



Hur hanterar svenska regioner bäst sina bemanningsbehov?

Whitepaper

Juni 2025



Innehåll

Förord	3
Kort om Sirona	4
1. Inledning: Vårdens utmaningar och bemanningsfrågan	4
2. När och varför uppstår behov av extra resurser?	6
2.1 Långvariga resursbehov	6
2.2 Kortvariga resursbehov	6
3. Hur påverkas verksamheten av resursbrist?	7
3.1 Resursbrist leder till färre vårdplatser och ökade patientsäkerhetsrisker	8
3.2 Resursbrist leder till färre planerade operationer och ökade kostnader	8
4. Hur hanterar regionerna resursbrist?	9
4.1 Övertid som kortsiktig lösning men med risker för långsiktig hållbarhet	9
4.2 Satsningar på egen personal och begränsad inhyrning	9
4.3 Användning av bemanningsföretag vid kortsiktiga och långsiktiga resursbehov	10
4.4 Interna resurspooler som komplement till rekrytering och extern bemanning	10
5. Resultat: jämförelser mellan resurspooler och bemanningsföretag	10
5.1 Förutsättningar för patientsäker vård	11
5.2 Bemanningens påverkan på verksamhetsutveckling och kontinuitet	11
5.3 Kostnadsanalys avseende timkostnaden för sjuksköterskor	11
6. Diskussion: bemanningslösningar ur ett systemperspektiv	13



Förord

I en tid då svensk sjukvård står inför historiska utmaningar har kompetensförsörjningen blivit världens viktigaste fråga. Bemanningsbranschen har hamnat i fokus för debatten, trots att den 2023 endast sysselsatte cirka 1 procent av yrkesverksamma läkare och 2–3 procent av sjuksköterskor¹.

Denna rapport syftar till att nyansera debatten genom att anlägga ett bredare systemperspektiv på bemanningsfrågan, med särskilt fokus på sjuksköterskor. Rapporten analyserar vilka konsekvenser som bristande bemanning får, hur variation i vårdbehov och tillsvidareanställd personal skapar behov av temporära bemanningslösningar, hur tre svenska regioner valt att organisera sig för att möta bemanningsbehovet samt hur olika regioners bemanningsmodeller står sig kostnadsmässigt jämfört med nationella privata alternativ. Avslutningsvis vägs de olika lösningarna för att lösa bemanningsutmaningarna mot varandra ur ett nationellt perspektiv; vad händer med vårdköer och jämlik vård?

Analyserna bygger på kvantitativa data från SKR, Socialstyrelsen, Ekonomistyrningsverket och SCB, kombinerat med litteraturstudier, offentliga rapporter och verksamhetsintervjuer.

Vår förhoppning är att detta dokument ska fungera som ett kunskapsunderlag för beslutsfattare på regional och nationell nivå, och bidra till en mer nyanserad och konstruktiv diskussion om hur vi tillsammans kan skapa långsiktigt hållbara bemanningslösningar för svensk sjukvård oavsett om dessa lösningar finns i egen regi eller genom samverkan med privata aktörer.

Denna rapport har delvis finansierats av Kompetensföretagen men Sirona har haft full redaktionell självständighet i arbetet med rapportens innehåll, analyser och slutsatser. Rapporten är därmed inte avsedd att främja privata bemanningslösningar. Bedömningarna bygger på oberoende offentlig statistik, intervjuer med verksamhetsföreträdare samt sakligt grundade analyser utan några på förhand givna utgångspunkter. Målsättningen har varit att ge en nyanserad och balanserad bild, där såväl fördelar som nackdelar med olika bemanningsmodeller belyses ur ett systemperspektiv.

Sirona

April 2025

¹ Socialstyrelsen, "[Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal](#)", 2023.



Kort om Sirona

Sirona är ett oberoende konsultföretag med spetskompetens inom livsvetenskaperna (life science) och hälso- och sjukvård. Sedan 2010 har organisationen stöttat myndigheter, regioner och vårdgivare med analyser, strategier och verksamhetsutveckling kopplade till styrning, kompetensförsörjning och resursanvändning.

1. Inledning: Vårdens utmaningar och bemanningsfrågan

I Sverige utförs hälso- och sjukvården i regionernas egen regi och av privata utförare, där regionerna bär huvudansvaret för vården². Vården bedrivs på olika nivåer. Sjukhusvård som ges dygnet runt där patienten läggs in kallas slutenvård. Den mest avancerade vården har tidigare främst skett inom slutenvården, men i dag görs alltmer inom den specialiserade öppenvården där patienten kan gå hem samma dag. Här ingår dagkirurgi och många läkarbesök. Primärvården ger allmän vård på exempelvis vårdcentraler och är för många den första kontakten med sjukvården. Det finns privata utförare som tillhandahåller vård både på sjukhus och på vårdcentraler.

Sveriges hälso- och sjukvård är skattefinansierad och dess kostnader uppgick 2023 till cirka 11 procent av bruttonationalprodukten (BNP), motsvarande cirka 700 miljarder kronor. Regionerna svarar för omkring 470 miljarder kronor av dessa kostnader³.

I internationella jämförelser uppvisar Sverige medicinska resultat i världsklass med få dödsfall i behandlingsbara sjukdomar. Enligt Kunskapsverkets rapport "Hur mår vården?" ligger vårdens främsta utmaningar i stället i produktivitet, tillgänglighet och kontinuitet. Trots att regionernas sjukvårdskostnader per invånare, justerat för inflationen, ökade med 18 procent under 2010–2022, ökade antalet vårdkontakter per invånare endast med 2 procent. Denna diskrepans mellan ekonomiska tillskott och producerad vård återspeglas i växande vårdköer, där det exempelvis beskrivs att 29 procent fler står i kö för nybesök i specialistvården jämfört med 2012 (befolkningsjusterat). Slutsatsen som dras i rapporten är att ökade medel inte har löst sjukvårdens problemen med köer och tillgänglighet; vilket talar för att budgetfördelningen, det vill säga vad vi använder vårdens pengar till, har brister⁴.

Vad är regionens viktigaste utgifter? Svaret är personal, som utgör cirka hälften av regionens kostnader. Den största yrkeskategorin inom regionerna är sjuksköterskor, följt av undersköterskor och läkare. Under perioden 2010–2023 har personalsammansättningen förändrats markant: antalet läkare ökade med 20 procent och undersköterskor med 12 procent, medan antalet sjuksköterskor minskade med 6 procent⁴.

