



Kompetensförsörjning inom primärvården

Slutrapport

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet
Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer	2022-11-8246
Löpnr	2022:5
Foto	Michael Erhardsson, Mostphotos AB

Förord

Regeringen beslutade den 23 september 2021 om ett uppdrag till Socialstyrelsen att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet (rådet) och i dialog med andra berörda aktörer, ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården (S2021/06575).

Uppdraget inkluderar såväl frågor om hur primärvården kan utveckla, behålla och attrahera medarbetare som hur primärvården kan medverka i högskoleutbildning av framtida medarbetare samt i forskning. Därtill ska åtgärder föreslås för att främja en geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden. I uppdraget ingår även att ta fram ett planeringsunderlag och rekommendationer för dimensionering av specialister i allmänmedicin på nationell och regional nivå för perioden 2022–2035. Enligt uppdraget ingår även att ytterligare tydliggöra Nationella vårdkompetensrådets strategiska och operativa roll när det gäller den långsiktiga kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.

En delredovisning¹ för uppdraget lämnades till Regeringskansliet (Socialdepartementet) den 29 april 2022. Delredovisningen innehöll ett brett kunskapsunderlag av villkor och förutsättningar för kompetensförsörjningen i primärvården som kan användas som en grund för god planering.

Föreliggande slutredovisning innehåller, i enlighet med uppdraget, förslag på insatser som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården. Rådet redovisar även ett planeringsunderlag och rekommendationer för dimensionering av ST-tjänster och specialister i allmänmedicin på nationell och regional nivå för perioden 2022–2035.

Nationella vårdkompetensrådet har haft huvudansvaret för arbetet med denna rapport och rådet svarar också för de slutsatser och förslag som redovisas.

Ann-Marie Wennberg Larkö
Ordförande Nationella vårdkompetensrådet

¹ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning	9
Förslag och rekommendationer i korthet	9
Uppdragets genomförande	11
Data för prognos över tillgång och efterfrågan på specialitläkare i allmänmedicin	11
Utgångspunkter och avgränsningar	12
Rådets förslag och rekommendationer	14
1. Insatser för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården	15
Rådets förslag	15
1.1 Stärk ledarskapet i primärvården	15
1.2 Stärk förutsättningarna i primärvården för användandet av digitala verktyg och arbetsätt som kan underlätta det vårdnära arbetet	17
Rådets rekommendationer	20
Rekommendation: Se över och definiera teamarbetets roll, funktion och förutsättningar i primärvården	20
Rekommendation: Säkerställ tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning för primärvårdens professioner	21
Rekommendation: Stärk samverkan mellan primärvård och specialiserad vård, skapa ett gemensamt arbetsätt med patienten i centrum	22
2. Insatser för att primärvården i högre grad ska kunna medverka i högskoleutbildning och forskning	24
Rådets förslag	24
2.1 Utveckla formerna för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och klinisk praktik	24
2.2 Stärk förutsättningarna för forskarutbildning och forskning i primärvården	26
Rådets rekommendationer	28
Rekommendation: Ge fler möjlighet till förenade anställningar inom primärvården och på lärosätena	28
3. Insatser för att främja geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i landsbygd och/eller socioekonomiskt utsatta områden	31
Rådets förslag	31
3.1 Inför särskilda satsningar inom ramen för ett nationellt ledarskapsprogram	31

