medborgarna lever längre och har bättre hälsa. Den förväntade livslängden har stigit stadigt sedan 1950-talet med cirka 2,5 år per decennium och förväntas öka ytterligare.

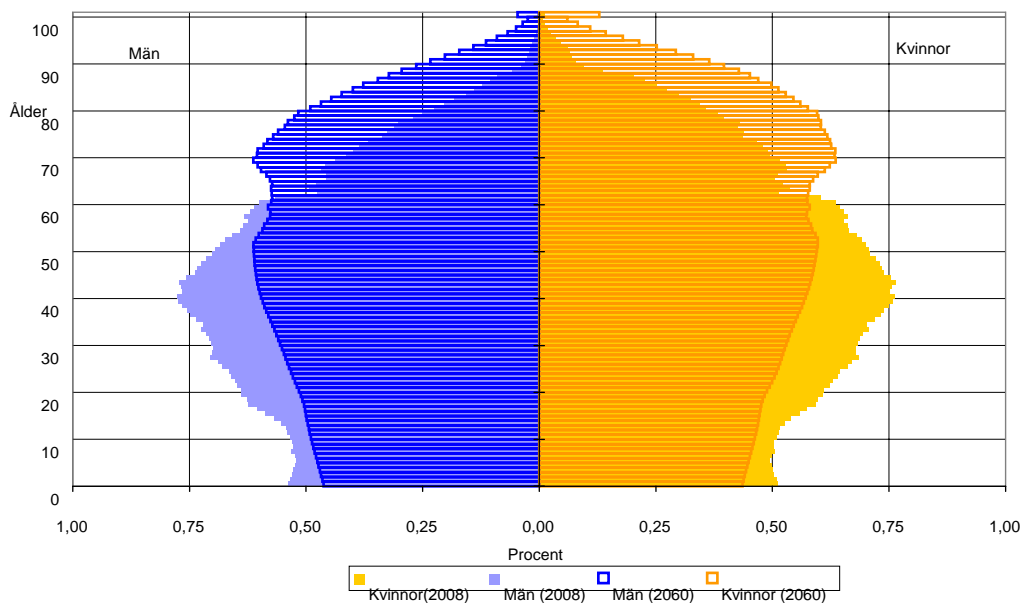


Diagram 2: Befolkningsprognos 2008–2060

Det är avgörande att den befolkning som åldras behåller en god hälsa. De friska levnadsåren måste vara så många som möjligt. Men allt eftersom människor lever längre förväntas det finnas allt fler äldre människor med allvarliga hälsoproblem som behöver långtidsvård⁶. Eftersom äldre människor ofta har kroniska besvär i flera former kommer detta att ha följder för tillhandahållandet av vård. Dessutom kommer efterfrågan på formell vård troligen att öka eftersom informell vård sannolikt blir allt mindre tillgänglig, till exempel till följd av ändrade familjestrukturer.

I takt med befolkningens åldrande åldras även arbetskraften. Mellan 1995 och 2000 sjönk antalet läkare under 45 år i hela Europa med 20 %, medan antalet läkare äldre än 45 år gick upp med mer än 50 %. Genomsnittsåldern stiger även för sjuksköterskor: i fem medlemsstater är nästan hälften av sjuksköterskorna över 45 år⁷. Då denna personal närmar sig pensionsåldern behövs det tillräckligt många yngre personer som kan ersätta dem.

Kvinnors andel av arbetskraften inom hälso- och sjukvård har alltid varit stor och håller på att öka. Kvinnorna står för cirka tre fjärdedelar av arbetskraften inom den sektorn i EU och i so mliga medlemsstater är antagningen kvinnor till medicinstudier

⁶ OECD: Trends in Severe Disability among Elderly People DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

⁷ WHO Observatory Policy series 2006.

över 50 %.⁸ Därför är det särskilt viktigt att strategierna för mänskliga resurser främjar jämställdhetsåtgärder.

I färdplanen för jämställdhet 2006-2010⁹ anges en rad insatser för att uppnå samma möjligheter till ekonomiskt oberoende och verka för en jämn könsfördelning i beslutsfattandet för kvinnor och män, och man föreslår åtgärder för att skapa bättre möjligheter att förena arbetsliv, privatliv och familjeliv.