Minskningen av regionanställda sjuksköterskor kan förklaras av flera faktorer, däribland omfördelning till kommunal och privat sektor där lönenivåerna ofta är högre. Enligt statistik från SCB tjänar grundutbildade sjuksköterskor i genomsnitt 36 900 kr per månad i regionerna, jämfört med 40 500 kr i kommunal sektor och 47 000 kr i privat sektor⁵. Personalrörligheten är påtaglig, mellan 2020 och 2022

² Kunskapsverket, "Hur mår vården?", 2025.

³ SCB, [Hälsoräkenskaper 2023](#) (hämtad 2025-04-10).

⁴ SKR, *Regionanställd personal*, 2023. SCB (Befolkningsstatistik), 2023.

⁵ SCB (Genomsnittlig månadslön efter näringsgren (SNI)).



minskade andelen sjuksköterskor inom regionerna med 4 procentenheter, medan den ökade med 3 procentenheter hos privata vårdgivare⁶.

Vid sidan om lön har arbetsmiljöfaktorer som med hög arbetsbelastning, begränsade möjligheter till återhämtning och brist på karriärvägar bidragit till att sjuksköterskor lämnar den regionala vården. Dessa förhållanden har bidragit till att vissa sjuksköterskor väljer att i stället arbeta hos privata bemanningsföretag där de har större flexibilitet och möjlighet att påverka sin arbetssituation liksom högre ersättning⁶. Under perioden ökade andelen grundutbildade sjuksköterskor som arbetar inom bemanning från 3 till 5 procent, dvs. en ökning med 2 procentenheter⁶.

Hyrpersonal har under åren blivit en etablerad lösning för att hantera tillfälliga bemanningsbehov och säkerställa vårdens tillgänglighet. Genom att snabbt täcka upp vid personalbrist, sjukfrånvaro eller rekryteringssvårigheter bidrar bemanningslösningar till att upprätthålla vårdens tillgänglighet, särskilt i geografiska områden dit fast personal kan vara svår att rekrytera. Samtidigt har extern bemanning kritiserats för höga kostnader och bristande kontinuitet. SKR initierade 2016 projektet "Oberoende av hyrpersonal" med målet att regionerna skulle avveckla beroendet av hyrpersonal senast januari 2019. Målen nåddes aldrig, men efter gemensamma förhandlingar genomförde samtliga 21 regioner en nationell upphandling av extern bemanningspersonal. Syftet var framför allt att pressa priserna på marknaden men med avtalet infördes även ett karenskrav som innebär att personal via ett bemanningsföretag inte får offereras till en region där de varit anställda, som fast anställd, visstidsanställd eller timanställd, under de senaste 12 månaderna^{7, 8}.

Sveriges hälso- och sjukvård står inför en komplex utmaning där en ökande efterfrågan av vård behöver hanteras av färre, givet den demografiska utvecklingen. Den ökande efterfrågan av vård drivs både av att antalet äldre, särskilt de över 80 år, förväntas öka kommande år och att medicintekniska framsteg och nya läkemedel kommer att möjliggöra behandlingar för fler åkommor än tidigare. Samtidigt som andelen äldre ökar så minskar andelen invånare i arbetsför ålder. Det innebär att färre yrkesverksamma undersköterskor och sjuksköterskor ska vårda fler som dessutom har ökade behov än tidigare. Brist på utbildad personal utgör redan idag en av vårdens största utmaningar. Särskilt allvarig är bristen på undersköterskor och sjuksköterskor (grundutbildade och specialister), där många regioner har svårt att rekrytera och bemanna verksamheter med rätt kompetens. Särskilt oroande är att sjuksköterskeutbildningen tappar en stor andel studenter. Av de som antas till utbildningen fullföljer endast 74 procent sina studier, trots ett växande behov av legitimerade sjuksköterskor i hela landet⁹. Data från Nationella vårdkompetensrådet visar vidare att endast 78 procent av yrkesutbildade sjuksköterskor arbetar inom vård- och omsorg där en viktig orsak är bristande arbetsförhållanden¹⁰. Efterfrågan bedöms överstiga tillgången i stora delar av landet framöver, se Figur 1. Detta skapar en mer utmanande utgångspunkt, där behovet av extra personal blir alltmer frekvent¹¹.

⁶ HEROES (SCB, Socialstyrelsen, UKÄ), "[Sjuksköterskors arbetsmarknadsrörelser år 2020–2022](#)", 2024.

⁷ Vårdfokus, "[Regionerna pressar priset på hyrsjuksköterskor](#)", 2022.

⁸ Västra Götalandsregionen, "[Samordnad upphandling av hyrpersonal inom hälso- och sjukvård för Sveriges regioner](#)", 2025.

⁹ Riksrevisionen, "[Lärosätenas arbete mot avhopp från bristyrkesutbildningar](#)", 2025.

¹⁰ Nationella vårdkompetensrådet, "[Förslag till en nationell plan för hälso-och sjukvårdens kompetensförsörjning](#)", 2024

¹¹ SCB, "[Trender och Prognoser 2023](#)", 2024.



	Tillgång	Efterfrågan	Slutsats
Läkare 	För läkare beräknas en tillgångsökning på ungefär 30 procent	Efterfrågan på läkare förväntas öka med 20-25 procent	Stora regionala skillnader i framtiden; detta förväntas leda till fortsatt brist
Sjuksköterska 	För hela sjuksköterskegruppen beräknas tillgången att öka med 10 procent	Efterfrågan på sjuksköterskeutbildade förväntas öka med 15 procent och för specialistsjuksköterskor 25 procent	Dagens brist kommer förvärras då efterfrågan överstiger tillgången; i framtiden innebär det en brist eller stor brist
Undersköterska 	För vård-och omsorgsutbildade förväntas tillgången att minska med ungefär 10 procent	Efterfrågan på vård-och omsorgsutbildade förväntas öka med 45 procent	Tillgången minskar samtidigt som efterfrågan ökar, detta leder till en stor brist
Nuvarande personalbrist kommer förvärras – det kommer <i>inte</i> att gå att köpa sig runt personalbristen			

Figur 1. Nationell kompetensförsörjning 2040. Källa: SCB, Sirona analys

Flera regioner har utvecklat interna resurspooler som komplement till extern bemanning, med fast anställd personal som kan rotera mellan olika verksamheter. Ett urval av dessa beskrivs i kapitel 5.

