

# **Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården**

**Slutredovisning maj 2026**

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Artikelnummer: 2026-5-10277

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), maj 2026

## Förord

I denna rapport slutredovisar Socialstyrelsen regeringsuppdraget (2025-04-10, S2025/00801) om framtagande av riktvärden för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården. En väl fungerande primärvård utgör grunden för ett hållbart och jämlikt hälso- och sjukvårdssystem.

Primärvården möter människor genom hela livet, ofta som den första kontakten med vården, och har en avgörande roll i såväl förebyggande arbete som i behandling och uppföljning. För att primärvården ska kunna fullgöra detta uppdrag krävs en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning.

Primärvårdens utmaningar inom kompetensförsörjningen är väl kända. Demografiska förändringar, ökade vårdbehov, förändrade arbetssätt och en tilltagande konkurrens om arbetskraften ställer höga krav på såväl planering som samverkan inom primärvården. Samtidigt finns betydande möjligheter i form av nya arbetssätt, utvecklad teamkompetens och ett stärkt fokus på kontinuitet och personcentrerad vård.

I slutredovisningen har Socialstyrelsen utrett och föreslagit riktvärden för vissa yrkesgrupper inom primärvården. Socialstyrelsens avsikt är att de föreslagna riktvärdena ska kunna fungera som ett av flera stöd i personalplaneringen. De kan därför ses som ett nationellt underlag, men kan inte ersätta behovet av lokal kunskap, analys och strategi för en kompetensförsörjning som svarar mot primärvårdens uppdrag.

Arbetet har präglats av bred samverkan mellan berörda aktörer, där olika huvudmäns och professioners erfarenheter och perspektiv har varit centrala.

Rapporten har tagits fram av Fredrik Bergenfeldt tillsammans med Julia Elenäs. I arbetet har även Åsa Olsson (sakkunnig inom kompetensförsörjning) och Stella Hedlund deltagit. Därutöver har Crispin Scotter (WHO), Hans Winberg (Leading Healthcare) och Markus Lingman (Region Halland) bistått i arbetet. Lena Hellberg har varit ansvarig enhetschef.

Björn Eriksson  
Generaldirektör

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>6</b>
Uppdraget .....	6
Hur kan riktvärden förstås i förhållande till primärvårdens organisering och uppdrag? .....	7
Socialstyrelsen kan stödja kompetensförsörjningen i primärvården på flera sätt.....	8
Socialstyrelsens förslag till riktvärden bygger på en framskrivning .....	8
<b>Inledning .....</b>	<b>12</b>
Uppdraget .....	13
Syfte och frågeställningar .....	13
<b>Kompetensförsörjning som en del av komplexa system .....</b>	<b>15</b>
Ingen aktör är ensamt ansvarig för personalplaneringen .....	15
Behov av och tillgång till personal påverkas också av faktorer som är utanför någon enskild aktörs kontroll .....	18
<b>Hur riktvärden kan stödja personalplanering i primärvården..</b>	<b>20</b>
Vad är ett riktvärde?.....	21
Spänningen mellan de lokala behoven och nationellt framtagna riktvärden .....	23
Riktvärden som stöd i planering .....	25
<b>Hur ser tillgången på personal i primärvården ut i dag? .....</b>	<b>26</b>
Olika vägar in i primärvården.....	27
Yrkesgrupper som arbetar i primärvården .....	28
Hur personalen fördelas mellan offentlig och privat primärvård .....	29
Tillgång på personal i relation till vårdbehov och skillnader inom ett län .....	32
<b>Beräkning av riktvärden för framtidens kompetensförsörjning .....</b>	<b>36</b>
Metod: Tillgångsprognos och efterfrågeprognos per län med utgångspunkt i Socialstyrelsens primärvårdsprognos.....	37
Sammanställning av beräkningar per yrkesgrupp .....	41
<b>Slutsatser och rekommendationer.....</b>	<b>48</b>
Hur kan riktvärden förstås i förhållande till primärvårdens organisering och uppdrag? .....	48
Socialstyrelsens förslag till riktvärden bygger på en framskrivning .....	49

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Socialstyrelsen kan stödja kompetensförsörjningen i primärvården på flera sätt.....	50
<b>Bilaga 1 – Uppdraget .....</b>	<b>54</b>
<b>Bilaga 2 – Leading Healthcares dialogseminarium om riktvärden .....</b>	<b>55</b>
Rapport från dialogseminarier med professionsförbunden .....	55
Dialogseminarium om riktvärden.....	56
<b>Bilaga 3 – Aktörer som har deltagit i olika dialoger.....</b>	<b>60</b>
<b>Bilaga 4 – Personal i förhållande till vårdbehov (CNI) .....</b>	<b>61</b>
<b>Bilaga 5 – Sammanställning delprojekt vårdcentrals-bemanning (Region Halland).....</b>	<b>64</b>
Sammanställning delprojekt vårdcentralsbemanning .....	64
<b>Bilaga 6 – Protokoll från ett dialogseminarium om sällsynta diagnoser i primärvården .....</b>	<b>72</b>
Ingen inom vården ska missa det sällsynta! .....	72
Bakgrund till dialogseminariet.....	73
Genomförande .....	73
Det saknas kunskap om sällsynta diagnoser.....	74
... men vilka slags kunskaper behöver öka, och var? .....	74
Ändamålsenlig kunskap om det sällsynta: utmaningar och utvecklingsmöjligheter .....	76
Övergripande slutsatser/observationer/noteringar .....	80
<b>Bilaga 7 – Alternativ beräkning av framtida bemanning .....</b>	<b>81</b>

# Sammanfattning

## Översiktlig sammanfattning

- Socialstyrelsen utgår i uppdraget från att flera aktörer och faktorer påverkar kompetensförsörjningen i primärvården.
- Utredningen visar att ett lämpligt riktvärde kan variera beroende på exempelvis befolkningens vårdbehov, geografiska förutsättningar och hur primärvårdens uppdrag organiseras. Vidare kan riktvärden användas som ett av flera underlag för personalplanering.
- Det finns tydliga geografiska skillnader i tillgång på distriktssköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i primärvården, men länsvisa mått över personaltäthet riskerar att dölja underliggande skillnader inom länet.
- I rapporten används SCB:s primärvårdsprognos för att ta fram ett underlag för framtida bemanning i primärvården. Den ligger till grund för föreslagna riktvärden för yrkesgrupperna psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och distriktssköterskor.
- Framskrivningarna visar vilka nivåer som länen förväntas ligga på inom respektive yrkesgrupp, om dagens bemanning skrivs fram. Framskrivningarna kan däremot inte ta hänsyn till framtida och önskade förändringar som inte går att mäta i historiska data, varken på nationell nivå eller länsnivå.
- Socialstyrelsen menar att de föreslagna riktvärdena behöver kompletteras med fler underlag för att vara relevanta för en stärkt kompetensförsörjning. På nationell nivå kan Socialstyrelsen bidra med analyser som stödjer huvudmännen, medan på lokal nivå behövs analyser om exempelvis personalomsättning, kontinuitet, kompetens och vårdbehoven.

## Uppdraget

Denna rapport är slutredovisningen av regeringsuppdraget (2025-04-10 S2025/00801) om framtagande av riktvärden för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården.

Enligt detta uppdrag ska Socialstyrelsen utreda och ta fram förslag på riktvärden för distriktssköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter respektive psykologer i primärvården, utifrån 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.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Vid framtagandet av riktvärden ska flera faktorer beaktas som påverkar möjligheten att ge god vård, däribland teamsammansättningen, geografi samt vårdbehoven hos patienterna man möter. Uppdragsbeskrivningen finns i bilaga 1.

I enlighet med uppdraget är den här rapporten en slutredovisning av punkt 2. Den 1 december 2025 redovisades den del av uppdraget som handlar om att ta fram en baslinjemätning över antalet ST-tjänster i allmänmedicin per region och föreslå nationella och regionala riktvärden för dessa tjänster [1].

## Hur kan riktvärden förstås i förhållande till primärvårdens organisering och uppdrag?

I den här rapporten återkommer vi till två slutsatser som båda är centrala för att förstå riktvärden för vissa yrkesgrupper i förhållande till primärvårdens organisering och uppdrag.

För det första har vi i rapporten visat att det finns variationer i hur huvudmännen organiserar primärvården i dag samt skillnader i personaltäthet i de olika yrkesgrupperna mellan länen. Vi har också visat att det inte finns något tydligt samband mellan vårdbehoven (CNI) i ett län och antalet sysselsatta per 100 000 invånare för de utvalda yrkesgrupperna. Detta bör beaktas vid jämförelser av personaltäthet mellan länen.

För det andra har det inom de olika dialogerna med berörda aktörer framkommit att det finns stora variationer i uppfattningarna om vad riktvärden för enskilda yrkesgrupper skulle kunna bidra med. Variationen handlar både om vad ett riktvärde kan vara, vilka risker och fördelar som kan finnas med riktvärden, samt hur de skulle kunna användas. Det finns till exempel en förväntan på att riktvärden skulle kunna ge vägledning om rimlig arbetsbelastning eller fungera som jämförelsetal mellan huvudmän och verksamheter.

Det är viktigt att synliggöra den spänning som finns mellan dessa två slutsatser. De fördelar som nämns när det gäller stöd för lokal planering, tycks utgå ifrån att det finns en optimal bemanning som går att använda som underlag för framtagande av riktvärden. Samtidigt finns det i dag goda skäl att utgå ifrån att den enskilda primärvårdsenheten, utifrån sin lokala kunskap om sina förutsättningar och vårdtyngd, har egna erfarenheter som måste beaktas i personalplaneringen.

Mot denna bakgrund är Socialstyrelsens avsikt med de förslag till riktvärden som redovisas i denna rapport att de ska kunna fungera som ett av flera stöd i personalplanering. De kan därmed förstås som ett bidrag till planeringen i form av ett nationellt underlag, men behöver kompletteras med lokal

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

kunskap, analys och strategi för en kompetensförsörjning som svarar mot primärvårdens uppdrag.

## Socialstyrelsen kan stödja kompetensförsörjningen i primärvården på flera sätt

Socialstyrelsen menar att de föreslagna riktvärdena behöver kompletteras med fler underlag för att vara relevanta för en stärkt kompetensförsörjning. Sådana underlag kan vara kvantitativa och nationellt framtagna. Men en minst lika central del är den lokala kontexten och det systematiska, kontinuerliga lärandet om vad som fungerar på lokal nivå för att uppfylla primärvårdens uppdrag. I detta arbete kan Socialstyrelsen stödja kompetensförsörjningen på olika sätt.

## Socialstyrelsens förslag till riktvärden bygger på en framskrivning

Utifrån ovanstående resonemang föreslår Socialstyrelsen att hälso- och sjukvårdens huvudmän använder framskrivningarna som riktvärden i form av ett av flera planeringsunderlag. Beräkningarna finns för var och en av yrkesgrupperna i kapitlet *Beräkning av riktvärden för framtidens kompetensförsörjning*. De utgår från det basscenario för primärvården till och med år 2040 som SCB har räknat fram, på uppdrag av Socialstyrelsen. Långsiktiga framskrivningar kan utgöra ett värdefullt underlag, då förändringar i tillgång på personal sker över tid och påverkas av flera aktörer och faktorer.

Framskrivningarna visar vilka nivåer av tillgång och efterfrågan som länen förväntas ligga på inom respektive yrkesgrupp, om dagens bemanning och organisering av vården skrivs fram. Framskrivningarna kan däremot inte ta hänsyn till framtida och önskade förändringar som inte går att mäta i historiska data, varken på nationell nivå eller länsnivå. De speglar i huvudsak tidigare mönster och observerade samband, medan förändringar i arbetssätt, uppgiftsfördelning, medicinsk och teknisk utveckling och nya vårdformer beaktas i begränsad utsträckning.

För att beakta såväl offentlig som privat huvudman och den kommunala och regionala primärvården har Socialstyrelsen beräknat riktvärdena på länsnivå. På länsnivå skrivs 2023 års fördelning av yrkesgrupper fram till 2030 och 2040. Riktvärdena blir då ungefärliga värden för varje län och yrkesgrupp. De kan öppna upp för vidare reflektion och analys hos exempelvis huvudmän och beslutsfattare kring om detta är en önskad utveckling. Riktvärdena bör samtidigt sättas i relation till lokala förhållanden i

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

respektive län. Tillsammans med lokala analyser kan riktvärdena på länsnivå användas för att planera för den önskade utvecklingen i länet. De lokala analyserna handlar om exempelvis personalomsättning, teamssammansättning, vårdkontinuitet, kompetens och vårdbehov. Sammantaget innebär detta att Socialstyrelsen föreslår att beräkningarna i föregående kapitel kan användas som ett av flera underlag för personalplanering.

Hälso- och sjukvårdens huvudmän har ett visst utrymme att påverka den förväntade utvecklingen, exempelvis genom ett aktivt arbete för att öka attraktiviteten att arbeta i primärvården och minska antalet medarbetare som lämnar primärvården till förmån för andra delar av arbetsmarknaden. Samtidigt handlar det i stor utsträckning om att se ansvaret för en stärkt kompetensförsörjning som en aktörsgemensam fråga, där många faktorer som påverkar tillgången ligger utanför primärvårdens direkta kontroll.

Precis som Socialstyrelsen tidigare beskrivit i delredovisningen av det här uppdraget [1] kan en framskrivning användas för att ge en gemensam bild av hur framtiden kan se ut. På nationell nivå kan framskrivningarna användas för att identifiera övergripande trender och möjliga utmaningar i systemet. De är basscenarier som kan synliggöra en framtida utveckling, men eftersom utvecklingen inte är bestämd bör de framför allt användas som underlag för analys och åtgärder. De kan också utgöra grund för diskussioner, reflektioner och strategier kring hur framtidens kompetensförsörjning skulle kunna utvecklas i alternativa riktningar för att möta behoven.

Tillsammans med andra underlag kan framskrivningarna bidra till diskussioner på nationell nivå om hur primärvårdens uppdrag synliggörs i utbildningar, hur forskning och förenade anställningar stärks samt hur nyutbildades kompetens inom exempelvis hälsofrämjande arbete används.

## Socialstyrelsen kan bidra till ett nationellt lärande

Resurserna i dagens hälso- och sjukvårdssystem är begränsade, både inom hälso- och sjukvårdshuvudmännen och hos exempelvis utbildningsanordnare. Därför behöver kompetensförsörjningen i primärvården förstås som ett aktörsöverskridande ansvarsområde. För att nå dit krävs samverkan mellan flera nivåer och aktörer, såsom huvudmän, myndigheter, professionsföreningar och politiska beslutsfattare. Centrala frågor att återkomma till är vad respektive aktörs uppdrag omfattar och för vem uppdraget utförs. Socialstyrelsen kan i detta sammanhang ta en samordnande roll.

I uppdraget *Effektiv användning av vårdens personalresurser* föreslår Socialstyrelsen att ett nationellt lärandesystem etableras [2]. Ett nationellt lärandesystem kan hålla samman nationell riktning med lokal variation.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Lokal variation bör vara en källa till kunskap om hur olika organisatoriska, geografiska och professionella förutsättningar påverkar möjligheten att använda personalresurser effektivt.

Lärande behöver ske i trygga arenor där aktörer kan dela erfarenheter, pröva antaganden och diskutera osäkerheter, hinder och målkonflikter, så att erfarenheter inte stannar i enskilda projekt eller förloras vid personal - eller uppdragsförändringar.

## Socialstyrelsen kan bidra med utvecklade underlag med utgångspunkt i lärandet

De beräkningar av riktvärdena som har tagits fram kan endast betraktas som basscenarier. Riktvärdena kan fungera som ett av flera underlag i personalplaneringen, men de behöver kompletteras med andra underlag för att få ökad relevans på olika nivåer i systemet.

Som nationell aktör kan Socialstyrelsen utgå från erfarenheter och frågor som lyfts i det nationella lärandesystemet och samtidigt utveckla underlag som kan bidra till lärandet. Det kan handla om att utveckla analyser som fungerar som underlag för diskussioner som i sin tur kan utvecklas till gemensamma strategier. Socialstyrelsen kan också synliggöra den kunskap om primärvårdens kompetensförsörjning som kan växa fram genom ett nationellt lärande och samtidigt bidra till att synliggöra vilka lösningsutrymmen som finns på de olika nivåerna i systemet.

Genom att utveckla underlag inom ramen för ett nationellt lärandesystem kan det också bli möjligt att synliggöra vilka analyser och underlag som behövs på olika nivåer i systemet och vilka som behöver tas fram mellan olika nivåer.

För hälso- och sjukvårdens huvudmän kan det till exempel handla om att ta fram och utveckla analyser av hur arbete faktiskt utförs. Det inkluderar till exempel vilka erfarenheter och kunskaper som finns hos legitimerad respektive icke-legitimerad personal på lokal nivå. Det kan också handla om hur dessa förhåller sig till patienternas behov av vård, kontinuitet och vilka diagnoser patienterna har, liksom hur dessa påverkar andra delar av hälso- och sjukvården och personalens arbetsmiljö. Hänsyn behöver även tas till teamsammansättning och arbetsdelning samt vilka andra kompetenser som finns att tillgå i teamet. En minst lika central del i den lokala kontexten är vad som fungerar för att uppfylla primärvårdens uppdrag.

På andra nivåer i systemet handlar utvecklingen av underlagen om att analysera framtida vårdbehov, utvecklingen av nya arbetssätt, medicinsk och teknisk utveckling, demografiska förändringar samt geografiska förutsättningar i förhållande till behovet av personal, snarare än att utgå från historiska nivåer på bemanning. Detta innebär att personalplaneringen

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

behöver ta hänsyn till hur vårdens uppdrag och organisering förväntas förändras över tid, exempelvis genom omställningen till en mer nära och personcentrerad vård, förändrad ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper och en ökad andel vård som ges utanför sjukhus.

Oavsett nivå förutsätter en sådan ansats att olika typer av kunskapsunderlag kombineras, där kvantitativa framskrivningar, analyser och beskrivande statistik kompletteras med kvalitativa bedömningar och strategiska analyser av personalbehov. Det handlar också om att väga samman befolkningsutveckling, sjukdomsburda och lokala förutsättningar för att skapa en mer nyanserad bild av framtida kompetensbehov.

Med en sådan integrerad och framåtblickande ansats kan personalplaneringen i högre grad utvecklas från att vara reaktiv och historiskt baserad till att bli proaktiv, vilket förbättrar förutsättningarna för att i tid möta förändrade vårdbehov och säkerställa en ändamålsenlig kompetensförsörjning.

# Inledning

Svensk hälso- och sjukvård står inför betydande utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen. En åldrande befolkning och fler med kroniska sjukdomar skapar ökade vårdbehov. Samtidigt lever människor längre, vilket ställer högre krav på hur vårdens personalresurser planeras, används och fördelas. Parallellt pågår en nationell omställning till nära vård, där primärvården ska utgöra navet i ett mer sammanhållet, tillgängligt och personcentrerat vårdssystem. I regeringens proposition (2025/26:19) *Nästa steg för en god och nära vård* betonas att hälso- och sjukvården, omsorgen och socialtjänsten behöver planeras och ledas som ett sammanhållet system, så att patienter får rätt insats, i rätt tid och i rätt sammanhang.

Personalen är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs, och en väl fungerande kompetensförsörjning är avgörande för att bygga ut primärvården och öka vårdkapaciteten i systemet som helhet. I dag finns stora geografiska variationer när det gäller bemanning och kompetensmix [3]. Enligt SCB:s *Trender och prognoser* råder brist på bland annat psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och distriktssköterskor på arbetsmarknaden som helhet. Med nuvarande utbildningsdimensionering finns även risk för fortsatt brist på specialistutbildade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter [4]. Samtidigt är det viktigt att skilja mellan regionala skillnader i tillgången på personal som inte kan möta lokala vårdbehov och sådana som uppstår på grund av olika sätt att organisera primärvården.

Mot bakgrund av primärvårdens utmaningar gällande kompetensförsörjning gav regeringen 2025 Socialstyrelsen detta uppdrag om att utreda och lämna förslag på riktvärden för vissa yrkesgrupper i primärvården (S2025/00801). Uppdraget omfattar distriktssköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer. Intentionen med uppdraget är att riktvärdena ska kunna bidra till bättre förutsättningar för en fungerande kompetensförsörjning i primärvården och därigenom stärka både patientsäkerheten och arbetsmiljön. De väntas även skapa en gemensam målbild och ökad tydlighet kring personalbehovet i såväl enskilda regioner som i riket som helhet, vilket på sikt kan leda till ökad samhällsekonomisk effektivitet i hälso- och sjukvården.

I denna rapport utgår vi från att personalplaneringen ska bidra till omställningen till nära vård samt stärka såväl inre som yttre effektivitet. Detta innebär att personalplaneringen behöver stödja både en effektiv användning av resurser och en vård som i högre grad svarar mot befolkningens behov och vårdens omställning till nära vård.

Att stödja inre effektivitet innebär att personalplanering ska kunna bidra till en mer ändamålsenlig dimensionering av bemanning och resursanvändning, exempelvis genom att möjliggöra jämförbarhet mellan verksamheter och ge

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

underlag för planering och uppföljning. Att stödja yttre effektivitet innebär att personalplanering även behöver kunna spegla befolkningens vårdbehov och bidra till att kompetens finns tillgänglig där den behövs i störst utsträckning, så att patienterna får rätt vård, i rätt tid och i rätt sammanhang. Ett eventuellt riktvärde bör därmed tas fram med denna utgångspunkt.

Denna rapport är Socialstyrelsens slutredovisning av uppdraget.

## Uppdraget

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda och föreslå riktvärden för vissa yrkesgrupper i primärvården, med slutredovisning senast den 31 maj 2026.<sup>1</sup> Vid framtagandet av riktvärden ska flera faktorer beaktas som påverkar möjligheten att ge god vård, däribland teamsammansättningen, geografi samt vårdbehoven hos patienterna man möter.

I den här rapporten redovisas utredningen för distriktssköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer, med utgångspunkt i möjligheten att ge vård, däribland teamsammansättningen, geografi samt vårdbehoven hos patienterna man möter.

Den 1 december 2025 redovisades den del av uppdraget som handlar om att ta fram en baslinjemätning över antalet ST-tjänster i allmänmedicin per region och föreslå nationella och regionala riktvärden för dessa tjänster [1].

### Primärvårdens uppdrag

Sedan den 1 juli 2021 definieras primärvård som den hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (6§ HSL (2017:30)). Primärvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvara för medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med denna rapport är att utreda och ta fram förslag på riktvärden för personal inom primärvården för psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och distriktssköterskor. Intentionen är att riktvärden ska tydliggöra personalbehov, vilket bidrar till ökad patientsäkerhet och en mer hållbar arbetsmiljö – det vill säga stärka den inre effektiviteten genom att

---

<sup>1</sup> Hela regeringsuppdraget finns i bilaga 1.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

verksamheten utförs effektivare inom befintliga ramar. Samtidigt ska de också bidra till att främja omställningen till nära vård och stärka hälso- och sjukvårdssystemet som helhet – det vill säga den yttre effektiviteten.

I rapporten undersöks även hur riktvärden kan beräknas utifrån de underlag och den statistik som finns tillgängliga, samt vilka underlag som de behöver kompletteras med. Utifrån detta föreslås vilka underlag som behövs för att kunna ta fram mer användbara riktvärden som hälso- och sjukvårdens huvudmän kan använda i sin personalplanering.