3.2 Öka genomförandet av vårdutbildningar och utbildningsmoment i landsbygd samt i socioekonomiskt utsatta områden.....	33
Rådets rekommendationer	35
Rekommendation: Se över och överväg ytterligare insatser för att bidra till en ökad geografisk rörlighet genom särskilda utbildningsspår	35
Rekommendation: Ge förutsättningar för hälso- och sjukvårdens medarbetare och chefer i fråga om kompetensutveckling och fortbildning samt möjlighet till teamarbete och ökad samverkan	36
4. Planeringsunderlag och rekommendationer för dimensionering av ST-tjänster och specialister i allmänmedicin	38
Planeringsunderlaget i korthet	39
Planeringsunderlag	41
Befolkningens sammansättning påverkar kompetensförsörjningen...	42
Vårdtyngd	42
Utveckling av tillgång och efterfrågan för läkares specialiseringsstjänstgöring (ST) inom allmänmedicin och specialister i allmänmedicin på nationell och regional nivå	44
Dagslägesbeskrivning utifrån basåret 2020 i fråga om ST-tjänster och specialistläkare i allmänmedicin.....	45
Tillgångsutveckling av läkare fram till år 2035	55
Efterfrågeutveckling av läkare till år 2035	56
Jämförelse mellan tillgång och efterfrågan.....	59
Tillgångsprognoser på regional nivå	64
Rådets förslag	70
4.1 Inför en nationell riktvärdessamordnare för fast läkarkontakt i primärvården	70
4.2 En ST-miljard bör avsättas för att öka antalet specialister i allmänmedicin.....	72
Rekommendationer för ytterligare insatser.....	73
Flera insatser behövs för att attrahera och behålla ST- och specialistläkare inom primärvården	73
Konsekvenser.....	77
Övergripande konsekvenser.....	77
Konsekvenser av förslag för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården	77
Konsekvenser av förslag för att primärvården ska kunna medverka i högskoleutbildning och forskning i högre grad	78
Konsekvenser av förslag för att främja geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i landsbygd och/eller i socioekonomiskt utsatta områden	80
Konsekvenser av förslag för att öka antal specialister i allmänmedicin	81
Referenser	83

Bilaga 1 – Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården	87
Bilaga 2 – Kommunal hälso- och sjukvård	89
Kommunal hälso- och sjukvård.....	89
Primärvården - ett delat huvudmannaskap	89
En primärvårdsreform	90
En skör och komplex patientgrupp vårdas i den kommunala hälso- och sjukvården	91
Den kommunala hälso- och sjukvårdens medarbetare	91
Legitimationsyrkenas roll i omställningen.....	92
Bristande läkarmedverkan	92
Digitalisering i kommunal primärvård.....	93
Bilaga 3 – Utdrag ur <i>Tillgång och efterfrågan på ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin. En framskrivning till år 2035</i>	94
Läkare i dag	94
Förvärvsfrekvenser	95
ST-läkare efter inriktning	95
Specialistläkare efter näringsgren.....	96
Tillgång på läkare	97
Nybörjare och examinerade	98
Migration	98
Pensionsavgångar	99
Flödesanalys	99
Legitimerade läkare	100
ST-läkare	100
Specialistläkare	101
Efterfrågan på läkare	101
Förutsättningar och antaganden	101
Prognosmodell	102
Beräkning av tillgången på läkare	102
Beräkning av efterfrågan på läkare.....	103
Definition av läkargrupper.....	103
Läkarutbildade	104
Fakta om statistiken.....	105
Datakällor	105
Sjukvårdsregioner	108
Bilaga 4 - Myndigheten för vård- och omsorgsanalys enkätundersökning till vårdcentralchefer.....	109
Representativitet	109
Bilaga 5 – Internationell utblick	111
Primärvårdssystemets utformning.....	111

Kompetensförsörjningen	111
Primärvårdens kostnadsandel	112
Jämförelse av några primärvårdssystem	112
Styrning och organisering	112
Valfrihets- och ersättningsystem	114
Bilaga 6 – prognoser för vissa hypotetiska åtgärder	117
Läsanvisning för hypotetiska prognoser och scenarier	117
Scenario 1 – Inga åtgärder genomförs	117
Scenario 2 – Ökad tjänstgöringsomfattning bland befintliga specialister i allmänmedicin.....	119
Scenario 3 – Ökning av antalet nybörjarstudenter på läkarutbildningen med 50 procent per år från och med 2023.....	119
Scenario 4 – Ökning av antalet ST-tjänster i allmänmedicin med 50 procent per år från och med 2023.....	121

Sammanfattning

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet (rådet) och i dialog med övriga berörda aktörer tagit fram förslag på riktade nationella insatser i syfte att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen i primärvården. I uppdraget ingår även att redovisa ett planeringsunderlag och ta fram rekommendationer för dimensionering av ST-tjänster och specialistläkare i allmänmedicin, på nationell och regional nivå.

