Socialstyrelsen

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården – delredovisning december 2025

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som PDF på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-12-9927

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, december 2025
(alternativt: Tryck: tryckeri, ort, månad år)

Förord

I denna rapport delredovisar Socialstyrelsen regeringsuppdraget (2025-04-10 S2025/00801) om framtagande av riktvärden för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården. En uthållig och sammanhållen personalförsörjning är en förutsättning för att primärvården ska kunna nå målen med sitt uppdrag om att ta hand om en större del av vårdbehovet.

Delredovisningen svarar på den första delen av regeringsuppdraget, som avser att ta fram en baslinjemätning av antalet tjänster för specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin per region samt att föreslå nationella och regionala riktvärden för antal ST-tjänster i allmänmedicin.

Det finns i dag brister i datainfrastrukturen för att följa ST-tjänster i allmänmedicin och andra specialiteter. Detta innebär att Socialstyrelsen endast har tillgång till begränsade dataunderlag. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen valt att presentera en förenklad beräkningsmodell som underlag för riktvärden för ST-tjänster på regional och nationell nivå för att svara på regeringsuppdraget. Socialstyrelsens bedömning är att en sådan modell har ett begränsat värde i praktisk tillämpning, eftersom den bygger på mycket förenklade antaganden.

Socialstyrelsen presenterar därför även en dynamisk planeringsmodell som ger bättre underlag för beslut om ST-tjänster på regional och nationell nivå. I utvecklingen av en sådan datainfrastruktur skulle Socialstyrelsen kunna ha en central roll, i nära samarbete med regionerna, Läkarförbundet och Statistiska centralbyrån (SCB).

Rapporten är framtagen av Fredrik Bergenfeldt tillsammans med Åsa Olsson (sakkunnig inom kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården), Åsa Lefèvre, Julia Elenäs och Hans Schwartz. Dessutom har Crispin Scouter (WHO) bistått i arbetet. Lena Hellberg har varit ansvarig enhetschef.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord **3**

Sammanfattning **6**

Uppdraget 6

Syfte med riktvärden 7

Baslinjemätning 7

Många steg på vägen mot färdig specialist 8

En dynamisk modell behövs för att ta fram riktvärden som utgår ifrån faktiska förhållanden i hälso- och sjukvården 9

Behov av data och datainfrastruktur för att kunna göra adekvata beräkningar 10

En förenklad beräkningsmodell som alternativ 11

Inledning **12**

Regeringsuppdraget 12

Utgångspunkter i uppdraget 13

Syfte och fokusområden 14

Relaterade uppdrag 14

Slutredovisning i maj 2026 15

Ett decentraliserat system påverkar dimensionering av ST-tjänster i allmänmedicin **16**

Flera aktörer påverkar tillgången på ST-läkare i allmänmedicin 17

Många steg på vägen mot färdig specialist 18

Riktvärden för ST-tjänster allmänmedicin **21**

Befintligt riktvärde för specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin 21

En dynamisk modell för att dimensionera ST-läkare i allmänmedicin 24

En förenklad modell för riktvärden för ST-tjänster i allmänmedicin 26

Data för att kunna använda en dynamisk modell för att beräkna riktvärden för ST-läkare i allmänmedicin **30**

Önskat läge för data på nationell och regional strategisk nivå 30

Nuläge: Tillgängliga data om ST-läkare i allmänmedicin 31

Hur kan vi sluta gapet mellan önskat läge och nuläge? 32

Slutsatser **37**

Förslag på en dynamisk modell för riktvärden som utgår ifrån faktiska förhållanden 37

Utveckling av data och informationssystem 37

Bred samsyn om behovet av bättre data för ST 38
Förutsättningar för att Socialstyrelsen ska kunna samla in nödvändiga data 38
Vägen framåt för att öka antalet ST- tjänster 38
Referenser 40
Bilaga 1. Regeringsuppdraget 42
Bilaga 2.Tillvägagångssätt för att skatta antal ST-tjänster i allmänmedicin 43
Bilaga 3. ST-läkare i allmänmedicin som är sysselsatta i offentlig respektive privat primärvård 45
Bilaga 4. Tillgängliga nationella och regionala uppgifter om ST-läkare i allmänmedicin 46
Nationella registeruppgifter 46
SKR:s Novemberstatistik 48
Läkarförbundets lönestatistik om ST-läkare 48
Regionernas uppgifter om ST-läkare 49

Sammanfattning

Översiktlig sammanfattning

- Socialstyrelsens delredovisning utgår från att beräkning av baslinjemätning och riktvärden för ST-tjänster behöver grundas i en helhetssyn av hälso- och sjukvårdens utveckling och samtidigt ge nytta för berörda målgrupper.
- Baslinjemätningen för riktvärden för ST-tjänster som presenteras i rapporten visar att alla regioner hade mer än 1 100 invånare per specialist i allmänmedicin.
- Det finns behov av att gradvis öka antalet ST tjänster i samtliga regioner om målet är att nå riktvärdet och samtidigt upprätthålla utbildningens kvalitet genom tillräcklig handledarkapacitet.
- Riktvärden för beräkning av ST-tjänster behöver grundas i en dynamisk modell som speglar faktiska förhållanden i hälso- och sjukvården.
- Befintliga data och datainfrastruktur är i dag inte tillräckliga för att genomföra nödvändiga beräkningar utifrån en dynamisk modell.
- Det finns en bred samsyn mellan Socialstyrelsen, regionerna, Läkarförbundet, SKR och SCB om behovet av bättre och mer samordnade uppgifter om ST-tjänster, även inom andra specialiteter än allmänmedicin.
- Socialstyrelsen skulle kunna ha en samlande roll i detta utvecklingsarbete, dock krävs i så fall ytterligare utredning om de rättsliga förutsättningarna för det.

Uppdraget

Denna rapport är delredovisningen av regeringsuppdraget (2025-04-10 S2025/00801) *om framtagande av riktvärden för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården.* Enligt detta uppdrag ska Socialstyrelsen ta fram:

1. en baslinjemätning över antalet ST-tjänster i allmänmedicin per region, samt föreslå nationella och regionala riktvärden för antal tjänster i specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin
2. ta fram riktvärden för distriktsköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter respektive psykologer i primärvården, utgående från analyser av vårdbehov. Primärvården är ett delat ansvar mellan kommun och region, och riktvärden ska redovisas ur såväl ett nationellt perspektiv som ur huvudmännens perspektiv.

I enlighet med uppdraget är den här rapporten en delredovisning av punkt 1 om baslinjemätning och riktvärden för antal ST-tjänster i allmänmedicin. Uppdragsbeskrivningen finns i bilaga 1.

I denna delredovisning har Socialstyrelsen valt att utgå från myndighetens strategiska inriktning. Det innebär att arbetet tar sin utgångspunkt i en helhetssyn på hälso- och sjukvårdens utveckling och i nyttan för berörda målgrupper. Berörda målgrupper i denna delredovisning omfattar framför allt regioner, Läkarförbundet, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF) samt Sveriges kommuner och regioner (SKR). Delredovisningens slutsatser bygger på Socialstyrelsens samlade kunskap som har inhämtats i samverkan med flera berörda aktörer.

Syfte med riktvärden

Regeringen skriver i sin uppdragsbeskrivning till Socialstyrelsen att intensionen med riktvärdena är att:

> ”bidra till bättre förutsättningar för en fungerande kompetensförsörjning i primärvården, och därigenom även till såväl stärkt patientsäkerhet som en bättre arbetsmiljö. Vidare förväntas riktvärdena skapa en gemensam målbild och ökad tydlighet gällande personalbehovet i såväl olika regioner som i riket som helhet. Därigenom väntas riktvärdena i förlängningen leda till en ökad samhällsekonomisk effektivitet i hälso- och sjukvården, vilket bör beaktas i arbetet med framtagandet av riktvärden.”

Socialstyrelsen har utgått ifrån regeringens inriktning om syftet med riktvärden i redovisningen av baslinjemätningen samt vid framtagandet av riktvärden för ST-tjänster i allmänmedicin per region och nationellt.

Baslinjemätning

Baslinjemätningen visar att samtliga regioner hade mer än 1 100 invånare per specialist i allmänmedicin 2023 Alla regioner har däremot inte beslutat om Socialstyrelsens föreslagna riktvärden. I förhållande till befolkningen hade Jämtlands län den högsta tätheten, medan Gotland hade den lägsta tätheten av specialistläkare i allmänmedicin.

Det finns också stora regionala variationer i antalet ST-läkare i allmänmedicin i primärvården – från 10 till 490 ST-läkare år 2023. Samtliga regioner hade mer än 550 invånare per ST-läkare. Det finns i dag inte helt tillförlitliga uppgifter om antalet ST per inriktning. Socialstyrelsen har därför utgått från att de som är sysselsatta som ST-läkare i primärvården enligt SCB:s yrkesregister är ST-läkare i allmänmedicin. I uppgifterna ingår

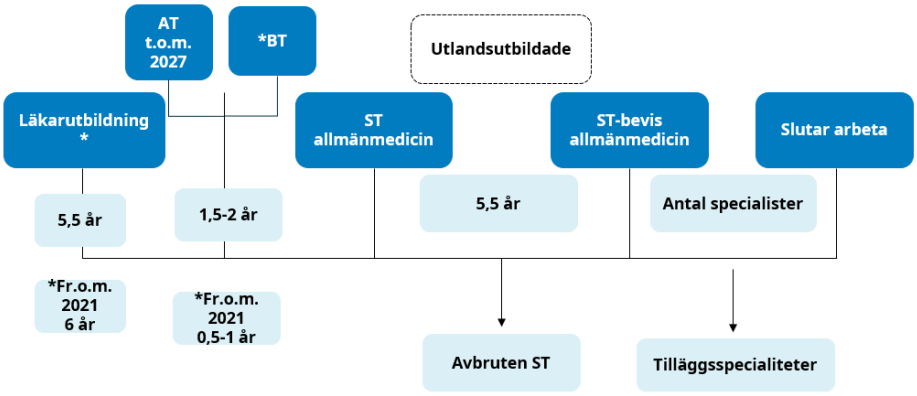
både privat och offentlig sektor, även om mycket tyder på att antalet kan vara underskattat för båda sektorerna.

Många steg på vägen mot färdig specialist

För att kunna beräkna nationella och regionala riktvärden för antal ST-tjänster i allmänmedicin behöver ST-tjänster sättas i en kontext som följer hela kedjan, från antagning och examination på läkarutbildningen till färdig specialist. Detta beror på att tillgången till läkare som kan påbörja ST är beroende av hur många som antas och examineras från läkarutbildningen samt hur många som har fullgjort AT och BT.

Ett särskilt utmärkande drag i systemet för läkares specialisering är den långa planeringscykeln – från examinerad läkare till färdig specialistläkare (se figur 1).

Figur 1. Stegen mot färdig specialist i allmänmedicin



Från att en person examineras tills hen blir färdig specialist tar det i genomsnitt ca 8 år. Tiden för de olika stegen kan däremot variera i det enskilda fallet. Bastjänstgöring (BT) är en del av ST men kan genomföras som en fristående tjänstgöring.