Följande frågeställningar undersöks i rapporten:

- Hur kan riktvärden för vissa yrkesgrupper utformas för att stärka kompetensförsörjningen i primärvården?
- Hur kan riktvärden beräknas baserat på de underlag och den statistik som finns tillgänglig? Vilka underlag behöver riktvärden kompletteras med?
- Hur kan riktvärden stödja personalplanering i primärvården?
- Vilka underlag och aspekter behöver beaktas för att beräkna riktvärden som stärker primärvården?

# Kompetensförsörjning som en del av komplexa system

Hälso- och sjukvården är del av flera komplexa system som alla har ett stort antal samverkande delar. I komplexa system är det svårt att förutse systemets beteende enbart utifrån kunskap om de enskilda delarna. Detta innebär att möjligheterna att påverka behovet av och tillgången till personal inom olika yrkesgrupper i hälso- och sjukvården i stor utsträckning är begränsade.

I detta kapitel utvecklas resonemanget för att illustrera den komplexa kontext i vilken insatser för att stärka kompetensförsörjningen i primärvården förväntas genomföras.

## Huvudsakliga slutsatser

- Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning påverkas av beslut och insatser från både kommunal, regional och statlig nivå men också från ideell sektor och privat sektor
- Ingen aktör är ensamt ansvarig för kompetensförsörjningen
- Högskolan har en särskild roll i att utbilda personal och har samtidigt ett uppdrag som sträcker sig längre än en enskild vårdform eller del av arbetsmarknaden
- Flera av de faktorer som kan påverka primärvårdens förutsättningar att rekrytera och behålla personal ligger utanför någon enskild aktörs ansvar
- Socialstyrelsen anser att kompetensförsörjning i primärvården behöver analyseras och planeras med utgångspunkt i systemets helhet och komplexitet.

## Ingen aktör är ensamt ansvarig för personalplaneringen

Tillgången på personal inom hälso- och sjukvården påverkas av många aktörer i ett decentraliserat landskap. Varje aktör påverkar en liten del av personalförsörjningen, men ingen aktör kan ensam förändra helheten.

Aktörerna har olika roller och ansvar. Riksdagen fattar beslut om lagar. Regeringen är ansvarig för att ta fram strategier och beslutar om förordningar. Regeringen styr också statliga myndigheter och lärosäten genom instruktioner, regleringsbrev samt genom olika typer av anslag och statsbidrag. Regeringen är även ansvarig för finansiering av statsbidrag till regioner och kommuner och för att teckna överenskommelser med dem.

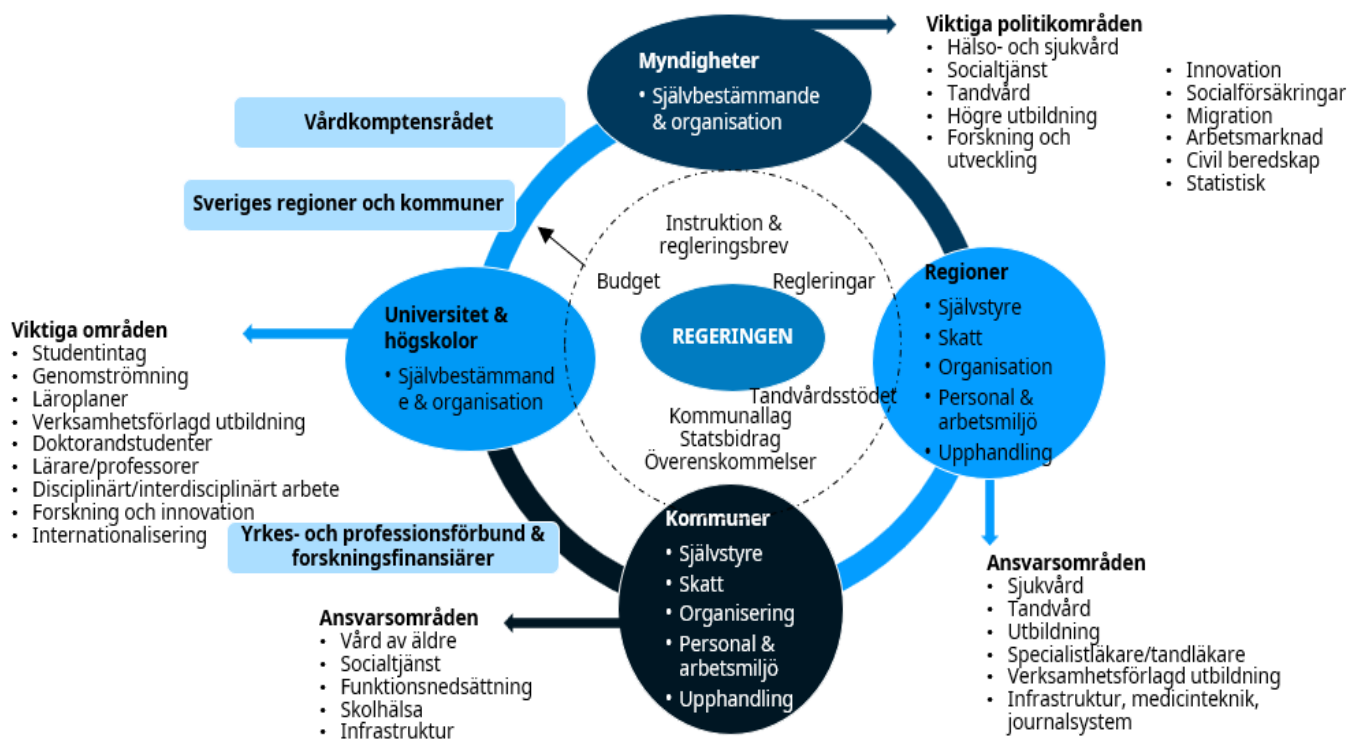
Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Statliga myndigheter arbetar på regeringens uppdrag, men är organisatoriskt fristående, och har därmed möjlighet att inom vissa ramar bestämma hur arbetet ska organiseras, exempelvis kopplat till hälso- och sjukvården samt tandvården. Vissa myndigheter har särskilt centrala roller för kompetensförsörjningen, exempelvis Socialstyrelsen som prövar och utfärdar legitimationer och specialistbevis.

I Sverige finns 21 regioner och 290 kommuner med självstyre och beskattningsrätt. Regioner har ansvar för att finansiera, upphandla och tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster samt tandvårdstjänster. I det ansvaret ingår bland annat primärvård. Kommuner har ansvar för omsorg för personer med funktionsnedsättningar, rehabilitering, hemtjänst, social omsorg för barn och vuxna, äldreomsorg och elevhälsa. En del av kommunernas ansvar är att betraktas som primärvård.

Professionsföreningar, fackföreningar och yrkesföreträdare har tillsammans med hälso- och sjukvårdens huvudmän möjlighet att påverka tillgången till personal genom att exempelvis verka för yrkenas och primärvårdens attraktivitet och arbetsmiljö.

**Figur 1. Planering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal i ett decentraliserat offentligt landskap.**



## Högskolan har en central roll för tillgången på personal – men inte ansvar inför en enskild verksamhetstyp

I egenskap av utbildningsanordnare har lärosätena en påverkan på personalförsörjningen i hälso- och sjukvården. Arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer och distriktssköterskor utbildas inom högskolan, liksom de flesta andra legitimationsyrken. Enligt högskolelagen ska en högskoleutbildning ska bland annat utveckla studenternas förmåga till självständigt och kritiskt tänkande samt beredskap att möta förändringar i arbetslivet. Dessa mål är i hög grad förenliga med de kompetensbehov som identifierats inom nära vård och en stärkt primärvård.

Lärosätena ansvarar för dimensionering av utbildningsutbudet, både vad gäller innehåll och volym, inom ramen för examenstillstånd, regelverk och tilldelade anslag. Samtidigt har de ett brett nationellt utbildningsuppdrag och ska beakta både studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov. Det innebär att utbildningsutbudet inte enbart kan anpassas till lokala behov eller en enskild vårdform, utan ska utformas utifrån ett nationellt perspektiv. Samtidigt finns det ändå flera områden där högskolan stärker kompetensförsörjningen i primärvården. Det handlar exempelvis om:

- **Examensordningen:** I examensordningen för utbildningarna som ingår i uppdraget finns flera mål som är relevanta för arbete i primärvården, även om de inte är kopplade till specifika vårdformer som primärvård eller specialiserad vård. Det finns exempelvis mål om hälsofrämjande, förebyggande, behandlande, habiliterande och rehabiliterande arbete.
- **Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) i primärvården:** VFU inom exempelvis primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och hemsjukvård ger studenter förståelse för vård nära patienten och för samverkan mellan professioner och aktörer. Detta förutsätter nära samarbete mellan lärosäten och vårdgivare samt en resursfördelning som möjliggör handledning och goda lärmiljöer. Detta innebär samtidigt att studenterna får kontakt med primärvården som presumtiv arbetsgivare.
- **Forskning om primärvården:** Forskning vid lärosäten bidrar till kunskapsutveckling i hälso- och sjukvården och påverkar lärarkompetensen, där stärkt primärvårdsforskning kan bidra till kompetensförsörjningen, exempelvis genom systembaserad och integrerad forskning.
- **Förenade anställningar:** Förenade anställningar innebär en anställning hos ett lärosäte och en vårdgivare samtidigt. Förenade anställningar kan bidra till att säkerställa att utbildningarnas innehåll och pedagogiska upplägg är förankrade i vårdens aktuella behov och utvecklingsinriktning, samtidigt som forskning och kunskapsutveckling i högre grad tar sin utgångspunkt i verksamheter nära patienten. Förenade anställningar

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

skapar också förutsättningar för kunskapsutbyte mellan lärosäten och vårdgivare, exempelvis inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och andra verksamheter som är centrala för en nära vård [5].

## Behov av och tillgång till personal påverkas också av faktorer som är utanför någon enskild aktörs kontroll

Det finns många områden där aktörernas direkta påverkan på tillgången och behovet av personal är begränsad, trots att många aktörer är involverade. Till exempel kan hälso- och sjukvården inklusive primärvården verka för att vara en attraktiv arbetsplats och på så vis öka sina förutsättningar att rekrytera och behålla personal. Men om exempelvis tillgången till förskolor, skolor, meningsfull fritid eller bostäder är begränsad kan detta ändå försämra vårdens rekryteringsmöjligheter. Dessa faktorer kan i viss utsträckning påverkas av politiska beslut och inriktningar, men är också ett uttryck för människors livsval.

Ett annat exempel är utbildningssystemets förutsättningar att utbilda studenter. En viktig förutsättning för att det ska finnas examinerade inom en viss yrkesgrupp är att det finns ett intresse bland presumtiva studenter för målyrket och därmed den aktuella utbildningen. Detta intresse ligger i huvudsak utanför enskilda aktörers direkta ansvar, även om sjukvårdshuvudmän, fackföreningar, professionsföreningar, utbildningsanordnare och studievägledare kan bidra till att synliggöra yrken och stärka deras attraktivitet.

Vårdbehov är en del av ett komplext system. En åldrande befolkning och lokal befolkningstillväxt påverkar hur patientunderlaget ser ut. Även patienters livsstil, kontakter med hälso- och sjukvården och följsamhet till behandling påverkar direkt och indirekt hälso- och sjukvårdens, inklusive primärvårdens, uppdrag. Socioekonomiska skillnader påverkar dessutom vårdkonsumtionen och därmed behovet av personal och insatser.

Flera faktorer som påverkar behov av och tillgång till personal ligger därmed utanför enskilda aktörers kontroll. Systemets komplexitet innebär att det inte är möjligt att förutse effekter av olika aktörers agerande på exempelvis vårdbehov eller tillgång till eller behov av specifika yrkesgrupper i primärvården.

Sammantaget behöver därför behov av och tillgång till personal analyseras i ett system där vårdbehov och personalbehov hänger ihop med utvecklingen inom områden som skola, socialtjänst och folkhälsa. Samtidigt pågår omfattande omställningar inom hälso- och sjukvården, till exempel omställningen till nära vård och en stärkt roll i krisberedskapen, vilket kan

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

påverka behovet av personal på ett svårförutsägbart sätt och i olika riktningar.

# Hur riktvärden kan stödja personalplanering i primärvården

När kompetensförsörjning förstås som del av komplexa system behöver också frågan om vad ett riktvärde är eller kan vara i ett sådant system förstås ur flera olika perspektiv. Därför har Socialstyrelsen samlat professioner, huvudmän och utbildningsanordnare i olika konstellationer för att bygga en aktörsgemensam bild av riktvärden för vissa yrkesgrupper.

Med utgångspunkt i de analyser som har vuxit fram i dessa sammanhang redogör vi här för den del av uppdraget som avser att utreda riktvärden för vissa yrkesgrupper i primärvården. Fokus ligger på att klargöra vad ett riktvärde kan innebära samt hur det kan användas och vidareutvecklas för att stärka personalplaneringen.

## Huvudsakliga slutsatser

- Ett riktvärde kan ha många innebörder och kan spegla en miniminivå, realistisk nivå eller önskad nivå.
- Riktvärden kan användas som underlag för personalplanering.
- Riktvärden kan ha flera olika användningsområden, såsom vägledning om rimlig arbetsbelastning, fungera som jämförelsetal mellan huvudmän och verksamheter och stödja höjd bemanning där behovet är störst.
- Det finns en spänning mellan de förväntade användningsområdena och de lokala variationer som är en naturlig del av hur primärvården fungerar.
- Ett lämpligt riktvärde kan variera beroende på exempelvis befolkningens vårdbehov, geografiska förutsättningar och hur primärvårdens uppdrag organiseras.
- Riktvärdet behöver kompletteras med andra mått, såsom exempelvis personalomsättning.
- Socialstyrelsen ser att riktvärden kan behöva definieras och tolkas i relation till lokala förutsättningar, samt kompletteras med andra mått.

Kapitlet baseras på erfarenheter, analyser och slutsatser som har vuxit fram i de olika dialoger och sammanhang som Socialstyrelsen har varit del av under utredningens gång.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Givet att det finns många aktörer som påverkar personalplaneringen inom hälso- och sjukvården, har vi fört dialog med en rad aktörer. Som en del av arbetet med framtagandet av riktvärden för primärvården har en workshop genomförts med representanter från relevanta yrkesförbund och praktiskt verksamma inom personalplanering.<sup>2</sup> Workshopen fokuserade på att diskutera riktvärden och hur de kan stödja personalplaneringen för huvudmännen (se bilaga 2).

Utöver detta har vi fört diskussioner med privata vårdgivare, SKR, professionsföreträdare i regionerna för psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och distriktssköterskor samt med Nationella vårdkompetensrådet och de regionala vårdkompetensråden om riktvärden och deras funktion. I bilaga 3 finns en fullständig förteckning över aktörer som Socialstyrelsen har varit i kontakt med under uppdragets gång.

## Vad är ett riktvärde?

I de olika dialoger som Socialstyrelsen har varit del av finns det en betydande variation i hur riktvärden förstås. Även uppfattningarna om hur riktvärden skulle kunna utformas och tillämpas varierar, beroende på syfte, kontext och vilken yrkesgrupp som avses. Detta gäller oavsett om dialogen förs med huvudmännen, professionsförbund, professionsföreträdare eller lärosäten.

Gemensamt är att de flesta hänvisar till någon form av antalsnivåer. Det kan handla om antal i förhållande till antalet invånare, andel av en personalstyrka eller en lägstanivå för att upprätthålla en verksamhet. Det finns däremot både uppfattningar om riktvärden som en rekommenderad nivå eller ett mål som anger vad som kan uppfattas som önskvärt eller rimligt att uppnå.

Det här innebär att riktvärden kan beräknas utifrån olika typer av underlag, såsom erfarenhetsbaserad kunskap, statistik och professionella bedömningar av vad som kan anses utgöra en rimlig nivå av personaltäthet. Samtidigt innebär detta att riktvärden är beroende av vilka antaganden och avgränsningar som görs, vilket påverkar hur de kan tolkas och användas i olika verksamhetskontexter.

De olika dialogerna som Socialstyrelsen har varit del av visar vidare att det finns förväntningar på att riktvärden skulle kunna användas som stöd i planering på flera sätt. Förväntningarna handlar till exempel om att riktvärden skulle kunna ge vägledning om rimlig arbetsbelastning, fungera

---

<sup>2</sup> Leading Healthcare anordnade en workshop med flera aktörer på uppdrag av Socialstyrelsen. Deltagarna inkluderade företrädare för Arbetsterapeuterna, Barnmorskeförbundet, Dietisternas riksförbund, Fysioterapeuterna, Psykologförbundet, Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges farmaceuter, Sveriges läkarförbund, Tandläkarförbundet samt personalplanerare från både offentligt och privat driven primärvård.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

som jämförelsetal mellan huvudmän och verksamheter och stödja en högre bemanning där behovet är störst. En annan förväntning är att riktvärden skulle kunna påverka hur uppdrag och avtal utformas, ge underlag för dimensionering av utbildningsplatser och planering av verksamhetsförlagd praktik. Om riktvärden används som målnivå skulle de dessutom kunna öka attraktiviteten för vissa yrken genom tydligare arbetsvillkor.

### **Det finns flera riktvärdesliknande målbilder för olika yrkesgrupper i dag**

Det finns riktvärdesliknande målbilder i dag. Det gäller både vissa av de yrkesgrupper som ingår i det här uppdraget men även för andra yrkesgrupper.

Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt är ett sådant exempel. Det innebär att det ska vara 1 specialist i primärvården per 1 100 invånare. Socialstyrelsen tog fram riktvärdet som en del i uppdraget att utvärdera omställningen till nära vård (S2019/03056/FS, delvis, och S2020/03319/FS, delvis). Socialstyrelsen har varit tydlig med att riktvärdet behöver anpassas vidare i en lokal kontext.

Socialstyrelsen har även tagit fram en målbild för vårdcentraler, där ett mål är att vårdcentraler har tillgång till legitimerad psykolog som kan erbjuda bedömning, utredning och differentialdiagnostik av psykiatriska tillstånd samt behandling av psykisk ohälsa. Målbilden är också att psykologen deltar i det tvärprofessionella teamarbetet, handleder och deltar i utformning och ledning av insatser för psykisk ohälsa. Målbilden säger alltså inte något om antal psykologer som behövs, men betonar behovet av att ha tillgång till yrkesgruppen finns på alla vårdcentralen.

Inom läkemedelsområdet finns krav om läkemedelsansvarig samt att det ska finnas farmaceuter under öppenhandeln för detaljhandel med läkemedel till konsument, det vill säga öppenvårdsapotek.

Därtill finns riktvärdesliknande uppgifter framtagna av professionsföreträdare, så som Distriktssköterskeföreningen och Primärvårdspsykologerna.

## **Riktvärden kan sätta enskilda yrkesgrupper på kartan**

I en av dialogerna som anordnades inom ramen för uppdraget framhävde företrädare för professionerna att riktvärden ur professionens perspektiv kan ha flera fördelar. De kan till exempel vara tydliga och lätta att kommunicera

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

och genom detta bidra till att sätta enskilda yrkesgrupper på kartan. Det är också möjligt att riktvärden för vissa yrkesgrupper lyfter hela frågan om kompetensförsörjning i primärvården från regional till nationell nivå.

Samtidigt som riktvärden kan synliggöra enskilda yrkesgrupper har det i dialogerna också framkommit att professionsspecifika riktvärden för en grupp kan ge upphov till ett upplevt behov av motsvarande riktvärden för andra professioner. I förlängningen, vilket har lyfts i flera dialoger, är det angeläget att diskussioner om riktvärden inte uppfattas som en värdering av olika yrkesgruppers relevans eller som ett ifrågasättande av betydelsen av teambaserade arbetssätt.

## Spänningen mellan de lokala behoven och nationellt framtagna riktvärden

Enligt uppdragsformuleringen ska Socialstyrelsen beakta att flera olika faktorer påverkar förutsättningarna för att man som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom ett visst yrke i primärvården ska ha förutsättningar att ge en god vård, däribland teamsammansättningen, geografi samt vårdbehoven hos patienterna man möter. Sådana förutsättningar är ofta lokala och kan till exempel handla om hur primärvårdsenheten i övrigt är organiserad. Som vi påpekade i kapitel 2 kan de också hänga samman med faktorer både inom och utanför hälso- och sjukvårdens kontroll.

### De lokala behoven varierar mycket

Att varje yrkesgrupp verkar i en lokal kontext och i ett team har varit tydligt i de dialoger som Socialstyrelsen har deltagit i. Primärvårdens möjligheter att ge vård påverkas av flera faktorer, såsom erfarenhetsnivå, hur arbetet organiseras, vilka insatser som prioriteras samt vilka behandlingsmetoder som används. Mer erfarna medarbetare kan hantera fler och mer komplexa patienter, medan mindre erfarna behöver mer tid per patient. Hur arbetet organiseras, exempelvis genom triagering och planering av besök, påverkar arbetsflöden och därmed personalbehovet.

Även patienternas vårdtyngd och vilka vårdinsatser som prioriteras påverkar resursbehovet i primärvården. Ett exempel är att vårdtyngden kan påverka hur många patienter som en distriktssköterska kan ansvara för. Ett annat är att val av behandlingsmetod – såsom KBT, internetbehandling eller fysiska besök – kan påverka bemanningsbehovet av psykologer, eftersom olika insatser har olika grad av arbetsintensitet.

Dessutom framkommer det i dialogerna med professionsföreträdare att organiseringen av uppdraget i primärvården varierar både mellan och inom

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

regioner. Detta gäller både vilka ansvarsområden som ingår och hur gränsdragningar görs mellan kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och specialiserad vård. Som exempel varierar det mellan olika delar av landet om primärvården – och i vissa fall enskilda vårdgivare – har ett hemsjukvårdsuppdrag. Även gränsen mellan primärvård och specialiserad vård beskrivs som flytande och varierar mellan regioner, exempelvis avseende om rehabilitering ingår i primärvårdens uppdrag. Detta medför geografiska skillnader i vilka insatser som utförs och vilken personal som tillhör primärvården, exempelvis om fysioterapeuter kopplade till rehabiliteringen ingår.

Vad olika vårdcentraler kan och ska erbjuda styrs ofta inte centralt av regionen, utan avgörs på verksamhetsnivå. Det här innebär att även om det på regional nivå finns en total tillgång inom en viss profession kan tillgången i praktiken variera mellan enskilda verksamheter, där vissa har mer begränsad tillgång. Denna variation påverkar förutsättningarna för bemanning och därmed hur riktvärden kan tillämpas i praktiken. Till exempel kan distriktsköterskors uppdrag i vissa verksamheter motsvara det för en grundutbildad sjuksköterska, medan det i andra fall innebär ett mer omfattande ansvar med egna mottagningar och ledning av komplexa vårdprocesser.

Slutligen har professionsföreträdare lyft att en betydande del av det faktiska arbetet i dag inte alltid synliggörs i uppföljning och planering. Detta gäller särskilt samordning, dokumentation och andra indirekta patientinsatser. Det ökade dokumentationskravet framhålls som en faktor som påverkar tidsåtgången, vilket kan leda till att arbetsinsatser underskattas i per-patient-beräkningar.

## Riktvärden som beskrivning av optimal bemanning

Det finns variationer i bemanning i dag som kan förklaras av bland annat hur uppdraget är organiserat, vårdtyngd och tillgång till olika personalgrupper. Samtidigt finns enligt dialogerna en fördel med riktvärden som skulle kunna ge vägledning om rimlig arbetsbelastning eller fungera som jämförelsetal mellan huvudmän och verksamheter.