Syftet med denna rapport är att analysera och jämföra de olika lösningar som idag används för att hantera bemanningsproblematik. Först behöver vi dock förstå vilka olika typer av bemanningsproblem som finns och varför de uppstår.

2. När och varför uppstår behov av extra resurser?

Behovet av extra resurser i vården uppstår när det är obalans mellan personalens tillgänglighet och det faktiska vårdbehovet. Obalansen kan bero på både planerbara faktorer som minskad tillgång till personal under semestrar eller ökade behov i samband med riktade vårdinsatser, och oförutsägbara faktorer som sjukdom eller plötsliga belastningstoppar. Enligt SKR uppgår den totala sjukfrånvarotiden i landet bland personal anställda inom region till i cirka 16 dagar per anställd, per år¹².

Även vårdbehovet varierar över tid, till exempel vid influensasäsonger eller haka. Tillsammans skapar dessa variationer behov av både korta och längre bemanningsinsatser, antingen för att täcka den dagliga driften eller för att möta tillfälliga toppar.

2.1 Långvariga resursbehov

Långvariga resursbehov uppstår ofta vid vakanta tjänster när rätt kompetens inte går att rekrytera, antingen på grund av svårrekryterade geografiska områden eller brist på specialiserad kompetens. Även längre frånvaro vid exempelvis föräldraledighet eller sjukskrivning kan leda till behov av förstärkning. Dessa behov är oftast mer planerbara men kräver långsiktiga lösningar för att säkra bemanningen.

2.2 Kortvariga resursbehov

Kortvariga resursbehov uppstår vid till exempel sjukdom, vård av barn, semester eller fortbildning. Under sommaren leder samlat semesteruttag till ett återkommande bemanningsunderskott. Detta hanteras

¹² Definierat enligt 2005 arbetade timmar per år och arbetsdag på 8 timmar. SKR, Sjukfrånvaroredovisningen, 2024.

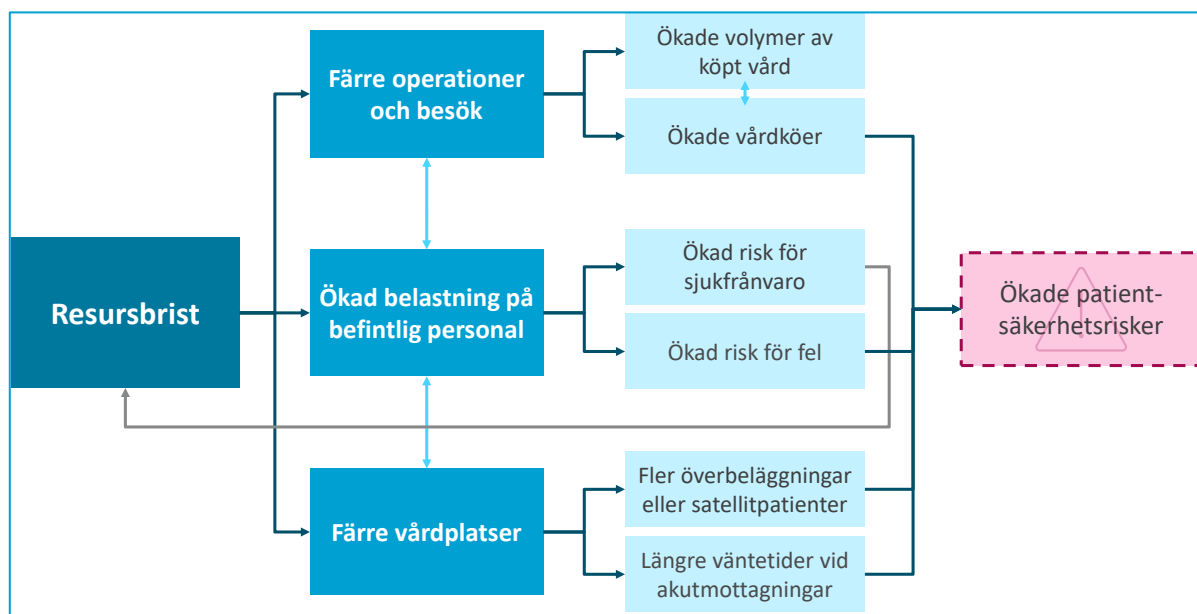
olika i olika regioner, där vissa regioner erbjuder ersättning för att personal ska skjuta upp eller avstå sin ledighet¹³.

Tillfälliga belastningstoppar eller beslut om riktade insatser kan också skapa kortvariga resursbehov, till exempel för att minska vårdköer genom fler operationer eller mottagningsbesök. Även särskilda satsningar, som vaccinationskampanjer eller uppstart av nya verksamheter, skapar tillfälliga resurstopp.

3. Hur påverkas verksamheten av resursbrist?

Både kortvarig och långvarig resursbrist medför negativa konsekvenser inom vården. De direkta effekterna av personalbrist är att verksamheten inte kan genomföra lika många vårdkontakter, att vårdplatser behöver stängas men även en ökad arbetsbelastning på den personal som på olika sätt behöver springa fortare för att hantera situationen. Vårdpersonal beskriver ofta detta som en *”etisk stress”*, en känsla av otillräcklighet och skuld när det inte är möjligt att ge patienterna den vård som de anser är nödvändig. Etisk stress uppstår när vårdpersonalens professionella och moraliska krav krockar med de faktiska arbetsförhållandena. Över tid kan detta leda till emotionell utmattning, ökad sjukfrånvaro och en högre risk för att personal lämnar yrket. För att hantera pressen försummar många sina egna behov av återhämtning, exempelvis genom att hoppa över måltider eller ta extra arbetspass för att täcka upp för kollegor¹⁴.

De indirekta effekterna av personalbrist är således en försämrad arbetsmiljö, med risk för ökad sjukfrånvaro och fel. Det innebär även risk för ökade köer och/eller en ökad volym av köpt vård, såväl som fler överbeläggningar på sjukhusen och längre väntetider vid akutmottagningar, vilket beskrivs närmare nedan. Sammantaget innebär effekterna ökade patientsäkerhetsrisker, vilket illustreras i Figur 2.