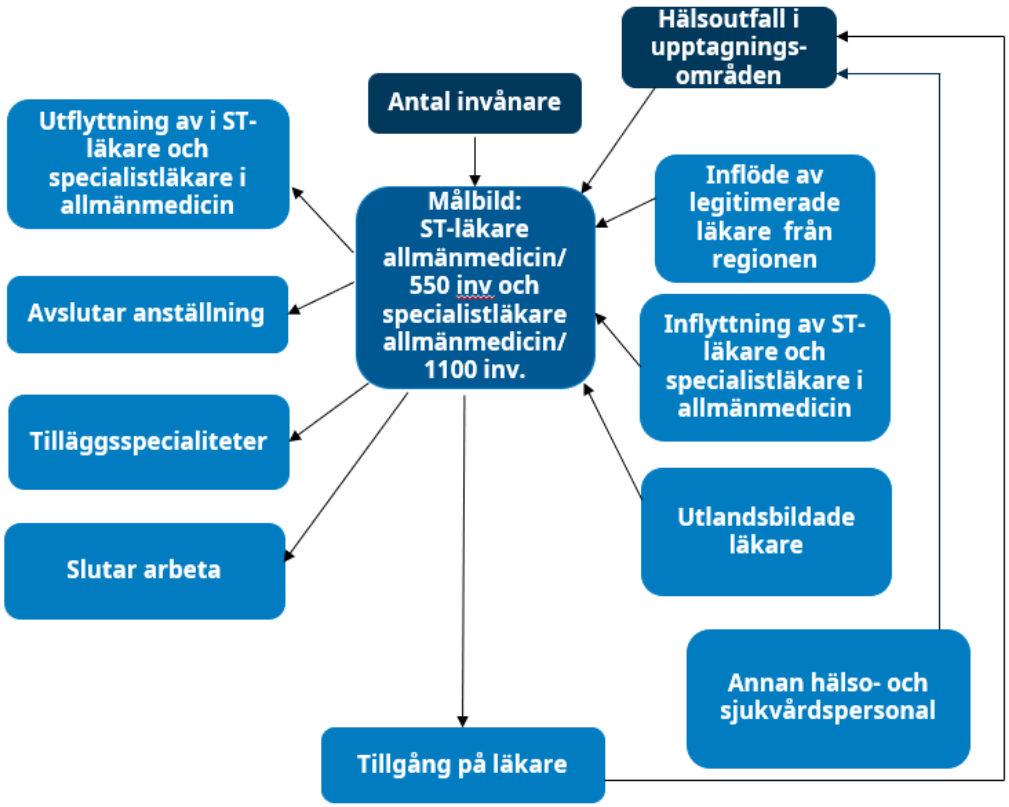
Eftersom ST är en utbildningstjänst som integrerar kliniskt arbete med fortbildning, påverkas möjligheten att utöka antalet ST-tjänster av tillgången på erfarna specialistläkare som kan fungera som handledare. Brist på handledare kan därmed utgöra en begränsande faktor för att utöka antalet ST-tjänster i allmänmedicin.

En dynamisk modell behövs för att ta fram riktvärden som utgår ifrån faktiska förhållanden i hälso- och sjukvården

Att sätta riktvärden för hur många som behöver göra ST för att täcka det framtida behovet av färdiga specialister kräver kännedom både om det framtida behovet av specialister i allmänmedicin och om hur många som påbörjar och avslutar sin ST. Det kräver också kännedom om rörligheten på arbetsmarknaden samt mellan regioner och specialiteter. Allt detta för att på sakliga grunder föreslå riktvärden som bygger på hur det faktiskt ser ut.

För att beräkna riktvärden för ST-tjänster har Socialstyrelsen tagit fram en dynamisk modell. Syftet är att modellera vilka faktorer som påverkar tillgången av både specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin (se figur 2).

Figur 2. En dynamisk modell för att beräkna antalet ST-tjänster och specialistläkare i allmänmedicin



I korthet anser Socialstyrelsen att en dynamisk modell kan användas för att analysera faktorer som påverkar tillgången och behovet av ST-läkare både på regional och nationell nivå. Modellen tar bland annat hänsyn till

vårdbehov i befolkningen, det framtida behovet av ST-läkare, geografisk rörlighet bland läkare. Den väger också in att andra professioner i hälso- och sjukvården kan bidra kliniskt. Detta utifrån att utvecklingen av nya arbetssätt, exempelvis tvärprofessionella team, kan påverka både vårdbehoven och hur resurserna fördelas. Den dynamiska modellen beaktar också att fler friska år och ett effektivt förebyggande arbete minskar vårdens resursbehov och därmed påverkar behovet av olika professioner och läkarspecialiteter.

Behov av data och datainfrastruktur för att kunna göra adekvata beräkningar

För att beräkna riktvärden med en dynamisk modell räcker inte den data som finns idag. Det behövs förbättrade uppgifter både på nationell och regional nivå om:

- inflöde av legitimerade läkare som påbörjar ST i allmänmedicin
- ST-läkare som hoppar av ST i allmänmedicin eller väljer en annan basspecialitet
- antalet specialister i allmänmedicin som väljer en annan tilläggsspecialitet
- in- och utflyttning per region av ST-läkare i allmänmedicin
- utlandsutbildade ST-läkare i allmänmedicin och utlandsutbildade läkare i allmänmedicin
- totala uppgifter om ST-läkare fördelade på regionala och privata vårdgivare inom primärvården.

I utvecklingen av data och datainfrastruktur skulle Socialstyrelsen kunna spela en viktig roll i samarbete med regioner, SKR, SCB och Läkarförbundet.

Datautvecklingen med tillhörande informationssystem skulle i så fall behöva ske både på regional och nationell nivå. På regional nivå handlar det om att de uppgifter som rapporteras till nationella register håller hög kvalitet, medan det på nationell nivå handlar om att utveckla ändamålsenliga register.

En förutsättning för en sådan utveckling är dock att det finns rättsligt stöd för den, bland annat när det gäller Socialstyrelsens möjligheter att samla in data och föra register. Socialstyrelsen bedömer att myndigheten inte har rättsligt stöd för detta idag men har, inom ramen för uppdraget, inte haft möjlighet att närmare utreda och föreslå hur de juridiska förutsättningarna skulle kunna ändras.

En förenklad beräkningsmodell som alternativ

Eftersom det i dag saknas data och en informationsstruktur som möjliggör en beräkning av ST-tjänster i en dynamisk modell, har Socialstyrelsen valt att presentera en förenklad beräkningsmodell för riktvärden avseende antal ST-tjänster, både på regional och nationell nivå, för att svara mot regeringsuppdraget.

Den förenklade modellen bygger på en schablonmässig och förenklad beräkningsmodell som utgår från procentuella ökningar av antalet ST-tjänster som skulle behövas för att öka ST-tjänster. Beräkningarna utgår från ökningar med 5, 25 och 50 procent, inklusive en schablonmässig skattning av handledarkapacitet. Begränsningar med denna modell är exempelvis att den inte tar hänsyn till hur lång tid det tar att slutföra specialiseringstjänstgöringen, flyttmönster mellan regioner, andra professioners bidrag till att möta vårdbehoven och hur vårdbehov förändrar behoven av hälso- och sjukvårdspersonal.

En schablonmässig, procentuell ökning av antalet ST-tjänster görs med utgångspunkt i förutsättningarna för att tjänstgöringen ska hålla god kvalitet. Därför föreslår Socialstyrelsen en succesiv ökning av antalet ST-tjänster över tid för att säkra tillgången till handledare.

Inledning

I *Regeringens proposition (2025/26:19) Nästa steg för en god och nära vård* anges inriktningen mot en god, nära och samordnad vård. För att nå dit krävs en reform som utöver primärvården också omfattar hela hälso- och sjukvårdens, omsorgens och socialtjänstens organisation och ledning. Regionernas samlade vårdverksamheter och den kommunala hälso- och sjukvården behöver planeras och ledas som ett sammanhållet system, så att patienter får rätt insats, i rätt tid, i rätt sammanhang [1].

Primärvården har under lång tid stått inför stora utmaningar när det gäller personalförsörjning och tillgången på legitimerad personal inom flera yrkesgrupper [2]. Bristen på specialistläkare i allmänmedicin är särskilt påtaglig i områden med socioekonomiska utmaningar samt i landsbygdskommuner, uppger chefer för vårdcentraler [3] [4].

Regeringen har under senare år genomfört flera insatser för att stödja huvudmännen i arbetet med att skapa en ändamålsenlig kompetensförsörjning i primärvården. Socialstyrelsen har bland annat haft i uppdrag att utforma ett nationellt stöd för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt (S2019/03056 och S2020/03319). Som en del av det arbetet har Socialstyrelsen utarbetat ett riktvärde för antalet invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för. Riktvärdet är i genomsnitt 1 100 invånare per specialist i primärvården och i genomsnitt 550 invånare per läkare i specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin, i mitten av sin specialiseringstjänstgöring. Riktvärdet är inte ett målvärde i sig utan behöver anpassas utifrån lokala förutsättningar som hur stort vårdbehov invånarna har och hur kompetens, personalsammansättning och arbetssätten på vårdcentralen ser ut [5].

Det finns stora skillnader i åldersstruktur i befolkningen och i hälsa i Sverige. Nära vård och primärvårdens roll ser olika ut i olika delar av Sverige och påverkas av faktorer såsom universitetssjukhusens lokalisering, omfattningen av specialiserad vård samt den kommunala hälso- och sjukvårdens organisering [6] [7]. Dessa faktorer behöver vägas in när riktvärden används och när multiprofessionell kapacitet planeras. Vidare är det möjligt att vissa regioner behöver utbilda fler läkare i allmänmedicin än de långsiktigt kan behålla, eftersom en större del av dessa flyttar vidare, medan andra regioner i högre grad tar emot färdigutbildade specialister.

Regeringsuppdraget

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda och lämna förslag på riktvärden för vissa yrkesgrupper i primärvården, med slutredovisning senast den 31 maj 2026. Uppdragsbeskrivningen finns i bilaga 1.

En del av uppdraget handlar om att ta fram en baslinjemätning över antalet ST-tjänster i allmänmedicin per region, samt att föreslå nationella och regionala riktvärden för antal tjänster i specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin. Bakgrunden är att en ökad tillgång på ST-tjänster i allmänmedicin är en avgörande förutsättning för att på lång sikt kunna möta det ökande behovet av specialistläkare inom primärvården. Den här delen av uppdraget ska delredovisas till regeringen den 1 december 2025.

Utgångspunkter i uppdraget

Socialstyrelsen har i denna delredovisning av regeringsuppdraget valt att utgå från myndighetens strategiska inriktning. Det innebär att arbetet bygger på en helhetssyn på hälso- och sjukvårdens utveckling och på nyttan för berörda målgrupper. I arbetet med framtagandet av riktvärden har Socialstyrelsen även nedanstående utgångspunkter:

- **Systemperspektiv på omställningen**: Ett systemperspektiv används som omfattar hela hälso- och sjukvården, omsorgen och socialtjänsten, och som ser en omställning till en god och nära vård som en sammanhållen reform. Detta innebär att många aktörer påverkar utvecklingen. En omställning kräver därför ett förändringsarbete på både strukturell och relationell nivå inom olika delar av systemet.
- **Inre respektive yttre effektivitet**: Det är viktigt att skilja på inre och yttre effektivitet. Inre effektivitet handlar om "att göra saker på rätt sätt" och yttre effektivitet "att göra rätt saker". För yttre effektivitet ska riktvärden till exempel bidra till att människor får tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser samt vård när det behövs, och att detta sker med rätt insatser, i rätt sammanhang och i rätt tid. För inre effektivitet ska de stödja planering och nyttjande av begränsade personalresurser.
- **Multiprofessionellt fokus**: Samtliga legitimerade personalgrupper som påverkar hälso- och sjukvården beaktas. Detta innebär att arbetsuppgifter och ansvarsområden inte ses som isolerade för en enskild yrkesgrupp, utan som delar av ett integrerat system där flera professioner arbetar tillsammans för att ge vård.
- **Olika databehov**: Databehoven skiljer sig åt mellan nationell och regional nivå. På nationell nivå behövs data för att identifiera trender och avvikelser. På regional nivå krävs mer detaljerade och tillförlitliga data som kan stödja konkreta förändringar i hur verksamheterna dimensionerar personal.
- **Minimerad administrativ börda**: Data som samlas in ska utgå från att minimera den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens verksamheter. Därför behöver de data som samlas in från regionerna vara förhållandevis enkel att ta fram och kunna jämföras med andra regioner.

- **Data som fångar systemets komplexitet**: Data som tas fram ska kunna fånga komplexiteten i hälso- och sjukvårdsystemet och belysa regionala förutsättningar, till exempel skillnader i vårdkonsumtion, demografi och organisering av hälso- och sjukvården.

Syfte och fokusområden

Syftet med denna rapport är att ta fram en baslinjemätning av antalet specialiseringstjänstgöringar (ST) i allmänmedicin per region, samt att lämna ett underlag för att utforma nationella och regionala riktvärden för antalet ST-tjänster i allmänmedicin.

Rapporten fokuserar särskilt på följande:

- riktvärden genom att tillämpa en förenklad modell för att beräkna antalet ST-tjänster i allmänmedicin
- beräkning av hur en ökning av ST-tjänster kan påverka handledarkapaciteten
- en utvecklad dynamisk modell för att beräkna riktvärden som bland annat tar hänsyn till in- och utflöden av personal för att beskriva den faktiska tillgången
- de datakällor och uppgifter krävs för att beräkna riktvärden för ST i allmänmedicin på nationell respektive regional nivå med en dynamisk modell
- hur data kan utvecklas för att beräkna riktvärden för ST-läkare i allmänmedicin i en dynamisk modell.