Det är viktigt att synliggöra den spänning som finns mellan dessa två slutsatser. De fördelar som nämns när det gäller stöd för lokal planering, tycks utgå ifrån att det finns en optimal bemanning som går att använda som underlag för framtagande av riktvärden. De förutsätter också en jämförbar och stark datatillgång när det gäller exempelvis patientbesök och vårdtyngd, men också utvecklingen av vårdbehov framöver. Samtidigt finns det i dag goda grunder att utgå ifrån att den enskilda primärvårdsenheten, utifrån sin

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

lokala kunskap om sina förutsättningar och vårdtyngd, har egna erfarenheter som måste beaktas i personalplaneringen.

## Riktvärden som stöd i planering

I linje med vad som framkommit tidigare i kapitlet är en viktig insikt från dialogerna med professionsförbunden att riktvärden behöver användas med en viss försiktighet. Om riktvärden uppfattas som styrande snarare än som rekommendationer, kan detta skapa konflikter med lokala prioriteringar. Det finns också en risk att fokus förskjuts från faktisk arbetsinsats och kvalitativa bedömningar till uppfyllnad av indikatorer. Dessutom riskerar professionsspecifika riktvärden att förstärka stuprörstänk och minska fokus på teamarbete och personcentrerad vård, enligt dialogerna.

Utifrån detta blir också professionernas medskick om att riktvärden bör ses som ett diskussionsunderlag snarare än ett hårt planeringsmått centralt. Detta medför bland annat att riktvärden behöver relateras till varandra och diskuteras för att kunna stödja en ändamålsenlig personalsammansättning i team. En annan insikt från dialogerna är att det finns ett behov av att tydliggöra riktvärdens roll i förhållande till andra styrdokument som påverkar bemanningen, såsom kunskapsstyrning, uppdragsspecifikationer och avtal.

Professionsförbunden lyfter också att riktvärden kan kompletteras med mått som exempelvis uppföljning av arbetsmiljö och personalomsättning. Behovet av att komplettera riktvärden med andra mått lyfts även i dialoger med professionsföreträdare från regionerna. De pekar på prognoser som fångar demografiska förändringar, vårdtyngd och utvecklingen mot nära vård. Utvecklingen mot att mer avancerad vård flyttas från sjukhus till hemmet och en större andel äldre kan exempelvis innebära ökade behov av distriktssköterskekompetens i både primärvård och kommunal vård. Detta kan gälla när fler behöver stöd vid exempelvis demenssjukdomar och hjärt- och kärlsjukdomar.

# Hur ser tillgången på personal i primärvården ut i dag?

Primärvården har ett brett och mångfacetterat uppdrag som utförs av flera yrkesgrupper, legitimerade såväl som icke-legitimerade. I det här kapitlet beskriver vi grundläggande statistik om personalen i primärvården som helhet. Vi beskriver också personaltätheten i förhållande till befolkningen i olika län för de fyra yrkesgrupper som ingår i uppdraget samt hur stor del av personalen som arbetar inom privat respektive offentlig sektor. Länsvisa siffror tar däremot inte hänsyn till vårdbehov eller skillnader inom ett län. I detta avsnitt analyseras därför tillgången på personal i primärvården i relation till befolkningens förväntade vårdbehov i länen, mätt som CNI, samt skillnader inom ett län.

Kapitlets slutsatser blir viktiga för att förstå förutsättningarna för att ta fram riktvärden utifrån befintliga underlag, samt att förstå hur länsvisa siffror över personaltillgång ska tolkas.

## Huvudsakliga slutsatser

- Arbetsterapeuter, distriktssköterskor, fysioterapeuter och psykologer utgör i dag 15 procent av de legitimerade grupperna i primärvården. Yrkesgrupperna är relativt små i primärvården som helhet, men det finns skillnader i hur stor del av varje yrkesgrupp som finns i just primärvården – hälften av arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna och 75 procent av distriktssköterskorna
- Det finns tydliga geografiska skillnader i tillgång på distriktssköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i primärvården
- Även fördelningen av personal mellan offentlig (regional och kommunal) respektive privat primärvård varierar mellan yrkesgrupper och geografiskt
- Personaltäthet för samtliga yrkesgrupper i relation till vårdbehov, mätt med Care Need Index (CNI), visar att tillgången till yrkesgrupperna inte är konsekvent anpassad efter det behov som CNI ger uttryck för
- Länsvisa mått över personaltäthet riskerar att dölja underliggande skillnader inom länet
- Det finns ett behov av att komplettera övergripande personalmått på länsnivå med lokala analyser över exempelvis kontinuitet, teamsammansättning och sökmönster.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Kapitlet bygger på statistik över sysselsatt personal inom hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen för närvarande har tillgång till. Statistiken kommer från myndighetens LOVA-förteckning samt från uppgifter i Statistiska centralbyråns yrkesregister. Myndigheten publicerade i april 2025 för första gången personalstatistik för primärvården i sin statistikdatabas, baserad på en uppdaterad definition av primärvården [6].

Kapitlet baseras också på analyser av personaltäthet i relation till vårdbehoven per län (se bilaga 4), samt en analys som Region Halland inom ramen för detta uppdrag har utfört av bemanning i relation till vårdbehov vid tre vårdcentraler i Hallands län (se bilaga 5). Vidare utgår vi från erfarenheter, analyser och slutsatser som har vuxit fram i de dialoger och sammanhang som Socialstyrelsen har deltagit i under utredningens gång. Till dessa hör ett sammanställt protokoll från Stiftelsen Leading Health Care<sup>3</sup> (LHC) från ett dialogseminarium om sällsynta diagnoser i primärvården som Socialstyrelsen har fått ta del av (se bilaga 6).

## Olika vägar in i primärvården

Det är viktigt att komma ihåg att de fyra yrkesgrupper som ingår i vårt uppdrag har olika vägar in i primärvården. Dessa sammanfattas i tabell 1 nedan.

Psykologer har den längsta och mest formaliserade vägen in i primärvården. Efter ett femårigt psykologprogram krävs även ett års PTP-tjänstgöring innan legitimation. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter har en mer direkt väg in, där treåriga utbildningar följs av legitimation och möjlighet att börja arbeta i primärvården direkt. För dessa yrken sker vidareutveckling främst genom erfarenhet och eventuell specialisering i yrkeslivet. Distriktssköterskor har en stegvis karriärväg där en treårig sjuksköterskeutbildning ofta följs av arbete innan specialistutbildning till distriktssköterska. Specialistutbildningen är vanligtvis viktig för att fullt ut möta primärvårdens mer självständiga och breda uppdrag.

**Tabell 1. Olika vägar in i primärvården för respektive yrkesgrupp**

Yrkesgrupp	Högskoleutbildning	Ingång till primärvård
<b>Psykolog</b>	5-årigt psykologprogram + 1 års PTP	Efter legitimation och PTP
<b>Fysioterapeut</b>	3-årig fysioterapeututbildning	Direkt efter legitimation
<b>Arbetsterapeut</b>	3-årig arbetsterapeututbildning	Direkt efter legitimation
<b>Distriktssköterska</b>	3-årig sjuksköterska + specialistutbildning	Arbetar ofta först som sjuksköterska, specialistutbildning stärker primärvårdsroll

<sup>3</sup> [Om LHC – Leading Health Care](#)

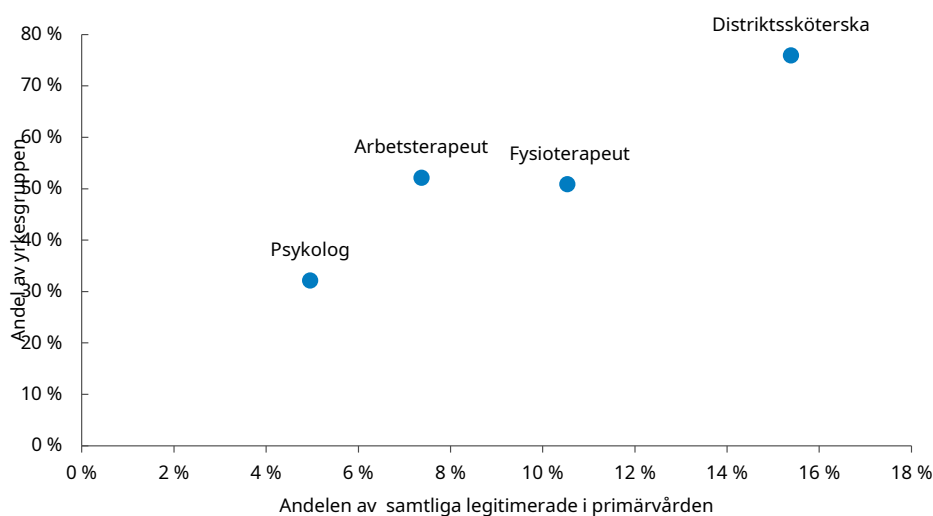
## Yrkesgrupper som arbetar i primärvården

I vår redovisning av statistik för primärvården utgår vi från Socialstyrelsens uppdaterade definition av primärvården. För att kunna skilja primärvården från andra vårdområden har Socialstyrelsens använt sig av SNI-koder, med vissa justeringar. I primärvården, enligt denna avgränsning och justering med hjälp av SNI-koder, ingår vård på vårdcentraler (inklusive MVC, BVC m.m.), primärvårdsrehabilitering, sjukvårdsupplysning, kommunal hälso- och sjukvård samt elevhälsa [7]. I statistiken ingår både offentlig (regional och kommunal) och privat primärvård, och det går att särskilja mellan dessa driftsformer.

De legitimerade yrkesgrupper som arbetar i primärvården omfattar totalt ca 68 000 personer. Distriktssköterskorna utgör 15 procent av samtliga legitimerade och blir därmed den största av de fyra yrkesgrupper som ingår i utredningen. Bland distriktssköterskor är det också en stor andel av hela yrkesgruppen som finns i just primärvården, drygt 75 procent.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har ungefär lika stor andel av sin yrkesgrupp i primärvården, drygt 50 procent. De utgör däremot en mindre del av den totala legitimerade personalen i primärvården (7 procent respektive 11 procent). Psykologer har både en relativt låg andel av sin yrkesgrupp i primärvården (32 procent) och utgör en liten del av primärvårdens legitimerade personal (5 procent). Jämfört med de andra yrkesgrupperna arbetar alltså många psykologer utanför primärvården.

**Figur 2. Andel av samtliga legitimerade i primärvården som utgörs av respektive yrkesgrupp (x-axeln) och andel av yrkesgruppen som arbetar i primärvården (y-axeln).**



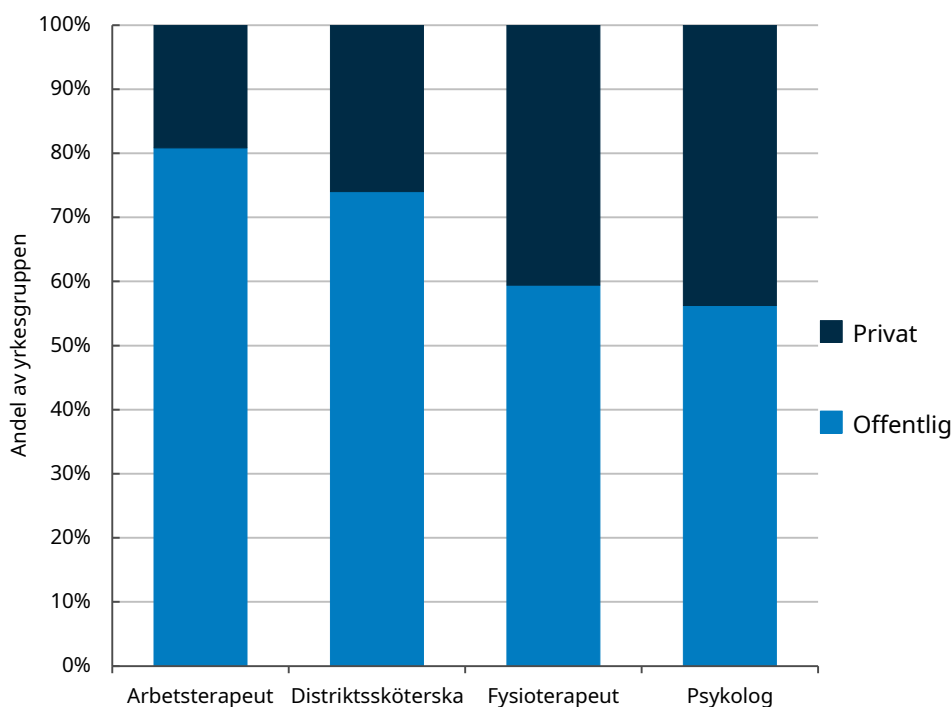
Källa: Socialstyrelsen

Utöver den legitimerade personal finns icke-legitimerad personal. Bland de icke-legitimerade yrkena finns exempelvis undersköterskor, medicinska sekreterare, hjälpmedelsassistenter och anhörigkonsulenter. Vilka professioner som ingår i primärvården kan dock variera mellan olika regioner. Skillnaderna beror bland annat på hur regionerna har valt att organisera sin verksamhet. Variationerna visar också att primärvården rymmer en bred och mångsidig kompetens där olika yrkesgrupper tillsammans bidrar till att ge patienterna en fungerande och tillgänglig vård [6].

## Hur personalen fördelas mellan offentlig och privat primärvård

Fördelningen av personal mellan offentlig (regional och kommunal) respektive privat primärvård varierar. Offentlig regi dominerar bland samtliga yrkesgrupper som ingår i den här utredningen, men andelen som är sysselsatta i privat primärvård varierar mellan länen. Dessa skillnader speglar delvis hur vården är organiserad, där ansvarsfördelning mellan offentlig respektive privat regi påverkar var olika kompetenser är placerade.

**Figur 3. Yrkesfördelning i primärvården efter regi, 2024**



Källa: Socialstyrelsen

Arbetsterapeuter har den tydligaste koncentrationen till offentlig regi, med 79 procent. Även distriktssköterskor är tydligt koncentrerade till offentlig regi (74 procent i offentlig regi jämfört med 26 procent i privat regi). För fysioterapeuter är fördelningen mer balanserad, med 60 procent i offentlig

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

regi och 40 procent i privat regi. Psykologer uppvisar den mest jämna fördelningen mellan offentlig och privat regi (56 respektive 44 procent), även om offentlig regi fortfarande är något större i den här yrkesgruppen.

Det finns länsvisa skillnader i hur personalen fördelas mellan offentlig och privat primärvård. Mönstret speglar att den privata verksamheten är geografiskt koncentrerad till större städer. Offentlig regi är den dominerande arbetsgivaren för alla yrkesgrupper, särskilt i mindre och medelstora län, medan privat regi är mer koncentrerad till storstadsområden. Detta gäller framför allt i Stockholms län, där en större del av personalen är sysselsatt i privat regi.

### **Vårdval och fri etableringsrätt i primärvården**

Fri etableringsrätt i primärvården innebär att vårdgivare har rätt att etablera sig fritt och starta verksamhet, så länge de uppfyller de krav som regionen ställer. Systemet infördes i Sverige i samband med vårdvalet år 2010, med syftet att öka patienternas valfrihet och konkurrensen mellan vårdgivare.

## **Geografiska skillnader per yrkesgrupp i primärvården**

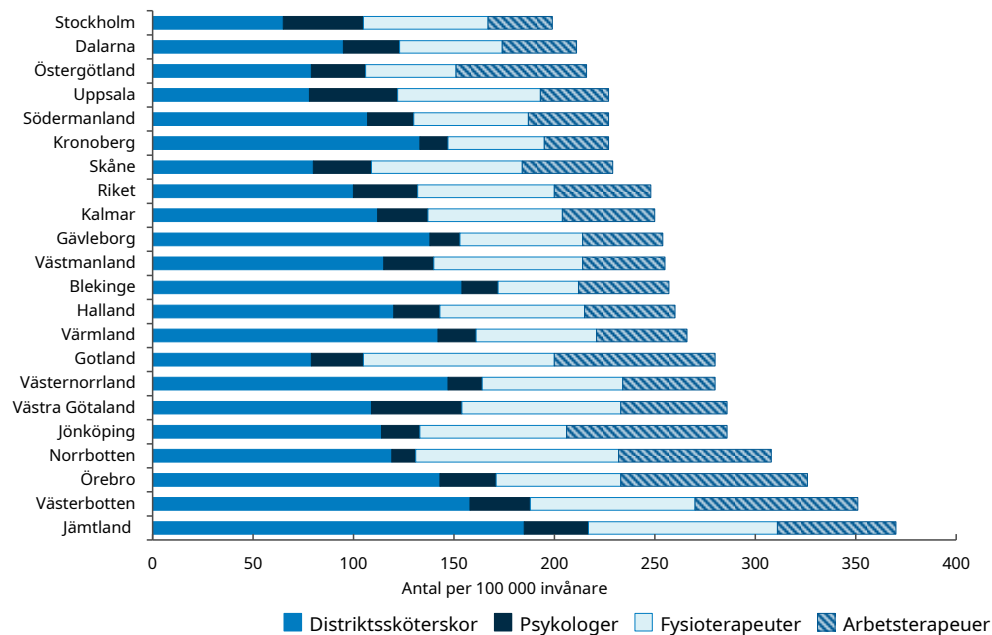
Det finns geografiska skillnader i tillgången på distriktssköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i primärvården. Vissa län, framför allt mindre och mer glesbefolkade län, har en genomgående högre täthet av distriktssköterskor. Exempelvis ligger Jämtland och Västerbotten högt både vad gäller distriktssköterskor och flera andra yrkesgrupper.

Samtidigt innebär en hög tillgång till distriktssköterskor inte nödvändigtvis en hög bemanning inom de andra yrkesgrupperna. Blekinge har exempelvis en relativt hög täthet av distriktssköterskor men betydligt lägre tillgång till psykologer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter än andra län. På motsvarande sätt uppvisar Norrbottens respektive Jönköpings län en hög tillgång till fysioterapeuter och arbetsterapeuter, men en mer genomsnittlig nivå för psykologer. Detta kan indikera att huvudmännen, såväl offentliga som privata, i viss utsträckning gör olika prioriteringar mellan professioner. Det kan också spegla att det finns olika förutsättningar att rekrytera olika yrkesgrupper i olika län, vilket skulle kunna påverka den vård som ges.

Större län som Stockholm och Skåne har en lägre täthet av distriktssköterskor. Dessa län har däremot inte konsekvent en låg tillgång på alla yrkesgrupper, utan uppvisar snarare en mer varierad profil. Stockholm har exempelvis en relativt hög tillgång till psykologer, medan Skåne ligger närmare genomsnittet för fysioterapeuter.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

**Figur 4. Antal distriktssköterskor, psykologer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter i primärvården per 100 000 invånare, 2024**



Källa: Socialstyrelsen

Skillnaderna i tillgång till olika personalgrupper mellan länen kan delvis förklaras av hur ansvar och uppgifter är fördelade mellan primärvård och specialistvård. I län där specialistvården har ett större ansvar för exempelvis rehabilitering, psykisk ohälsa eller uppföljning av kroniska tillstånd skulle behovet av vissa kompetenser i primärvården därför vara lägre. Detta kan leda till en lägre täthet av exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter eller psykologer i primärvården, utan att det nödvändigtvis innebär en lägre total tillgång till dessa resurser i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet.

Omvänt kan län som i högre grad har samlat dessa insatser i primärvården uppvisa en högre tillgång. Detta gäller särskilt för personal som är knuten till rehabiliteringsinsatser och delar av den psykiska hälsovården. Även skillnader i tillgången till distriktssköterskor kan påverkas av i vilken utsträckning hemsjukvård eller uppföljning av patienter med omfattande vårdbehov räknas till primärvården.

Sammantaget är det troligt att skillnaderna inte enbart speglar variationer i vårdbehov, utan också hur primärvården organiseras, vilka prioriteringar som görs av huvudmännen och hur olika professioners kompetens används i primärvården. Som vi lyfte i kapitel 2 och 3 är det också möjligt att geografiska förutsättningar och faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvårdens kontroll påverkar tillgången till olika yrkesgrupper i länet. Jämförelser mellan olika län bör därför tolkas med försiktighet och behöver sättas i relation till respektive huvudmans uppdrag och organisering av primärvården.

## Tillgång på personal i relation till vårdbehov och skillnader inom ett län

Tillgången på personal i länen bör inte enbart relateras till befolkningen, utan även till vårdbehoven samt till skillnader inom ett län för att ge en mer rättvisande bild av hur personalen fördelas. Dessa skillnader kan avse variationer i teamsammansättning mellan vårdcentraler samt geografiska skillnader, till exempel mellan stad och landsbygd. Att detta troligen påverkar tolkningen av länsvisa siffror för personaltillgång samt eventuella riktvärden framgår både i kapitel 3 och i uppdragsbeskrivningen.

## Tillgång på personal speglar vårdbehoven i en viss utsträckning

Länsvisa mått som antal invånare per yrkesgrupp ger en övergripande bild av personalresurser. De tar däremot inte hänsyn till variationer i vårdbehov, och sådana mått bör därför tolkas med försiktighet, eftersom de inte nödvändigtvis speglar den faktiska tillgången till insatser för befolkningen.

I detta avsnitt analyseras därför tillgången på personal i primärvården i relation till befolkningens förväntade vårdbehov i länen, mätt som CNI. Care Need Index är ett sammanvägt index som uppskattar förväntat vårdbehov utifrån socioekonomiska faktorer. Ett värde över 1 innebär en högre risk för ohälsa än i riket i genomsnitt, medan ett värde under 1 innebär en lägre risk.<sup>4</sup>

I denna rapport används aggregerade CNI-värden på länsnivå. CNI är ett relativt grovt mått som främst fångar socioekonomiska förhållanden och inte direkt sjukdomsbörda, förekomst av multisjuklighet eller andra kliniska behovsindikatorer. Måttet används eftersom data om mer direkta behovsdrivande faktorer, såsom sjukdomsbörda, multisjuklighet eller vårdkonsumtion och sökmönster, inte finns tillgängliga. Detta innebär att jämförbarheten mellan län i viss utsträckning kan påverkas, och att resultaten bör tolkas med hänsyn till dessa begränsningar.

Det verkar inte finnas något starkt samband mellan tillgången på yrkesgrupper i primärvården och det förväntade vårdbehovet, mätt som CNI. Hur väl tillgången på psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och distriktssköterskor står i proportion till vårdbehoven varierar mellan länen. I

---

<sup>4</sup> Måttet är sammanvägt utifrån förekomsten av sju socioekonomiska variabler: 1) ålder över 65 år och ensamboende, 2) utlandsfödd i Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Latinamerika, 3) arbetslös i ålder 16–64 år, 4) ensamstående förälder med barn som är 17 år eller yngre, 5) person som flyttat in i området som är 1 år eller äldre, 6) lågutbildad 25–64 år samt 7) ålder yngre än 5 år. Se <https://www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/regionala-statistikprodukter/care-need-index-cni/> [11]

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

vissa län är vårdbehoven enligt CNI höga samtidigt som tillgången på psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och distriktssköterskor är låg. I andra län är sambandet det omvända (se bilaga 4).