Figur 2: Schematisk överblick över konsekvenserna av resursbrist inom hälso- och sjukvården.

¹³ Region Uppsala, *”Region Uppsala höjer ersättning till vårdpersonal som flyttar sin semester”*, 2024.

¹⁴ Vårdförbundet, *”Heltider som inte håller – en nulägesrapport från vården”*, 2025.



3.1 Resursbrist leder till färre vårdplatser och ökade patientsäkerhetsrisker

En vårdplats är inte bara ett fysiskt rum med en säng. En vårdplats är bemannad med personal som kan ta hand om en sjuk patient som behöver övervakning och vård. När personal saknas kan verksamheten inte hålla lika många vårdplatser öppna, vilket påverkar sjukhusets samtliga patientflöden. Brist på vårdplatser leder till längre vistelsetider på akuten då patienter behöver färdigbehandlas där och det kan även leda till att planerade operationer ställs in, eftersom det inte kommer gå att erbjuda patienten adekvat eftervård på avdelning. I de fall som en patient inte kan nekas vård, kan denna tilldelas en vårdplats som saknar adekvat bemanning (en så kallad överbeläggning) eller så kan patienten vårdas på en avdelning med lediga vårdplatser men annan kompetens, exempelvis om en patient med bruten höft läggs in på en kirurgavdelning, ett fenomen som kallas satellitpatient¹⁵.

Både överbeläggningar och satellitpatienter förenade med ökade patientsäkerhetsrisker. Detta då de kan leda till felbedömningar, försenad upptäckt av försämringar och brister i både medicinska åtgärder och omvårdnad. Patienter riskerar att få sämre kontinuitet i vården, och kommunikationen mellan olika specialistområden kan bli mer fragmenterad¹⁶. Nästan alla regioner rapporterar idag en brist på sjuksköterskor, vilket bidrar till överbeläggningar, längre väntetider och ökade patientsäkerhetsrisker¹⁷.

3.2 Resursbrist leder till färre planerade operationer och ökade kostnader

En modern operationssal är ett komplext ekosystem där flera yrkeskategorier samarbetar tätt för att säkerställa en säker och effektiv vård. Kirurger, anestesiologer, operationssjuksköterskor, anestesijsjuksköterskor, undersköterskor och medicintekniker utgör tillsammans en noggrant sammansatt enhet, där varje funktion är avgörande. Denna höga grad av specialisering gör dock verksamheten sårbar; om en yrkesgrupp saknas kan en förmiddags planerade ingrepp behöva ställas in.

Som beskrivet är tillgången på specialistsjuksköterskor inom anestesi och operation särskilt kritisk; med lång utbildning och erfarenhet för att nå full kompetens, samtidigt som det är ett bristyrke¹¹. Det illustrerar tydligt hur "den svagaste länken" i bemanningskedjan avgör kapaciteten för hela verksamheten.

Operationsverksamheten påverkas även indirekt av resursbrist inom andra delar av hälso- och sjukvården. På akutsjukhus krävs ständig beredskap för akuta och oförutsedda insatser. Denna beredskap prioriteras högt och kan innebära att personal omfördelas från planerade operationer, vilket minskar flexibiliteten att hantera frånvaro. Resultatet blir att marginalerna krymper och tillgängligheten till planerad vård försämras.

I februari 2025 väntade 63 150 patienter längre än vårdgarantins 90 dagar på en åtgärd eller operation inom specialistvården¹⁸. För att uppskatta kostnaden används ett genomsnittligt värde om 50 000 kr per åtgärd/operation, baserat på tillgängliga data för vanliga ingrepp såsom höftprotes (≈100 000–107 000 kr) och grå starr (≈15 000 kr), knäprotes (≈90 000–95 000 kr) och framfall (≈35 000 kr)^{19, 20}. Detta ger en

¹⁵ Socialstyrelsen, ["Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet"](#), 2019.

¹⁶ Inspektionen för vård och omsorg (IVO), ["Nationell tillsyn av vårdplatser och patientsäkerhet på sjukhus"](#), 2024.

¹⁷ Socialstyrelsen, ["Plats för vård"](#), 2024.

¹⁸ SKR, ["Väntetider i Vården"](#), 2025. Pågående byten av vårdinformationssystem påverkar datakvalitet och rapportering. Siffrorna för februari 2025 är delvis uppskattade, särskilt för Region Örebro, Norrbotten, Gävleborg.

¹⁹ Vårdföretagarna (Sirona), ["En jämförande analys av privata vårdgivares ersättningar och offentliga vårdgivares kostnader – för höft- och knäprotesoperationer, operationer av grå starr och framfallsoperationer"](#), 2024.

²⁰ Region Östergötland, [Kostnader för hälso- och sjukvård](#), 2024.



samlad direkt kostnad på cirka 3 miljarder kronor, en uppskjuten men oundviklig vårdskuld som nu måste hanteras i efterhand. Som ett led i detta har regeringen avsatt 497 miljoner kronor under 2025 i en riktad satsning för att korta köerna, med särskilt fokus på just höftledsoperationer, grå starr och framfall²¹.

Utöver den direkta kostnaden tillkommer betydande samhällsekonomiska följder. Långa väntetider leder ofta till nedsatt arbetsförmåga eller sjukskrivning, särskilt bland patienter i arbetsför ålder. Det medför indirekta kostnader i form av produktionsbortfall, det vill säga förlorad arbetsinsats, samt ökade försäkringsutbetalningar och längre rehabilitering. Resursbristen påverkar också vårdens organisering genom att planerade operationer skjuts upp eller behöver flyttas till andra vårdgivare.

Sammantaget har resursbristen utvecklats till ett systemomfattande problem med flera allvarliga konsekvenser. Situationen kräver samordnade nationella lösningar och nya bemanningsmodeller för att bryta den negativa utvecklingen.

4. Hur hanterar regionerna resursbrist?

För att möta de utmaningar som uppstår som direkt eller indirekt konsekvens av resursbrist använder regionerna ofta en kombination av olika lösningar, lokalt och på övergripande nivå, för att på kort och lång sikt säkerställa en adekvat bemanning. Det omfattar bland annat interna resurspooler, inhyrd personal från externa bemanningsföretag samt satsningar på att stärka grundbemanningen genom rekrytering och förbättrad retention.