Berörda målgrupper för denna delredovisning är främst regioner, Läkarförbundet, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF) samt SKR. Slutsatserna baseras på Socialstyrelsens samlade kunskap som har inhämtats i dialog och samverkan med flera berörda aktörer.

Relaterade uppdrag

Socialstyrelsen har flera pågående uppdrag som handlar om utveckling av statistik för att främja hälso- och sjukvårdens utveckling och arbetet med omställningen till en god och nära vård. Myndigheten har ett årligt och återkommande uppdrag att göra bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare samt kartlägga och bedöma det långsiktiga behovet av specialistläkare inom samtliga specialiteter (S2025/01181). Socialstyrelsen har också fått i uppdrag av regeringen att ta fram och tillgängliggöra statistik över hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Uppdraget ska slutredovisas den 31 mars 2026, och har delrapporterats årsvis åren 2023–2025. Slutredovisningen ska innehålla en

analys om hur förflyttningen mot en god och nära vård påverkar kompetensförsörjningen i primärvården, samt fortsatta utvecklingsbehov av statistiken (S2022/03179 (delvis)).

Socialstyrelsen fick 2023 i uppdrag att fortsatt genomföra insatser för att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930 (delvis)). Socialstyrelsen har inom ramen för detta arbete exempelvis publicerat kompetensmål för fast läkarkontakt [8], följt upp omställningen av nära vård i en delredovisning [9] och möjligheter och förutsättningar för andra läkarspecialiteter, utöver allmänmedicin, att genomföra sidotjänstgöring i primärvården inom ramen för sin ST [10]. Gemensamt för dessa uppdrag är behovet av att använda personal effektivt inom primärvården.

Uppdraget med god och nära vård är kopplat till Socialstyrelsens uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Syftet med uppdraget är att stärka primärvårdens arbete med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid (S2022/02309 (delvis)).

Denna rapport relaterar också till Socialstyrelsens uppdrag att fördela och betala ut 226 miljoner kronor till regionerna för att öka antalet tjänster för allmäntjänstgöring (AT) för läkare. I det uppdraget ingår också att utveckla planeringsunderlag för dimensionering av läkares allmäntjänstgöring, bastjänstgöring och specialiseringstjänstgöring (S2025/00584).

Socialstyrelsen har också ett pågående uppdrag att genomföra fortsatta insatser i form av ett pilotarbete för att utveckla metoder som stödjer ett effektivt nyttjande av hälso- och sjukvårdens personalresurser ur ett nationellt perspektiv. Arbetet syftar till att etablera ett nationellt lärandesystem som främjar effektiv personalplanering (S2025/01181 (delvis)). Uppdraget syftar också till att visa hur regioner kan arbeta med systemkomplexitet när det gäller personalplanering.

Slutredovisning i maj 2026

I enlighet med uppdraget berör delredovisningen baslinjemätning och riktvärden för antal tjänster för specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin. Socialstyrelsen har som en del av detta uppdrag i uppgift att ta fram riktvärden för distriktsköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer i primärvården, baserat på analyser av vårdbehov. Riktvärdena ska redovisas både ur ett nationellt perspektiv och ur huvudmännens perspektiv, med hänsyn till det delade ansvaret mellan kommun och region. Denna del av redovisningen presenteras i slutredovisningen 31 maj 2026 och berörs inte i denna rapport.

Ett decentraliserat system påverkar dimensionering av ST-tjänster i allmänmedicin

I detta kapitel beskrivs de aktörer som har inflytande över dimensioneringen av tillgången till ST-tjänster – och därmed möjligheten att utbilda ett tillräckligt antal specialistläkare i allmänmedicin för att möta befolkningens behov. Kapitlet innehåller också en redogörelse för de olika stegen till att bli färdig specialist i allmänmedicin.

Specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin
Allmänmedicin är en så kallad basspecialitet. Den är basspecialitet för en rad tilläggsspecialiteter, såsom allergologi, arbetsmedicin, skolhälsovård och palliativ medicin (6 kap. 4, 5, 9 och 10 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [HSLF-FS 2021:8] om läkarnas specialiseringstjänstgöring). Specialiseringstjänstgöringen är målstyrd och tar minst 5,5 år enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhets-förordningen (2010:1369) eller minst 5 år för den som har gjort AT eller påbörjade sin specialiseringstjänstgöring före den 1 juli 2021. ST är en utbildningstjänst där läkaren, efter att ha fått sin läkarlegitimation, arbetar under handledning och får klinisk utbildning. Vårdgivare som tar emot ST-läkare har ansvar för att ST håller hög och jämn kvalitet. Det innebär bland annat att det ska finnas en studierektor, tillgång till adekvat handledning och stöd från erfarna kollegor (2 kap. 1 § HSLF-FS 2021:8).

ST-läkare i allmänmedicin har oftast sin placering vid vårdcentraler, hälsocentraler eller andra läkarmottagningar inom primärvården. Utöver ST-läkare i allmänmedicin har Socialstyrelsen, i ett nyligen redovisat uppdrag, bedömt att det är särskilt lämpligt att ST-läkare inom specialiteterna geriatrik, internmedicin och psykiatri genomför sin sidotjänstgöring i primärvården. Dessa specialiteter har en nära koppling till primärvården, och delar ofta patientgrupper som kräver helhetsinriktad, individanpassad och samordnad vård.
Socialstyrelsen framhåller även att andra specialiteter kan bli aktuella för sidotjänstgöring inom primärvården, men menar att frågan bör utredas vidare [10].

Flera aktörer påverkar tillgången på ST-läkare i allmänmedicin

Sverige har ett decentraliserat system för personalplanering av hälso- och sjukvårdspersonal. Det innebär att det finns flera aktörer på nationell och regional nivå som påverkar tillgången på personal. Tabell 1 nedan visar vilka aktörer som är involverade i denna process, samt hur deras roller påverkar tillgången på ST-läkare i allmänmedicin – och därmed möjligheterna att uppnå nationella målbilder. Varje aktör ansvarar för en specifik del i kedjan – från utbildning och finansiering till placering och handledning – men ingen enskild aktör kan ensam styra helheten eller säkerställa att nationella mål uppnås. Därför krävs att olika aktörer samarbetar för att förändra tillgången på ST-läkare i allmänmedicin.

Tabell 1. Överskådlig tabell som visar aktörers roller och ansvar i förhållande till tillgången på antalet ST-tjänster i allmänmedicin

Aktör	Roll/funktion	Ansvar i förhållande till ST-tjänster i allmänmedicin
Riksdagen	Lagstiftning, statsbudget och övergripande styrning	Riksdagen beslutar om lagar och nationella reformer som påverkar vårdens struktur och kompetensförsörjning. Riksdagen fastställer också statsbudgeten och avgör statliga satsningar på vård och utbildning samt sätter långsiktiga politiska prioriteringar för primärvården.
Regeringen/ Departement (Social-departementet)	Övergripande styrning	Regeringen är ansvarig för att ta fram strategier och beslutar om förordningar. Regeringen kan också styra statliga myndigheter och lärosäten genom instruktioner, regleringsbrev samt olika typer av anslag och statsbidrag. Regeringen är även ansvarig för statsbidrag till regioner och kommuner. I förekommande fall tecknas även överenskommelser med SKR.
Regioner	Huvudmän för hälso- och sjukvård	Regioner planerar, finansierar och utlyser ST-tjänster. Styr omfattning och fördelning utifrån lokala behov och resurser.
Vårdgivare (offentliga och privata)	Arbetsgivare för ST-läkare	Vårdgivare som anställer ST-läkare ansvarar för att det finns förutsättningar att genomföra tjänstgöringen enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Påverkar också attraktiviteten att göra ST i allmänmedicin.

Aktör	Roll/funktion	Ansvar i förhållande till ST-tjänster i allmänmedicin
Socialstyrelsen	Kunskapsunderlag, föreskriftsrätt och myndighetsutövning	Socialstyrelsen tar fram föreskrifter och allmänna råd för ST samt prövar ST-läkarnas ansökan om specialistkompetens. Socialstyrelsen är också kunskapsmyndighet inom kompetensförsörjning, vilket bland annat innebär styrning med kunskap och att vara pådrivande, stödjande, samlande och verksamhetsnära.
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)	Arbetsgivarorganisation	SKR driver frågor om kompetensförsörjning och stödjer regionerna i arbetsgivarfrågor. SKR Tecknar överenskommelser med regeringen om att utveckla hälso- och sjukvården inom specifika områden.
Läkarförbundet	Medlemsorganisation och arbetsrättslig påverkare	Läkarförbundet påverkar villkoren för ST-tjänster, inklusive löner, arbetsmiljö och arbetstid. Förbundet kan också driva frågor om attraktivitet och rekrytering till allmänmedicin samt förhandla överenskommelser som påverkar tillgången på ST-läkare.
Specialistföreningar (t.ex. SFAM, DLF)	Professionsföreningar	Specialistföreningar påverkar utbildningens innehåll, handledning och kvalitet. Föreningarna driver frågor kring yrkets villkor och attraktivitet.
Arbetsförmedlingen och Migrationsverket	Arbetsmarknad och tillstånd	Både Arbetsförmedlingen och Migrationsverket påverkar möjligheter att rekrytera läkare utbildade utomlands till ST i allmänmedicin.
Lärosäten	Grundutbildning och forskning	Lärosäten påverkar inflödet till ST genom hur många läkare som examineras genom att själva dimensionera utbildningsutbudet inom ramen för sina anslag. Lärosäten påverkar också studenter med intresse för primärvården genom hur det utformar sina utbildningar.

Många steg på vägen mot färdig specialist

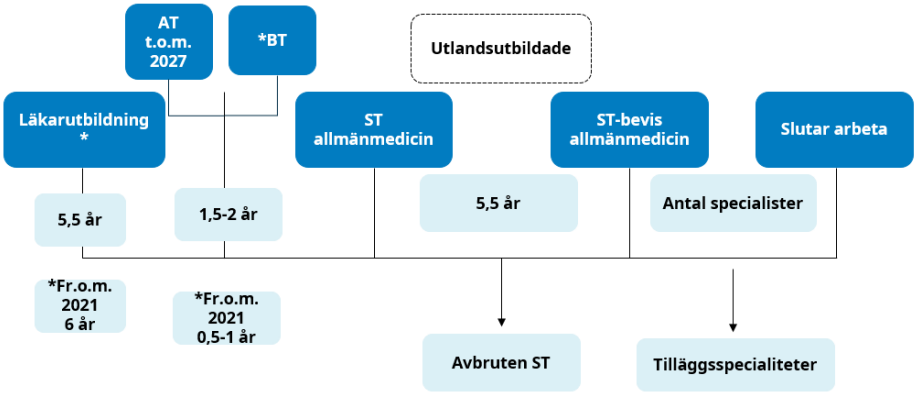
För att en läkare ska kunna arbeta som specialist i allmänmedicin krävs att hen genomgår en specialiseringstjänstgöring (ST) med inriktning mot basspecialitet allmänmedicin. ST är en utbildningstjänst där läkaren, efter att ha erhållit sin läkarlegitimation, arbetar under handledning och får klinisk utbildning. ST är målstyrd och tar minst 5,5 år enligt 4 kap. 1 §

patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), eller minst 5 år för den som har gjort allmäntjänstgöring (AT) eller påbörjade sin ST före den 1 juli 2021. Det är dock viktigt att poängtera att detta avser minimitider – i praktiken kan tjänstgöringstiden bli längre eftersom den är målstyrd.

Ett särskilt utmärkande drag i systemet för läkares specialisering är den långa planeringscykeln – från examinerad läkare till färdig specialistläkare (se figur 3). Från att en person examineras tills hen blir färdig specialist tar det i genomsnitt ca 8 år [11]. Tiden för de olika stegen kan variera i det enskilda fallet. Bastjänstgöring (BT) är en del av ST men kan genomföras som en fristående tjänstgöring.