Skillnader i personaltäthet kan inte i sig antas spegla hur väl resurserna motsvarar vårdbehoven, åtminstone inte när de är uttryckta i CNI. Samtidigt kan resultaten påverkas av skillnader i hur primärvården är organiserad, hur ansvar fördelas mellan professioner runt patienten samt av begränsningar i de mått som används. Detta är viktigt att beakta vid tolkning och jämförelse av personaltäthet mellan län.

## Tillgång på personal kan variera inom länet

Det finns vanligtvis betydande skillnader i tillgången på personal inom ett län. Även om det på regional nivå finns en samlad bemanning inom en viss profession varierar tillgången i praktiken mellan enskilda verksamheter, där vissa har mer begränsad tillgång än andra. Det kan exempelvis saknas heltidsanställda arbetsterapeuter eller psykologer på enskilda vårdcentraler, vilket innebär att flera enheter i stället delar på en gemensam resurs. Om kompetens delas mellan enheter eller endast finns tillgänglig i begränsad omfattning kan detta påverka kontinuitet och arbetssätt i teamen.

Det finns även tendenser som visar att det förekommer geografiska skillnader inom länen. I storstadsområden finns ett relativt sett högre antal vårdenheter i förhållande till vårdbehovet jämfört med mer glesbefolkade områden. Detta innebär att tillgången till vårdenheter inte är jämnt fördelad i relation till befolkningens förväntade vårdbehov.

En utmaning här är att regioner och kommuner delvis konkurrerar om samma personal. När antalet sysselsatta legitimerade yrkesutövare ökar i regionernas primärvård kan detta samtidigt påverka tillgången i kommunal verksamhet inom samma län [8].

Av våra dialoger framgår att tillgången på personal kan variera inom den kommunala hälso- och sjukvården och mellan kommuner inom samma län, där vissa kommuner helt saknar exempelvis distriktssköterskor. Denna variation innebär att tillgången till yrkesgrupper och därmed möjliga insatser kan skilja sig åt även inom ett och samma län.

## Teamets betydelse för att ge vård

Bemanning och kompetensförsörjning i primärvården kan inte enbart förstås utifrån antalet individer inom en yrkesgrupp. I stället behöver tillgången på personal kompletteras med analyser av kontinuitet, användning av arbetssätt, tillgång till medicinsk kompetens och hur samarbetet fungerar mellan primärvård, specialistvård och andra kompetenser för att säkerställa ett sammanhållet omhändertagande av patienten.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Att förstå hur vården faktiskt bedrivs utifrån enbart antal personer i en viss yrkesgrupp är förenat med betydande svårigheter, eftersom det inte fångar hur kompetenser kombineras och används i det praktiska patientarbetet inom teamet. Det kan exempelvis finnas psykosociala och medicinska professioner såsom psykiatriker, specialistsjuksköterskor i psykiatri, hälso- och sjukvårdskuratorer och socionomer, som tillsammans påverkar hur insatser för psykisk ohälsa organiseras och genomförs. Det kan också handla om samarbete mellan exempelvis dietister och psykologer vid behandling av patienter med ätstörningar, eller om hur arbetsterapeutiska insatser bidrar till hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Region Hallands analyser av tre vårdcentraler inom detta uppdrag visar att vårdcentraler kan vara bemannade på olika sätt men ändå uppnå snarlika resultat. Detta talar emot att det finns en enhetlig optimal bemanningsmodell, exempelvis avseende tjänstefördelning mellan olika professioner eller antal medarbetare per yrkesgrupp i relation till listade patienter. Arbetssätt och den organisatoriska kultur som präglar vårdcentralen framstår som mer betydelsefulla än en enhetlig bemanningsmodell. Vårdcentraler med hög personalomsättning har ofta sämre förutsättningar att upprätthålla kontinuitet, trygghet och ett stabilt lärande i verksamheten (se bilaga 5).

Betydelsen av teamets samlade arbetssätt blir särskilt tydlig i hur kontinuitet och samordning för patienterna kan skapas i praktiken. Flera regioner har infört teambaserade arbetssätt i primärvården i syfte att skapa ett mer holistiskt omhändertagande av patienten och stärka kontinuiteten. Ett tvärprofessionellt arbetssätt innebär att team bestående av exempelvis läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och andra yrkesgrupper gemensamt ansvarar för patientens vård. I praktiken kan detta innebära att patienten knyts till ett specifikt team och får ett direktnummer till teamets sjuksköterska. Avsikten är att öka kontinuiteten och tryggheten samt minska behovet av återkommande bokningar. Dessutom hålls regelbundna teamronder där patienter med mer komplexa behov diskuteras och gemensamma beslut fattas om fortsatt vård. Detta har haft en rad positiva effekter, såsom lägre sjukvårdskostnader, nöjdare medarbetare och högre medicinsk kvalitet.

Det är viktigt att primärvården har en god och bred generisk kunskap om hälsa och sjukdom. Det gör att det blir lättare att upptäcka något avvikande eller ovanligt. Sällsynta diagnoser tydliggör behovet av generell medicinsk kompetens. Primärvårdens uppgift är i regel inte att ställa diagnos, utan att identifiera symtom och hänvisa patienter vidare till rätt instans. Eftersom antalet sällsynta diagnoser är mycket stort och varje enskilt tillstånd förekommer sällan blir exponeringen begränsad för en enskild allmänspecialist. Samtidigt är det sammantagna antalet patienter med sällsynta tillstånd betydande. Detta innebär i stället att generell medicinsk kompetens, förmåga att identifiera avvikelser samt tillgång till konsultation

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

och specialiststöd är centrala förutsättningar för ett fungerande omhändertagande.

Hur denna kompetens faktiskt kan användas i praktiken vid sällsynta diagnoser påverkas dock av de organisatoriska förutsättningarna i verksamheten. Korta besökstider, hög personalomsättning och låg kontinuitet kan försvåra ett sammanhållet omhändertagande. En fast vårdkontakt är inte alltid tillräcklig för att säkerställa samordning mellan vårdnivåer och kompetenser (se bilaga 6).

## Behov av detaljerade data på lokal nivå för att mäta insatser i primärvården

Den nationella respektive regionala nivån har olika roller när det gäller att ta fram analyser. Att aggregerade data behöver kompletteras med lokala analyser framgår av Region Hallands fördjupade analys av tre vårdcentraler, där hänsyn kan tas till den lokala kontexten och patienternas behov av god vård. En vårdcentralers möjligheter att möta vårdbehov avspeglas i stor utsträckning i utfall utanför den egna verksamheten, framför allt i form av patienters minskade behov av akut specialistvård. Vårdcentraler ser inte heller per automatik effekter av sitt arbete om de uppstår utanför den egna verksamheten (till exempel på sjukhus i form av minskade vårdbehov). Dessa utfall påverkas dock av sammansättningen av den listade befolkningen, särskilt patienternas sjukdoms- och riskprofil (se bilaga 5).

Socialstyrelsens analyser baseras i huvudsak på nationella och regionalt aggregerade data, vilka kan visa på skillnader mellan länen och långsiktiga trender men som samtidigt begränsar möjligheten att fullt ut analysera variationer på vårdcentral- och verksamhetsnivå. Därtill saknas ofta detaljerad information om hur primärvården är organiserad, hur arbete faktiskt fördelas mellan olika professioner och hur det utförs i praktiken, personalomsättning samt hur sökmönster och kontinuitet ser ut. Aggregerade data på länsnivå över personalresurser och vårdbehov behöver kompletteras med lokala analyser av regionerna för att primärvården ska kunna bemannas på ett sätt som är anpassat till den lokala kontexten. Detta ligger i linje med de resonemang som framkom i det föregående kapitlet *Hur riktvärden kan stödja personalplanering i primärvården*.

# Beräkning av riktvärden för framtidens kompetensförsörjning

Riktvärden behöver beräknas med ett långsiktigt perspektiv eftersom tillgången till legitimerad personal förändras långsamt och det tar lång tid att förändra arbetsmarknadsstrukturer. Detta hänger samman med att kompetensförsörjningen påverkas av många faktorer, såsom utbildningskapacitet, arbetsmiljö och rekryteringsmöjligheter.

I det här kapitlet tar vi fram underlag som kan användas för att förstå en möjlig framtida utveckling av primärvårdens bemanning. Beräkningarna ligger till grund för de föreslagna riktvärdena. De utgår ifrån prognoser för en möjlig framtida utveckling som skriver fram mätbara trender, exempelvis befolkningsutveckling eller pensionsavgångar. De kan däremot inte ta hänsyn till önskad utveckling som inte går att mäta i historiska data. I omställningen till en god och nära vård blir detta särskilt viktigt, eftersom syftet är att förändra hur och var vård ges, snarare än att enbart anpassa befintliga strukturer.

Kapitlet inleds med en metodbeskrivning för beräkningarna. Därefter följer en redogörelse för utfallet för var och en av yrkesgrupperna.

## Huvudsakliga slutsatser

- I kapitlet används SCB:s primärvårdsprognos för att ta fram ett underlag för framtida bemanning i primärvården
- Beräkningarna visar hur riktvärden kan beräknas utifrån befintliga data
- Beräkningen beaktar inte önskade systemförändringar som inte går att mäta i historiska data.
- Beräkningen kan inte ta hänsyn till förändrade vårdbehov utöver den demografiska utvecklingen
- Spann för utfall på nationell nivå år 2040:
  - Distriktsköterskor: 9 600–10 900
  - Arbetsterapeuter: 5 000–6 900
  - Fysioterapeuter: 7 900 – 8 700
  - Psykologer: 3 600 – 3 800 (alternativscenario 4 800)

## Metod: Tillgångsprognos och efterfrågeprognos per län med utgångspunkt i Socialstyrelsens primärvårdsprognos

I den här rapporten presenterar vi beräkningar av två möjliga utfall av personal i primärvården i framtiden:

- den väntade tillgångsförändringen
- den väntade efterfrågeförändringen

De två utfallen bildar tillsammans ett spann som skulle kunna användas som riktvärden. Ingen av beräkningarna beaktar dock önskade systemförändringar som inte går att mäta i historiska data. Det handlar om det pågående arbetet med nära vård där exempelvis förflyttningen av vård från specialiserad vård på sjukhus till hemsjukvård och kommunal hälso- och sjukvård leder till att det kvantitativa behovet av personal inom olika vårdformer förändras. Sannolikt förändrar detta också vilka kompetenser och förmågor som behövs i olika delar av systemet och vilka yrkesgrupper som kan svara mot det behovet. På motsvarande sätt kan förändringar i vårdens organisering, tillgänglighet och kvalitet få konsekvenser för systemet. Sambanden är ofta indirekta, utvecklas över tid och kan förstärka eller försvaga varandra. Undantaget är det alternativscenari för psykologer som ingår i modellen.

## SCB har tagit fram en prognos för primärvården på nationell nivå

Beräkningarna utgår ifrån en nationell prognos över tillgång och efterfrågan inom primärvården för de utpekade yrkesgrupperna. Prognosen ger en beskrivning av yrkesgruppernas väntade utveckling avseende tillgång och efterfrågan utifrån historiska data.

Underlaget är den prognos över tillgång och efterfrågan på personal inom primärvården som Statistiska centralbyrån (SCB) har tagit fram på uppdrag av Socialstyrelsen [9]. I det här uppdraget använder vi den prognosen som ett möjligt underlag för beräkningar av framtida bemanning i primärvården för de aktuella yrkesgrupperna.

Prognosen består av flera underliggande modeller för beräkning av framtida tillgång och efterfrågan. Dessa modeller är i sin tur anpassningar av de modeller som SCB vanligtvis använder vid framtagande av deras

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

återkommande publikation *Trender och prognoser*.<sup>5</sup> Några av de faktorer som vägs in i tillgångs- och efterfrågeberäkningarna är:

- befolkningsutveckling
- pensionsavgångar
- migration
- rörlighet till och från primärvården i olika personalgrupper
- den väntade utvecklingen för de underliggande näringsgrenarna som utgör primärvården.

Prognosmodellerna är kvantitativa och baseras på observerade historiska flöden av personal till och från primärvården år 2020–2023. Det här innebär att prognosen är ett basscenario, som illustrerar den väntade utvecklingen om historiska trender skrivs fram. Större förändringar kan därför inte beaktas i prognosen, och ingår därför inte i de vidare beräkningarna.

Av den nationella prognosmodellen framgår att den väntade utvecklingen för exempelvis distriktssköterskor är att efterfrågan ökar mer mellan år 2023 och 2040 än tillgången. Efterfrågan väntas öka från 9 353 till 10 900 och tillgången väntas öka från 9 353 till 9 500 (se figur 5).

När efterfrågan väntas överstiga tillgången finns en risk för brist på personal framöver. Dessutom utgår beräkningarna ifrån att tillgång och efterfrågan matchar varandra i utgångsläget, det vill säga att det på nationell nivå inte finns någon brist i dag.<sup>6</sup> I sin tur innebär detta att det finns en risk för tilltagande brist, om det finns en omätbar brist i utgångsläget och efterfrågan väntas öka mer än tillgången framöver.

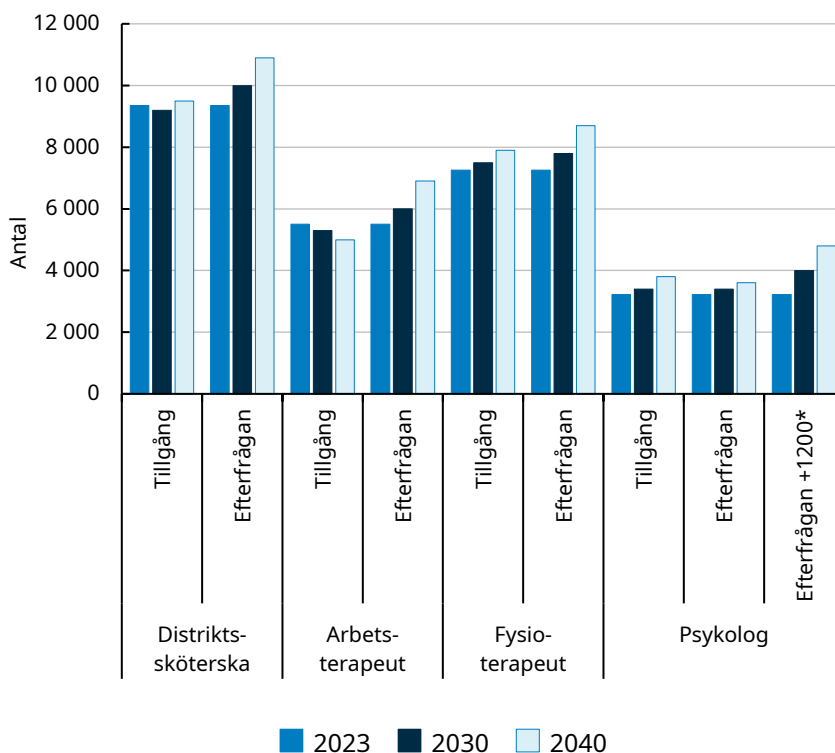
---

<sup>5</sup> På sida 29–49 i rapporten finns en grundligare beskrivning av de olika underliggande modellerna i beräkningarna [9].

<sup>6</sup> Detta är ett grundantagande som beror på att det inte finns uppgifter om uppmätt brist i antal för nuläget, som går att använda i beräkningarna.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

**Figur 5. Tillgång och efterfrågan enligt SCB:s primärvårdsprognos för de aktuella yrkesgrupperna år 2023 samt prognos för 2030 och 2040.**



## Begränsade förutsättningar att beräkna utvecklingen per län

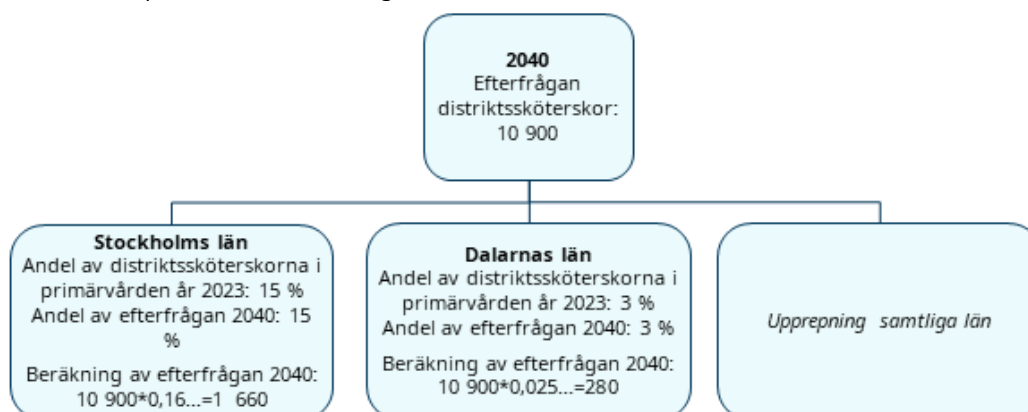
Framskrivningen av tillgång och efterfrågan är enbart beräknad på nationell nivå. För att möta uppdragsskrivningen bryter vi ned resultatet på länsnivå, med antagandet att yrkesgruppernas geografiska fördelning ska bestå fram till 2040. Detta innebär att vi utgår ifrån att lika stor del av yrkesgruppen som finns i respektive län år 2023, ska finnas i samma län år 2040. Det är med andra ord ett förenklat antagande som inte tar hänsyn till befolkningsutvecklingen i respektive län.

Framskrivningarna redovisas här för år 2030 och 2040 i tabellerna, men kan beräknas per år. Valet av åren 2030 och 2040 som redovisningsår motiveras av att dessa tidpunkter motsvarar etablerade planeringshorisonter för kort- respektive långsiktig framskrivning av tillgång på personal och används i SCB:s primärvårdsprognos [9].

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

### Figur 6. Exempel på fördelning av efterfrågan 2040 per län.

Beräkningen antar att lika stor andel av yrkesgruppen som arbetar i primärvården och som återfinns i respektive län, ska efterfrågas år 2040.



Om våra beräkningar per län skulle utgå ifrån en prognos över primärvården i respektive län, skulle faktorer som befolkningsutvecklingen och den väntade utvecklingen av primärvården i det aktuella länet eventuellt kunna vägas in på ett mer ändamålsenligt sätt. I dagsläget finns inte någon sådan prognos tillgänglig. Det är dessutom mycket troligt att de yrkesgrupper som vi vill följa är för små i flera län, och därmed är underliggande data för osäkra för att sådana prognoser skulle vara möjliga att beräkna.

Vi har gjort en alternativ beräkning av utvecklingen per yrkesgrupp baserat på antal i yrkesgruppen i primärvården i förhållande till antal invånare. Därefter har vi räknat fram det antalet utifrån SCB:s regionala befolkningsprognoser. Dessa beräkningar blir ett slags basscenario för hur många som behövs framöver för att upprätthålla dagens bemanning i förhållande till befolkningen som helhet i framtiden. Beräkningarna tar dock inte hänsyn till att vårdbehoven kan öka även om befolkningsstorleken minskar.

De alternativa beräkningarna ger inga stora skillnader i utfall. Samtliga finns tillgängliga i bilaga 7.

## Modellens begränsningar

Nedan redovisas de antaganden som ligger till grund för beräkningarna. Dessa är viktiga att beakta vid tolkning av resultaten. Begränsningarna innebär att resultaten bör förstås som en framskrivning baserad på givna förutsättningar, snarare än en heltäckande beskrivning av framtida utveckling eller faktiska behov i samtliga delar av systemet.

- Ingen antalsuppgift om brist finns i nuläget utan framskrivningen fokuserar enbart på framtida behov i relation till de givna antagandena
- De länsvisa beräkningarna väger inte in befolkningsutvecklingen i respektive län, vilket innebär att förändringar i demografisk utveckling,

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

såsom befolkningstillväxt eller minskning, inte påverkar de regionala resultaten.

- Bygger på historiska data – antar inte någon större systemförändring. Eventuell förflyttning till nära vård, organisatoriska förändringar i vårdsystemet eller teknisk utveckling i form av ökad användning av AI beaktas därmed inte
- Tar inte hänsyn till någon dynamisk utveckling mellan yrkesgrupperna, exempelvis arbetsfördelning, uppgiftsväxling eller förändrade arbetssätt.

## Sammanställning av beräkningar per yrkesgrupp

### Distriktssköterskor

För distriktssköterskor väntas efterfrågan öka med drygt 15 procent till år 2040 jämfört med utgångsläget som är år 2023. Tillgången väntas öka med 4 procent, vilket enligt SCB:s bedömning innebär en relativt oförändrad tillgång. Eftersom den prognostiserade förändringen fördelas proportionerligt mellan länen, är detta den beräknade utvecklingen även för dem. Det innebär att efterfrågan väntas öka mer än tillgången, även om det i absoluta tal inte alltid ger så stora skillnader. Till exempel väntas tillgången i Blekinge län år 2040 vara 220 distriktssköterskor och efterfrågan uppgå till 260 till antalet.

**Tabell 2. Antal distriktssköterskor 2023 i primärvården, samt antal distriktssköterskor enligt tillgångsprognos och efterfrågeprognos för år 2030 och 2040.**

	2023	2030 (prognos)		2040 (prognos)	
	Utgångsläge	Tillgång	Efterfrågan	Tillgång	Efterfrågan
<b>Riket</b>	9 350	9 200	10 000	9 600	10 900
<b>Stockholms län</b>	1 420	1 400	1 520	1 460	1 660
<b>Uppsala län</b>	280	280	300	290	330
<b>Södermanlands län</b>	290	280	310	290	330
<b>Östergötlands län</b>	330	330	360	340	390
<b>Jönköpings län</b>	370	360	390	380	430
<b>Kronobergs län</b>	240	240	260	250	280
<b>Kalmar län</b>	250	250	270	260	300
<b>Gotlands län</b>	50	50	50	50	50

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

	2023	2030 (prognos)		2040 (prognos)	
	Utgångsläge	Tillgång	Efterfrågan	Tillgång	Efterfrågan
<b>Blekinge län</b>	220	210	230	220	260
<b>Skåne län</b>	1 020	1 010	1 090	1 050	1 190
<b>Hallands län</b>	370	360	390	380	430
<b>Västra Götalands län</b>	1 700	1 680	1 820	1 750	1 990
<b>Värmlands län</b>	350	350	380	360	410
<b>Örebro län</b>	400	390	430	410	470
<b>Västmanlands län</b>	290	280	310	300	340
<b>Dalarnas län</b>	240	230	250	240	280
<b>Gävleborgs län</b>	340	340	370	350	400
<b>Västernorrlands län</b>	320	310	340	320	370
<b>Jämtlands län</b>	220	220	240	230	260
<b>Västerbottens län</b>	380	380	410	390	450
<b>Norrbottens län</b>	270	260	290	270	310

Av SCB:s prognoser framgår alltså att tillgången väntas öka i en långsammare takt än efterfrågan. Prognosen räknar med att i genomsnitt 470 distriktssköterskor examineras inom primärvården, samtidigt som drygt 250 personer väntas gå i pension. Dessutom uppskattas något fler distriktssköterskor lämna primärvården för arbetsmarknaden utanför än tvärtom. Ytterligare 100 förväntas studera, avlida, utvandra eller lämna arbetsmarknaden av andra skäl. Det är möjligt att det finns visst utrymme att påverka dessa utfall, exempelvis genom ett aktivt arbete inom systemet för att minska antalet som väntas lämna primärvården till förmån för arbetsmarknaden utanför.