4.1 Övertid som kortsiktig lösning men med risker för långsiktig hållbarhet

Många verksamheter hanterar idag lokal resursbrist genom att beordra övertid, extra arbetspass eller ringa in lediga medarbetare för att täcka upp. Hanteringen är rationell såtillvida att man försöker lösa uppkomna situationer med de resurser som går att uppbåda. Hanteringen kan även vara framgångsrik om den är kortsiktig och inkallad personal därefter får tillräcklig återhämtning. Om resursbristen vid en enhet är långvarig eller ständigt återkommande leder dock denna hantering till en ohållbar arbetssituation för medarbetarna. Den etiska stress som uppstår när vårdpersonal kontinuerligt måste prioritera mellan patientens behov och sin egen hälsa resulterar ofta i att nödvändig återhämtning åsidosätts. Att återkommande behöva ställa in sin ledighet eller riskera att bli inbeordrad påverkar även möjligheterna att förena arbete och privatliv. Enligt forskning från Malmö universitet och Lunds universitet är ökad arbetsbelastning och svårighet att förena arbete och fritid några av de främsta skälen till att sjuksköterskor lämnar sina anställningar inom regionerna. Forskarna beskriver en negativ spiral där de som blir kvar får ta ett större ansvar, vilket ökar risken för arbetsrelaterad ohälsa och ytterligare personalbortfall²².

4.2 Satsningar på egen personal och begränsad inhyrning

För att minska risken för resursbrist arbetar samtliga regioner för att bli mer attraktiva arbetsgivare. Målet är att öka antalet fast anställda sjuksköterskor genom höjda ob-ersättningar, höjda lönetillägg för

²¹ Regeringskansliet, "[Regeringen satsar 497 miljoner för att korta vårdköerna](#)", 2025.

²² Scandinavian Journal of Public Administration, "[Exit Spirals in Hospital Clinics: Conceptualizing Turnover Contagion Among Nursing Staff](#)", 2022.



svårrekryterade yrkesgrupper, betald återhämtning (kortare arbetstid), rekryteringsbonusar och satsningar på vidareutbildning genom utbildningsanställningar^{13, 23, 24}.

I många fall har en del av finansieringsplanen för dessa satsningar varit att begränsa, eller helt stoppa, användningen av hyrpersonal.

4.3 Användning av bemanningsföretag vid kortsiktiga och långsiktiga resursbehov

Som tidigare nämnts har andelen sjuksköterskor som arbetar via bemanningsföretag ökat under de senaste åren. Extern bemanning innebär att regioner anlitar vårdpersonal via privata bemanningsföretag för att täcka tillfälliga behov. Det kan röra sig om sjuksköterskor, läkare eller annan personal.

Lösningen används främst när den ordinarie bemanningen inte är tillräcklig, exempelvis vid arbetstoppar, sjukfrånvaro eller vid brist på specifik kompetens. Extern bemanning är särskilt vanlig under sommarperioder och influensasäsonger, då behovet av personalförstärkning ökar. Användningen av bemanningsföretag varierar mellan regioner och vårdområden. I vissa fall används externa resurser som en tillfällig lösning vid akuta behov, medan andra verksamheter är mer regelbundet beroende av denna typ av bemanning.

4.4 Interna resurspooler som komplement till rekrytering och extern bemanning

Parallellt med satsningar på fasta anställningar har flera regioner valt att utveckla interna resurspooler som ett komplement i bemanningsstrategin. Interna resurspooler bygger, liksom extern bemanning via bemanningsföretag, på idén om att tillhandahålla flexibla personalresurser som snabbt kan täcka upp vid tillfälliga, ofta kortsiktiga, resursbrister exempelvis vid sjukfrånvaro eller arbetstoppar. En intern resurspool består av vårdpersonal som är anställd inom regionen men utan fast placering. I stället för att tillhöra en specifik avdelning eller enhet, arbetar dessa medarbetare där behovet är som störst för tillfället. För att kompensera för kravet på flexibilitet erbjuds personalen i poolen ofta högre lön och ibland även andra incitament, såsom större inflytande över arbetstider eller sysselsättningsgrad.

Interna resurspooler kan organiseras på olika sätt. I vissa regioner sker organiseringen centralt på regional nivå, där bemanningen styrs över flera sjukhus eller verksamhetsområden. I andra fall hanteras poolerna mer lokalt, knutna till ett specifikt sjukhus eller en enskild vårdenhhet. Organiseringen påverkar i sin tur möjligheterna till effektiv matchning mellan behov och tillgängliga resurser.

5. Resultat: jämförelser mellan resurspooler och bemanningsföretag

För att hantera både kortsiktiga och långvariga personalbrister använder regionerna främst två bemanningsmodeller: interna resurspooler och bemanning via bemanningsföretag (extern bemanning). Båda lösningarna kan säkra bemanning vid behov, men skiljer sig åt vad gäller kostnader, organisatorisk struktur, arbetsmiljö och påverkan på vårdens långsiktiga hållbarhet. Detta avsnitt belyser deras respektive styrkor och begränsningar, med fokus på patientsäkerhet, verksamhetsutveckling, kontinuitet, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet.

²³ Region Västmanland, "[Förstärkt ob-ersättning förlängt till 2026](#)", 2024.

²⁴ Region Stockholm, "[Budget 2025: Förstärkningar för arbetsmiljö och kompetensutveckling inom vården](#)", 2024.



5.1 Förutsättningar för patientsäker vård

När det gäller patientsäkerhet är skillnaderna mellan de två lösningarna marginella. Såväl personal inom interna resurspooler som extern personal via bemanningsföretag har i grunden samma möjlighet att leverera säker och kvalitativ vård. Avgörande är att verksamheten tillhandahåller god introduktion, tydliga rutiner för överrapportering och ett välfungerande organisatoriskt stöd. När dessa komponenter finns på plats skapas förutsättningar för kontinuitet och patientsäker vård, oavsett om bemanningen sker internt eller externt²⁵.