Dimensioneringen av ST-tjänster styr i hög grad den framtida tillgången till specialistläkare i allmänmedicin. Antalet ST-tjänster påverkas samtidigt av hur många examinerade läkare som därefter genomgår AT eller BT. Eftersom ST är en utbildningstjänst som kombinerar kliniskt arbete med fortbildning, påverkas möjligheten att utöka antalet ST-tjänster även av tillgången på erfarna specialistläkare som kan fungera som handledare. Brist på handledare kan därmed utgöra en begränsande faktor för att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin.

Figur 3. Stegen mot färdig specialist i allmänmedicin



De beslut som fattas idag om antalet ST-tjänster i allmänmedicin får konsekvenser först flera år senare. Exempelvis innebär en neddragning av antalet ST-tjänster ett visst år att färre läkare påbörjar sin specialisering. I sin tur leder detta till ett minskat antal färdiga specialister senare, om andelen som slutför sin tjänstgöring är densamma. Dessutom påverkar tillgången på examinerade läkarstudenter och läkare som därefter genomgår AT och BT antalet potentiella ST-läkare inom allmänmedicin några år senare [11]. Till detta kommer att vissa läkare avbryter sin ST eller påbörjar en tilläggsspecialitet, vilket påverkar hur många som faktiskt blir specialistläkare i allmänmedicin. Ytterligare variationer uppstår genom inflödet av utlandsutbildade läkare, vars placering i cykeln beror på vilka steg de redan har genomfört innan de anländer till Sverige.

Omvänt gäller också att ett beslut om att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin kan öka antalet färdiga specialistläkare – men endast om alla andra faktorer är konstanta, till exempel andelen som slutför sin ST, antal år som det tar för en ST-läkare att bli färdig samt pensionsavgångar.

Riktvärden för ST-tjänster allmänmedicin

I detta kapitel beskrivs det befintliga riktvärdet för specialistläkare i allmänmedicin. Detta ligger till grund för de efterföljande tillvägagångssätt som används för att föreslå riktvärden för antal ST-läkare i allmänmedicin. Därefter presenteras baslinjemätningen som visar antalet ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin.

Socialstyrelsen förslag är att beräkna riktvärden för antal ST-tjänster enligt en dynamisk modell. En sådan modell beaktar vilka faktorer som påverkar tillgången och behovet av både specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin på lång sikt. Den förutsätter dock data som inte finns tillgänglig för Socialstyrelsen i dag. Längre fram i rapporten redogör Socialstyrelsen för vilka data en sådan modell behöver utgå från och hur en sådan modell skulle kunna se ut.

Socialstyrelsen redovisar också en förenklad beräkningsmodell för tjänster för ST i allmänmedicin. Den används för att beräkna hur antalet tjänster kan öka procentuellt i förhållande till det genomsnittliga antalet ST-läkare under de senaste tre tillgängliga åren 2021–2023 enligt baslinjemätningen.

Befintligt riktvärde för specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin

I dag finns en lagstadgad rätt för den som så önskar att ha en fast läkarkontakt i primärvården. Fast läkarkontakt innebär att varje patient har en namngiven läkare, exempelvis vid en hälso- eller vårdcentral, som kan samordna och följa upp patientens vård [12].

Mot denna bakgrund tog Socialstyrelsen 2022 fram ett riktvärde som är tänkt att fungera som vägledning i planeringen av antalet läkare i primärvården [5] [12]. Riktvärdet utgår ifrån att samtliga invånare har rätt till en fast läkarkontakt i primärvården. Utifrån detta resonemang är Socialstyrelsens vägledande riktvärde 1 specialistläkare per 1 100 invånare [12].[1]

[1] Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården är ett stöd från Socialstyrelsen som riktar sig till den som leder och fördelar arbetet på vårdcentraler eller motsvarande. Det syftar till att stödja verksamheterna i fråga om kompetens hos den som är eller ska vara fast läkarkontakt i primärvården. Stödet består av kompetensmål. De anger den kompetens (de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt) som Socialstyrelsen bedömer är särskilt central för rollen som fast läkarkontakt i primärvården [8].

Riktvärdet är genomsnittligt och är varken ett golv eller ett tak. Det innebär att det finns en förväntan om variationer på verksamhetsnivå. Det behöver också anpassas utifrån lokala förutsättningar, exempelvis hur stora vårdbehov invånarna har. Vilka andra yrkesgrupper som ingår i teamet på hälso- eller vårdcentralen och hur de arbetar har även betydelse för riktvärdet. De anställda läkarnas erfarenhet och tjänstgöringsgrad är exempel på andra faktorer som påverkar riktvärdet. Riktvärdet är däremot inte uträknat utifrån förväntad utveckling av hälso- och sjukvården eller demografisk utveckling [12].

För att säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning finns dessutom ett kompletterande riktvärde: en ST-läkare i allmänmedicin, som befinner sig i mitten av sin tjänstgöring, per 550 invånare. Detta riktvärde är tänkt att trygga återväxten av specialister inom primärvården [12].

Baslinjemätning: antal ST-tjänster i allmänmedicin i förhållande till riktvärdena för fast läkarkontakt

Baslinjemätningen och beräkningen av riktvärdena bygger på uppgifter från SCB:s yrkesregister över sysselsatta ST-läkare i primärvården 2023. Dessa är senast tillgängliga uppgifter från SCB:s yrkesregister. Tillvägagångssättet beskrivs närmare i bilaga 2, och uppgifterna förklaras i registeruppgifter i bilaga 4.

I baslinjemätningen ingår alla ST-läkare per län, både de som arbetar i regional och privat primärvård, samt utlandsutbildade ST-läkare. Det är viktigt att inkludera ST-läkare från privata vårdgivare, eftersom drygt en tredjedel av ST-tjänsterna genomförs där, se bilaga 3. Eftersom antalet ST-läkare påverkas av tillgången på handledande specialistläkare, redovisas även antalet specialistläkare i allmänmedicin per län. Det är viktigt att notera att dessa uppgifter bygger på inrapportering till yrkesregistret. Uppgifterna har delvis undertäckning, enligt SCB:s bedömningar. Vidare bygger rapporteringen om antal ST-läkare på antagandet att i princip alla som registreras som ST-läkare i primärvården gör sin ST i allmänmedicin. En redogörelse för bakgrunden till det antagandet finns i bilaga 2.

I november 2023 var totalt 2 440 ST-läkare i allmänmedicin sysselsatta inom regional eller privat primärvård. Det fanns dock stora regionala variationer. Västra Götalands län hade det högsta antalet, med omkring 490 ST-läkare i primärvården, medan Gotlands län hade det lägsta, med endast 10 ST-läkare. I övriga län fanns mellan 20 och 440 sysselsatta ST-läkare inom primärvården. I flera regioner rör det sig om relativt små tal, vilket bör beaktas vid jämförelser mellan län.

I förhållande till antalet invånare varierade också antalet ST-läkare i allmänmedicin per län, men samtliga regioner hade fler än 550 invånare per ST-läkare. Jämtlands län hade lägst antal invånare per ST-läkare, med 2 320 invånare. Högst antal invånare per ST-läkare hade Blekinge län. Även för Blekinge län rör det sig om relativt små tal, vilket gör att siffrorna bör tolkas med en viss försiktighet.

Tabell 2. Baslinjemätning för antal ST-tjänster i allmänmedicin baserat på SSYK-kod* och antal specialistläkare i allmänmedicin i primärvården 2023*****

I siffrorna ingår både regionala och privata vårdgivare samt utlandsutbildade läkare.
Avrundat till närmaste femtal

Län	Antal ST-läkare i allmän-medicin 2023	Antal inv per ST-läkare i allmänmedicin 2023	Antal specialistläkare i allmän-medicin 2023	Antal inv per specialistläkare i allmän-medicin 2023
Riket	2 440	4 320	4 910	2 150
Västra Götalands län	490	3 585	840	2 105
Stockholms län	440	5 530	1090	2 250
Skåne län	360	3 920	730	1 955
Östergötlands län	130	3 750	230	2 065
Jönköpings län	110	3 390	200	1 855
Södermanlands län	100	3 020	140	2 130
Uppsala län	95	4 260	190	2 130
Västmanlands län	75	3 745	100	2 755
Värmlands län	70	4 050	115	2 445
Hallands län	65	5 290	180	1 890
Västernorrlands län	65	3 730	95	2 525
Norrbottens län	65	3 945	90	2 825
Västerbottens län	60	4 490	145	1 935
Kalmar län	60	4 050	120	2 025
Jämtlands län	60	2 320	100	1 340
Örebro län	50	6 560	145	2 110
Dalarnas län	50	6 250	105	2 790
Gävleborgs län	40	6 810	130	2 250
Kronobergs län	30	7 555	95	2 150
Blekinge län	20	7 910	55	2 875

Gotlands län	10	4 700	15	3 820

* Standard för svensk yrkesklassificering, SSYK, är ett system för att gruppera individers yrken eller arbetsuppgifter. SSYK underskattar antalet ST-tjänster på grund av att inrapportering sker manuellt. Läs mer i bilaga 3.**Antal specialistläkare är hämtat från Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska (HOSP) *** Populationen omfattar alla anställda 16–69 år som är sysselsatta under referensåret enligt SCB:s BAS-definition. Sammanställningen av yrkesregistret görs i huvudsak under oktober - december ett år efter referensåret, d.v.s. 10–12 månader senare.

Antalet specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården varierar också mellan landets län. År 2023 hade Stockholms län det högsta antalet specialistläkare i allmänmedicin, med cirka 1 090 läkare, medan Gotlands län hade det lägsta antalet. I förhållande till befolkningen hade däremot Jämtlands län den högsta tätheten, medan Gotland hade den lägsta tätheten av specialistläkare.

En dynamisk modell för att dimensionera ST-läkare i allmänmedicin

En del av Socialstyrelsens uppdrag handlar om att föreslå nationella och regionala riktvärden för antal tjänster i specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin. Socialstyrelsen tolkar detta som att uppdraget handlar om att ta fram vägledande värden för hur många tjänster i ST som skulle behövas för att täcka behovet av antalet specialistläkare i allmänmedicin framöver.

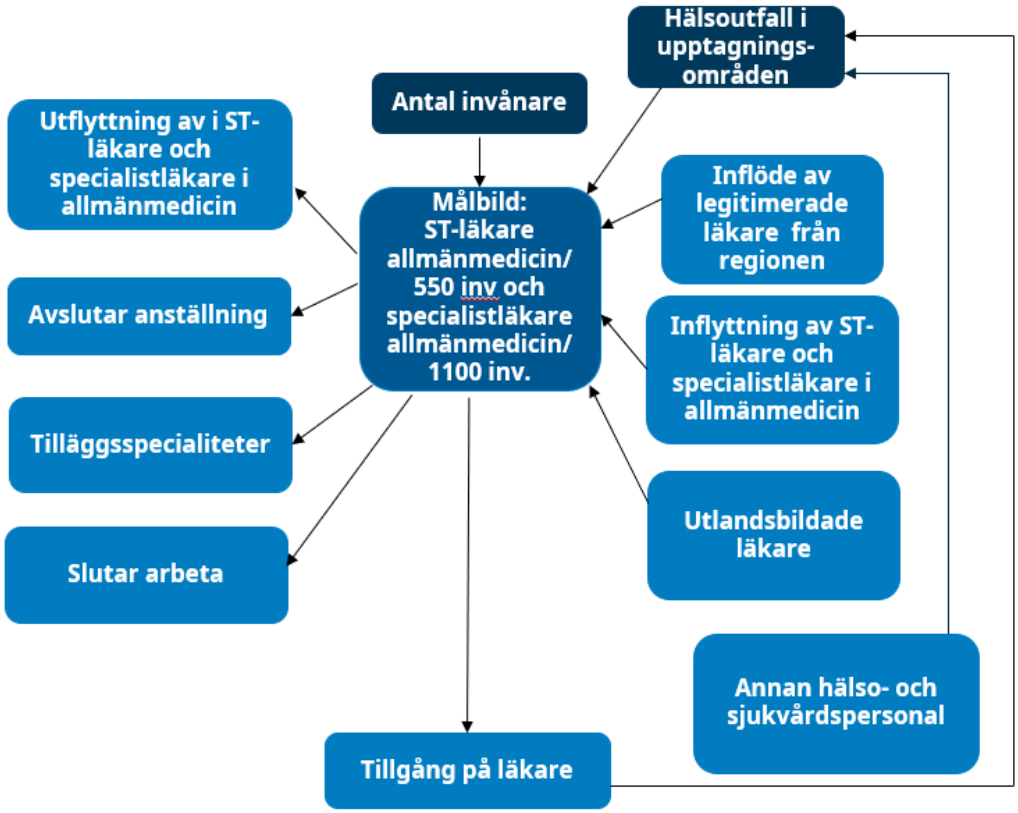
Som framgår av föregående kapitel (figur 3) innebär dimensioneringen av antalet ST-tjänster en lång planeringscykel, bestående av flera olika steg som leder fram till en färdig specialist i allmänmedicin. Att sätta riktvärden för antalet tjänster för ST för att täcka ett kommande behov av färdiga specialister kräver därför kännedom både om det framtida behovet och om hur många som påbörjar och avslutar ST i allmänmedicin. Det kräver också kännedom om hur rörligheten på arbetsmarknaden samt mellan regioner och specialiteter ser ut. Allt detta för att kunna ta fram riktvärden som utgår ifrån faktiska förhållanden.