Det avgörande för att behålla en tillräcklig arbetsstyrka, med tanke på att baby boom-generationen snart går i pension, är att utbilda, rekrytera och behålla unga yrkesverksamma och samtidigt investera i arbetskraften som uppnått mogen ålder.

Faktorer som påverkar och möjligheter till insatser:

- Bedöma nivåerna på utgifter för vårdpersonalen.
- Ge vårdpersonalen bättre arbetsförhållanden, samt höja motivation och arbetsmoral.
- Överväga att genomföra rekryterings- och utbildningskampanjer, särskilt för att utnyttja den ökande andelen yrkesverksamma personer över 55 år och dem som inte längre har familjeplikter.
- Förlägga inrättningar för hantering av kroniska sjukdomar och långvarig vård närmare hemmet eller i närmiljön.
- Se till att den tillgängliga vårdpersonalen används på ett mer effektivt sätt.
- Överväga att genomföra ”tillbaka till jobbet”-kampanjer för att locka tillbaka personer som lämnat vårdsektorn.
- Främja större social och etnisk mångfald i rekryteringen.
- Upplysa skolelever om det breda urval av yrken som finns inom vårdsektorn.

4.2. Kapacitet inom folkhälsan

Folkhälsans uppgift består av en rad olika insatser för att skydda och förbättra allmänhetens hälsa, ta itu med ojämlikhet i samband med hälso- och sjukvård och möta mindre gynnade och sårbara gruppers behov. I uppgifterna ingår bedömningar av hälsobehov och hälsokonsekvenser för planering av tjänster, förebyggande av sjukdomar, till exempel via kampanjer för vaccinering och förebyggande undersökningar, hälsofrämjande och hälsoupplýsning, säkerställande av blodförsörjningen, epidemiologisk övervakning samt planering inför och reaktioner på hälsohot som utgörs av utbrott av smittsamma sjukdomar, pandemier och naturkatastrofer eller katastrofer orsakade av människan, bl.a. på grund av klimatförändringen.

Främjande av hälsa och förebyggande av sjukdomar är inte bara viktiga i sig själva, utan kan avsevärt minska den framtida efterfrågan på behandling och vård. Arbetskraften inom folkhälsan i hela EU måste ha de rätta färdigheterna och

⁸ WHO Observatory Policies series 2006.

⁹ KOM (2006) 92.

tillräcklig kapacitet för att effektivt utföra denna verksamhet, och detta måste tas med i utbildnings- och rekryteringsplanerna.

Hälsa på arbetsplatsen kommer att kräva särskild uppmärksamhet eftersom frågor om hälsa och säkerhet på arbetsplatsen är viktiga faktorer för folkhälsa i allmänhet. Man måste fortsätta att arbeta med sådana frågor som olyckor i arbetet, men det finns även nya aspekter som förändringar i arbetsrytmen, ny teknik i arbetet, jämvikt mellan arbete och privatliv, arbetsrörlighet och arbetsrelaterad stress, som alla kräver att man särskilt uppmärksammar hälsa på arbetsplatsen som en betydelsefull faktor för god folkhälsa. Den nyligen antagna strategin för säkerhet och hälsa i arbetet 2007–2012 (KOM (2007) 62) innehåller en rad ambitiösa mål som EU:s medlemsstater enades om att godta och stödja. Huruvida dessa mål uppnås beror dock till stor del på tillgången på nödvändig specialiserad vårdpersonal som läkare och sjuksköterskor specialiserade inom yrkesmedicin samt yrkesinspektörer.

Faktorer som påverkar och möjligheter till insatser:

- Förstärka kapaciteten för förebyggande undersökningar, hälsofrämjande och förebyggande av sjukdomar.
- Samla in bättre uppgifter om faktiska och potentiella hälsobehov hos befolkningen för att planera den framtida utvecklingen av arbetskraften inom folkhälsa.
- Främja vetenskapliga utbildningar i skolorna genom att betona möjligheter inom mindre kända folkhälsoyrken (biologer, epidemiologer osv.).
- Göra Europeiska arbetsmiljöbyrån mera synlig i medlemsstaterna genom att informera om den direkt på arbetsplatserna.
- Främja arbete inom yrkesmedicin och ge incitament till läkare att ansluta sig till den kåren.