Nationella vårdkompetensrådet har haft huvudansvaret för arbetet med denna rapport och rådet svarar också för de slutsatser, förslag och rekommendationer som redovisas.

Förslag och rekommendationer i korthet

Kortfattat ger Nationella vårdkompetensrådet följande förslag:

- Ett ledningssystem för ledarskap inom primärvården bör tas fram för att säkerställa att principer för ett gott och hållbart ledarskap genomsyrar verksamheten.
- Ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom primärvården bör införas. I ett sådant program bör parter som samverkar kunna delta tillsammans för att öka förståelsen för varandras verksamheter.
- Det föreslagna nationella ledarskapsprogrammet bör även innehålla särskilda satsningar dels för chefer som arbetar inom primärvården i landsbygd, dels för chefer som arbetar i primärvård i socioekonomiskt utsatta områden.
- Inom ramen för arbetet med Vision e-hälsa 2025 bör insatser införas för att stärka de digitala grundförutsättningarna i primärvården. Detta för att stärka möjligheten för digitala verktyg och arbetssätt i syfte att underlätta teamarbete och stärka kompetensförsörjningen.
- Modeller för handledning av studenter under VFU/klinisk praktik bör utvecklas.
- Potentialen att tillhandahålla VFU/klinisk praktik inom kommunal hälso- och sjukvård bör tas tillvara i högre utsträckning.
- Långsiktig finansiering av forskarskolor i primärvården bör säkerställas.
- Anställda inom primärvården bör ha utrymme att söka forskningsmedel och tid för att forska.
- Medel behöver tillföras forskning med relevans för primärvården.
- Vårdutbildningar och utbildningsmoment bör i högre grad genomföras på flera orter i landsbygd inom primärvården, i form av decentraliserade utbildningar samt genom VFU/klinisk praktik i verksamheter på landsbygd.
- Vårdutbildningar och utbildningsmoment bör i högre grad genomföras i socioekonomiskt utsatta områden i primärvården, i form av VFU/klinisk praktik.

- En nationell samordnare bör tillsättas för att initiera, stödja och genomföra samordnande insatser i samverkan med Sveriges 21 regioner för att utveckla färdplaner och mål för hur riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare i primärvården kan uppnås.
- 1 miljard kronor årligen under fem år bör avsättas av regeringen till regionerna för att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin. Satsningen syftar till att på lång sikt öka antalet specialister i allmänmedicin.

Planeringsunderlag för dimensionering av ST-läkare och specialister i allmänmedicin:

- Den nationella efterfrågan på ST-tjänster inom allmänmedicin i primärvården beräknas vara 5 200 stycken i år, vid 550 invånare per ST-läkare (motvarande det nationella riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare). Enligt Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) uppgick antalet ST-läkare i allmänmedicin i september 2022 till 3 356 i riket.
- Enligt beräkningar för år 2022 ligger den nationella efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården mellan 6 100 och 8 300, för alternativen 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin respektive 1 100 invånare per specialist. I år beräknas det totala antalet förvärvsarbetade specialistläkare i allmänmedicin uppgå till 7 500. Av dessa beräknas 4 900 arbeta i primärvården.
- Fram till år 2035 väntas cirka 3 500 specialistläkare i allmänmedicin lämna arbetsmarknaden till följd av framför allt pensionsavgångar. Det motsvarar ett årligt genomsnitt på 230 personer

Slutligen redovisar rådet prognoser för vissa hypotetiska åtgärder i syfte att åskådliggöra hur tillgång och efterfrågan på ST-tjänster och specialistläkare i allmänmedicin potentiellt kan påverkas av vissa åtgärder, se bilaga 6.

Underlag till förslag och rekommendationer finns under rubrikerna 1–4 i rapporten. En delredovisning inom uppdraget lämnades till Regeringskansliet (Socialdepartementet) den 29 april 2022. Delredovisningen innehöll ett brett kunskapsunderlag med villkor och förutsättningar för kompetensförsörjningen i primärvården som kan utgöra ett stöd för en god planering av vårdens kompetensförsörjning. Det förekommer flera hänvisningar till delredovisningen i denna slutredovisning.