5.2 Bemanningens påverkan på verksamhetsutveckling och kontinuitet

Frågor om handledning, introduktion och långsiktig verksamhetsutveckling lyfts ofta i samband med bemanningsstrategier. I debatten framhålls ibland att personal som anlitas via bemanningsföretag i lägre grad deltar i dessa delar av verksamheten. Det saknas dock systematisk evidens som tydligt skiljer mellan sjuksköterskor från interna resurspooler och externa bemanningslösningar i detta avseende. Personal från både interna resurspooler och extern personal via bemanningsföretag används primärt för att avlasta ordinarie bemanning, vilket kan skapa förutsättningar för att fast anställda medarbetare deltar i handledning och utvecklingsinsatser. På samma sätt behöver även frågan om kontinuitet i vården nyanseras. Personal från interna resurspooler roterar ofta mellan enheter och kan, liksom extern personal, sakna stabil förankring i vårdteam och rutiner. I praktiken beror förutsättningarna för kontinuitet och långsiktig utveckling mer på faktorer som introduktion, teamstruktur och organisatoriskt stöd än på anställningsform. Ett bredare problemområde är personalomsättning. Enligt rapporten *Sjuksköterskors arbetsmarknadsrörelser 2020–2022* hade 20 procent av sjuksköterskorna som tog examen 2019 lämnat regionsektorn inom tre år^{6, 26}. Detta tyder på att regionerna fortfarande har en viktig roll som första arbetsgivare, men att de misslyckas med att behålla personal över tid.

5.3 Kostnadsanalys avseende timkostnaden för sjuksköterskor

För att belysa de ekonomiska skillnaderna mellan strategierna har en jämförande kostnadsanalys genomförts för de två huvudsakliga modeller som regionerna använder för att täcka personalbehov. Analysen omfattar tre regioner med etablerade interna resurspooler: Region Skåne, Region Dalarna och Region Norrbotten. Regionerna representerar olika zoner i det nationella hyrbemanningsavtalet⁸, med varierande utformning och krav på kompetens/erfarenhet, där vissa har motsvarande krav som hyrbemanningsavtalet medan andra har lägre krav. De interna resurserpoolerna beskrivs nedan.

- **Region Skåne:** Resursteamet etablerades under 1990-talet och har utvecklats till en väletablerad verksamhet. Verksamheten är intäktsfinansierad där regionens enheter betalar teamet per timme för nyttjade resurser. Regionledningen har prioriterat kvalitet framför lägsta möjliga timkostnad, vilket avspeglar en strategisk inriktning där bemanningskvalitet värdesätts högre än enbart kostnadsbesparingar. Resursteamet omfattar cirka 120 medarbetare, inklusive sjuksköterskor, undersköterskor och medicinska sekreterare.
- **Region Dalarna:** Resursgruppen grundades även den under 1990-talet med fokus på att täcka korttidsfrånvaro upp till tre veckor. Finansieringsmodellen bygger på att verksamheterna direkt ersätter respektive resurs för schemalagd tid. Totalt omfattar resursgruppen 36 medarbetare,

²⁵ Socialstyrelsen, "[Kompetensförsörjning och patientsäkerhet](#)", 2018.

²⁶ Pandemin kan både ha minskat rörligheten, genom ökad osäkerhet, och ökat den, genom högre belastning och förändrade arbetsvillkor.

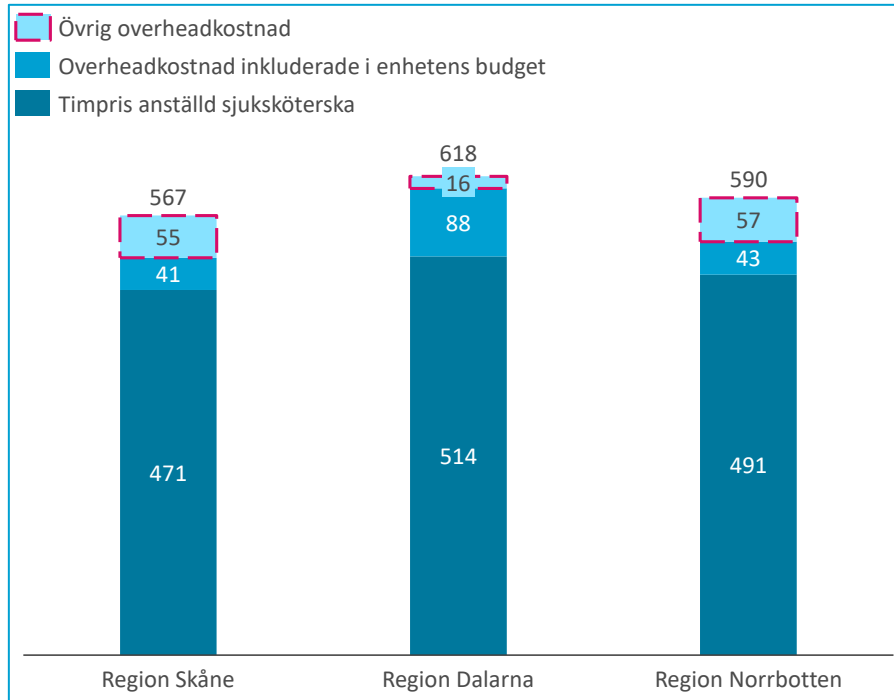


varav 5 sjuksköterskor, 25 undersköterskor samt ett mindre antal medicinska sekreterare och chefer. Personalresurserna är strategiskt placerade vid Falu och Mora lasarett, medan administrativ personal bemannar Borlänge och Ludvika lasarett.

- **Region Norrbotten:** Bemanningscentrum är den nyaste av de tre poolerna och etablerades 2024. Verksamheten fokuserar på att täcka frånvaro upp till två veckor och tillämpar samma finansieringsmodell som Region Dalarna där verksamheterna direkt ersätter resurs för schemalagd tid. Bemanningscentrum består av 46 medarbetare, varav 16 sjuksköterskor och 27 undersköterskor. Till skillnad från de andra regionerna fungerar personalen som resurser för samtliga sjukhus och hälsocentraler i regionen.

Figur 3 illustrerar att timkostnaden för sjuksköterskor från interna resurspooler varierar mellan 567 och 618 kronor per timme. Kostnadsstrukturen fördelas mellan tre huvudkomponenter: direkt lönekostnad, overhead inom enhetens budget, samt övrig overhead som hanteras centralt i regionen. Lönekostnaden utgör den största delen och inkluderar grundlön, lönetillägg och sociala avgifter. Overhead i enhetens budget omfattar verksamhetsnära kostnader såsom administration, schemaläggning och samordning av resurser. Samtliga interna resurspooler har en administration som hanterar allokering. Den övriga overheaden innefattar regiongemensamma kostnader för exempelvis lokaler, IT-system och personal som tillfälligt saknar uppdrag.