4.3. Utbildning

Utbildningskapaciteten är också en fråga som måste tas med i arbetskraftsplaneringen. Om det behövs fler läkare, sjuksköterskor och annan personal, måste det skapas fler platser på universitet och andra utbildningsanstalter, och det behövs fler lärare för de utbildningarna. Detta innebär både planering och investering.

Medlemsstaterna måste bedöma vad det är för slags specialister som kommer att behövas, med beaktande av att vårdbehandlingar förändras i och med ny teknik, effekterna av den åldrande befolkningen på sjukdomsmönstret och flera kroniska problem hos vårdtagarna. Ett särskilt problem är att tilltagande resor och mer rörlighet också ökat risken för spridning av sjukdomar som hittills varit vanligare i tropiska länder. Detta ställer nya krav på utbildning av klinisk personal och av personer som arbetar med övervakning av smittsamma sjukdomar.

Faktorer som påverkar och möjligheter till insatser:

- Se till att utbildningar utformas för att ta hänsyn till funktionshindrades särskilda behov (de bör få vård av samma kvalitet som personer utan funktionshinder och få de särskilda hälsotjänster de behöver¹⁰).
- Fokusera på fortbildning av vårdpersonal. Uppdatering av yrkesfärdigheter förbättrar hälsoresultat och leder till ökad patientsäkerhet.
- Ta fram utbildningar för att uppmuntra arbetstagare i mogen ålder att börja jobba igen.
- Tillhandahålla ledarutbildning för vårdpersonal.
- Främja samarbete mellan medlemsstaterna i hantering av begränsade antal platser för vårdpersonal och hjälpa dem bli mer flexibla.
- Ge möjlighet till språkutbildning för att bidra till rörligheten.
- Inrätta en EU-mekanism, t.ex. ett observationsorgan för vårdpersonal, som bistår medlemsstaterna med planering av framtida arbetskraftskapacitet, utbildningsbehov och införande av ny teknik.

4.4. Att hantera rörlighet för vårdpersonalen inom EU

Fri rörlighet för personer är en av de grundläggande friheterna som EG-rätten garanterar. Fri rörlighet för arbetstagare fastställs i artikel 39 i EG-fördraget och utvecklas vidare i förordning 1612/68¹¹ där det föreskrivs att EU-medborgare har rätt att arbeta i en annan medlemsstat som arbetstagare eller offentliga tjänstemän. Etableringsfriheten fastställs i artikel 43 i EG-fördraget, dvs. rätten att arbeta som egenföretagare i en annan medlemsstat. I artikel 49 i EG-fördraget fastställs rätten till fritt tillhandahållande av tjänster. Genom förordning 1408/71 och dess tillämpningsförordning 574/72¹² samordnas de olika systemen för social trygghet för att underlätta denna grundläggande rätt till fri rörlighet. EU-medborgare har också rätt att studera i andra medlemsstater på samma villkor som den medlemsstatens egna medborgare.

I direktiv 2005/36/EG regleras erkännandet av yrkeskvalifikationer för att underlätta etablering i en annan medlemsstat eller tillhandahållande av gränsöverskridande tjänster i en annan medlemsstat än etableringsmedlemsstaten. Genom direktivet infördes också kravet att de behöriga myndigheterna i värd- och ursprungsmedlemsstaten utbyter information om disciplinära åtgärder eller straffrättsliga påföljder som vidtagits eller andra allvarliga och specifika

¹⁰ Enligt artikel 35 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionshinder, som undertecknats av alla medlemsstater och Europeiska gemenskapen.

¹¹ Rådets förordning (EEG) nr 1612/68 av den 15 oktober 1968 om arbetskraftens fria rörlighet inom gemenskapen.

¹² Rådets förordning (EG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjer flyttar inom gemenskapen; rådets förordning (EEG) nr 574/72 av den 21 mars om tillämpningen av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda eller deras familjer flyttar inom gemenskapen.

omständigheter. Vid sidan av lagstiftningen har vissa initiativ i samband med rörlighet för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård också tagits av yrkesorganisationer, till exempel initiativet *Health Professionals Crossing Borders* och pilotinitiativet med yrkeskort som båda syftar till att förbättra tillträde till information om disciplinförseelser. Dessa initiativs utveckling måste övervakas.