Socialstyrelsen har därför utvecklat en dynamisk modell för att beräkna riktvärden för ST-läkare i allmänmedicin. Syftet är att modellera vilka faktorer som på lång sikt kan påverka den slutliga tillgången av både specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin, som visas i figur 4.

Den dynamiska modellen tar hänsyn till att den faktiska tillgången på läkare idag består av två huvudgrupper: både nuvarande ST-läkare i allmänmedicin och specialistläkare i allmänmedicin som redan är verksamma inom primärvården och fungerar som handledare för ST-läkare. Båda dessa grupper påverkar tillgången på läkare, vilket i sin tur påverkar hälsoutfallet i respektive upptagningsområde. Den dynamiska modellen tar också hänsyn

till in- respektive utflöden från gruppen specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin. Den beaktar också det framtida behovet av specialistläkare och därmed också ST-läkare. I modellen vägs också in att andra professioner i hälso- och sjukvården kan bidra kliniskt.

Figur 4. En dynamisk modell för att beräkna antalet ST-tjänster och specialistläkare i allmänmedicin



Som figur 4 visar beaktar den dynamiska modellen flera aspekter av tillgången på läkare och därmed behovet av ST-läkare. Till exempel kan färdigutbildade ST-läkare flytta mellan regioner. Detta medför att en ST-läkare som utbildats i en viss region inte nödvändigtvis bidrar till den framtida läkartillgången i samma region. Denna geografiska rörlighet gör det svårt att planera bemanningen enbart utifrån invånare och antagna riktvärden för ST-läkare i allmänmedicin. Det understryker behovet av att beakta migrationsmönster vid dimensionering av både ST-tjänster och framtida läkarresurser. Även inflödet av legitimerade läkare och utlandsutbildade läkare bidrar till att förändra tillgången på både ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin.

Utöver dessa faktorer beaktar den dynamiska modellen även avbruten ST i allmänmedicin. Dessutom minskar tillgången på läkare när färdiga specialistläkare eller ST-läkare i allmänmedicin lämnar yrket, vilket ytterligare ökar behovet av fler ST-läkare för att uppfylla riktvärdet på 550

invånare per ST-läkare respektive riktvärdet 1 100 invånare per specialistläkare.

Modellen tar även hänsyn till invånarantalet och demografiska förändringar över tid, vilket illustreras i figur 4 genom antalet invånare i modellen. En åldrande befolkning förändrar exempelvis vårdbehoven och ökar behovet av läkare inom primärvården. Samtidigt beror invånarnas hälsoutfall i en region inte enbart av tillgången på läkare, utan också av hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet bedrivs. Ett effektivt förebyggande arbete kan hindra att hälsoproblem uppstår eller utvecklas till allvarliga tillstånd. Fler friska år innebär både ökad livskvalitet för individen och minskade resursbehov för vården. Tillsammans påverkar dessa faktorer i sin tur behovet av olika professioner inom hälso- och sjukvården, inklusive olika läkarspecialiteter. Även utvecklingen av nya arbetssätt, såsom tvärprofessionella team, påverkar hur vårdbehoven ser ut och hur resurser fördelas mellan olika professioner. I figur 4 illustreras detta genom den rutan i figuren som avser annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Den dynamiska modellen kan användas för att analysera faktorer som påverkar tillgången och behovet av ST-läkare både på regional och nationell nivå. Baserat på en sådan analys kan det vara möjligt att beräkna riktvärden som tar hänsyn till förändringar i systemet som får effekter på både tillgången och behovet. Den dynamiska modellen understödjer på så sätt planering som kan ta hänsyn till både yttre och inre effektivitet.

I dagsläget saknas dock tillgängliga uppgifter för många av dessa faktorer. Därför kan inte Socialstyrelsen ta fram sådana riktvärden. I nästa kapitel beskrivs de data som skulle behöva tas fram för att ta fram riktvärden med en dynamisk modell.

En förenklad modell för riktvärden för ST-tjänster i allmänmedicin

Socialstyrelsen bedömer att en dynamisk modell, baserad på statistik och analyser som kan ligga till grund för modellens dynamiska antaganden, skulle vara ett ändamålsenligt sätt att ta fram riktvärden för antalet ST-tjänster i allmänmedicin. En annan väg för att ta fram riktvärden för antalet ST i allmänmedicin, är att beräkna schablonmässiga och förenklade riktvärden med procentuella ökningar för antalet tjänster.

Som baslinjemätningen tidigare visade hade alla regioner år 2023 mer än 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin. Alla regioner har däremot inte beslutat om Socialstyrelsens föreslagna riktvärden. Det verkar rimligt att utgå ifrån att antalet specialistläkare i allmänmedicin skulle behöva vara högre om primärvården ska vara navet i svensk hälso- och sjukvård och för att riktvärdet ska uppnås.

En väg för att öka antalet specialistläkare är genom att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin. Med utgångspunkt i detta redovisar Socialstyrelsen i tabell 3 beräkningar över antalet tjänster för ST som fanns 2023, samt tre scenarier där antalet läkare under pågående ST ökar med 5, 25 respektive 50 procent i förhållande till det genomsnittliga antalet ST-läkare de senaste åren (2021–2023).[2]

Tabell 3. Antal ST-läkare i allmänmedicin år 2023* och genomsnittligt antal ST-läkare i allmänmedicin år 2021–2023 samt antal ST-läkare om antalet ska öka med 5, 25 respektive 50 procent.

Uppgifterna om antal ST-läkare 2023 samt antal ST för de tre scenarierna för ökad omfattning är avrundade.

	Antal ST-läkare i allmän-medicin 2023*	Genomsnittligt antal ST-läkare i allmän-medicin (2021–2023)	Antal ST ökar 5 %	Antal ST ökar 25 %	Antal ST ökar 50 %
Blekinge län	20	22	25	30	35
Dalarnas län	45	46	50	60	70
Gotlands län	15	12	15	15	20
Gävleborgs län	40	39	40	50	60
Hallands län	65	64	65	80	95
Jämtlands län	55	52	55	65	80
Jönköpings län	110	112	115	140	170
Kalmar län	60	61	65	75	90
Kronobergs län	35	24	25	30	35
Norrbottens län	65	61	65	75	90
Skåne län	365	372	390	465	560
Stockholms län	445	454	475	570	680
Södermanlands län	100	96	100	120	145
Uppsala län	95	90	95	115	135
Värmlands län	70	68	70	85	105
Västerbottens län	60	71	75	90	105
Västernorrlands län	65	60	65	75	90
Västmanlands län	75	67	70	85	100
Västra Götalands län	495	494	520	620	740

[2] På grund av osäkerheten i grunduppgifterna beräknas de procentuella ökningarna utifrån det genomsnittliga årliga antalet ST år 2021–2023.

Örebro län	45	57	60	70	85
Östergötlands län	125	121	125	150	180
Riket	2 445	2 444	2 565	3 055	3 665

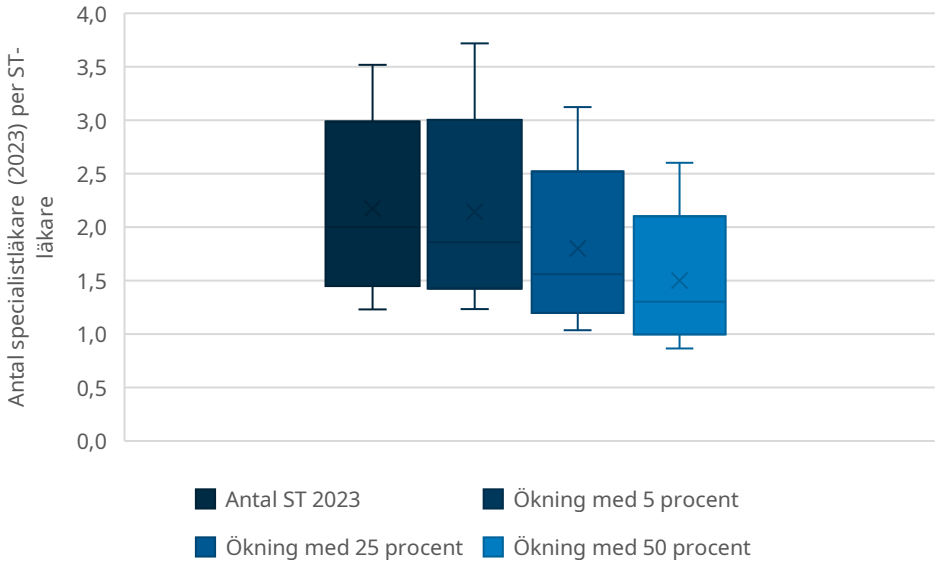
* Standard för svensk yrkesklassificering, SSYK, är ett system för att gruppera individers yrken eller arbetsuppgifter. SSYK underskattar antalet ST-tjänster på grund av att inrapportering sker manuellt. Läs mer i bilaga 3. Populationen omfattar alla anställda 16–69 år som är sysselsatta under referensåret enligt SCB:s BAS-definition. Sammanställningen av yrkesregistret görs i huvudsak under oktober - december ett år efter referensåret, d.v.s. 10–12 månader senare.

Att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin förutsätter bland annat att det finns tillräckligt många handledare i allmänmedicin. En handledare ska enligt 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (HSLF-FS 2021:8) ha relevant specialistkompetens och ha genomgått en handledarutbildning. Alla specialistläkare i allmänmedicin har sannolikt inte genomgått en handledarutbildning, och kan därför inte fungera som handledare. Antalet specialistläkare ställs i relation till om antalet ST-tjänster ökar med 5 procent, 25 procent och 50 procent (se figur 5). Detta görs för att kunna visa antalet specialistläkare per ST-läkare som potentiellt skulle kunna vara handledare åt ST-läkarna vid en ökning av antalet tjänster. Antalet specialistläkare i relation till antalet ST-läkare indikerar om det kan uppstå en brist på handledare vid en snabb ökning av antalet ST-tjänster i allmänmedicin. En sådan brist skulle kunna påverka kvaliteten på handledning och ST.

Figur 5 visar hur antalet specialistläkare i allmänmedicin i primärvården år 2023 förhåller sig till antalet ST-läkare enligt de tre scenarierna där ST-utbildningen ökas med 5, 25 respektive 50 procent. Figuren visar att om antalet ST-tjänster ökas med 50 procent skulle de flesta regioner få färre än två specialistläkare per ST-läkare. Detsamma gäller för relationen mellan antalet specialistläkare per ST-läkare om antalet ST-tjänster ökas med 25 procent. Samtidigt framgår att även utan någon ökning ligger flera regioner redan idag på två eller färre specialistläkare per ST-läkare. Detta indikerar att det skulle kunna uppstå en brist på handledare vid en väldigt snabb ökning av antalet ST. Mot denna bakgrund föreslår Socialstyrelsen en successiv ökning av antalet ST-tjänster, så att regionerna hinner säkerställa tillräcklig tillgång till erfarna handledare.

Figur 5. Antal specialistläkare (siffror för 2023) per ST-läkare år 2023 samt i förhållande till en ökning av antal ST-läkare med 5, 25 och 50 procent för samtliga regioner samt riket.

Den procentuella ökningen baseras på det genomsnittliga antalet ST-läkare år 2021–2023. Låddiagrammet visar minsta och största värde, kvartiler samt median för antal specialistläkare per ST-läkare, enligt de tre scenarierna samt utgångsläget.