## Arbetsterapeuter

För arbetsterapeuter väntas efterfrågan öka med ungefär 25 procent till år 2040 jämfört med utgångsläget som är år 2023. Tillgången väntas minska med 10 procent. Eftersom den prognostiserade förändringen fördelas proportionerligt mellan länen, är detta den beräknade utvecklingen även för dem.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Prognosen räknar med att i genomsnitt drygt 170 arbetsterapeuter legitimeras inom primärvården. Därtill beräknas något fler komma till primärvården från arbetsmarknaden utanför, än tvärtom. Cirka 100 personer väntas gå i pension. Cirka 80 arbetsterapeuter väntas årligen lämna primärvården av andra orsaker. Det är möjligt att det finns visst utrymme att påverka dessa utfall. Men det är också troligt att prognosen inte har kunnat beakta hela omställningen till nära vård, vilket skulle kunna innebära att både tillgången och efterfrågan på arbetsterapeuter inom primärvården överskattas eller underskattas, beroende på hur utvecklingen av nära vård ser ut framöver.

**Tabell 3. Antal arbetsterapeuter 2023 i primärvården, samt antal arbetsterapeuter enligt tillgångsprognos och efterfrågeprognos för år 2030 och 2040.**

	2023	2030 (prognos)		2040 (prognos)	
	Utgångsläge	Tillgång	Efterfrågan	Tillgång	Efterfrågan
<b>Riket</b>	5 500	5 300	6 000	5 000	6 900
<b>Stockholms län</b>	860	830	940	780	1 080
<b>Uppsala län</b>	140	140	160	130	180
<b>Södermanlands län</b>	130	130	140	120	160
<b>Östergötlands län</b>	350	330	380	310	430
<b>Jönköpings län</b>	320	310	350	290	410
<b>Kronobergs län</b>	70	70	80	70	90
<b>Kalmar län</b>	130	130	140	120	170
<b>Gotlands län</b>	50	50	60	50	70
<b>Blekinge län</b>	80	70	80	70	100
<b>Skåne län</b>	690	660	750	630	860
<b>Hallands län</b>	170	160	180	150	210
<b>Västra Götalands län</b>	1 020	990	1 120	930	1 290
<b>Värmlands län</b>	140	130	150	120	170
<b>Örebro län</b>	310	300	340	280	390
<b>Västmanlands län</b>	120	120	140	110	160
<b>Dalarnas län</b>	110	110	120	100	140
<b>Gävleborgs län</b>	130	120	140	120	160

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

	2023	2030 (prognos)		2040 (prognos)	
	Utgångsläge	Tillgång	Efterfrågan	Tillgång	Efterfrågan
<b>Västernorrlands län</b>	120	120	140	110	160
<b>Jämtlands län</b>	80	80	90	70	100
<b>Västerbottens län</b>	250	240	270	220	310
<b>Norrbottens län</b>	210	200	230	190	260

## Fysioterapeuter

För fysioterapeuter väntas efterfrågan öka med ungefär 20 procent till år 2040 jämfört med utgångsläget som är år 2023. Tillgången väntas öka med cirka 10 procent. Eftersom den prognostiserade förändringen fördelas proportionerligt mellan länen, är detta den beräknade utvecklingen även för dem.

Prognosen räknar med att i genomsnitt drygt 260 fysioterapeuter legitimeras inom primärvården. Därtill beräknas något fler komma till primärvården från arbetsmarknaden utanför än tvärtom. Cirka 115 personer väntas gå i pension. Den siffran stiger till 130 om yrkesverksamma över 75 års ålder räknas in. Cirka 80 fysioterapeuter väntas årligen lämna primärvården av andra orsaker. Det är möjligt att det finns ett visst utrymme att påverka dessa utfall. Men det är också troligt att prognosen inte har kunnat beakta hela omställningen till nära vård, vilket skulle kunna innebära att både tillgången och efterfrågan på fysioterapeuter inom primärvården överskattas eller underskattas.

**Tabell 4. Antal fysioterapeuter 2023 i primärvården, samt antal fysioterapeuter enligt tillgångsprognos och efterfrågeprognos för år 2030 och 2040.**

	2023	2030 (prognos)		2040 (prognos)	
	Utgångsläge	Tillgång	Efterfrågan	Tillgång	Efterfrågan
<b>Riket</b>	7 260	7 500	7 800	7 900	8 700
<b>Stockholms län</b>	1 540	1 590	1 650	1 670	1 840
<b>Uppsala län</b>	300	310	320	320	360
<b>Södermanlands län</b>	180	180	190	190	210
<b>Östergötlands län</b>	210	220	220	230	250
<b>Jönköpings län</b>	270	280	290	290	320
<b>Kronobergs län</b>	90	100	100	100	110

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

	2023	2030 (prognos)		2040 (prognos)	
	Utgångsläge	Tillgång	Efterfrågan	Tillgång	Efterfrågan
<b>Kalmar län</b>	170	180	190	190	210
<b>Gotlands län</b>	50	60	60	60	60
<b>Blekinge län</b>	60	70	70	70	80
<b>Skåne län</b>	1 060	1 100	1 140	1 160	1 270
<b>Hallands län</b>	240	250	260	270	290
<b>Västra Götalands län</b>	1 390	1 430	1 490	1 510	1 660
<b>Värmlands län</b>	170	180	190	190	210
<b>Örebro län</b>	200	200	210	210	240
<b>Västmanlands län</b>	210	220	230	230	250
<b>Dalarnas län</b>	150	150	160	160	180
<b>Gävleborgs län</b>	180	190	200	200	220
<b>Västernorrlands län</b>	170	180	180	190	210
<b>Jämtlands län</b>	130	130	140	140	150
<b>Västerbottens län</b>	240	240	250	260	280
<b>Norrbottens län</b>	250	250	260	270	300

## Psykologer

I den ursprungliga prognosen för psykologer finns både beräkningar av tillgång och efterfrågan utifrån samma premisser som för de övriga yrkesgrupperna och ett alternativscenario. I alternativscenariot väntas efterfrågan på psykologer i primärvården öka med 120 psykologer per år under en tioårsperiod (år 2026–2035). Bakgrunden till detta antagande är Socialstyrelsens målbild från rapporten ”Psykisk ohälsa – målbild för vårdcentraler” [10].<sup>7</sup>

Vi använder både basscenariot och alternativscenariot för efterfrågan i dessa beräkningar.

I basscenariot väntas efterfrågan på psykologer öka med cirka 10 procent till år 2040 jämfört med utgångsläget som är år 2023. Tillgången väntas öka

<sup>7</sup> Ett mål enligt Nationell målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa är att ha tillgång till legitimerad psykolog som kan erbjuda bedömning, utredning och differentialdiagnostik av psykiatriska tillstånd samt behandling av psykisk ohälsa, och som deltar i det tvärprofessionella teamarbetet, handleder och deltar i utformning och ledning av insatser för psykisk ohälsa. I prognosen har detta tolkats som att målsättningen är att varje vårdcentral ska ha minst en psykolog [10].

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

med cirka 15 procent. Till skillnad från de tidigare redovisade grupperna väntas alltså tillgången öka mer än efterfrågan i dessa beräkningar. Eftersom den prognostiserade förändringen fördelas proportionerligt mellan länen, är detta den beräknade utvecklingen även för dem.

Prognosen räknar med att i genomsnitt cirka 200 psykologer legitimeras inom primärvården. Därtill beräknas något fler lämna primärvården för arbetsmarknaden utanför än tvärtom. Cirka 45–60 personer väntas gå i pension, beroende på om yrkesverksamma över 75 års ålder räknas in eller inte. Ytterligare cirka 70 psykologer väntas årligen lämna primärvården av andra orsaker. Det är möjligt att det finns visst utrymme att påverka dessa utfall. Men det är också troligt att prognosen inte har kunnat beakta hela omställningen till nära vård, vilket skulle kunna innebära att både tillgången och efterfrågan på psykologer inom primärvården överskattas eller underskattas beroende även på utvecklingen i andra delar av vården och utanför.

I alternativscenariot väntas efterfrågan på psykologer öka med 120. Detta påverkar skillnaden mellan tillgång och efterfrågan, där efterfrågan överstiger tillgången år 2040 i alternativscenariot medan den var i nivå med tillgången i basscenariot.

**Tabell 5. Antal psykologer 2023 i primärvården, samt antal psykologer enligt tillgångsprognos och efterfrågeprognos för år 2030 och 2040, inklusive alternativscenariot för efterfrågan (se ovan).**

	2023		2030 (prognos)		2040 (prognos)		
	Utgångsläge	Tillgång	Efterfrågan	Bas-scenario	Ökn. +1200	Tillgång	
						Bas-scenario	Ökn. +1200
<b>Riket</b>	3 230	3 400	3 400	4 000	3 800	3 600	4 800
<b>Stockholms län</b>	960	1 010	1 010	1 190	1 130	1 070	1 430
<b>Uppsala län</b>	180	190	190	220	210	200	260
<b>Södermanlands län</b>	70	70	70	80	80	70	100
<b>Östergötlands län</b>	130	130	130	160	150	140	190
<b>Jönköpings län</b>	70	70	70	80	80	70	100
<b>Kronobergs län</b>	30	30	30	30	30	30	40
<b>Kalmar län</b>	60	60	60	70	70	70	90
<b>Gotlands län</b>	10	20	20	20	20	20	20
<b>Blekinge län</b>	20	20	20	30	30	30	30
<b>Skåne län</b>	390	410	410	490	460	440	590

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

	2023	2030 (prognos)			2040 (prognos)		
	Utgångsläge	Tillgång	Efterfrågan		Tillgång	Efterfrågan	
			Bas-scenario	Ökn. +1200		Bas-scenario	Ökn. +1200
<b>Hallands län</b>	80	80	80	90	90	80	110
<b>Västra Götalands län</b>	750	790	790	930	880	830	1 110
<b>Värmlands län</b>	50	50	50	60	60	60	70
<b>Örebro län</b>	80	90	90	100	100	90	120
<b>Västmanlands län</b>	70	70	70	90	80	80	100
<b>Dalarnas län</b>	70	80	80	90	90	80	110
<b>Gävleborgs län</b>	40	40	40	50	50	40	60
<b>Västernorrlands län</b>	30	30	30	40	40	30	50
<b>Jämtlands län</b>	40	40	40	50	40	40	50
<b>Västerbottens län</b>	80	80	80	100	90	90	110
<b>Norrbottens län</b>	30	30	30	40	40	40	50

## Slutsatser och rekommendationer

Den här rapporten är Socialstyrelsens slutredovisning av uppdraget att utreda och föreslå riktvärden för arbetsterapeuter, distriktssköterskor, fysioterapeuter och psykologer i primärvården. En utgångspunkt i arbetet har varit att personalplanering ska bidra till omställningen till nära vård samt stärka såväl inre som yttre effektivitet. Detta innebär att de föreslagna riktvärdena behöver kunna stödja både en effektiv användning av resurser och en vård som i högre grad svarar mot patienternas behov och vårdens förändrade uppdrag.

I detta avslutande kapitel sammanfattar vi slutsatserna från rapporten. Vi lämnar också förslag på riktvärden samt beskriver varför riktvärden behöver förstås som ett av flera underlag om personalplanering ska beakta komplexiteten i systemet. Slutligen beskriver vi hur Socialstyrelsen kan arbeta vidare med personalplanering.

### Hur kan riktvärden förstås i förhållande till primärvårdens organisering och uppdrag?

I den här rapporten återkommer vi till två slutsatser som båda är centrala för att förstå riktvärden för vissa yrkesgrupper i förhållande till primärvårdens organisering och uppdrag.

För det första har vi i rapporten visat att det finns variationer i hur huvudmännen organiserar primärvården i dag samt skillnader i personaltäthet mellan länen i för de olika yrkesgrupperna. Vi har också visat att det inte finns något tydligt samband mellan vårdbehoven (CNI) i ett län och antalet sysselsatta per 100 000 invånare för de utvalda yrkesgrupperna. Detta bör beaktas vid jämförelser av personaltäthet mellan länen.

För det andra har det inom de olika dialogerna med berörda aktörer framkommit att det finns stora variationer i uppfattningarna om vad riktvärden för enskilda yrkesgrupper skulle kunna bidra med. Variationen handlar både om vad ett riktvärde kan vara, vilka risker och fördelar som kan finnas med riktvärden samt hur de skulle kunna användas. Det finns till exempel en förväntan på att riktvärden skulle kunna ge vägledning om rimlig arbetsbelastning eller fungera som jämförelsetal mellan huvudmän och verksamheter.

Det är viktigt att synliggöra den spänning som finns mellan dessa två slutsatser. De fördelar som nämns när det gäller stöd för lokal planering

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

tycks utgå från att det finns en optimal bemanning som går att använda som underlag för framtagande av nationella riktvärden. Samtidigt finns det i dag goda skäl att utgå från att den enskilda primärvårdsenheten, utifrån sin lokala kunskap om sina förutsättningar och vårdtyngd, har egna erfarenheter som måste beaktas i personalplaneringen.

Mot denna bakgrund är Socialstyrelsens avsikt med de förslag till riktvärden som redovisas i denna rapport att de ska kunna fungera som ett av flera stöd i personalplaneringen. De kan därmed förstås som ett bidrag till planeringen i form av ett nationellt underlag, men behöver kompletteras med lokal kunskap, analys och strategi för en kompetensförsörjning som svarar mot primärvårdens uppdrag.

## Socialstyrelsens förslag till riktvärden bygger på en framskrivning

Utifrån ovanstående resonemang föreslår Socialstyrelsen att hälso- och sjukvårdens huvudmän använder framskrivningarna som riktvärden i form av ett av flera planeringsunderlag. Beräkningarna finns för var och en av yrkesgrupperna i det föregående kapitlet *Beräkning av riktvärden för framtidens kompetensförsörjning*. De utgår från SCB:s basscenario för primärvården till och med år 2040. Långsiktiga framskrivningar kan utgöra ett värdefullt underlag, då förändringar i tillgång på personal sker över tid och påverkas av flera aktörer och faktorer.

Framskrivningarna visar vilka nivåer som länen förväntas ligga på inom respektive yrkesgrupp, om dagens bemanning skrivs fram.

Framskrivningarna kan däremot inte ta hänsyn till framtida och önskade förändringar som inte går att mäta i historiska data, varken på nationell nivå eller länsnivå. De speglar i huvudsak tidigare mönster och observerade samband, medan förändringar i arbetssätt, uppgiftsfördelning, medicinsk och teknisk utveckling och nya vårdformer beaktas i begränsad utsträckning.

För att beakta såväl offentlig som privat huvudman och den kommunala och regionala primärvården föreslår Socialstyrelsen att riktvärdena används på minst länsnivå. På länsnivå skrivs 2023 års fördelning av yrkesgrupper fram till åren 2030 och 2040. Riktvärdena blir då ungefärliga värden för varje län och yrkesgrupp. De kan öppna upp för vidare reflektion och analys hos exempelvis huvudmän och beslutsfattare kring om detta är en önskad utveckling. Riktvärdena bör samtidigt sättas i relation till lokala förhållanden i respektive län. Tillsammans med lokala analyser kan riktvärdena på länsnivå användas för att planera den önskade utvecklingen i länet. De lokala analyserna handlar om exempelvis personalomsättning, teamssammansättning, vårdkontinuitet, kompetens och vårdbehov. Sammantaget innebär detta att Socialstyrelsen föreslår att beräkningarna i

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

föregående kapitel kan användas som ett av flera underlag för personalplanering.

Hälso- och sjukvårdens huvudmän har ett visst utrymme för att påverka den förväntade utvecklingen, exempelvis genom ett aktivt arbete för att öka attraktiviteten att arbeta i primärvården och minska antalet medarbetare som lämnar primärvården till förmån för andra delar av arbetsmarknaden. Samtidigt handlar det i stor utsträckning om att se ansvaret för en stärkt kompetensförsörjning som en aktörsgemensam fråga, där många faktorer som påverkar tillgången ligger utanför primärvårdens direkta kontroll.

Precis som Socialstyrelsen tidigare beskrivit i delredovisningen till det här uppdraget [1] kan en framskrivning användas för att ge en gemensam bild av hur framtiden kan se ut. På nationell nivå kan framskrivningarna användas för att identifiera övergripande trender och möjliga utmaningar i systemet. De är basscenarier som kan synliggöra en framtida utveckling, men eftersom utvecklingen inte är bestämd bör de framför allt användas som underlag för analys och åtgärder. De kan också utgöra grund för diskussioner, reflektioner och strategier kring hur framtidens kompetensförsörjning skulle kunna utvecklas i alternativa riktningar för att möta behoven.

Tillsammans med andra underlag kan framskrivningarna bidra till diskussioner på nationell nivå om hur primärvårdens uppdrag synliggörs i utbildningar, hur forskning och förenade anställningar stärks samt hur nyutbildades kompetens inom exempelvis hälsofrämjande arbete används.

## Socialstyrelsen kan stödja kompetensförsörjningen i primärvården på flera sätt

Socialstyrelsen menar att de föreslagna riktvärdena behöver kompletteras med fler underlag för att vara relevanta för en stärkt kompetensförsörjning. Sådana underlag kan vara kvantitativa och nationellt framtagna. Men en minst lika central del är den lokala kontexten och det systematiska, kontinuerliga lärandet om vad som fungerar på lokal nivå för att uppfylla primärvårdens uppdrag. I detta arbete kan Socialstyrelsen stödja kompetensförsörjningen på olika sätt.

## Socialstyrelsen kan bidra till ett nationellt lärande

Resurserna i dagens hälso- och sjukvårdssystem är begränsade, både inom hälso- och sjukvården och hos exempelvis utbildningsanordnare. Därför behöver kompetensförsörjningen i primärvården förstås som ett

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

aktörsöverskridande ansvarsområde. För att nå dit krävs samverkan mellan flera nivåer och aktörer, såsom huvudmän, myndigheter, professionsföreningar och politiska beslutsfattare. Centrala frågor att återkomma till är vad respektive aktörs uppdrag omfattar och för vem uppdraget utförs. Socialstyrelsen kan i detta sammanhang ta en samordnande roll.

I uppdraget *Effektiv användning av vårdens personalresurser* föreslår Socialstyrelsen att ett nationellt lärandesystem etableras [2]. Ett nationellt lärandesystem kan hålla samman nationell riktning med lokal variation. Lokal variation bör vara en källa till kunskap om hur olika organisatoriska, geografiska och professionella förutsättningar påverkar möjligheten att använda personalresurser effektivt.

Lärande behöver ske i trygga arenor där aktörer kan dela erfarenheter, pröva antaganden och diskutera osäkerheter, hinder och målkonflikter, så att erfarenheter inte stannar i enskilda projekt eller förloras vid personal- eller uppdragsförändringar.

## Socialstyrelsen kan bidra med utvecklade underlag med utgångspunkt i lärandet

Som vi tidigare nämnt kan de beräkningar av riktvärdena som tagits fram endast betraktas som basscenarier. Riktvärdena kan fungera som ett av flera underlag i personalplaneringen, men de behöver kompletteras med andra underlag för att få ökad relevans på olika nivåer i systemet.

Som nationell aktör kan Socialstyrelsen utgå från erfarenheter och frågor som lyfts i det nationella lärandesystemet och samtidigt utveckla underlag som kan bidra till lärandet. Det kan handla om att utveckla analyser som fungerar som underlag för diskussioner som i sin tur kan utvecklas till gemensamma strategier. Socialstyrelsen kan också synliggöra den kunskap om primärvårdens kompetensförsörjning som kan växa fram genom ett nationellt lärande och samtidigt bidra till att synliggöra vilka lösningstrymmen som finns på de olika nivåerna i systemet.

Genom att utveckla underlag inom ramen för ett nationellt lärandesystem kan det också bli möjligt att synliggöra vilka analyser och underlag som behövs på olika nivåer i systemet och vilka som behöver göras mellan olika nivåer.

För hälso- och sjukvårdens huvudmän kan det till exempel handla om att ta fram och utveckla analyser av hur arbete faktiskt utförs. Det inkluderar till exempel vilka erfarenheter och kunskaper som finns hos legitimerad respektive icke-legitimerad personal på lokal nivå. Det kan också handla om hur dessa förhåller sig till patienternas behov av vård, kontinuitet och vilka diagnoser patienterna har, liksom hur dessa påverkar andra delar av hälso-

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

och sjukvården och personalens arbetsmiljö. Hänsyn behöver även tas till teamsammansättning och arbetsdelning samt vilka andra kompetenser som finns att tillgå i teamet. En minst lika central del i den lokala kontexten är vad som fungerar för att uppfylla primärvårdens uppdrag.

På andra nivåer i systemet handlar utvecklingen av underlagen om att analysera framtida vårdbehov, utvecklingen av nya arbetssätt, medicinsk och teknisk utveckling, demografiska förändringar samt geografiska förutsättningar i förhållande till behovet av personal, snarare än att utgå från historiska nivåer på bemanning. Detta innebär att personalplaneringen behöver ta hänsyn till hur vårdens uppdrag och organisering förväntas förändras över tid, exempelvis genom omställningen till en mer nära och personcentrerad vård, förändrad ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper och en ökad andel vård som ges utanför sjukhus.

Oavsett nivå förutsätter en sådan ansats att olika typer av kunskapsunderlag kombineras, där kvantitativa framskrivningar kompletteras med kvalitativa bedömningar och strategiska analyser av personalbehov. Det handlar också om att väga samman befolkningsutveckling, sjukdomsbörda och lokala förutsättningar för att skapa en mer nyanserad bild av framtida kompetensbehov.

Med en sådan integrerad och framåtblickande ansats kan personalplaneringen i högre grad utvecklas från att vara reaktiv och historiskt baserad till att bli proaktiv, vilket förbättrar förutsättningarna att i tid möta förändrade vårdbehov och säkerställa en ändamålsenlig kompetensförsörjning.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

## Referenser

- [1] Socialstyrelsen, ”Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården – delredovisning december 2025,” 2025a.
- [2] Socialstyrelsen, ”Effektiv användning av vårdens personalresurser. Förslag om stärkt nationell samordning genom etablering av ett nationellt lärandesystem för personalplanering,” 2026d.
- [3] Socialstyrelsen, ”Nationella planeringsstödet 2026 – Delrapport 2. Trender och trendbrott i tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,” 2026a.
- [4] Statistiska centralbyrån, ”Trender och prognoser,” 2024.
- [5] Nationella vårdkompetensrådet, ”Förenade anställningar – en del i en hållbar kompetensförsörjning,” 2026.
- [6] Socialstyrelsen, ”Personalstatistik inom primärvården. Delrapport 3,” 2025b.
- [7] Socialstyrelsen, ”Personalstatistik inom primärvården. Slutrapport 1,” 2026b.
- [8] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ”Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport,” 2025.
- [9] Socialstyrelsen, ”Personalstatistik inom primärvården. Slutrapport 2,” 2026c.
- [10] Socialstyrelsen, ”God och nära vård vid psykisk ohälsa. Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård,” 2024.
- [11] Statistiska centralbyrån, ”Care Need Index (CNI)”.

## Bilaga 1 – Uppdraget

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 analys 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 anhängargorganisationer, 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 – Leading Healthcares dialogseminarium om riktvärden

### **Uppdraget är utfört och rapporterat av Leading Healthcare**

Socialstyrelsen Uppdrag till Leading Healthcare: Nedan följer sammanfattningar från de dialogseminarier med fokus på riktvärden som anordnats av stiftelsen Leading Health Care (LHC) inom ramen för LHC:s uppdrag från Socialstyrelsen kring "Främjande av lärande som ett sätt att arbeta med effektiva metoder för kompetensförsörjning". Seminarierna har lagts upp med utgångspunkt i ett av LHC tidigare framtaget dialogstöd, där kompetensfrågorna angrips på ett tvärprofessionellt och systemorienterat sätt.