Region Skåne uppvisar den lägsta timkostnaden (567 kr), följt av Region Norrbotten (590 kr), medan Region Dalarna har den högsta (618 kr). Region Skånes lägre timkostnad kan härledas till hög uthyrningsgrad och skalfördelar från en stor, väletablerad enhet. Region Dalarnas och Norrbottens högre kostnader kan relateras till högre lönetillägg som kompenserar för flexibilitetskraven med 7 000 kronor i månaden, medan lönetilläggen i Region Skåne ligger runt 5 000 kronor.



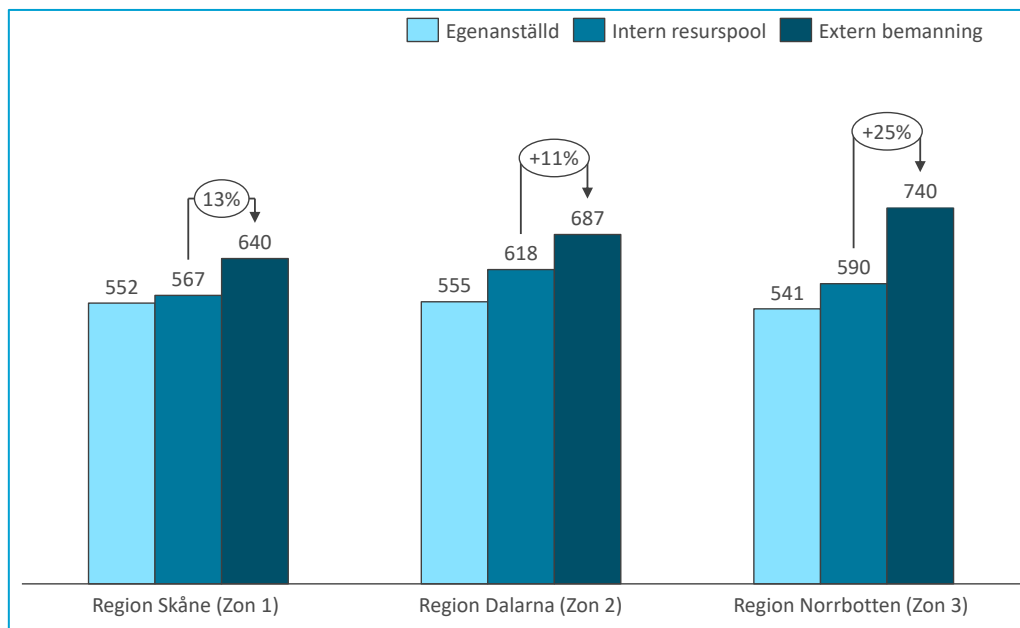
Figur 3: Timkostnad sjuksköterska, intern resurspool, kronor, 2025. **Källa:** Datauttag och intervjuer med verksamheter i Region Skåne, Region Dalarna och Region Norrbotten, Skatteverket, Tillväxtverket, Ekonomistyrningsverket, Nyckeltalsinstitutet, Regeringskansliet, Ekonomifakta, Svensk författningssamling, Sirona analys.

För att sätta timkostnaden för sjuksköterskor i interna resurspooler i ett relevant sammanhang har den jämförts med kostnaden för att anlita sjuksköterskor via externa bemanningsföretag enligt det nationella



hyrbemanningsavtalet som omnämndes i rapportens inledande avsnitt. Eftersom de interna resurspoolerna omfattar både grundutbildade och specialistsjuksköterskor baseras jämförelsen på ett genomsnitt av ersättningsnivåerna för dessa två yrkesgrupper i avtalet⁸.

För att ge en så helhetlig bild som möjligt har den jämförande analysen även kompletterats med den genomsnittliga kostnaden för egenanställd personal²⁷. I Figur 4 framgår att timkostnaden för sjuksköterskor från extern bemanning genomgående är dyrare än sjuksköterskor från interna resurspooler²⁸. Skillnaden är särskilt markant i regioner med svårare rekryteringsläge, där ersättningen till hyrpersonal ofta är högre för att kompensera för geografiska och arbetsmarknadsmässiga utmaningar.



Figur 4: Timkostnad sjuksköterska, per bemanningslösning, kronor, 2025. **Källa:** Datauttag och intervjuer med verksamheter i Region Skåne, Region Dalarna och Region Norrbotten, Offentliganställdas förhandlingsråd, SKR - RS 2022-03983: Samordnad upphandling av hyrpersonal inom hälso- och sjukvård för Sveriges regioner (Bilaga ersättning för läkare och sjuksköterska, 2025-02-13), SCB - statistikdatabas, Sveriges läkarförbund, Semesterlagen, Skatteverket, Tillväxtverket, Ekonomistyrningsverket, Nyckeltalsinstitutet, Regeringskansliet, Ekonomifakta, Svensk författningssamling, Sirona analys

6. Diskussion: bemanningslösningar ur ett systemperspektiv

Som beskrivet står Sveriges hälso- och sjukvård inför en komplex utmaning där en ökande efterfrågan av vård behöver hanteras av färre, vilket har gjort kompetensförsörjningen till vårdens viktigaste fråga. Redan idag råder det brist på både sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, och bristen förväntas förvärras framöver. Slutsatsen av detta är att samtliga regioner inte kommer att kunna tillsätta sina

²⁷ Jämförelsen tar inte hänsyn till skillnader i formella krav mellan extern bemanning och interna resurspooler, och inte heller inkluderat regioners riktade/tillfälliga ob-tillägg och ersättning för flyttade semesterdagar (så som [Dagens Medicin rapporterat om](#)).

²⁸ Beräkningarna inkluderar både direkta kostnader (lön, semestertillägg, arbetsgivaravgifter, pension (AKAP-KR)) och indirekta kostnader (25 % overhead enligt schablon), samt frånvarokostnader och, för intern bemanning, även kostnad för outnyttjad tid. För extern bemanning inkluderas en begränsad andel (45%) overhead motsvarande uppdragsspecifik administration.



vakanta tjänster. I denna rapport ställer vi därför frågan, hur ska regionerna i så fall på bästa sätt garantera en säker och effektiv vård trots kompetensbristen?