Uppdragets genomförande

Regeringen beslutade den 23 september 2021 att ge i uppdrag till Socialstyrelsen att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet och i dialog med övriga berörda aktörer, ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården (se bilaga 1 för uppdraget i sin helhet).

I uppdragets delredovisning² presenterades en nulägesbild baserad på tillgängliga kunskapsunderlag med tyngdpunkt på tidigare och pågående arbete som bedrivs i myndigheter, riksdag och regering samt inom regioner, kommuner och intresseorganisationer. Delredovisningen hade även ett bredare syfte i att utgöra ett kunskapsunderlag för en god planering av kompetensförsörjningen i primärvården. Delredovisningen utgjorde således en grund för slutredovisningens slutsatser, även om inte allt som lyftes i den har resulterat i konkreta förslag.

Förslagen och rekommendationerna baseras bland annat på rådets sammanvägda bedömning genom en rad samverkans- och dialoginsatser:

- Den samverkansarena som rådet i sig självt utgör, genom sin representation av lärosäten, regioner, kommuner samt myndigheterna Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ).
- Rådets arbetsgrupper och deras arbeten om kompetensförsörjning, där bl.a. flera workshops har genomförts med aktörer som är berörda av primärvård.
- Ett dialogmöte den 16 september 2022 där rådet fick inspel och synpunkter på en rad preliminära förslag på insatser utifrån ett på förhand kommunicerat diskussionsunderlag. Till dialogmötet var representanter från de sex regionala vårdkompetensråden, professionsföreningar, patientföreningar och studentorganisationer inbjudna. Vid dialogmötet deltog drygt 100 personer.
- En rad dialogsamtal med företrädare från flera av de aktörer som är berörda av primärvård såsom primärvårdsenheter, regioner, universitet och högskolor, kommuner, fackförbund och professionsföreningar samt berörda myndigheter.
- Samverkan med parallella pågående projekt på Socialstyrelsen och UKÄ.
- Statistiskt underlag från Statistiska centralbyrån, SCB (se bilaga 3).

Data för prognos över tillgång och efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin

Underlaget till prognosberäkningarna över tillgång och efterfrågan på ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin under perioden 2022–2035 är

² Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

inhämtat från flertalet register. Prognosmodellens tillgångsdel utgörs av ett antal specialbearbetningar som utgår från uppgifter ur SCB:s register över befolkningens utbildning, sysselsättning och yrke samt Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, som bland annat innehåller uppgifter om legitimation och specialistbevis för läkare.

En sambearbetning av dessa register ger bland annat uppgifter om populationen av läkarutbildade vid prognosernas startår 2020, om andelen som är förvärvsarbetande och om hur många män respektive kvinnor som går från läkarexamination till legitimation, ST-tjänst och till färdig specialistläkare. Uppgifter om de förvärvsarbetande läkarnas tjänstgöringsomfattning har hämtats från Medlingsinstitutets lönestrukturstatistik. Bearbetningar av universitets- och högskoleregistret, med uppgifter om nybörjare på läkarprogrammet och examinerade läkare, är underlag för att beräkna det framtida antalet nybörjare på läkarutbildningen, examensfrekvenser och slutligen det framtida antalet examinerade läkare. För bedömning av in- och utvandring av läkarutbildade har utbildningsregistrets migrationstabeller använts, som är en specialversion av SCB:s utbildningsregister. Ytterligare information om datakällor finns i bilaga 3.

Utgångspunkter och avgränsningar

Definition av primärvård

Genomgående i rapporten används begreppet primärvård. Med primärvård avses i denna slutredovisning vård på primärvårdsnivå. Sådan vård utförs av såväl regionala som kommunala sjukvårdshuvudmän. Eftersom kommunal hälso- och sjukvård utgörs av vård på primärvårdsnivå omfattas denna alltså när begreppet primärvård används i denna rapport. Angående kommunal hälso- och sjukvård och rådande bestämmelser, se bilaga 2.