## Rapport från dialogseminarier med professionsförbunden

Halvdagsmöten genomfördes i december 2025 samt februari och mars 2026 med representanter från Barnmorskeförbundet, Dietisternas riksförbund, Fysioterapeuterna, Psykologförbundet, Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges farmaceuter, Sveriges arbetsterapeuter, Sveriges läkarförbund, Tandläkarförbundet samt praktiskt verksamma inom personalplanering från primärvård och sjukhus.

I nedanstående protokoll sammanfattas huvudpunkter från diskussionerna kring varje tema. Dessa anteckningar är inte en ordagrann redogörelse, de innehåller inte heller alla synpunkter och resonemang som förekom. Enligt överenskommelse med medverkande på mötena görs inga direkta citat. Alla deltagare har fått möjlighet att kommentera på och föreslå korrigeringar på utkast till de texter som bifogas. Målet har varit att synliggöra olika perspektiv på frågorna på ett sätt som förankrats i gruppen som helhet. LHC svarar dock ensamt för de slutliga skrivningarna.

## Dialogseminarium om riktvärden

### Syfte med workshopen

Övergripande syfte var att diskutera riktvärden för bemanning och kompetens i primärvården, med fokus på:

- Hur riktvärden används idag.
- För vilka syften riktvärden kan vara användbara.
- Vilka styrkor, svagheter och risker som finns med riktvärden.
- Vilka utvecklingsmöjligheter och alternativ som finns, ur ett system- och styrningsperspektiv samt med hänsyn till personalplanering och effektiva arbetssätt i praktiken.

\*Med riktvärden avses här rekommendationer för antal anställda inom specifika yrkesgrupper (jmf. regeringens uppdrag till Socialstyrelsen). Diskussionerna vid vårt möte berörde dock fler yrkesgrupper än de som nämns i regeringsuppdraget. Vi diskuterade också behovet av att förtydliga i vilken utsträckning kommunalt anställda vårdprofessionella inbegrips.

Workshopen skulle inte ta fram nya riktvärden eller beräkningsunderlag, utan bidra med:

- Bedömningar av *användbarhet*.
- Resonemang om ändamålsenlighet.
- Idéer om *utvecklingsmöjligheter* och kompletterande styrmedel.

### Utgångspunkter/nuvarande situation

- Frågan om riktvärden berör en rad relaterade frågor/utvecklingsområden:
  - Vårdkvalitet och patientsäkerhet
  - Kompetensförsörjning och arbetsmiljö
  - Ansvarsfördelning mellan professioner och synen på teamarbete
  - Planering och budgetering av bemanning
- Riktvärdet 1100 listade patienter per specialist i allmänmedicin är starkt förankrat politiskt och har blivit en central referenspunkt.

### Styrkor med riktvärden

- Tydliga mått som är enkla att kommunicera.
- Sätter behovet av enskilda professioner på kartan.
- Riktvärden kan indikera vad som är en rimlig arbetsbelastning för vårdprofessionella.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

- Riktvärden kan ge incitament till konkreta åtgärder inom ett komplext problemområde (resurstilldelning, arbetsmiljö).
- Riktvärden från SoS lyfter upp kompetensförsörjning till en nationell fråga.

### Användningsområden:

- Användbart som jämförelsetal mellan huvudmän och verksamheter.
- Kan vara ett stöd för att höja bemanning där den är låg.
- Kan påverka hur uppdrag och avtal skrivs inom specifika vårdområden.
- Synliggör behovet av förbättrad statistik om bemanning för olika professioner.
- Om riktvärden sätts som garantitak kan de öka attraktiviteten för vissa yrken.
- Kan vara ett underlag till dimensionering av utbildningsplatser och verksamhetsförlagd praktik.

### Ändamålsenlighet:

- Riktvärden behöver kopplas till beräkningar av faktiska patientbehov och det kvalitativa uppdraget för olika professioner inom olika verksamheter.
- Riktvärden behöver kopplas till forskning om bemanning i relation till patientsäkerhet.
- Riktvärden för olika professioner behöver sättas i relation till varandra (teamarbete, task shifting).
- Riktvärden behöver kopplas till kunskapsstyrningens rekommendationer om olika professioners insatser inom vårdförlopp.
- Riktvärden behöver ”gå ihop” på totalen, med hänsyn till den sammantagna hälso- och sjukvårdsbudgeten, avtalade vårduppdrag och antalet verksamma yrkesprofessionella.

*Notering:* Styrkorna med professionsspecifika riktvärden tolkas i hög grad relativt. På grund av att riktvärden redan finns för en profession, så upplevs det som mer angeläget att ta fram motsvarande även för fler professioner.

### Svagheter med riktvärden

- Det finns en risk att riktvärden uppfattas som hårt styrande tal snarare än rekommendationer. Det kan konfliktera med regionala prioriteringar och behov.
- Otydlighet kring om riktvärden ska visa på önskat läge, en realistisk nivå eller minimikrav. Beställarkompetens krävs för att bedöma vad vi riktar oss efter.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

- Riktvärden avseende antal anställda fångar inte innehållet i kompetens, t ex variationer i erfarenhet vilket spelar stor roll för hur bemanning fungerar i praktiken.
- Riktvärden fångar inte variationer i behov mellan i patientgrupper och utifrån lokala förutsättningar. Om riktvärden blir för styrande finns en risk att välfungerande verksamheter begränsas.
- Riktvärden fångar inte hur arbetssätt och samverkan påverkar kompetensbehoven. Professionsvisa riktvärden är oflexibla och rimmar dåligt med personcentrerad och situationsanpassad vård i team.
- Statiska riktvärden fångar inte hur utveckling av arbetssätt påverkar kompetensbehoven. Risk för fossilisering av bemanningsfrågorna.
- På grund av varierande datatillgång och täckning så kommer kvaliteten på riktvärden att skilja sig mellan professioner.

*Notering:* Många professionsorganisationer ser ett värde i att SoS identifierar yrken och områden där bakgrundsdata, analyser och uppföljning behöver stärkas, innan eventuella riktvärden tas fram. Om det är fråga om minimikrav för att lagligt få bedriva verksamhet eller rimliga nivåer för en kvalitativ verksamhet, behöver förtydligas.

## Identifierade risker med riktvärden

- Risk för conformance på bekostnad av performance – att huvudmän och verksamheter fokuserar på att nå vissa bemanningstal, snarare än att utvärdera verklig arbetsinsats och resultat.
- Risk för felbemanning om riktvärden tas för styrande men inte speglar verklig vårdtyngd i lokala verksamheter.
- Professionsspecifika riktvärden kan förstärka stuprörstänk. När fackliga krav per yrkesgrupp blir drivande riskerar team- och systemperspektivet att försvagas.
- Professioner utan riktvärden riskerar att osynliggöras och försvagas i konkurrensen om knappa resurser.

*Notering:* Några menar att riktvärden framför allt är relevanta för så kallade nyckelkompetenser som inte kan ersätta varandra, medan andra förespråkar en mer multiprofessionell syn på kontinuitet för patienten.

## Utvecklingsmöjligheter och kompletterande angreppssätt – idéer från gruppen

- Utveckla synen på riktvärden som diskussionsunderlag i stället för hård planeringsförutsättning.
- Utred vilka huvudmän och verksamhetstyper som skulle ha störst användning av riktvärden, och varför. Primärvården är en för bred

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

övergripande kategori för användbara beräkningar av behov inom de flesta professioner.

- Diskutera och analysera riktvärden i relation till varandra, med fokus på optimal personalsammansättning i team för ökad patientsäkerhet och personcentrering.
- Klargör vilken roll riktvärden ska spela i förhållande till andra styrmedel som berör bemanning eller tillgång till vissa professioners insatser (kunskapsstyrning, uppdragsspecifikationer, avtal).
- Utökad uppföljning av arbetsbelastning, risker och personalomsättning som alternativ/komplement till siffrsatta riktvärden.
- Undersök möjligheterna till viktade riktvärden som tar hänsyn till vårdtyngd och kompetensbehov för specifika patientgrupper/inom vissa verksamheter.
- Undersök möjligheterna att ta fram datadrivna riktvärden/best practice utifrån realiserade resultat.

*Notering:* Många av förslagen ovan innebär att man skulle behöva frångå idén om riktvärden som ett enkelt standardmått per yrkesgrupp. Frågan om riktvärden rymmer en spänning mellan behovet av tydliga tal för styrning, planering och kommunikation och behovet av flexibilitet, lokala variationer och multiprofessionell samverkan i ett komplext vårdssystem.

## Bilaga 3 – Aktörer som har deltagit i olika dialoger

Arbetsterapeuterna  
Barnmorskeförbundet  
Dietisternas riksförbund  
Distriktssköterskeföreningen  
Fysioterapeuterna  
Nationella vårdkompetensrådet  
Praktikertjänst  
Primärvårdpsykologerna  
Psykologförbundet  
Region Gotland  
Region Jämtland-Härjedalen  
Region Skåne  
Region Uppsala  
Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige  
Regionala vårdkompetensrådet Norra  
Regionala vårdkompetensrådet Stockholm-Gotland  
Regionala vårdkompetensrådet Sydöstra  
Regionala vårdkompetensrådet Södra  
Regionala vårdkompetensrådet Västra  
Riksförbundet Sällsynta diagnoser  
Statistiska centralbyrån (SCB)  
Svensk sjuksköterskeförening  
Sveriges farmaceuter  
Sveriges kommuner och regioner (SKR)  
Sveriges läkarförbund  
Tandläkarförbundet  
Vårdförbundet

## Bilaga 4 – Personal i förhållande till vårdbehov (CNI)

Care Need Index (CNI) är ett sammanvägt index som Statistiska centralbyrån (SCB) tar fram för att mäta förväntat vårdbehov.<sup>8</sup> Måttet är sammanvägt utifrån förekomsten av sju socioekonomiska variabler:

- ålder över 65 år och ensamboende,
- utlandsfödd i Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Latinamerika,
- arbetslös, ålder 16–64 år,
- ensamstående förälder med barn, 17 år eller yngre.
- person som flyttat in i området, 1 år eller äldre,
- lågutbildad 25–64 år samt
- ålder yngre än 5 år.

I denna rapport används aggregerade CNI-värden på länsnivå för att jämföra övergripande skillnader i vårdbehov mellan länen. Ett värde över 1 innebär högre risk för ohälsa än i riket i stort och ett värde under 1 innebär en lägre risk för ohälsa än riket i stort.

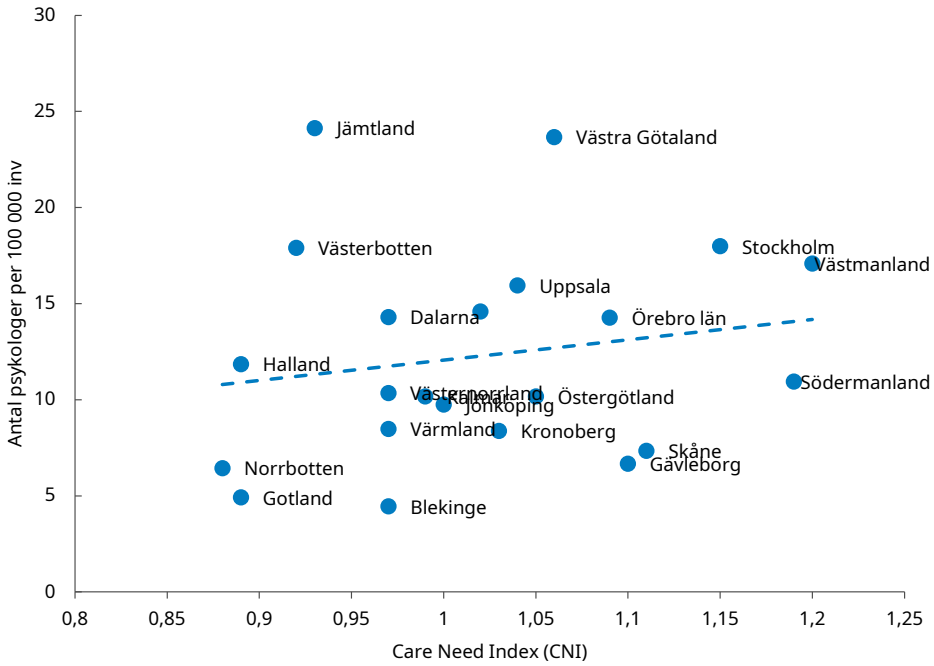
Nedan redovisas antal psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och distriktssköterskor per 100 000 invånare i relation till vårdbehoven, mätt som CNI.

---

<sup>8</sup> <https://www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/regionala-statistikprodukter/care-need-index-cni/>

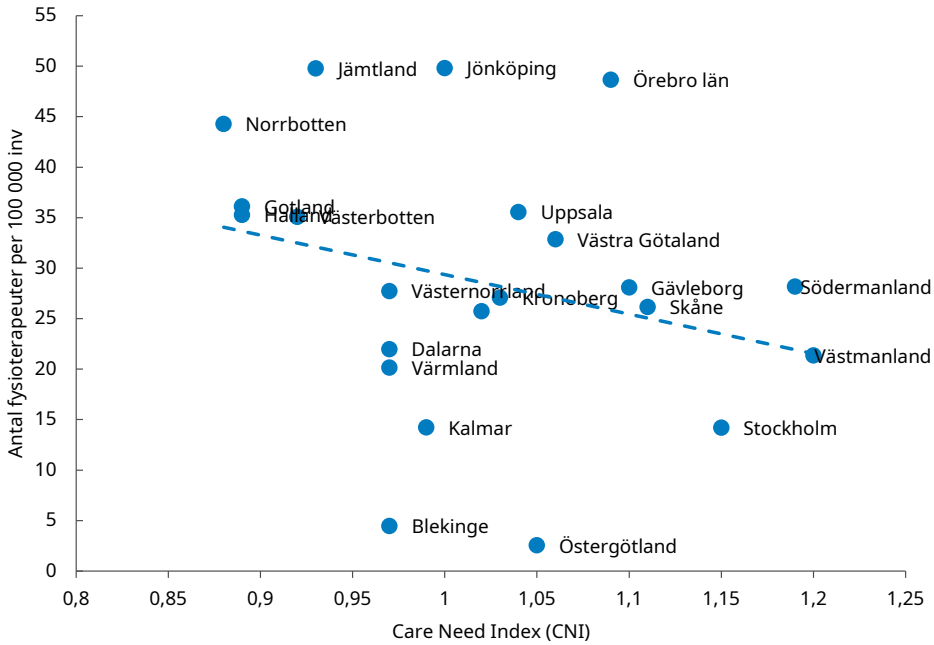
Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

**Figur 7. Antal psykologer per 100 000 invånare i relation Care Need Index (CNI) per län, 2024.**



Källa: Socialstyrelsen och Kolada

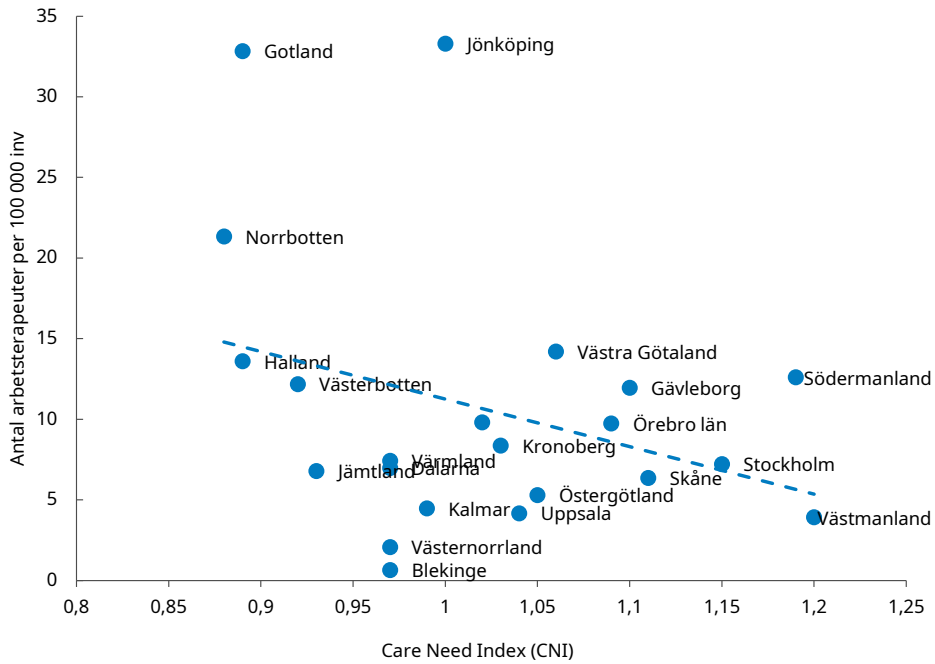
**Figur 8. Antal fysioterapeuter per 100 000 invånare i relation Care Need Index (CNI) per län, 2024.**



Källa: Socialstyrelsen och Kolada

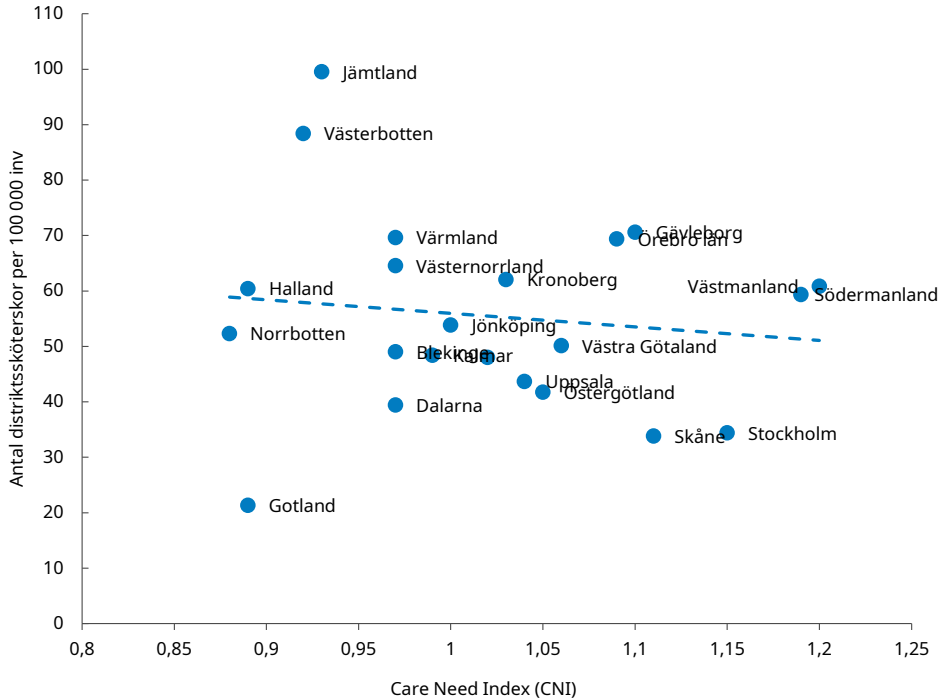
Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

**Figur 9. Antal arbetsterapeuter per 100 000 invånare i relation Care Need Index (CNI) per län, 2024**



Källa: Socialstyrelsen och Kolada

**Figur 10. Antal distriktssköterskor per 100 000 invånare i relation Care Need Index (CNI) per län, 2024**



Källa: Socialstyrelsen och Kolada

## Bilaga 5 – Sammanställning delprojekt vårdcentralsbemanning (Region Halland)

### **Uppdraget är utfört och rapporterat av Region Halland**

Uppdraget från Socialstyrelsen: Analys av några av regionens offentligt drivna vårdcentraler beskrivs avseende personalsammansättning (tex hur många arbetstimmar respektive profession har) och en beskrivning av hur de arbetar (har de ssk-driven diabetesmott etc) och ställa detta i relation till olika effektmått. Dessa effektmått skulle kunna vara tillgänglighet respektive akut specialistvårdskonsumtion. Eventuella skillnader korrigeras för vårdtyngd i (ACG och CNI och ev Charlson comorbidity score) och storlek på vårdcentralens listade population.

## Sammanställning delprojekt vårdcentralsbemanning

### Bakgrund

Kunskapen om hur en vårdcentral drivs optimalt är begränsad och beror av det perspektiv man utgår ifrån. Grundläggande aspekter som patientsäkerhet, arbetsmiljö, ekonomi och tillgänglighet behöver beaktas i varje delfråga då de interagerar kraftigt. I denna genomgång tas ett samlat grepp för att öka kunskapen om hur resurser används klokast på vårdcentraler med breda uppdrag och populationsansvar. Analysen omfattar tre vårdcentraler som drivs i offentlig regi, men som verkar inom ramen för ett vårdval som likvärdiga aktörer i konkurrens och som befinner sig i olika geografiska upptagningsområden.

### Metod

Delprojektet har nyttjat sig av flera metodiker – såväl kvalitativa som kvantitativa. Det har dragit nytta av Region Hallands omfattande datalager för att beskriva samband, men innefattar också djuplodande intervjuer med chefer, stödfunktioner och medarbetare på vårdcentraler. Kvantitativ data omfattar personaldata, ekonomidata, produktionsdata och medicinsk data för 2024 och 2025. Denna data har analyserats med deskriptiv statistik liksom multidimensionell icke-linjär modellering och linjär regression för att identifiera komplexa samband.

## Vårdcentralers profiler

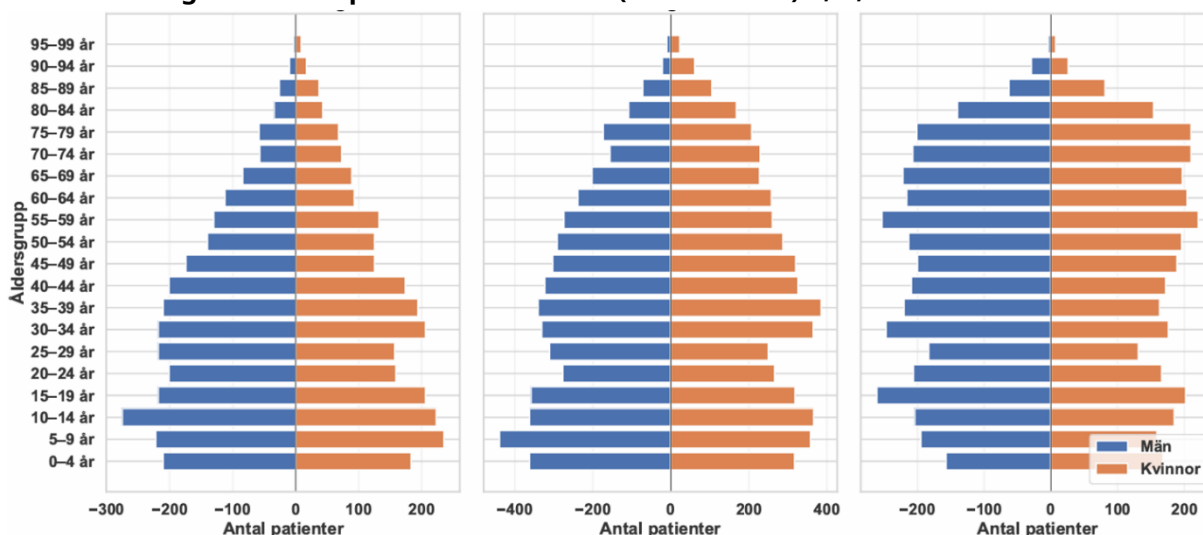
De tre vårdcentralerna skiljer sig på flera olika sätt och präglas av att deras respektive listade patienter har olika profiler. En vårdcentral verkar i ett utpräglat multikulturellt sammanhang med lägre socioekonomi (Tabell 1) medan en annan har en större andel äldre i sitt upptagningsområde (Fig 1) och högre genomsnittlig samsjuklighet (Fig 2). Antalet listade skiljer sig betydligt från drygt 5000 till ca 10000.