I rapporten har vi analyserat två alternativa strategier som regioner idag använder för att hantera sina resursbehov: interna resurspooler i regionerna och extern bemanning via bemanningsföretag. Utifrån resultatet konstaterar vi att båda strategier effektivt bidrar till att fylla tillfälliga vakanser samt att de har likartade brister när det gäller att erbjuda patienter kontinuitet liksom när det kommer till verksamhetsutveckling samt bidrag i handledning till studenter och nyanställda. Indirekt möjliggör dock båda lösningar till att frigöra tid till just verksamhetsutveckling och handledning för befintlig personal, då inhyrd personal avlastar verksamheten.

En viktig skillnad är dock att timpriset för sjuksköterskor via extern bemanning (utifrån det nationella avtalet) är mellan 11 och 25 procent dyrare än sjuksköterskor från interna resurspooler i de analyserade regionerna. Däremot har ingen av de analyserade resurspoolerna medarbetare som kan täcka alla typer av kompetensbehov, långvarigt som kortvarigt, utan har ett mer begränsat resursutbud jämfört med externa bemanningslösningar. Interna resurspooler kan därmed ses som viktiga komplement till extern bemanning men kommer, givet den demografiska utvecklingen, inte kunna vara den enskilda vägen framåt för att möta dagens utmaningar.

Som tidigare beskrivet har extern bemanning blivit en etablerad lösning för att hantera tillfälliga bemanningsbehov och säkerställa vårdens tillgänglighet. Samtidigt har den kritiserats för höga kostnader. Den nationella upphandlingen, tillsammans med flera regioners beslut om hyrstopp, bidrog till att minska de totala bemanningskostnaderna för samtliga regioner med över 3,3 miljarder kronor redan under det första året med det nationella avtalet (år 2024). I sammanhanget är det däremot viktigt att lyfta fram att de totala kostnaderna för bemanningslösningar år 2024 enbart utgör 3,1 procent av regionernas totala personalkostnader eller 1,3 procent av regionernas samlade kostnader^{29, 30}. Det väcker frågan om det stora fokus som bemanningsföretag fått i den offentliga debatten om kostnadsjakt, riskerar att överskugga mer grundläggande strukturella utmaningar för vården.

Från statligt håll satsas år 2025 omkring 5,9 miljarder kronor på att minska vårdköerna och öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården genom riktade statsbidrag till regionerna³¹. Givet insatserna för att minska beroendet av extern bemanning och sänka kostnader, skapar det ett tryck på verksamheterna att antingen anställa fler eller effektivisera sina arbetssätt, vilket på lång sikt är outhållbart för att hantera både dagens vårdköer och framtidens vårdbehov. På kort sikt finns det däremot risk att det begränsar möjligheten att omsätta tillförda medel och uppnå satsningens mål om en "ändamålsenlig vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården".

En av de viktigaste strukturella utmaningarna för framtidens rekryteringsmöjligheter är den pågående urbaniseringen. Trenden har varit påtaglig ända sedan industrialiseringen och innebär att människor, särskilt yngre, lämnar landsbygd och mindre städer för att i stället etablera sig i större städer. I takt med övergången till ett kunskapssamhälle, präglad av ökad betydelse för högre utbildning och specialiserad kompetens, har flyttströmmarna förstärkts, särskilt mot universitetsstäder där tillgången på kvalificerad vårdpersonal såsom sjuksköterskor och läkare ökar. Det medför att regioner och orter som redan idag

²⁹ SKR, "[Kostnader för hyrbemanning inom hälso- och sjukvården 2024](#)", 2025.

³⁰ SKR, *Sektorn i siffror*, 2024.

³¹ Socialdepartementet, PM "Mångmiljardsatsning på ökad vårdkapacitet och kortare vårdköer", 2025



har svåra rekryteringsförutsättningar sannolikt kommer få det ännu svårare att rekrytera personer med rätt kompetens i närområdet, samtidigt som vårdbehoven hos de kvarvarande invånarna förväntas öka.

Utan åtgärder riskerar detta skapa ökad ojämlikhet i vårdutbudet mellan olika landsdelar. Storstadsregionerna gynnas medan glesbygden missgynnas, vilket kan fördjupa samhällsklyftor och undergräva förtroendet för samhällskontraktet. Tendensen är redan märkbar där primärvård i glesbygd och länsdelssjukhus möter tilltagande resursbrist. Vid exempelvis Ljungby Lasarett, Sollefteå sjukhus och Lindesbergs sjukhus har viss dygnet-runt-verksamhet avvecklats under senare år³².

I många fall har verksamheter vid dessa mindre sjukhus endast kunnat hållas i gång tack vare att man kunnat anlita hyrpersonal från bemanningsföretag³³. Att lägga ned verksamheter där man saknar möjlighet att anställa fast personal är givetvis en sista utväg som i många fall kommer att bli nödvändig för att bäst hushålla med den kompetens som finns. Samtidigt behöver ett rimligt basutbud när det gäller tillgänglighet till både akut och planerad vård inom både primärvård och specialiserad vård säkras för alla invånare.

I glesbygdsområden och länsdelssjukhus med långa avstånd kommer därmed externa bemanningsföretag, som kan omfördela kritisk kompetens nationellt, att fylla en viktig funktion för att upprätthålla tillgänglighet och patientsäkerhet, som beskrevs i avsnitt 3, även i framtiden. Regioner med större tätorter och universitets- och utbildningsorter, som genom högre utbildning får en naturlig tillströmning av kompetens, har särskilt goda förutsättningar att regionalisera arbetsmarknaden för hyrpersonal. Genom interna resurspooler kan mer flexibla medarbetare söka sig till regionerna, förutsatt att villkoren är attraktiva nog.

Ur ett systemperspektiv finns det alltså en viss motsättning mellan de båda lösningarna eftersom de interna bemanningspoolerna begränsar den nationella rörligheten avseende kompetens som annars kunde arbeta tillfälligt i en annan region vid belastningstoppar blir bunden till lokala strukturer. En sådan utveckling försvårar nationell resurssamordning och riskerar att förvärra problemet med ojämna vårdköer som beskrevs i rapportens inledning, särskilt i mindre eller redan hårt belastade regioner.

³² Sveriges Television, ["Klart: Akutkirurgin på Lindesbergs lasarett avvecklas"](#), 2024.

³³ Region Kronoberg, ["Förslag om tidsbegränsat beslut om intensivvården i Ljungby"](#), 2024.