Arbetstagarnas och studenternas fria rörlighet bidrar till att vårdpersonalen beger sig dit där den behövs mest. Men den flyttar av olika skäl: för att få bättre karriär- och utbildningsmöjligheter eller bättre löner och arbetsförhållanden. Rörlighet kan därför påverka skillnaderna – både positivt och negativt – i och mellan länderna. Därför kan vissa medlemsstater vara ovilliga att riskera investeringar i mer vårdpersonal om få av dem stannar kvar och investeringen ger låg avkastning.

Sättet att angripa effekterna av ökad rörlighet är inte att införa juridiska begränsningar till fri rörlighet för studenter och arbetstagare, utan snarare att ta itu med dessa frågor via lämpliga åtgärder och på ett samordnat sätt med EU-myndigheter och andra medlemsstater. Arbetskraftens ökade rörlighet kan därför kräva att ledningen för arbetskraften på lokal eller nationell nivå ser över hur lämpliga deras åtgärder för rekrytering och personalutveckling är.

Medborgarna har också rätt till hälso- och sjukvård i andra medlemsstater: Det föreslagna direktivet för gränsöverskridande vård syftar till att säkerställa tillämpningen av gemensamma principer för gränsöverskridande vård i EU. En del av direktivet går ut på att förverkliga potentialen i europeiskt samarbete på områden där detta är lämpligt, bl.a. i gränsregioner, genom europeiska referensnätverk med specialiserade centrum, via det europeiska nätverket för bedömning av medicinteknik eller via e-hälsa.

Faktorer som påverkar och möjligheter till insatser:

- Främja bilateral avtal mellan medlemsstaterna för att utnyttja eventuella överskott på läkare och sjuksköterskor.
- Investera i utbildning och rekrytering av tillräcklig vårdpersonal för att det ska finna självförsörjning på EU-nivå.
- Uppmuntra till gränsöverskridande avtal om utbildning och personalutbyte, vilket kan bidra till att hantera utflödet av vårdpersonal, alltmedan gemenskapsrätten efterlevs.
- Främja ”cirkulär” personalrörlighet (dvs. att personalen flyttar till ett annat land för att få utbildning eller erfarenhet och sedan återvänder hem med nya kunskaper och färdigheter).
- Inrätta ett EU-omfattande forum där ledningspersonal kan utbyta erfarenheter.

4.5. Global migration av arbetskraften inom hälso- och sjukvård

Bristen på arbetskraft inom vården är global men problemet är mest akut i Afrika söder om Sahara där omfattningen nått en kritisk nivå¹³. Bristen förvärras genom ökad efterfrågan och tävlande om läkare och sjuksköterskor i alla industriländer.

¹³ Kritisk brist på arbetskraft inom vården råder i 57 länder, varav 36 i Afrika.

Insatser på hälsoområdet inom EU har också viktiga konsekvenser för EU:s utrikes- och biståndspolitik. Om EU inte vidtar lämpliga åtgärder för att utbilda och behålla ett tillräckligt antal av sin egen vårdpersonal kommer inte migrationens negativa effekter på hälso- och sjukvårdssystemen i utvecklingsländerna att minska¹⁴.

EU:s strategi för att åtgärda bristen på personal inom hälsosektorn i utvecklingsländerna¹⁵ som antogs i december 2005, och handlingsprogrammet för att avhjälpa den akuta bristen på hälso- och sjukvårdpersonal i utvecklingsländer (2007–2013)¹⁶ som antogs ett år senare, bekräftar att EU har ett ansvar att vidta åtgärder för att uppnå sitt eget mål att tillhandahålla vård av hög kvalitet utan att detta drabbar länder utanför EU.

EU håller på att utarbeta en gemensam invandringspolitik¹⁷ som inbegriper ett tillvägagångssätt för att undvika att andra länders utveckling undergrävs genom bl.a. ökad kompetensflykt, och i stället främja cirkulär migration. Detta ingår i ”den övergripande strategin för migration”¹⁸. Dessutom utarbetade kommissionen under 2007 ett förslag till direktiv för att underlätta inresa och vistelse av högkvalificerade migranter i EU¹⁹. I det förslaget finns det en klausul där man särskilt fordrar etisk rekrytering i sektorer som vårdsektorn som lider av personalbrist.