Definition av verksamhetsförlagd utbildning (VFU)/klinisk praktik

Med begreppet verksamhetsförlagd utbildning (VFU)/klinisk praktik avses praktiska utbildningsmoment som examineras inom ramen för hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan.

Avgränsningar

Föreliggande slutredovisning fokuserar på insatser för kompetensförsörjning. Det finns angränsande områden som potentiellt kan påverka kompetensförsörjningen men dessa omhändertas inte inom ramen för detta uppdrag.

I enlighet med uppdraget svarar föreliggande rapport på tillgång och efterfrågan på ST-tjänster och specialistläkare i allmänmedicin. I denna rapport används benämningen ST-tjänster och ST-läkare synonymt, där det senare betyder individer med ST-tjänst. I delredovisningen av uppdraget redogörs även för tillgången på andra yrkesgrupper inom primärvården i dagsläget.³

³ Bristyrken i hälso- och sjukvården berörs även i Universitetskanslersämbetets uppdrag om mål för antal examina för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar samt lärar- och förskollärarytbildningar, som syftar till en mer ändamålsenlig styrning med syfte att möta de stora behoven av personal som finns i bristyrken. Se Universitetskanslersämbetet, Uppföljning av mål för antal examina, delredovisning 1 (2022).

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag⁴ tagit fram ett nationellt riktvärde för antalet invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för. Riktvärdet anger 1 100 invånare per specialist i primärvården och 550 invånare per läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin i mitten av sin specialistutbildning.⁵ I propositionen Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72) bedömer regeringen att en fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin eller geriatrik, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialisttjänstgöring i allmänmedicin.

I föreliggande uppdrag prognosticeras som sagt antalet ST-tjänster och specialister i allmänmedicin i förhållande till riktvärdet om 1 100 invånare. Av delredovisningen⁶ inom uppdraget framgår däremot även av tabell 3 (s. 51) det totala antalet specialistläkare inräknat specialister i barn- och ungdomsmedicin och geriatrik inkluderas som en potentiell tillgång.

I prognoserna över tillgång och efterfrågan på ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin utgår prognoserna från beräkningar av antalet invånare per specialistläkare och inte antalet befintliga patienter. Beräkningarna baseras alltså på befolkningsunderlaget, nationellt och regionalt.

Senast tillgängliga registerdata som finns att tillgå avser 2020, vilket gör att beräkningarna gällande tillgång och efterfrågan för åren från och med 2021 är prognoser. Dock har exempelvis antal sysselsatta specialistläkare i allmänmedicin nationellt ökat i ungefär samma takt från år till år de senaste tio åren⁷, varför frånvaron av tillgängliga data för åren 2021 och 2022 inte drastiskt förändrar dagslägesbilden och prognosresultaten. Regionerna är olika stora, vilket betyder att i mindre regioner finns det en något större risk att exempelvis enskilda satsningar eventuellt kan ha resulterat i viss fluktuation de senaste två åren, men som nämnts ovan påverkar det mest troligt inte den nationella bilden.

⁴ S2019/03056/FS och S2020/03319/FS.

⁵ Socialstyrelsen. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. (2022).

⁶ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

⁷ Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal.

Rådets förslag och rekommendationer

Uppdraget består av fyra områden där förslag till insatser ska lämnas.

1. Insatser för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården.
2. Insatser som kan vidtas för att primärvården kan medverka i högskoleutbildning och forskning i högre grad.
3. Insatser för att främja geografisk rörlighet och rekrytering till landsbygd respektive socioekonomiskt utsatta områden⁸.
4. Redovisning av ett planeringsunderlag och rekommendationer för dimensionering av ST-tjänster och specialister i allmänmedicin, på nationell och regional nivå.

Förslagen i denna slutredovisning lämnas till regeringen, som är avsändare av uppdraget. I praktiken kommer dock flera av de insatser som föreslås att behöva utföras av kommuner, regioner, lärosäten, exempelvis i samverkan genom regionala vårdkompetensråd.