### Tabell 1 CNI per listad population.

FTE beräknat som läkartid för speciallistläkare + 50% av ST-läkare. FTE: motsvarande heltidsanställd (heltidsekvivalenter), CNI: care need index

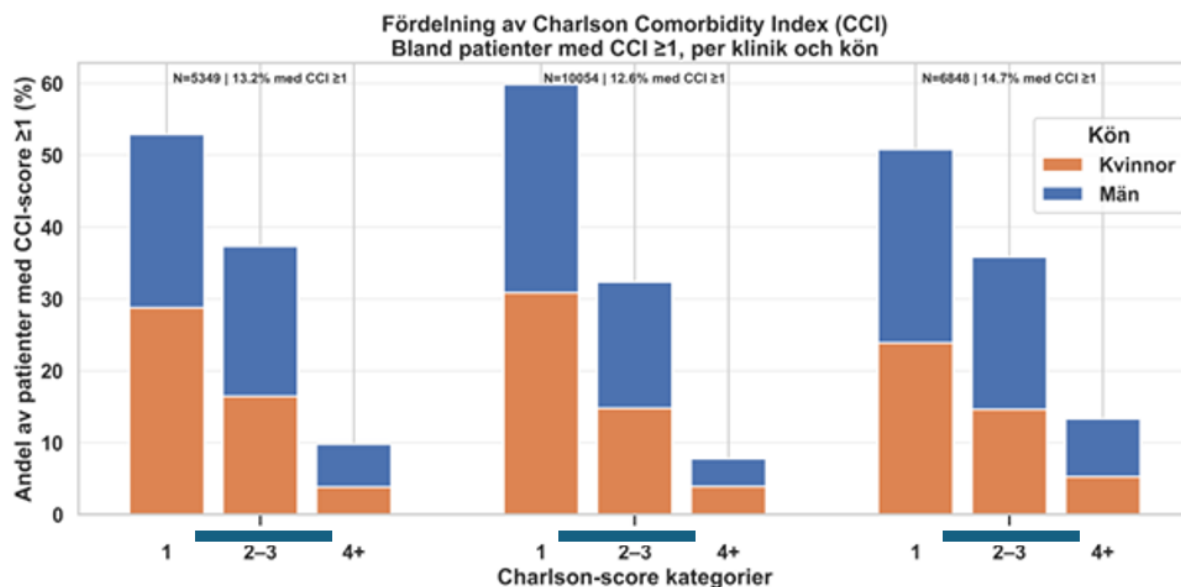
Vårdcentral	CNI	Listade per FTE
A	1.13616288	1801
B	1.05368362	1439
C	2.58214949	1485

Figur 1. Åldersprofiler vårdcentral (från vänster) C, B, A



Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

**Figur 2. Sjuklighet i respektive listad population vårdcentral C, B, A**



När det gäller arbetssätt finns både likheter och olikheter. Utöver grundfunktioner som läkarmottagning, sköterskemottagning och rehabiliteringsfunktioner har alla sjuksköterskor som svarar i telefon, medan ingen har några större volymer av videobesök. Ingen vårdcentral har något som liknar rond för komplexa patienter och efter att ha provat att patienter skall kunna boka sina egna tider till sköterskor och fysioterapeuter har det avvecklats pga låg effektivitet (uteblivna tider).

Akuttider är viktiga på alla vårdcentralerna men i området med lägre socioekonomi (C) var detta centralt och tjänade som utgångspunkt för de flesta kontakter, då i första hand till sjuksköterskor, där kunde alla komma samma dag till sjuksköterska. Denna vårdcentral hade också en ”löpar-sköterska” som tog hand om tillfälliga behov som uppstod för att minska störningarna för övriga. Denna vårdcentral hade inte heller teambaserat arbetssätt på det sätt som övriga vårdcentraler uppvisade. En annan vårdcentral hade ”beredskapsläkare” som omhändertog plötsligt uppkomna behov.

Palliation var inte en stor fråga för vårdcentralerna, utan detta hänvisades i förekommande fall till Läkarmedverkan i hemsjukvården eller andra instanser.

Kontinuitet säkrades på olika sätt, men ej till fast läkare utan till team, så att även sköterskor kunde vara en del av kontinuiteten.

Alla vårdcentralerna hade diabetes och astmamottagning i enlighet med vårdvalskraven. Även rökavvänjning erbjöds, medan endast en hade särskild mottagning för högt blodtryck. Vårdcentralerna erbjuder grundläggande vaccinationer och en hade även möjlighet till resevaccinationer (B).

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Samtliga vårdcentraler hade tillgång till läkare och sjuksköterskor liksom fysioterapi, psykolog, barnhälsovård, demenssamordnare och kurator/terapeut. Men det såg olika ut när det gällde obesitasmottagning, artoskola, smärtskola, träningsgrupper och klimakteriemottagning.

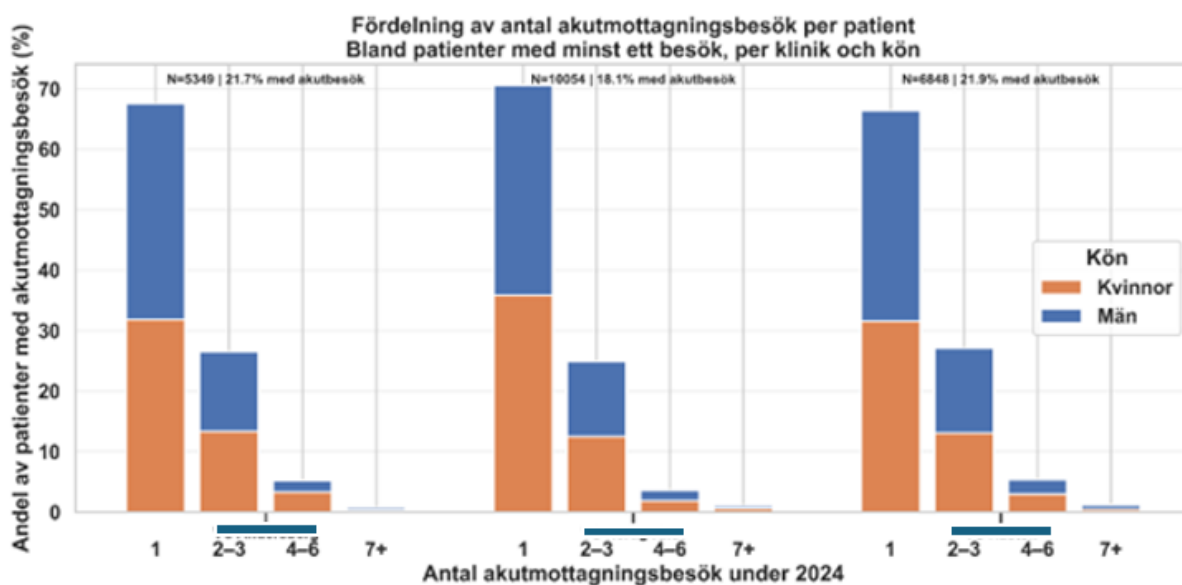
De utförde hembesök endast i undantagsfall, men två av vårdcentralerna hade ansvar för särskilda boenden.

Alla vårdcentralerna uppger i olika utsträckning att det allmänna läget är pressat. Två av vårdcentralerna kopplade det till instabil läkarförsörjning.

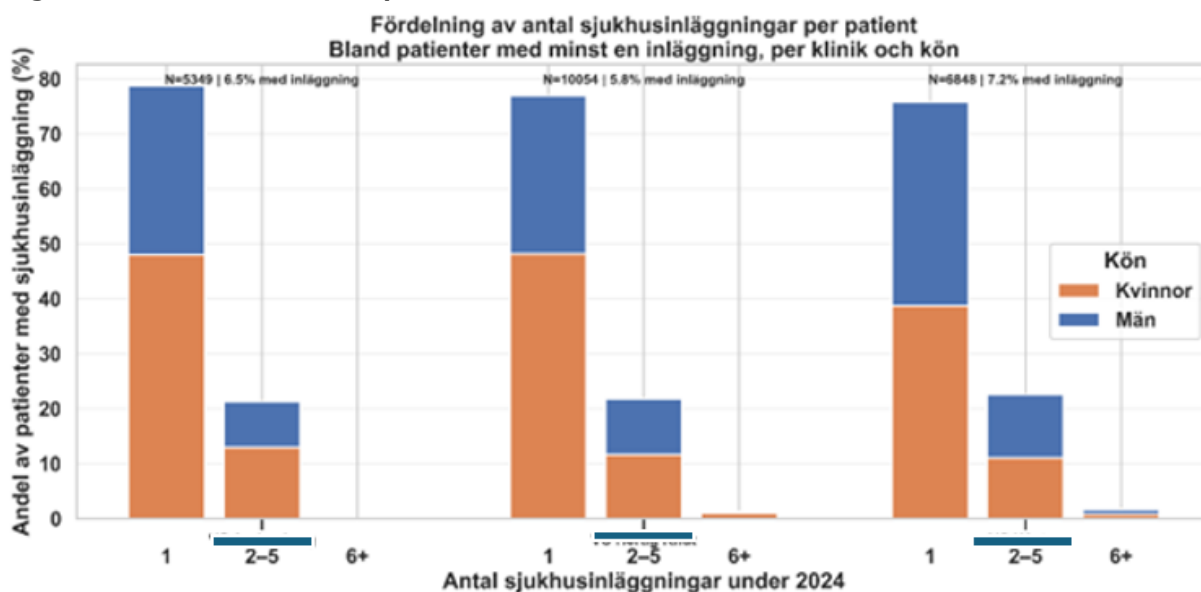
I sitt uppföljnings- och utvecklingsarbete hade vårdcentralerna relativt litet fokus på sifferstatistik och möjligheter till uppföljning av vårdkvalitet hade nyligen tillskapats men nyttjades ännu bara i marginell utsträckning.

Vårdcentralernas listade patienter besökte sjukhusens akutmottagningar i tämligen lika utsträckning och fick lika mycket slutenvård. Detta är noterbart i ljuset av att sjukdomsördan varierar. (Fig 3 och 4)

**Figur 3 Akutbesök per vårdcentral (andelar)**



**Figur 4 Slutenvårdstillfällen per vårdcentral**



## Diskussion, Noter och medskick (delvis gemensamma med Delprojekt Sommarbemanning)

Vårdcentraler kan bemannas på olika sätt och uppnå snarlika resultat. Att ha en enda bemanningsmodell som skulle gälla på samtliga enheter skulle vara kontraproduktivt. **Vi finner inga indikationer på att det finns en optimal bemanningsmodell om man, med det, avser tjänstefördelning mellan professioner eller specifikt antal medarbetare per profession i relation till antalet listade. Långt mer viktigt är arbetssätten och den kultur som präglar enheten och som ger effekter på arbetsmiljö.** En enhet med stor personalomsättning har svårt att skapa kontinuitet, trygghet och god lärandemiljö liksom nyfikenhet på nya arbetssätt. Det finns mätbara faktorer som påverkar enhetens "leverans", men deras samlade förklaringsgrad är begränsad. Det är därför långt viktigare **att styra på utfall än på innehåll** (dvs *hur* arbetet skall utföras). Det viktiga i utfalls- och resultatbaserad ledning och styrning är att definiera vad ett bra utfall och vad goda resultat egentligen är. Är inte det tydligt leder man åt olika håll. Ökat fokus på kvalitet och medicinska resultat har stor potential att styra utvecklingen i önskad riktning (utpekad av HoS-lagen och definitionen av God Vård (SoS)).

I de datadrivna analyserna har utgångspunkten varit att förstå vad som påverkar vårdbehov som bidrar till eskalering av vård (i form av akutsökande på sjukhus och slutenvård) då detta är kostsam vård och samtidigt en indikator på vilka behov en vårdcentral kunnat hantera eller lyckats undvika genom tex god tillgänglighet, sjukdomskontroll och prevention. Rationalen har varit att förstå bemanningsstrukturens betydelse. Analyserna indikerar att det finns fortsatt förbättringsutrymme för tillgänglighet för de sjukaste samt stöd i compliance (möjlighet att följa

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

ordination). Kontakt med läkare eller sjuksköterska i primärvård hade måttlig påverkan på specialistvårdsbehov om man jämför med ett stort antal andra faktorer som identifierades i regressionsanalyser och AI-modeller där sjukdomstillstånd såsom alkoholism och kroniska sjukdomar såsom Parkinson, epilepsi och nedsatt följsamhet till behandling gav stora utslag. Uppdelat per vårdcentral (korrigerat för ett stort antal bakgrundsfaktorer) ses ett relativt lågt (odds ratio 0,93) slutenvårdsbehov hos patienter listade på vårdcentral med stor andel obokade tider (C). I det upptagningsområdet var den okorrigerade mortaliteten högst. Siffrorna skall dock tolkas med försiktighet då analysen bara inkluderar data från tre vårdcentralers patienter. Det finns olika sätt att profilera vårdbehovet i olika kohorter. Vi har bla inkluderat Charlson Comorbidity Index men snarlika alternativ finns: [Charlson Comorbidity Health Analytics \(CCHA\) and Needs-Based Segmentation \(NBS\): A Strategy for Managing Primary Care Panel Complexity - PMC](#)

I den aktuella delstudien har betydelsen av anpassning till den lokala kontexten blivit uppenbar. Den lokala kontexten kan definieras av demografisk profil, lokalt sjukdomspanorama, etniciteter mm. Det blir därför väldigt viktigt att styrinstrumenten inte begränsar enheternas möjligheter till anpassning till de lokala behoven och förutsättningarna.

Det var tydligt att ersättningsmodellen präglar hur vårdcentralerna utför sina uppdrag. De arbetar som små företag med egna ekonomiska ansvar på en vårdmarknad och då antalet listade styr huvuddelen av ersättningen blir det ett stort fokus för dem. Även täckningsgrad har betydelse. Offentligt drivna vårdcentraler uppfattar en konkurrensnackdel att de inte kan "headhunta" färdiga specialister på det sätt som privata vårdgivare kan, utan måste utlysa tjänsterna. De offentliga vårdcentralerna uppfattar att de headhuntade specialisterna ofta tar med sig sina patienter till den nya arbetsgivaren. Data som bekräftar eller dementerar denna bild är inte framtagna i detta projekt.

De konstaterar att nästan alla allmänläkare går ner i tjänst och att det finns en önskan hos många att komma ner till 1100 listade per specialistläkare trots att det skulle medföra betydande ojämlikheter då de servade populationernas vårdbehov kan se radikalt olika ut. Det finns visst vetenskapligt stöd att mindre verksamheter och högre läkartäthet samvarierar med något lägre inläggningsbehov [Exploration of population and practice characteristics explaining differences between practices in the proportion of hospital admissions that are emergencies | BMC Primary Care | Springer Nature Link](#), men fullständig litteraturgenomgång har inte gjorts inom ramen för detta projekt.

Digitala verktyg kommer sällan in i verksamheterna spontant, utan kräver planerad introduktion och uppskalning. Det gör att det digitala genomslaget är begränsat på samtliga studerade enheter. Ur vårdcentralernas perspektiv

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

uppfattas inte besök hos privata ”nätläkare” som besök – bilden är istället att de genererar ett fysiskt besök.

## Medskick från delprojektet

Att ha tillgång till god fakta, att arbeta datadrivet och prognostiskt, bidrar till resiliens. Det tar också död på myter (ex ”alla väljer att jobba i kommunen”, ”vi har det jobbigare än andra”, ”förr hade vi...” etc.). Vårdcentraler ser inte per automatik effekter av sitt arbete om de uppstår utanför den egna verksamheten (tex på sjukhus i form av minskat vårdbehov). Det finns också stort utrymme för förbättring när det gäller att koppla arbetssätt och bemanning till effekter på vårdkvalitet och medicinska resultat. Det är viktigt att ha helhetsperspektiv så att man kan säkra upp att det går lika bra eller bättre för patienterna när man gör justeringar i olika delar av vårdkedjan. Bygg *förmåga* – inte volym. Denna förmåga behöver utvärderas i ljuset av resultat som människor verkligen bryr sig om såsom hälsa och livslängd. En vårdcentralers förmåga att möta vårdbehov återspeglas ofta utanför själva vårdcentralen. Tex i hur mycket akut specialistvård som patienterna behöver. Den typen av utfall behöver dock beakta (korrigera för) den enskilda vårdcentralens listade patienters karaktäristika (ffa riskprofiler). Om man skall styra vårdcentraler mot god vård (HSL) behöver man definiera vad god vård faktiskt är och sedan följa upp på just det och inte surrogatmarkörer som mäts för att de är lätta att mäta.

Det finns inget i projektet som indikerar att just 1100 patienter per allmänläkare skulle vara ett lämpligt skarpt mål att sträva efter för alla. Detta mot bakgrund att patientpopulationernas vårdbehov och sökmönster ser så olika ut. En likriktning mot 1100 patienter skulle innebära betydande skillnader i arbetsbelastning. Av samma anledning bör inte fördelning mellan professioner styras med riktvärden. De behöver anpassas till det lokala sjukdomspanoramat och sökmönstret. Rigid styrning och detaljkontroll är inte möjlig i komplexa adaptiva organisationer. Det kan dock skapa skadande inlåsningseffekter. Högupplöst data med patientcentrering och systemfokus är dock väldigt värdefullt för att kunna ta ut rätt riktningar och värdera effekter av arbetssätt. Att lokal anpassning är gynnsam har visst vetenskapligt stöd: [Physician and Practice Characteristics Associated with Family Physician Panel Size | American Board of Family Medicine](#), [Determining Patient Panel Size in Primary Care: A Meta-Narrative Review - PMC](#) men mer kunskap behövs [How Many Patients Should a Family Physician Have? Factors to Consider in Answering a Deceptively Simple Question - PMC](#)

Att lära av varandra internt och externt är avgörande för att inte missa möjligheter till optimering, men även för att skapa en kultur med ömsesidig förståelse och relationer som är värdefulla i det operativa arbetet. Projektet fick vetskap om att vårdcentralerna med viss regelbundenhet besökte varandra och lärde av varandra.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Vården är en komplex verksamhet där det mesta påverkas av och påverkar ett stort antal andra faktorer. Man bör därför inte ha någon övertro på ”quick fixes”. Det är nödvändigt med integrerade perspektiv. Lösningar som ryms inom en mening fungerar aldrig.

Motstridiga direktiv som ”öka antalet vårdplatser” OCH ”flytta vården närmare patienten” är kontraproduktiva på flera plan.

Ersättningssystem får inte låsa bort de smarta lösningarna. Om vårdgivaren ersätts enligt fee-for-service kommer systemet optimeras för det oavsett om det är bra eller dåligt för patienten eller systemet som helhet. Skall vårdcentralens funktion vara att tillgodose vårdbehov och undvika eskalering av vård behöver det belönas ekonomiskt.

Lös inte problem genom att flytta det någon annanstans. Systemperspektivet är avgörande.

Lagstiftning och ersättningsmodeller följer organisationsstruktur (ex hur vi får dela data, ansvarsutkrävande mm), vilket är direkt hindrande när förmågor och vårdflöden skall optimeras. Patientcentrering och systemperspektiv skulle öppna nya möjligheter till höjd förmåga.

## Möjligt fortsatt arbete

De studerade vårdcentralerna är samtliga offentligt drivna. Att inkludera fler vårdcentraler från privata utförare skulle bidra med fler perspektiv. Det skulle även sammanlänkas med kommunalt utförd primärvård göra.

## Bilaga 6 – Protokoll från ett dialogseminarium om sällsynta diagnoser i primärvården

### **Protokoll från ett dialogseminarium om sällsynta diagnoser i primärvården**

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) fick i uppdrag av Riksförbundet Sällsynta diagnoser att tillsammans med kunskapsproducenter och -användare utreda utmaningar med identifiering och omhändertagande av patienter med sällsynta hälsotillstånd. Socialstyrelsen har fått möjlighet att ta del av protokollet-

## Ingen inom vården ska missa det sällsynta!

### Protokoll från ett dialogseminarium om sällsynta diagnoser i primärvården

Anna Krohwinkel, Stiftelsen Leading Health Care

Arbetsversion 2025-12-23

## Bakgrund till dialogseminariet

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) fick i uppdrag av Riksförbundet Sällsynta diagnoser att tillsammans med kunskapsproducenter och -användare utreda utmaningar med identifiering och omhändertagande av patienter med sällsynta hälsotillstånd. Personer med sällsynta sjukdomar riskerar oftare än andra att hamna mellan stolarna i de inledande kontakterna med vården, eftersom diagnostik och behandling kräver specialiserad kunskap, metoder och samordnade insatser.

Vi anordnade en dialogworkshop för att diskutera olika möjligheter att försnabba vägen till diagnos för de sällsynta patienterna. Exempel på frågor vi ville beröra var: Kan första linjens vård förbättras genom ett förstärkt utbildningsinnehåll redan på grundutbildningarna kring sällsynta diagnoser? Vilka kunskaper behövs inom primärvårdens professioner för att snabbt kunna slussa patienter till rätt utredningsförlopp? Vilken roll spelar styrning via exempelvis vårdförlopp för komplexa hälsotillstånd? Hur behöver samverkan mellan primärvården och specialistvården se ut för att det ska fungera smidigare? Vilken typ av informations- eller stödinsatser främjar bäst det övergripande målet att ingen inom vården ska missa det sällsynta?

Till workshopen bjöds sakkunniga från olika delar av systemet in – bl a utvecklingsansvariga för läkarutbildningarna i Sverige, verksamhetschefer för Centrum för sällsynta diagnoser, samt representanter för Socialstyrelsen och Nationellt system för kunskapsstyrning. Det övergripande målet med mötet var att på ett systematiskt sätt samla in synpunkter och perspektiv från sektorns aktörer för att ge inspel till Riksförbundet Sällsynta diagnosers pågående arbete, och i förlängningen bidra till vårdens utveckling. Vårt att nämna i sammanhanget är att Regeringen under hösten 2025 gett ett uppdrag till Socialstyrelsen om att genomföra riktade insatser med fokus på informations- och kunskapsspridning om sällsynta hälsotillstånd, med särskilt fokus på primärvården.<sup>9</sup> Detta underlag kan förhoppningsvis utgöra input även till myndighetens arbete med uppdraget.

## Genomförande

Dialogworkshopen genomfördes under tre timmar den 24 november 2025 med 11 deltagare (varav 2 per videolänk) verksamma inom specialistvård, primärvård, myndighet, universitet, och patientförening.