Under det senaste årtiondet har man tagit fram etiska regler för rekrytering i syfte att minska den negativa effekten av migrationsflödena på sårbara hälso- och sjukvårdssystem i utvecklingsländerna. Storbritannien har en *Code of Practice for International recruitment*²⁰, medan Norge²¹ och Nederländerna²² båda har utfärdat arbetskraftsstrategier som inbegriper en etisk rekryteringspolicy genom att ange gränser för aktiv statlig rekrytering eller genom att främja rekrytering via bilaterala avtal. På EU-nivå antog 2008 kommittén för den europeiska sociala dialogen inom sjukhussektorn, bestående av HOSPEEM och EPSU i egenskap av arbetsmarkandsparter på europeisk nivå, en gemensam uppförandekod och uppföljning av etiska förfaranden för att rekrytera och behålla personal över gränserna i sjukhussektorn²³, i syftet att främja etiska förfaranden och stoppa oetiska sådana vid gränsöverskridande rekrytering av vårdpersonal.

EU har förbundit sig att utarbeta en uppförandekod för etisk rekrytering av yrkesverksamma inom vården från icke EU-länder och vidta andra åtgärder för att minimera de negativa och maximera de positiva effekterna på utvecklingsländerna till följd av invandringen av vårdpersonal till EU²⁴. Behovet att följa upp dessa

¹⁴ Det är inte bara personer i utvecklingsländerna som emigrerar, eftersom det även finns läkare och sjuksköterskor som lämnar EU för att arbeta i exempelvis USA, Kanada, Australien och Nya Zeeland.

¹⁵ KOM (2005) 642.

¹⁶ KOM (2006) 870.

¹⁷ Se KOM (2008) 359 om ”En gemensam invandringspolitik för Europa: principer, åtgärder och verktyg”.

¹⁸ Se KOM (2006) 735 och KOM (2007) 247.

¹⁹ KOM (2007) 637. Samtidigt antogs ett förslag (KOM (2007) 638) till direktiv om ett enda ansökningsförfarande för ett kombinerat tillstånd och om en gemensam uppsättning rättigheter för arbetstagare från tredjeländ som lagligen vistas och arbetar i en medlemsstat.

²⁰ www.nhsemployers.org

²¹ Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity, 2007.

²² ”Working on Care” action plan 2007.

²³ www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU-

²⁴ Europaparlamentet: EU:s strategi för att åtgärda bristen på personal inom hälsosektorn i utvecklingsländerna, och KOM(2006)870: meddelande från kommissionen till Europaparlamentet och

åtaganden med konkreta resultat upprepas i framstegsrapporten om genomförandet av handlingsprogrammet som antogs i september 2008²⁵.

Faktorer som påverkar och möjligheter till insatser:

- Införa en rad principer som vägledning för rekryteringen av vårdpersonal från utvecklingsländerna och införa övervakningsmetoder.
- Stödja Världshälsoorganisationen i arbetet med en global uppförandekod för etisk rekrytering.
- Främja bilaterala och multilaterala avtal med utsändande länder och utarbeta mekanismer för att stödja cirkulär migration²⁶.

4.6. Uppgifter till stöd för beslutsfattande

Alla ovan beskrivna frågor utgör utmaningar för dem som planerar, tillhandahåller och förvaltar hälso- och sjukvårdssystem. Situationen försvåras eftersom det saknas aktuella och jämförbara uppgifter, till exempel om antalet personer som är sysselsatta eller utbildar sig inom vården, deras specialiseringar, geografiska fördelning, ålder, kön och ursprungsland. Eftersom brister i en del av Europa kan få konsekvenser på annat håll är information som omfattar hela Europa viktig för planeringen och tillhandahållandet av vårdtjänster för alla hälso- och sjukvårdsmyndigheter i hela EU.

I en rapport från 2006 för Världshälsoorganisationen²⁷, som omfattar fem fallstudier av länderna Estland, Tyskland, Litauen, Polen och Storbritannien, konstaterades det att inget av de fem länderna kunde ge exakt och fullständig information om det internationella flödet av vårdpersonal. Det vanligaste måttet på flöden kommer från intyg som utfärdas till behöriga myndigheter. Detta ger en övergripande årlig uppfattning om antalet yrkesverksamma som överväger att flytta till ett annat land, men alla flyttar inte i själva verket, medan andra kan ansöka om att flytta mer än en gång. Till exempel anges det i rapporten för Estland att bara 182 läkare faktiskt emigrerade av de 344 som ansökte om intyg.