Ovanstående tillvägagångssätt kräver inte samma underlag och beräkningar som den dynamiska modellen, och kan därför inte heller ta hänsyn till exempelvis regionala förutsättningar, flyttmönster, den tid det tar för läkarna att slutföra sin specialiseringstjänstgöring eller andra professioners kliniska bidrag.

Data för att kunna använda en dynamisk modell för att beräkna riktvärden för ST-läkare i allmänmedicin

I detta kapitel redogörs för de data som krävs för att beräkna dynamiska riktvärden för ST-läkare i allmänmedicin, enligt den dynamiska modell som beskrevs i föregående kapitel. Först beskrivs det önskade läget för data på nationell och regional nivå. Därefter kartläggs vilka uppgifter som finns tillgängliga på respektive nivå, utifrån det önskade läget. Sedan förklaras gapet mellan det önskade läget och de tillgängliga uppgifterna. Slutligen presenteras möjliga lösningsutrymmen för att utveckla data om ST-tjänster, där lösningsutrymmen handlar om att identifiera och utforska områden för förändring inom ett komplext system.

I detta kapitel använder vi önskat läge, förväntad framtid och klyftan däremellan för att kartlägga tillgängliga data för ST-läkare i allmänmedicin och utvecklingsbehov.

Önskat läge för data på nationell och regional strategisk nivå

Den dynamiska modellen kan användas för att analysera faktorer som påverkar tillgången och behovet av ST-läkare i allmänmedicin både på regional och nationell nivå. Baserat på en sådan analys är det möjligt att beräkna riktvärden som tar hänsyn till förändringar i systemet och påverkar både tillgången och behovet.

För att beräkna riktvärden med en dynamisk modell räcker inte den data som finns tillgänglig idag utan det krävs uppgifter på både nationell och regional nivå om:

- inflöde av legitimerade läkare som påbörjar ST i allmänmedicin
- ST-läkare som hoppar av ST i allmänmedicin eller väljer en annan basspecialitet
- antalet specialister i allmänmedicin som väljer en annan tilläggsspecialitet
- in- och utflyttning per region av ST-läkare i allmänmedicin
- utlandsutbildade ST-läkare i allmänmedicin och utlandsutbildade läkare i allmänmedicin
- totala uppgifter om ST-läkare fördelade på regionala och privata vårdgivare inom primärvård.

Nuläge: Tillgängliga data om ST-läkare i allmänmedicin

I arbetet med att kartlägga tillgängliga data om ST-läkare i allmänmedicin har vi undersökt följande datakällor:

- Statistiska centralbyråns (SCB) yrkesregister över antalet anställda med ett visst yrke och Standard för svensk yrkesklassificering, SSYK, vilket är ett system för att gruppera individers yrken eller arbetsuppgifter
- Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska (HOSP)
- SKR:s *novemberstatistik* samlar årligen in och redovisar statistik över anställda i kommuner och regioner
- Läkarförbundets lönestatistik som årligen redovisar uppgifter om sina medlemmar, inklusive ST-läkare
- regionernas uppgifter om ST-läkare som har skickats in till Socialstyrelsen.

Utöver att kartlägga datakällorna har vi även fört dialog med SCB, SKR, Läkarförbundet och regionerna om deras uppgifter om tillgänglig statistik om antal ST-tjänster i allmänmedicin. Nedan presenteras vilka uppgifter som finns tillgängliga hos respektive aktör.

Sammanfattning av tillgängliga data

Tabell 4 sammanfattar den data som finns tillgänglig om ST-läkare i allmänmedicin. Som visas i tabellen har ingen datakälla i nuläget fullständig täckning i förhållande till önskat läge när det gäller data. Alla datakällor beskrivs mer detaljerat i bilaga 4.

I dialog med regioner, Läkarförbundet och SCB råder en tydlig samsyn om behovet av bättre och mer samordnade data för antal ST-tjänster. Behovet omfattar inte enbart allmänmedicin utan även andra specialiteter. En mer sammanhållen datainfrastruktur skulle stärka förutsättningarna för en strategisk och långsiktig planering av ST-tjänsterna. Samtidigt är möjligheterna att förbättra dagens datakällor begränsade. För att uppnå en verklig förbättring krävs antingen att de nationella registren utvecklas eller vidareutvecklas, samt att regionerna åläggs en större administrativ börda än idag – något som i dagsläget bedöms svårt att genomföra av regionerna.

Tabell 4. Beskrivning av tillgängliga datakällor om ST-läkare i allmänmedicin

Källa	Uppgifter per specialitet	Inkluderar samtliga ST-tjänster	Möjligt att skilja på sektor	Regional bild	Kan upprepas med oförändrad uppgifts-lämnarbörda för regionerna
SCB:s yrkesregister och standard för yrkesindelning (SSYK)	Nej	Inkluderar inrapporterade uppgifter	Ja	Ja	Ja
HOSP	Delvis, specialistbevis	Nej	Nej	Nej	Ja
Regionernas uppgifter	I den mån regionerna har uppgifterna sorterade	I den mån regionerna har uppgifterna sorterade	Delvis, kräver stort administrativt arbete	Ja	Nej
SKR	I den mån regionerna har uppgifterna sorterade	I den mån regionerna har uppgifterna sorterade	Ja, kräver stort administrativt arbete	Ja	Ja
Läkarförbundet	Ja	Endast medlemmar	Ja, per medlem	Ja	Ja

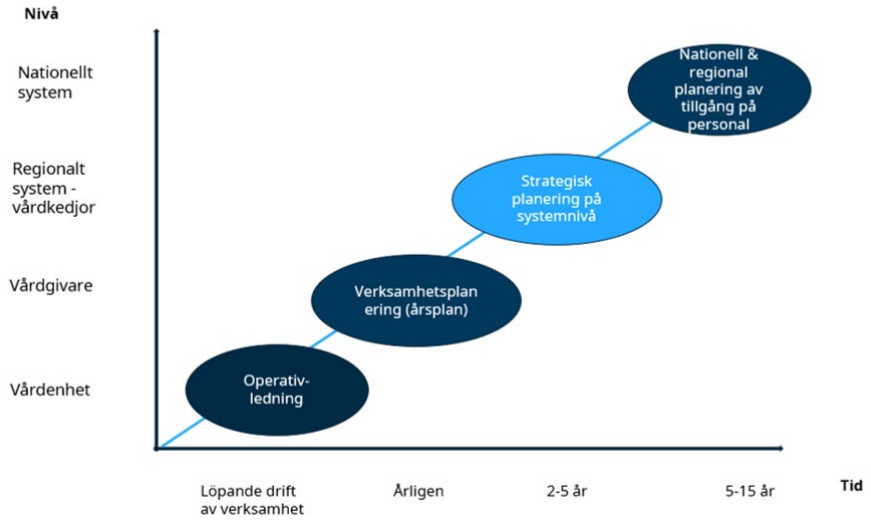
Hur kan vi sluta gapet mellan önskat läge och nuläge?

För att uppnå det önskade läget med data krävs en mer enhetlig och samordnad datainsamling i regionerna än idag, samt en utveckling av befintliga register på nationell nivå eller ett nytt nationellt register. I nästa avsnitt beskrivs hur en sådan datainsamling skulle kunna se ut på olika systemnivåer.

Olika systemnivåers behov av data om ST-tjänster i allmänmedicin

Personalplanering kan ske på flera systemnivåer, utifrån olika perspektiv och med skilda tidshorisonter. På nationell och regional systemnivå handlar planeringen om att säkerställa tillgången till personal på 5–15 års sikt, medan planering på regional systemnivå och inom vårdkedjor sker med perspektiv på 2–5 års sikt. På både vårdgivare- och vårdenhetsnivå är planeringen mer kortsiktig och operativ jämfört med nationell och regional systemnivå. Fokus ligger på den löpande driften av verksamheten respektive årliga verksamhetsplaner.

Figur 6. Personalplanering från olika perspektiv



För att kunna beräkna riktvärden för antal ST-tjänster med en dynamisk modell innebär detta att data behöver utvecklas på olika systemnivåer (se tabell 5). I tabell 5 nedan ges exempel på tidsperspektiv, syfte med data, typ av data, exempel på variabler, frekvens samt tillförlitlighet och mätbarhet. Dessa aspekter kan beaktas på olika systemnivåer för att utveckla data om dimensionering av ST-tjänster i allmänmedicin.

Som framgår har varje nivå i systemet sina egna tidsperspektiv, syften med data, typ av data och variabler, olika frågor att utforska i analysen av tillgången på ST-tjänster i allmänmedicin. Datainsamlingen behöver ske med olika frekvens på de olika nivåerna, och det finns olika behov av tillförlitlighet och jämförbarhet. Samtidigt är ingen nivå fristående i systemet. Det är i relationerna mellan nivåerna som ny kunskap uppstår, och där data om ST i allmänmedicin kan utvecklas på ett sammanhållet och systematiskt sätt. Den nationella nivån är exempelvis beroende av att regionerna rapporterar tillförlitliga data om antalet ST-tjänster i allmänmedicin. Regionerna i sin tur kan använda nationella data för att

jämföra sin tillgång på ST-läkare i allmänmedicin med utvecklingen på nationell nivå, och är därför beroende av jämförbara och tillförlitliga nationella data.

Tabell 5. Olika systemnivåers behov av data för dimensionering av ST-tjänster i allmänmedicin

Nivå	Tidspers-pektiv	Syfte med data	Typ av data	Exempel på variabler	Frekvens	Tillförlitlig-het/ mätbarhet
Vård-enhet	Löpande / 1 år	Säkerställa bemanning och kontinuitet i handledning och kliniskt arbete.	Verksamhetsdata, personalregister, lokala utbild-ningsregister.	Antal ST-läkare per enhet, handledartill-gång, frånvaro, pågå-ende utbild-ningsmoment, planerade avslut.	Kvartalsvis/ årligen.	Hög jäm-förbarhet inom enheten; begränsad mellan enheter
Vårdgivare (region eller privat vård-givare)	Årligen	Verksamhets-planering, resursfördel-ning, uppfölj-ning av utbildnings-kapacitet.	Verksamhets- och HR-data, interna utbild-ningsregister, produktions-data.	Antal ST-tjänster per specialitet, antal färdiga specialister, handledar-kapacitet, rekryterings-behov.	Årligen	Jämförbar-het mellan enheter inom vårdgivaren
Regional strategisk nivå	2–5 år	Kompetens-försörjning, långsiktiga rekryterings-strategier hos vårdgivare	Samman-ställda registerdata, regionala personaldata-baser, SCB-data.	Flytt-mönster mellan regioner, antal utlandsutbil dade, pensions-prognoser, köns- och åldersför-delning.	Årligen	Data jämförbar mellan regioner
Nationell nivå	5–15 år	Långsiktig styrning, policyutveck-ling och dimen-sionering av läkarutbildning och ST.	Nationella register, HOSP, SCB-statistik, utbildnings-register, migrations-data. Samlas in från regionerna.	Antal ST-läkare som till-kommer/ avgår, utbildnings-flöden, inter-nationell rörlighet, regional fördelning.	Årligen / 2-årsinterv all	Data jämförbar över tid och mellan regioner

Möjliga tillvägagångssätt för att utveckla data om ST-tjänster

Rapporten visar att det saknas heltäckande uppgifter om ST-läkare i allmänmedicin, både på regional och nationell nivå. Utan sådan kunskap om tillgången blir det svårt att fullt ut förstå och modellera behoven av ST-läkare. Socialstyrelsen ser därför ett behov av förbättrade data och datainfrastruktur inom området. Ett sådant arbete förutsätter att nationell och regional nivå tillsammans använder sina lösningsutrymmen för att utveckla data. I utveckling av data och en datainfrastruktur kan även SCB och Läkarförbundet spela en viktig roll. Det handlar alltså om att identifiera och utforska möjliga områden för förändring. Nedan beskrivs möjliga tillvägagångssätt.

Regioner och kommuner ansvarar för att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av deras ansvar (7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]). Socialstyrelsen ska vara pådrivande, stödjande, samlande och verksamhetsnära. Myndigheten ansvarar också för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde (4 § 1 och 11 § förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen).