Diskussionerna från workshopen har sammanfattats av LHC i nedan protokoll. Dessa anteckningar är inte en ordagrann redogörelse för det som

---

<sup>9</sup> <https://www.regeringen.se/contentassets/4bfe39edbef64603beaf4c2bd5a9b599/uppdrag-till-socialstyrelsen-att-genomfora-riktade-insatser-med-fokus-pa-informations--och-kunskapsspridning-om-sallsynta-halsotillstand.pdf>

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

diskuterades. De innehåller inte heller alla synpunkter och resonemang som förekom. Enligt överenskommelse med deltagarna på mötet görs inga direkta citat. Syftet är att på ett strukturerat sätt beskriva några av de utmaningar och de alternativa lösningsförslag som kommit upp, som stöd för vidare dialoger och utvecklingsarbete.

## Det saknas kunskap om sällsynta diagnoser...

Seminarier inleddes med en kort bakgrundspresentation av Riksförbundet Sällsynta Diagnoser. De berättade att sällsynta diagnoser är vanligare än man tror. En diagnos definieras som sällsynt när den berör 5 på 10 000 personer eller färre, och det finns över 8 000 kända, sällsynta diagnoser. En halv miljon människor lever med ett sällsynt hälsotillstånd i Sverige idag, vilket är ungefär lika många som lever med cancer. De sällsynta diagnoserna blir dessutom allt fler, då sjukdomsförståelse och analysmetoder förfinas så att fler sällsynta varianter av olika sjukdomar kan upptäckas.

Riksförbundets medlemsundersökning från 2024 med drygt 2 000 respondenter visar att patienter med sällsynta hälsotillstånd kan få vänta länge på att få rätt diagnos, trots att tillgången till avancerade diagnostikmetoder har ökat markant. Tid till diagnos från första vårdkontakt tar i genomsnitt 7 år, och 5 av 10 väntar på diagnos i över 10 år. Många av de svarande anger att fastställd diagnos varit en viktig förutsättning för bra vård senare, bland annat i termer av bemötande, förståelse, tillgång till specialister och samverkan. Samtidigt uppger många med en sällsynt diagnos att kunskapen om deras tillstånd är bristfällig inom vården, och den samordning som finns fyller inte behoven. Det gäller både på vägen till diagnos och i relation till senare vårdbehov.

## ... men vilka slags kunskaper behöver öka, och var?

En slutsats från medlemsundersökningen, som styrks av många andra röster och rapporter, är att kunskapen om sällsynta diagnoser behöver öka inom hälso- och sjukvården. Det är ett generellt påstående som stämmer, men som kan vara svårt att arbeta vidare med utan konkretisering. LHC föreslog därför inriktade diskussionerna mot att nyansera *vilka slags kunskaper som behöver öka, var/hos vem, och i vilket syfte?*

Inom vården så förstås ”kunskap” ibland snävt som forskningsresultat som tagits fram med vedertagna metoder för att säkerställa tillförlitlighet, sk evidens. Inom organisationsvetenskapen så har kunskapsbegreppet en

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

mycket bredare innebörd. Fyra olika delasppekter av kunskap som ofta nämns är:

- *Data*: fakta av olika slag utan krav på en sammanhängande presentation.
- *Information*: data som har organiserats och sammanställts, ofta med syftet att kommunicera innehållet till andra
- *Kunskap*: information som har absorberats, bearbetats och tolkats med hjälp av mottagarens egen föreställningsram
- *Kompetens*: användbar och tillgängliggjord kunskap för ett visst syfte

I relation till sällsynta diagnoser kan data exempelvis utgöras av information i patientjournaler, eller indikatorer i kvalitetsregister. Information är exempelvis sammanställningar om olika sjukdomar, men också riktlinjer som exempelvis vårdförlopp kan sorteras hit. Kunskap är den enskildes uppfattning och tolkning av det material man tagit del av, mot bakgrund av tidigare utbildning, egna erfarenheter, etc. Kompetens är kunskap som används i ett visst syfte i rollen som vårdprofessionell eller patient. Inom ramen för dialogseminariet har vi utgått från att alla aspekter behövs och bygger på varandra för att svara på den övergripande frågan *hur fler med ett sällsynt hälsotillstånd snabbare ska få en diagnos och kontinuerlig tillgång till rätt vård.*

## Kunskap i systemperspektiv

Viktigt att notera är att till skillnad från evidens så är kompetens kontextberoende. Det innebär att om syftet kräver att flera aktörer samverkar, så behöver underliggande data, information och kunskaper kunna delas. Ur ett organisationsvetenskapligt perspektiv är det alltså inte bara kunskaper om specifika tillstånd och utredningsmetoder som är relevanta. Perspektivet lyfter fram kännedom om andra aktörer, kontaktvägar mellan dem, och arbetssätt för samarbete i praktiken som minst lika viktiga kunskaper som utgör en förutsättning för systematisk kompetens om sällsynt vård.

En viktig följdfråga utifrån systemperspektivet och en pluralistisk kunskapssyn blir då: *Vad behöver alla veta om sällsynta hälsotillstånd, och vad behöver bara några kunna?* Vi har under dialogseminariet försökt angripa frågan över hela vårdkedjan, från de primära vårdkontakterna, på vägen till diagnos, och vid senare kontinuerlig och/eller sporadisk vård efter behov.

## Ändamålsenlig kunskap om det sällsynta: utmaningar och utvecklingsmöjligheter

En viktig fråga när det gäller kunskapsbildning och -spridning är var kunskaperna kommer ifrån. Inom vården finns många olika källor till kunskap, som samtidigt kan ses som utvecklingsområden i de fall som kunskaperna därifrån inte i tillräcklig utsträckning används inom den verkliga vården.

Några kunskapskällor som vi berörde under seminariet inkluderar:

- Formell utbildning på grund- och fortbildningsnivå-
- Forskning och evidensbaserade riktlinjer
- Beprövad erfarenhet hos vårdprofessionella
- Konsultation och multidisciplinär samverkan
- Patientkunskap

Workshopgruppen diskuterade tematiskt kring dessa områden för att identifiera kunskapsrelaterade utmaningar och utvecklingsmöjligheter. Sammanställningen är ett försök att komma ett steg längre på vägen mot att förstå vilka slags kunskaper som behöver öka var och hos vilka, i syfte kan förbättra vården för dem med ett sällsynt hälsotillstånd.

### I primärvården behövs generisk kunskap för att se det avvikande

Primärvårdens roll när det gäller utredningar av sällsynta hälsotillstånd är oftast inte att ställa diagnos själva, utan fånga upp symptom och skicka vidare de sällsynta patienterna till rätt instans. De specifika sällsynta tillstånden är för många för att en allmänspecialist ska kunna hålla koll, man träffar på för få sällsynta patienter under sin karriär. (Riksförbundet poängterar dock att även om patientgrupperna inom varje sjukdom är små, så antalet sällsynta patienter sammantaget stort!)

Det viktigaste att säkerställa i primärvården är en god generisk och bred kunskap om hälsa och sjukdom. Det gör att det blir lättare att upptäcka något avvikande eller ovanligt. Eftersom sällsynta hälsotillstånd kan debutera med många olika slags symptom så gäller detta inte enbart läkare, utan även andra professioner och funktioner i första linjens vård såsom fysioterapeuter, psykoterapeuter och elevhälsan (m fl) behöver god allmän kunskap och medvetenhet om sällsynta sjukdomar.

Kunskapsstöd och system med ”röda flaggor” kan vara till hjälp, men de är ofta svårtillämpbara för en allmänspecialist när man inte vet vad man letar

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

efter (se vidare nedan). Viktigare är att det finns kunskap om vart man som PV-läkare kan vända sig för konsultation, speciellt i ospecifika och komplexa ärenden. Centrum för sällsynta diagnoser och regionala expertteam är instanser vars verksamhet och stödfunktioner behöver bli mer kända inom PV. Det gäller inte bara vid utredning, utan även när en patient med en känd sällsynt sjukdom besöker primärvården.

Patienter upplever att det kan vara svårt att få hjälp med relativt vanliga besvär i PV när man har en sällsynt diagnos. Det finns en rädsla att göra fel, och det kan uppstå osäkerheter om de nytillkomna symptomen beror på grundsjukdomen eller något annat. Från PV:s sida upplevs det som att korta besök, ökad jobbrottning och sämre kontinuitet i vilka patienter som PV-läkare träffar över tid försämrar förutsättningarna för ett gott omhändertagande. Patientföreningar rapporterar samtidigt att en fast vårdkontakt inte alltid löser samverkansutmaningarna. Centralt verkar vara att det finns fungerande, stabila och patientcentrerade relationer mellan PV, specialistvården och andra kompletterande kompetenser på ett funktionellt plan.

## Komplexa utredningar behöver mottagare med bred kunskapsbas om det sällsynta

Ett problem med syndromsjukdomar/komplexa/oklara fall är vem som ska ta hand om en vidare utredning. Det rapporteras om att sjukhusen inte alltid vill ta emot remisser då ansvaret och uppdraget är otydligt, exempelvis då det finns symptom från flera olika delar av kroppen samtidigt. Liknande problem återspeglas vid införandet av vårdförloppet för Sällsynta sjukdomar med komplexa vårdbehov. Vårdförloppet är utformat för att vara generiskt tillämpbart, men stöter på hinder i införandet då det inte finns en uppenbar mottagare på specialistnivå.

Inför framtagandet av vårdförloppet så gjordes en gap-analys där det framkom att remittering upplevs fungera bättre inom barnhälsovården. Det kan bero på att barnsjukvården i stort, även inom avancerad vård, upplevs arbeta med mer av en helhetssyn på patienten/individ. Inom vuxenvården är de medicinska stuprören mer uttalade. Det finns heller ingen vuxenhabilitering i team motsvarande verksamheten för barn med medfödda eller tidiga funktionsnedsättningar.

Representanter från PV tipsar om att ett sätt att motverka att remissen studsar kan vara att skicka till en bredare instans, t ex medicinkliniken. I en del regioner har inrättande av en mellannivå mellan PV och specialist övervägts för ”oklara fall”. Ett alternativ är att jobba tidigare och mer frikostigt med multidisciplinära konferenser.

## Praktisk kunskap om hur man arbetar med konsultation och multidisciplinär samverkan är centralt

Gruppen konstaterade att en effektiv utredning av sällsynta diagnoser kräver att etablerade arbetssätt utvecklas från att försöka optimera den linjära vårdkedjan, till mer av ett nätverkstänk. Tänket behöver etableras i flera dimensioner. En del är att bygga upp kunskapen om vilken expertis som finns och öka kännedomen om avancerade utredningsmetoder, t ex genetisk diagnostik vid sällsynta hälsotillstånd.

Det räcker dock inte om kunskapen bara finns på paper, utan dessa experter och instanser måste också vara praktiskt nåbara för konsultation. Det behöver finnas både ”telefontider” och en inställning som säger att ”det är ok att ringa”. Multidisciplinära konferenser tillför ett mervärde då det blir fler som tänker till från fler perspektiv. En förutsättning är respekt för varandras kompetenser i samverkan, så det inte blir ett möte för mötets skull. Inom primärvården har en erfaren läkare ofta gjort en god första bedömning - man vill inte bli uppläxad av specialisten som tycker alla prover måste tas om från noll. Detsamma gäller respekt för patientens egen medverkan i teamet och den kunskap som hen tillför.

## Vägar för att systematiskt föra in patienters egen kunskap behöver stärkas

När det gäller sällsynta hälsotillstånd där den allmänna kännedomen är låg, så blir patientens egen berättelse och kunskap något centralt. Att många av sjukdomarna är genetiska och har en familjehistoria gör att det blir än viktigare att ta vara på anhörig- och patientkunskap.

Många patienter med fastställd diagnos upplever att de själva har en god kunskap om sitt tillstånd, men att den egeninsamlade kunskapen inte har någon väg in i systemet om inte den enskilde läkaren är öppen för det. Likaså hämtar inte professionerna rutinmässigt kunskap från patientföreningarna, trots att många berörda upplever att kunskapen som finns att tillgå där är större och bättre organiserad än inom vården.

## Traditionella kunskapsstöd behöver kompletteras med mer flexibla och modernare metoder

Gruppen diskuterar hur patientjournalen borde vara det praktiska verktyg som erbjuder kontinuitet, och där även egenrapporterad data borde kunna föras in. Idag funkar det inte så – även om journalen innehåller många

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

anteckningar från olika vårdgivare, så är det inte säkert att en ny vårdkontakt tar del av det relevanta. Kan tekniska hjälpmedel i journalsystem underlätta genom att ”flagga” för sällsyntet och vad varje vårdkontakt bör veta, så att patienten slipper upprepa det gång på gång?

Vi kommer även in på i vilken grad AI kan användas för triagering och diagnossättning. Dagens verktyg är bra på att sammanställa stora mängder information och att hänvisa till saker man kanske inte tänkt på. AI kan även hitta mönster i komplexa data, vilket kan vara en stor tillgång både i forskning och enskilda patientärenden. Ansvarstagande för beslut behöver även fortsättningsvis ligga på personer, tror gruppen.

AI måste börja ses som tillförlitligt enligt medicinska kriterier för att användningen inom vården ska bli spridd. Men det kan redan nu övervägas som ett sätt att ytterligare stärka patientkunskapen. Sällsynta patienter är redan idag bra på att söka information och att nätverka globalt via digitala kanaler. Förslagsvis skulle det även kunna bli en del i patientföreträdarutbildningar vilka nya verktyg och resurser för kunskapssammanställning som finns.

## En medvetenhet om sällsynta diagnoser behöver etableras redan på vårdens grundutbildningar

En del av dialogworkshoppen handlade om vilken roll kunskapsspridning om sällsynta diagnoser kan och bör ha inom vårdens grundutbildningar, särskilt läkarutbildningen. En utbildningsföreträdare menade att det finns en kunskapsträngsel på grundnivå på utbildningarna, man ska först lära sig om den friska kroppen. Sällsynta sjukdomsfall upplevs i det perspektivet ligga relativt långt bort. För att få utrymme inom grundutbildningarna så behöver man betona att det handlar om att få ut ett breddtänk: att etablera medvetenheten om ”det kan vara något avvikande”, snarare än att fokusera på sakkunskap om specifika diagnoser.

Ett exempel på detta är den sk ”Sällsynta dagen” en informationsdag som erbjuds på termin 6 inom läkarutbildningen i Linköping. Momentet är inte obligatoriskt för studenterna men brukar ha högt deltagande ändå. Fokus har legat på syndromutredning, generellt om genetiska sjukdomar, metabola sjukdomar, och inkluderar speedating med sällsynta patienter som delar sin upplevelse av vården. En fördel är att dagen arrangeras av det regionala Centrum för Sällsynta diagnoser, så att de framtida läkarna får kännedom om att de finns.

## Övergripande slutsatser/observationer/noteringar

- Hemlösheten i vården, och att det tar lång tid att ta sig fram, förenar många sällsynta patienters erfarenheter. Många har komplexa tillstånd som varar hela livet, där vårdbehoven kan variera över tid. Svårigheten att få rätt vård återspeglar speciella utmaningar i dagens vårdssystem när det handlar om något sällsynt. Det är ett missförstånd att hyperspecialisering och alltmer förfinade diagnosmetoder per automatik löser situationen för de sällsynta patienterna. Denna utveckling är tveklöst mycket hoppgivande och till stor hjälp för många patienter, men det saknas i hög grad gränssnitt och kontaktytor mellan den generella första linjens vård och specialistvården. Detta är inte bara ett kunskapsproblem utan lika mycket ett strukturellt problem där organisering och arbetssätt fortfarande är stuprörsinriktade. Ett nätverkstänk behöver stärkas i systemet för att bättre fånga upp de sällsynta patienterna och slussa dem rätt.
- Att ”det sällsynta är inte ovanligt” (många, och ett ökande antal sällsynta diagnoser gör att patientgruppen på totalen är stor) är grundläggande fakta som behöver spridas. Det ökar relevansen för frågorna och avväpnar argumentet att ”någon sådan kommer man nog aldrig träffa på”. Att besvär och symptom som är svårbestämda kan ha sin grund i något sällsynt är ett perspektiv som behöver introduceras och finnas med i alla grundutbildningar för vårdprofessioner, inte bara läkare. Samlingsbegreppet ”sällsynt” behöver etableras ytterligare som en mellanlandning för att underlätta kunskapsinhämtning och nätverkande, både bland vårdprofessionella och berörda patienter.
- Ökningen av antalet sällsynta diagnoser i kombination med utvecklingen av nya teknologier för informationsbearbetning kan antas successivt förflytta diagnossättningslogiken inom vården från hypotestestning till mönsterigenkänning utifrån komplexa data. Det är ett stort skifte som kommer få implikationer för allt från hur vårdförlopp skrivs till hur behandlingar utformas. Här kan sällsynta gå före med sina erfarenheter. [Vet inte riktigt vad slutsatsen är, förutom att ni har viktiga kunskaper som snart alla kommer behöva! 😊]

## Bilaga 7 – Alternativ beräkning av framtida bemanning

Tabell 6. Befolkningen 2024 samt prognos för 2040.

	2024	2040 (prognos)	Beräknad förändring befolkning 2024-2040
<b>Riket (summerad)</b>	10 577 720	11 007 740	4%
<b>Stockholms län</b>	2 464 390	2 631 330	7%
<b>Uppsala län</b>	408 470	460 550	13%
<b>Södermanlands län</b>	302 840	314 130	4%
<b>Östergötlands län</b>	473 270	488 680	3%
<b>Jönköpings län</b>	369 430	377 750	2%
<b>Kronobergs län</b>	203 910	208 150	2%
<b>Kalmar län</b>	246 490	242 960	-1%
<b>Gotlands län</b>	61 250	63 080	3%
<b>Blekinge län</b>	157 340	150 650	-4%
<b>Skåne län</b>	1 427 480	1 519 580	6%
<b>Hallands län</b>	345 700	368 720	7%
<b>Västra Götalands län</b>	1 772 220	1 860 840	5%
<b>Värmlands län</b>	283 270	280 400	-1%
<b>Örebro län</b>	308 710	317 660	3%
<b>Västmanlands län</b>	281 480	289 980	3%
<b>Dalarnas län</b>	286 650	277 310	-3%
<b>Gävleborgs län</b>	284 950	275 290	-3%
<b>Västernorrlands län</b>	240 800	224 480	-7%
<b>Jämtlands län</b>	132 660	133 620	1%
<b>Västerbottens län</b>	279 260	289 390	4%
<b>Norrbottens län</b>	247 150	233 180	-6%

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

**Tabell 7. Antal distriktssköterskor 2024, samt i förhållande till befolkningsutvecklingen för år 2030 och 2040.**

	2024	2030 (prognos)	2040 (prognos)
<b>Riket</b>	10 540	10 720	11 010
<b>Stockholms län</b>	1 600	1 640	1 710
<b>Uppsala län</b>	320	340	360
<b>Södermanlands län</b>	320	330	340
<b>Östergötlands län</b>	380	380	390
<b>Jönköpings län</b>	420	420	430
<b>Kronobergs län</b>	270	270	280
<b>Kalmar län</b>	280	270	270
<b>Gotlands län</b>	50	50	50
<b>Blekinge län</b>	240	240	230
<b>Skåne län</b>	1140	1 170	1 220
<b>Hallands län</b>	410	430	440
<b>Västra Götalands län</b>	1930	1 960	2 030
<b>Värmlands län</b>	400	400	400
<b>Örebro län</b>	440	450	450
<b>Västmanlands län</b>	320	330	330
<b>Dalarnas län</b>	270	270	260
<b>Gävleborgs län</b>	390	390	380
<b>Västernorrlands län</b>	360	340	330
<b>Jämtlands län</b>	250	250	250
<b>Västerbottens län</b>	450	450	460
<b>Norrbottens län</b>	300	<b>290</b>	<b>280</b>

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

**Tabell 8. Antal arbetsterapeuter 2024, samt i förhållande till befolkningsutvecklingen för år 2030 och 2040.**

	2024	2030 (prognos)	2040 (prognos)
<b>Riket</b>	5 050	5 150	5 280
<b>Stockholms län</b>	790	810	840
<b>Uppsala län</b>	140	150	160
<b>Södermanlands län</b>	120	120	130
<b>Östergötlands län</b>	310	310	320
<b>Jönköpings län</b>	300	300	300
<b>Kronobergs län</b>	70	70	70
<b>Kalmar län</b>	110	110	110
<b>Gotlands län</b>	50	50	50
<b>Blekinge län</b>	70	70	70
<b>Skåne län</b>	640	660	680
<b>Hallands län</b>	160	160	170
<b>Västra Götalands län</b>	950	950	990
<b>Värmlands län</b>	130	130	130
<b>Örebro län</b>	290	290	300
<b>Västmanlands län</b>	110	120	120
<b>Dalarnas län</b>	110	100	100
<b>Gävleborgs län</b>	110	110	110
<b>Västernorrlands län</b>	110	110	100
<b>Jämtlands län</b>	80	80	80
<b>Västerbottens län</b>	230	230	230
<b>Norrbottens län</b>	190	180	180

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

**Tabell 9. Antal fysioterapeuter 2024, samt i förhållande till befolkningsutvecklingen för år 2030 och 2040.**

	2024	2030 (prognos)	2040 (prognos)
<b>Riket</b>	7 220	7 290	7 490
<b>Stockholms län</b>	1 520	1 560	1 630
<b>Uppsala län</b>	290	310	330
<b>Södermanlands län</b>	170	180	180
<b>Östergötlands län</b>	210	220	220
<b>Jönköpings län</b>	270	270	280
<b>Kronobergs län</b>	100	100	100
<b>Kalmar län</b>	170	160	160
<b>Gotlands län</b>	60	60	60
<b>Blekinge län</b>	60	60	60
<b>Skåne län</b>	1 070	1 100	1 140
<b>Hallands län</b>	250	260	270
<b>Västra Götalands län</b>	1 400	1 420	1 470
<b>Värmlands län</b>	170	170	170
<b>Örebro län</b>	190	190	200
<b>Västmanlands län</b>	210	210	210
<b>Dalarnas län</b>	150	140	140
<b>Gävleborgs län</b>	180	170	170
<b>Västernorrlands län</b>	170	160	160
<b>Jämtlands län</b>	130	120	130
<b>Västerbottens län</b>	230	230	240
<b>Norrbottens län</b>	250	240	240

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

**Tabell 10. Antal psykologer 2024, samt i förhållande till befolkningsutvecklingen för år 2030 och 2040.**

	<b>2024</b>	<b>2030 (prognos)</b>	<b>2040 (prognos)</b>
<b>Riket</b>	3 400	3 430	3 520
<b>Stockholms län</b>	1 000	1 010	1 050
<b>Uppsala län</b>	180	190	200
<b>Södermanlands län</b>	70	70	70
<b>Östergötlands län</b>	130	130	130
<b>Jönköpings län</b>	70	70	70
<b>Kronobergs län</b>	30	30	30
<b>Kalmar län</b>	60	60	60
<b>Gotlands län</b>	20	20	20
<b>Blekinge län</b>	30	30	30
<b>Skåne län</b>	410	420	440
<b>Hallands län</b>	80	80	80
<b>Västra Götalands län</b>	800	810	840
<b>Värmlands län</b>	50	50	50
<b>Örebro län</b>	90	90	90
<b>Västmanlands län</b>	70	70	70
<b>Dalarnas län</b>	80	80	80
<b>Gävleborgs län</b>	40	40	40
<b>Västernorrlands län</b>	40	40	40
<b>Jämtlands län</b>	40	40	40
<b>Västerbottens län</b>	80	80	90
<b>Norrbottens län</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>



Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning  
av primärvården (artikelnr 2026-5-10277)  
kan laddas ner från [socialstyrelsen.se/publikationer](https://socialstyrelsen.se/publikationer).