Europeiska kommissionen samlar in uppgifter om beslut om erkännande av kvalifikationer som täcks av erkännandesystem för olika sektorer. Uppgifterna sammanfattas på nedanstående webbplats:

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm

Uppgifterna visar flyttning till eller avsikten att utöva yrket i en annan medlemsstat. Men eftersom det inte finns några uppgifter om personen i fråga faktiskt fått en tjänst i en annan medlemsstat, flyttat vidare till ett land utanför EU eller flyttat hem kan

rådet. Ett europeiskt handlingsprogram för att avhjälpa den akuta bristen på hälso- och sjukvårdpersonal i utvecklingsländer (2007–2013).

²⁵ SEK (2008) 2476.

²⁶ Med cirkulär migration menas att personal flyttar till ett annat land för att fortbilda sig eller få erfarenhet och sedan återvänder till hemlandet med nya kunskaper och färdigheter. Attraktiva incitament kan ta formen av en överenskommen karriärbana så att personen återvänder till en tjänst och en lön som motsvarar den nya erfarenheten.

²⁷ Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications Buchan J, Perfilieva G.

dessa uppgifter bara användas som ett indirekt mått i brist på mer utförlig information.

Andra uppgifter som Eurostat samlat in om antalet personer inom vårddyrken bygger på det som olika medlemsstater samlar in. Dessa uppgifter finns på:

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

Dessutom pågår nu ett OECD-projekt som EU stöder och som rör migration av läkare och sjuksköterskor inom OECD och det dåvarande EU med 25 medlemsstater; det finns planer på att utvidga projektet till att omfatta andra vårddyrken. Projektet kommer att tillhandahålla nyttig information, men det kan inte garantera att uppgifterna är helt jämförbara eftersom registreringsförfarandena och de centrala uppgiftsinsamlingarna skiljer sig åt i de olika medlemsstaterna.

Det europeiska migrationsnätverket²⁸ företog en undersökning av hanterad migration inom vårdsektorn i november 2006 med elva av sina nationella kontaktpunkter. Man fann att uppgifterna särskilt om vårdpersonal i EU som är medborgare i ett tredjeland, var begränsade och ofta uppsplittrade mellan ett antal källor, till och med inom samma medlemsstat.

Faktorer som påverkar och möjligheter till insatser:

- Harmonisera eller standardisera indikatorer om vårdpersonal
- Inrätta system för övervakning av flöden av vårdpersonal
- Se till att uppgifter om vårdpersonal är tillgängliga och jämförbara, särskilt för att fastställa den exakta rörligheten för vissa grupper inom vårdsektorn.

5. EFFEKTERNA AV NY TEKNIK: ATT GÖRA VÅRDPERSONALEN MER EFFEKTIV

Framsteg inom hälso- och sjukvård beror på vetenskapliga och tekniska framsteg. Ny teknik påverkar det som kan åstadkommas och hur vården organiseras och tillhandahålls. Tack vare ny teknik kan vårdpersonalen numera lättare dela med sig av information och samarbeta bättre, vilket förbättrar vården allmänt sett. För vissa sjukdomar och patienter kan tekniken möjliggöra att huvuddelen av vården flyttas från sjukhusen och till närmiljö och primärvård, till och med till patienternas hem, vilket kan förbättra livskvaliteten och bidra till en bättre resursanvändning.

På kort sikt kan ny teknik som telemedicin ge bättre täckning för vård i glesbygd eller där det råder brist på vårdpersonal. Till exempel finns det inom EU områden där telemedicin möjliggör diagnostisering på distans, och diagnostisering på distans av mammografiresultat förbättrar patientservice.

Införandet av ny teknik kräver att vårdpersonalen får den fortbildning den behöver, och om nödvändigt omskolas för att kunna använda den. Dessutom blir det också nödvändigt att vårdpersonalen accepterar användningen av den, eftersom den ibland kan gå emot etablerade arbetsmetoder och strukturer. I kommissionens meddelande om telemedicin till gagn för patienter, hälso- och sjukvårdssystem och samhället föreslås en europeisk ram för att angripa somliga av dessa utmaningar.