Som stödjande, samlande och utvecklande myndighet skulle Socialstyrelsen kunna samla aktörer i syfte att utveckla den data om ST-tjänster som behövs. Det kan till exempel handla om att undersöka hur regionerna tänker kring sin dimensionering av ST-tjänster i primärvården i förhållande till prioriterade områden inom hälso- och sjukvården och önskat läge för dem. Det krävs för att aktörerna i systemet delar målsättningar och uppfattningar om vägen framåt. Socialstyrelsen har tidigare använt denna metod tillsammans med aktörer inom tandvården [7].

Ett annat lösningsutrymme är att utveckla befintliga nationella register. Detta kan handla om att förbättra tillförligheten i SSYK-koden för ST-läkare i SCB:s yrkesregister, och därmed kunna följa in- och utflöden från läkare i allmänmedicin. Detta är i sin tur sannolikt beroende av att uppgiftslämnarna har förståelse för hur uppgifterna används och vilka uppgifter de lämnar in.

Utvecklingen av nationella register kan även omfatta ett nytt register där uppgifter om ST-läkare samlas in. Genom att skapa ett register med information som möjliggör uppföljning av in- och utflöden av ST-läkare – exempelvis tidpunkt för påbörjad specialisering, eventuella avbrutna anställningar och vårdgivare – skulle uppföljningen av tillgången på läkare kunna utvecklas. Socialstyrelsen bedömer att myndigheten idag saknar idag rättsligt stöd för att samla in sådana uppgifter. För att det ska vara möjlig krävs dock ändrade juridiska förutsättningar, vilka Socialstyrelsen inte har haft möjlighet att utreda närmare inom ramen för uppdraget.

Att bygga upp ett sådant register är dock en tidskrävande process. Utöver att utreda och ändra de juridiska förutsättningarna krävs även utveckling av tekniska lösningar och datastrukturer som möjliggör säker och enhetlig informationsinsamling från flera aktörer. Det tar dessutom tid att säkerställa hög datakvalitet och tillförlitlighet innan registret kan tas i fullt bruk. För att uppgifterna ska vara jämförbara behöver dessutom standardiserade definitioner av variabler utvecklas, till exempel för vad som avses med påbörjad specialisering.

Slutsatser

Socialstyrelsen har i denna delredovisning av regeringsuppdraget (2025-04-10, S2025/00801) valt att utgå från myndighetens strategiska inriktning. Det innebär att arbetet bygger på en helhetssyn på hälso- och sjukvårdens utveckling och på nyttan för berörda målgrupper.

De främsta målgrupperna för denna delredovisning är regioner, Läkarförbundet, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF) samt SKR. Slutsatserna baseras på Socialstyrelsens samlade kunskap som har inhämtats i dialog och samverkan med flera berörda aktörer.

Regeringens intention med riktvärdena är att de ska bidra till en stärkt och mer långsiktigt hållbar kompetensförsörjning i primärvården.

Förslag på en dynamisk modell för riktvärden som utgår ifrån faktiska förhållanden

Socialstyrelsens bedömning är att en dynamisk modell är ändamålsenlig för att beräkna riktvärden för ST-tjänster på ett sätt som speglar faktiska förhållanden i hälso- och sjukvården. Modellen integrerar ett brett spektrum av faktorer, såsom tillgången på ST-läkare och specialister i allmänmedicin, rörlighet mellan regioner, avslutade tjänster, inflöde av utlandsutbildade läkare samt demografiska förändringar. Den dynamiska modellen tar också hänsyn till att ett effektivt förebyggande arbete minskar vårdens resursbehov och därmed påverkar behovet av olika professioner och läkarspecialiteter. En sådan modell väntas ge en tillförlitlig grund för planering av ST-tjänster på både kort och lång sikt.

Utveckling av data och informationssystem

Socialstyrelsen konstaterar att dagens data och datainfrastruktur inte är tillräckliga för att beräkna riktvärden med en dynamisk modell. Det saknas bland annat uppgifter om tillsättning av ST-tjänster, rörlighet mellan regioner och specialister som byter inriktning och påbörjar en ny ST. Avsaknad av data gör att beräkningar som behövs för en dynamisk modell inte kan genomföras i dagsläget.

Bred samsyn om behovet av bättre data för ST

I dialog med regioner, SKR, Läkarförbundet och SCB finns en tydlig samsyn om behovet av bättre och mer samordnade data för ST-tjänster. Behovet gäller inte enbart allmänmedicin, utan även andra specialiteter. En mer sammanhållen datainfrastruktur skulle kunna stärka förutsättningarna för strategisk planering av ST-tjänster.

Förutsättningar för att Socialstyrelsen ska kunna samla in nödvändiga data

Socialstyrelsen skulle kunna ta en samlande roll i utvecklingen av data och informationssystem för ST. Genom att skapa ett register med information som gör det möjligt att följa in- och utflöden av ST-läkare, såsom tidpunkt för påbörjad specialisering och avbrutna ST-tjänster, skulle uppföljningen av läkarförsörjningen kunna förbättras. Socialstyrelsen bedömer dock att det i dag inte finns rättsliga förutsättningar för myndigheten att samla in och samordna de uppgifter som krävs för en fullständig och ändamålsenlig uppföljning av ST-tjänster. Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen inte heller haft möjlighet att närmare utreda eller föreslå hur de juridiska förutsättningarna skulle kunna förändras. Utöver ett rättsligt stöd krävs även säkra tekniska lösningar, tydligt definierade variabler och hög datakvalitet.

Det krävs också en mer enhetlig och samordnad datainsamling i regionerna än idag. Som stödjande, samlande och utvecklande myndighet kan Socialstyrelsen samla berörda aktörer för att utveckla den data om ST-tjänster som behövs. Det kan till exempel handla om att undersöka hur regionerna tänker kring sin dimensionering av ST-tjänster i primärvården i förhållande till prioriterade områden inom hälso- och sjukvården och önskat läge för dem. Det kan även handla om hur data och informationssystem bör struktureras, liksom hur olika variabler ska definieras, exempelvis påbörjade ST-tjänster.

Vägen framåt för att öka antalet ST-tjänster

Baslinjemätningen visar att alla regioner hade mer än 1 100 invånare per specialist i allmänmedicin 2023 och mer än 550 invånare per ST-läkare i allmänmedicin. Det är samtidigt viktigt att notera att regionerna själva ansvarar för dimensioneringen av ST-tjänster och att alla regioner inte har

beslutat om riktvärdena 1 100 invånare per specialist respektive 550 invånare per ST-läkare.

Om vi utgår från att den strategiska inriktningen för en stärkt och mer långsiktigt hållbar kompetensförsörjning i primärvården är att öka antalet ST-tjänster, visar Socialstyrelsens baslinjemätning och den förenklade framskrivningsmodellen att ökningen behöver ske gradvis. Detta är nödvändigt för att säkerställa tillräcklig handledarkapacitet och upprätthålla kvaliteten under ST.

Referenser

[1] Socialstyrelsen, ”Metoder för att arbeta med lärande för ett effektivt nyttjande av personalresurser utifrån ett nationellt perspektiv,” 2025a.

[2] Socialstyrelsen, ”Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022,” 2022 (a).

[3] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ”Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.,” 2023.

[4] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ”Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport,” 2025.

[5] Socialstyrelsen, ”Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt,” 2022(b).

[6] Socialstyrelsen, ”Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal – Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade personalen 2024 – Nationella planeringsstödet 2025 – Delrapport 2,” 2025b.

[7] Socialstyrelsen, ”Patient- och personalcentrerad personalplanering – Ett stöd för framtidens efterfrågeanalyser – Nationella planeringsstödet 2025 – Delrapport 3,” 2025c.

[8] Socialstyrelsen, ”Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården. Stöd för utveckling och bedömning av kompetens,” 2024a.

[9] Socialstyrelsen, ”Uppföljning av omställningen till en god och nära vård,” 2025d.

[10] Socialstyrelsen, ”Läkarnas specialiseringstjänstgöring inom primärvården – En underlagsrapport,” 2025e.

[11] Nationella vårdkompetensrådet, ”Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen läkare,” 2021.

[12] Socialstyrelsen, ”Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt,” 2024b.

[13] Statistiska centralbyrån, ”STATISTIKENS FRAMSTÄLLNING. Yrkesregistret med yrkesstatistik,” 2024.

[14] Statistiska centralbyrån (SCB), ”Standard för svensk yrkesklassificering 2012,” mis 2012:1.

[15] Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån & Universitetskanslersämbetet, ”Flyttmönster bland nyutexaminerade sjuksköterskor,” 2024.

[16] Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån & Universitetskanslersämbetet, ”Sjuksköterskors arbetsmarknadsrörelser år 2020-2022,” 2024.

[17] Sveriges kommuner och regioner, ”Insamling av personalstatistik,” 11 11 2025. [Online]. Available: https://skr.se/arbetsgivarrollen/analysstatistikochuppfoljning/insamlingavpersonalstatistik.8084.html.

Bilaga 1. Regeringsuppdraget

Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att utreda och lämna förslag på riktvärden för vissa yrkesgrupper i primärvården. Socialstyrelsen ska

- ta fram en baslinjemätning över antal tjänster för specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin per region, samt nationella och regionala riktvärden för antal tjänster för specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin, och
- ta fram riktvärden för distriktsköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter respektive psykologer i primärvården, utgående från analyser av vårdbehov. Primärvården är ett delat ansvar mellan kommun och region och riktvärden ska redovisas ur såväl ett nationellt perspektiv som ur huvudmännens perspektiv.

Socialstyrelsen ska när uppdraget utförs föra dialog med och inhämta kunskap och erfarenheter från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), kommuner och regioner, universitet och högskolor och andra berörda aktörer, däribland patient-, brukar- och anhörigorganisationer, professionsföreningar, företrädare för privata vårdgivare och berörda nationella programområden, däribland nationellt programområde primärvård och nationellt programområde psykisk hälsa.

Socialstyrelsen ska senast den 1 december 2025 lämna en delredovisning av uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet). I delredovisningen ska det ingå en baslinjemätning över antal tjänster för specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin per region, samt nationella och regionala riktvärden för antal tjänster för specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin.

Socialstyrelsen ska senast den 31 maj 2026 lämna en slutredovisning av uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet). I slutredovisningen ska riktvärden för distriktsköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer i primärvården ingå.

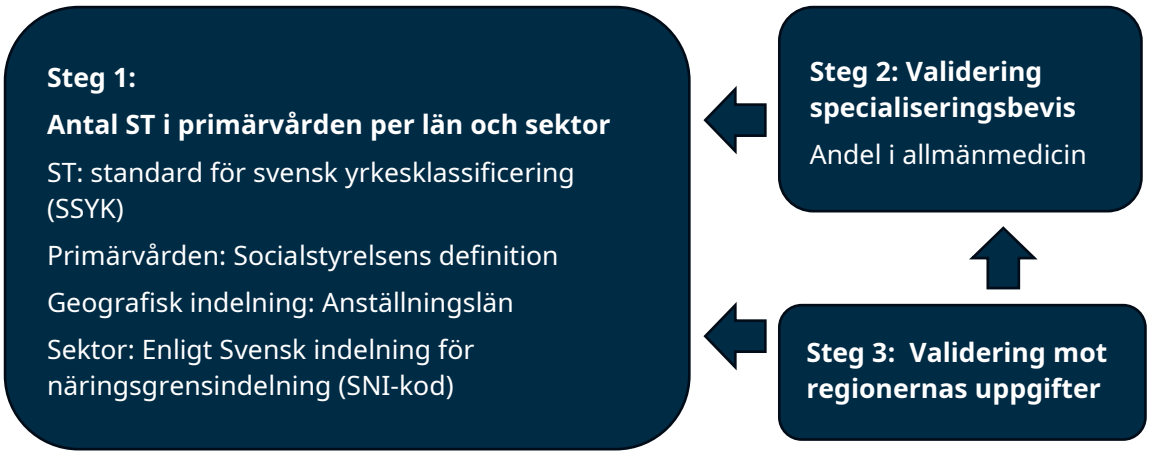
Bilaga 2.Tillvägagångssätt för att skatta antal ST-tjänster i allmänmedicin

Den baslinjemätning som Socialstyrelsen har tagit fram bygger i huvudsak på SCB:s registeruppgifter som slagits samman med Socialstyrelsens uppgifter om uttagna specialistbevis. Eftersom detta är en ny procedur för Socialstyrelsen samtidigt som SSYK har kända bortfall enligt SCB, har den registerbaserade skattningen validerats med jämförbara uppgifter från regionerna som vi har samlat in.