²⁸ <http://emn.sarenet.es/>

Faktorer som påverkar och möjligheter till insatser:

- Se till att det finns lämplig utbildning för att vårdpersonalen utnyttjar ny teknik på bästa sätt.
- Uppmuntra användning av ny informationsteknik.
- Se till att ny informationsteknik är driftskompatibel.
- Säkerställa bättre fördelning av ny teknik inom hela EU.

6. EGENFÖRETAGARE INOM VÅRDEN

En del vårdyrken, till exempel läkare, psykologer, tandläkare, fotvårdsspecialister, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, arbetar som egenföretagare med egna mottagningar eller medicinska centrum och anställer egen personal. Kommissionens åtgärder för att förbättra företagarmiljön i Europa och stödja och uppmuntra företagandet har inverkan på denna verksamhet. Nyligen offentliggjordes ett meddelande från kommissionen med titeln ”Små och medelstora företag är nyckeln till tillväxt och sysselsättning”. En granskning efter halva tiden av den moderna politiken för små och medelstora företag (4 oktober 2007) bekräftar vikten av dessa företags bidrag till målen i Lissabonstrategin, dvs. ekonomisk tillväxt och fler och bättre jobb. Sådana företagare kan bidra till att stärka den europeiska tillväxten och fungera som drivkraft för innovation, lokal utveckling, utbildning och sysselsättning samt hjälpa till att förbättra tillgången till vård.

”Small Business Act” är en väsentlig del av EU:s strategi för tillväxt och sysselsättning (kommissionens meddelande ”Tänk småskaligt först En ”Small Business Act” för Europa”, KOM (2008) 394). I den ingår en rad gemensamma principer som vägledning för politiken för små och medelstora företag samt förslag till insatser för att omsätta principerna i praktiken. Meddelandet är inriktat på främjande av företagande och förankring av ”Tänk småskaligt först”-principen i politiskt beslutsfattande och stöd till tillväxten av små och medelstora företag.

Faktorer som påverkar och möjligheter till insatser:

- Uppmuntra fler företagare till att komma in i vårdsektorn för att förbättra planeringen av vård och skapa nya arbetstillfällen
- Undersöka hindren mot företagande i vårdsektorn

7. SAMMANHÅLLNINGSPOLITIKEN

Utvecklingen av EU:s vårdarbetskraft är också kopplad till sammanhållningspolitiken. Enligt den gällande rättsliga ramen kan strukturfonderna användas till utveckling av vårdpersonal. Gemenskapens strategiska riktlinjer för sammanhållning, där man fastställer prioriteringarna för strukturfonderna 2007-2013, innehåller ett avsnitt med målet att ”hjälpa till att behålla en frisk arbetskraft”. I förordningen om Europeiska socialfonden av juli 2006 (Förordning 1081/2006) anges längre arbetsliv och ”bättre hälsa” bland ESF:s prioriteringar. I det sammanhanget planerar vissa medlemsstater (särskilt de nya) att använda strukturfonderna till stora investeringar i utbildning av vårdpersonal. Dessutom kommer Europeiska regionala

utvecklingsfonden att investera cirka 5,2 miljarder euro i vårdinfrastruktur. En effektiv användning av strukturfonderna för att förbättra vårdpersonalens färdigheter och kunskaper och utveckla vårdinfrastrukturen kan bidra till bättre arbetsförhållanden och förbättra kvaliteten på vårdtjänster, och på så sätt minska hälsoklyftan och stärka sammanhållningen i och mellan medlemsstaterna.

Faktorer som påverkar och möjligheter till insatser:

- Använda strukturfonderna mer för att utbilda och omskola vårdpersonal.
- Använda strukturfonderna bättre för att utveckla vårdpersonalen.
- Öka användningen av strukturfonderna till infrastruktur för förbättrade arbetsförhållanden

8. SAMRÅD

Europeiska kommissionen uppmanar alla intresserade organisationer att lämna in synpunkter på frågorna i denna grönbok senast den 31 mars 2009, helst till adressen SANCO-health-workforce@ec.europa.eu

eller till följande adress:

Europeiska kommissionen, BE-1049 Bryssel, Belgien

Om inget annat sägs utgår kommissionens tjänstemän från att de som lämnar synpunkter godtar att svaren, helt eller delvis, läggs ut på kommissionens webbplats eller citeras i rapporter om resultatet av samrådet.