Processen för baslinjemätningen illustreras i figur 7 nedan och kan beskrivas i tre steg:

1. **Antal sysselsatta i primärvården med SSYK-koden för ST-läkare.** Dessa registeruppgifter möjliggör både kännedom om geografisk fördelning av ST-tjänster samt uppgifter om sektor. Dock saknas uppgifter om inriktningen på tjänstgöringen.
2. **Andelen ST-läkare i primärvården som tagit ut ett ST-bevis i allmänmedicin.** Genom att se hur stor del som har ett specialistbevis i allmänmedicin efter att enligt SCB:s uppgifter ha varit ST-läkare i primärvården och tagit ut ett specialiseringsbevis, går det att skatta hur stor del av samtliga ST i primärvården som kan vara ST i allmänmedicin.
3. **Validering mot regionernas uppgifter.** Socialstyrelsen har samlat in uppgifter från regionerna (se bilaga 4). Dessa uppgifter har begränsningar när det gäller privat sektor samt jämförbarhet mellan regioner. Som stöd i att bedöma osäkerheten i den registerbaserade baslinjemätningen per region fungerar de dock.

Figur 7. Illustration av processen att ta fram en skattad baslinjemätning



Bilaga 3. ST-läkare i allmänmedicin som är sysselsatta i offentlig respektive privat primärvård

SCB:s registerstatistik visar att majoriteten av ST-läkarna var under perioden 2020–2023 sysselsatta inom den offentliga primärvården, men andelen har minskat successivt. Till den offentliga sektorn räknas ST-läkare som är sysselsatta inom regional primärvård**.** I november 2020 var 72 procent av totalt 2 415 ST-läkare anställda hos en offentlig vårdgivare. Tre år senare, i november 2023, hade andelen minskat till 66 procent av totalt 2 443 ST-läkare.

Tabell 6. Andel ST-läkare sysselsatta inom primärvården efter typ av vårdgivare, november 2020–2023.

Primärvård	2020	2021	2022	2023
Offentlig	72%	69%	67%	66%
Privat	28%	31%	33%	34%
Totalt	2415	2434	2456	2443

Bilaga 4. Tillgängliga nationella och regionala uppgifter om ST-läkare i allmänmedicin

Nedan beskrivs vilka nationella och regionala uppgifter om ST-läkare i allmänmedicin som finns tillgängliga.

Nationella registeruppgifter

SCB:s yrkesregister och Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK)

Uppgifter i Yrkesregistret ligger till grund för yrkesstatistiken, vars syfte är att beskriva yrkesutövande bland sysselsatta inom olika branscher och samhällssektorer samt följa yrkesutvecklingen över tid, inklusive antalet ST-läkare. Statistiken redovisar exempelvis antalet anställda med ett visst yrke, fördelat på yrke, ålder, kön och utbildning, samt yrkens fördelning på bransch, sektor, län och kommun. Från och med registerår 2022 bygger yrkesregistret på uppgifter om befolkningens arbetsmarknadsstatus (BAS) och kompletteras med information om yrken från flera källor, såsom Arbetsgivarverket, lönsestrukturstatistikens undersökningar för privat och offentlig sektor samt Yrkesregistrets egen enkät till mindre företag. Datainsamlingen av yrkesuppgifter sker från arbetsgivare, där individerna varit anställda under referensåret, och populationen omfattar alla anställda mellan 16 och 69 år enligt SCB:s BAS-definition [13].

Sammanställningen av yrkesregistret görs huvudsakligen under oktober–december året efter referensåret, det vill säga 10–12 månader senare. Den kompletterande insamlingen sker via webbenkäter där frågeformuläret innehåller personnummer som redan är tryckta och namn på individer som arbetsgivare rapporterar. Det finns även möjlighet att lägga till nya individer i formuläret. Företagen ombeds ange vilket yrke deras anställda utövat under referensåret, antingen genom en yrkeskod enligt SSYK 2012 eller i klartext.

Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK) är ett system för att gruppera individers yrken och arbetsuppgifter. SSYK används inom arbetsmarknads- och individstatistiken, bland annat för att organisera information om lediga platser, arbetssökande och yrken. Den nuvarande versionen, SSYK 2012, togs fram för att uppdatera den tidigare yrkesindelningen och bättre spegla den moderna arbetsmarknadens struktur. Inplacering av ett yrke i en SSYK-kod baseras på arbetsuppgifter, arbetserfarenhet och kvalifikationsnivå [14].

För ST-läkare används en fyrsiffrig SSYK-kod, som omfattar yrken med krav på fördjupad högskolekompetens inom hälso- och sjukvård. SSYK-koden bygger på de uppgifter som arbetsgivare har rapporterat in om ST-läkare i allmänmedicin. SCB bedömer att det finns en viss osäkerhet kopplade till de som kodas som ST-läkare. Det finns risk för bortfall för de som gör ST men inte kodas som ST. Det finns också risk att de som börjar om på en ny basspecialitet, trots att de redan har ett specialistbevis, inte räknas med.

SSYK-koden för ST-läkare anger inte vilken specialitet som de gör sin ST inom. Detta kan däremot valideras genom andelen av ST-läkare i primärvården som tagit ut ett ST-bevis i allmänmedicin, se bilaga 2 för beskrivning av tillvägagångssätt.

SSYK-koden kan också länkas ihop med andra registeruppgifter för att exempelvis studera flyttmönster och rörligheten på arbetsmarknaden. Socialstyrelsen, Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och SCB har i två studier använt ett sådant tillvägagångssätt för att analysera sjuksköterskors flyttmönster [15]och deras arbetsmarknadsrörelser [16]. Liknande analyser skulle även kunna göras för ST-läkare.

SSYK-koden kan också användas för att följa enskilda individers väg från examen till specialisering. Nationella vårdkompetensrådet har till exempel använt en sådan flödesmodell för läkare med fyra mätpunkter: examen, legitimation, specialistkompetensbevis (hädanefter specialistbevis) och doktorsexamen inom medicin och hälsovetenskap [11]. Data för dessa mätpunkter analyseras retrospektivt. För att beräkna tiden mellan examen och legitimation definieras kohorter baserat på legitimationsåret och följs sedan bakåt för att fastställa examinationsåret. På detta sätt får varje läkare i kohorten en mätbar tid. Enligt SCB är antalet mätpunkter som går att ta fram få, och det tar tid och resurser att samla och analysera dem på individnivå.

Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska (HOSP)

Socialstyrelsen ansvarar för att föra ett register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska (HOSP-registret). Uppgifterna i HOSP-registret används för upplysning om hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet till arbetsgivare, apotek, myndigheter och allmänhet samt för tillsyn. Dessutom utgör registeruppgifterna underlag för statistik och prognoser över tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal.

Huvuddelen av uppgifterna i registret kommer från hälso- och sjukvårdspersonalens egna ansökningar om legitimation eller bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska. Vissa uppgifter hämtas också från folkbokföringen och ”Svensk utbildningsnomenklatur”.

Enligt 6 § förordningen (2006:196) om register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska får registret innehålla uppgifter om exempelvis namn, personnummer, grundyrke, läroanstalt, utbildningsland och datum för utfärdande av examen, och datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens. Däremot registreras inte när en läkare påbörjar sin ST inom en viss specialitet eller vilken vårdgivare som ST sker hos.

SKR:s Novemberstatistik

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samlar årligen in och redovisar statistik över anställda i kommuner och regioner, med november som referenstidpunkt. Denna statistik, ofta benämnd *novemberstatistiken*, utgör ett centralt underlag för flera ändamål.

Statistiken används bland annat vid avtalsförhandlingar, för att analysera sysselsättningsutveckling, bedöma framtida personalbehov samt som stöd vid personalplanering. Den utgör även en viktig grund för den officiella löne- och sysselsättningsstatistik som produceras av Statistiska centralbyrån (SCB).

Uppgifterna bygger på löneadministrativt material, där AID-kod (arbetsidentifikation) fungerar som ett klassificeringssystem för att strukturera informationen om personalens befattningar och arbetsuppgifter. För läkare under specialiseringstjänstgöring (ST-läkare) registreras även den specialitet som tjänstgöringen avser. Utöver AID-kod innefattar de insamlade uppgifterna bland annat arbetsställe, personnummer och anställningsform.

Resultaten redovisas i form av tabeller och diagram, med indelningar i personalgrupp, verksamhetsområde, kommun, region och andra relevanta kategorier. Privata vårdgivare ingår i SKR:s underlag. Uppgifterna används inte för att följa ST-läkare i allmänmedicin över tid, det vill säga inflöde eller utflödet [17].

Läkarförbundets lönestatistik om ST-läkare

Läkarförbundet samlar in och redovisar årligen uppgifter om sina medlemmar, inklusive ST-läkare. Datainsamlingen sker genom att skicka ut

en löneenkät till medlemmarna, med oktober som mätpunkt. För att klassificera befattningar och arbetsuppgifter används en vidareutvecklad version SKR:s AID-kod (arbetsidentifikation), eftersom Läkarförbundet bedömer att AID-koden är inte helt täckande för vissa av våra grupper, främst inom statlig sektor. Syftet med lönestatistiken är att göra en strukturerad analys av Läkarförbundets medlemmars yrkesroller och löneutveckling.

Statistiken utgör ett viktigt underlag i exempelvis avtalsförhandlingarna med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och kompletterar därmed SKR:s egen statistik. Det finns en viss överlappning mellan båda dessa statistiksystem, men de båda statistiksystemen fyller olika syften och perspektiv. Till skillnad från SKR:s statistik, som endast omfattar samtlig personal inom kommuner och regioner, inkluderar Läkarförbundets statistik även ST-läkare anställda hos privata vårdgivare. Det ger en bredare bild av yrkesgruppen läkares arbetsmarknad.

Löneenkäten har skickats ut sedan 2019 och har haft en svarsfrekvens på cirka 45 procent bland respondenterna. Läkarförbundet har individuppgifter, men följer inte individer genom att märka upp vilket år som de gör sin ST-tjänstgöring.

Regionernas uppgifter om ST-läkare

För att få en uppfattning om antalet nytillsatta ST-tjänster i allmänmedicin har vi samlat in uppgifter från regionerna. Vi bad regionerna att skicka in uppgifter om nytillsatta tjänster för perioden 2019–2024, det vill säga antalet som påbörjar en ST i allmänmedicin vid respektive tidpunkt. Efter att regionerna skickat in sina uppgifter har vi fört dialoger med dem för att förstå både den inskickade data och förutsättningarna för att ta fram och utveckla befintliga uppgifter. Dialog har förts med sammanlagt 19 regioner.

De data som regionerna har skickat in om ST-tjänster i allmänmedicin skiljer sig åt. Ett fåtal regioner har skickat in uppgifter antalet nytillsatta ST-tjänster i allmänmedicin, medan de flesta har skickat in det totala antalet ST-läkare i allmänmedicin i regionen. Ett fåtal regioner har också skickat in uppgifter om antalet ST-tjänster hos de privata vårdgivarna i regionen.

Skillnaderna i de inskickade uppgifterna om antalet ST-läkare mellan regionerna beror till stor del på hur arbetet med datainsamlingen har organiserats. En gemensam uppfattning är att HR-systemen enbart kan generera en ögonblicksbild av det totala antalet ST-läkare vid en viss tidpunkt. Detta gör det svårt att följa enskilda läkares utveckling över tid i de administrativa systemen. Vilka funktioner som har varit involverade – exempelvis HR, studierektorer eller hälso- och sjukvårdsförvaltningen – påverkar dessutom vilka uppgifter regionerna har kunnat ta fram utöver det totala antalet ST-läkare i allmänmedicin i regionen. Flera regioner uppger att

det innebär en administrativ börda att samla in uppgifter om ST-tjänster som inte omfattas av de ordinarie HR-systemen.

Sammanfattningsvis är det insamlade materialet inte fullt jämförbart mellan regionerna och omfattar endast i begränsad utsträckning uppgifter från privata vårdgivare. Det är dessutom svårt att följa in- och utflödet av ST-läkare i allmänmedicin, eftersom sådana uppgifter generellt saknas.

Socialstyrelsen

[Rapportens titel] (artikelnr 2025-12-9927)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.