Förslagen kan överlappa mellan de olika områdena; exempelvis kan flera förslag under andra rubriker väntas främja möjligheterna att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården, liksom att flera förslag bedöms främja rörlighet och rekrytering till primärvård i landsbygd respektive socioekonomiskt utsatta områden. Rådet har ändå valt att redovisa förslagen under respektive område för tydlighetens skull.

I slutet av flera områdesavsnitt lämnas utöver förslag på insatser även rekommendationer, bl.a. sådana som är riktade till hälso- och sjukvårdens huvudmän, universitet och högskolor och regionala vårdkompetensråd. Några av dessa har rådet redan tidigare framfört⁹. Avseende rekommendationerna önskar rådet inte lyfta dem som skarpa förslag men bedömer ändå att dessa behöver adresseras för att få till en sammantagen systemförändring.

I avsnittet Konsekvenser ges en konsekvensbeskrivning av förslagen. För rekommendationerna ges ingen konsekvensbeskrivning eftersom rådet där inte gett skarpa förslag.

⁸ I uppdraget står glesbygd men vi har valt att utgå ifrån Tillväxtverkets definition av landsbygder. Utförligare beskrivning av definition framgår i delredovisningen: Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. (2022:3).

⁹ Se exempelvis Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 (2022:2) och Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020 (2021:10).

1. Insatser för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården

Rådets förslag

1.1 Stärk ledarskapet i primärvården

Förslag:

- Ett ledningssystem för ledarskap inom primärvården bör tas fram för att säkerställa att principer för ett gott och hållbart ledarskap genomsyrar verksamheten.
- Ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom primärvården bör införas. I ett sådant program bör parter som samverkar kunna delta tillsammans för att öka förståelsen för varandras verksamheter. Medel bör tillföras för att utforma och genomföra programmet.

Chefer i primärvården behöver stöd i att hantera omställningen till nära vård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), är verksamhetschefen ansvarig för hur vården bedrivs. Det innebär att verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska även utse en fast vårdkontakt.¹⁰

Verksamheten som utgör primärvård omfattar många olika komplexa och varierande uppgifter och ett flertal professioner arbetar patientnära med eget ansvar för att vården bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet¹¹. Utöver det patientnära arbetet bedrivs ofta undervisning av studenter och blivande medarbetare. Verksamheten kräver dessutom kontinuerlig samverkan med andra aktörer och myndigheter som verkar inom hälso- och sjukvården. Denna omfattande verksamhet ställer krav på att både verksamhetschefen och övriga chefer och har rätt kompetens samt att dessa har de verktyg som krävs för att leda i förändring och för att förvalta och prioritera verksamhetens, inte sällan motstridiga, krav och behov. I tillägg till ovanstående pågår även en omställning av verksamheten till en nära vård genom bl.a. ett personcentrerat arbetssätt, vilket ställer delvis nya krav på kompetens hos chefer och medarbetare.

¹⁰ 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30) och 6 kap. 2 § patientlagen, PL (2014:821).

¹¹ 6 kap. 1–2 §§ patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659).

I delredovisningen¹² finns en utförligare beskrivning av arbetsmiljön i primärvården, inklusive goda exempel på hur verksamheter förbättrat kompetensförsörjningen genom satsningar på denna.

Välfungerande ledarskap är avgörande för att rekrytera och behålla medarbetare i primärvården

Ett ledningssystem för ledarskap

Verksamhetschefen är den som har ansvaret för verksamheten. Ett gott och hållbart ledarskap behövs för att stötta medarbetare, säkerställa en god och hållbar arbetsmiljö och säkra kompetensförsörjningen i primärvården. En låg personalomsättning och hög kontinuitet leder i sig även till ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården.¹³

Mot bakgrund av den komplexa verksamhet som bedrivs inom den nära vården, med snabbt föränderliga krav och brist på utbildad personal, krävs insatser för att stärka, prioritera och följa ledarskapet. För att ge verktyg för chefer och säkerställa att principer för ett gott och hållbart ledarskap efterlevs och genomsyrar primärvårdens verksamhet, behöver ett ledningssystem för ledarskap införas, liknande ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och det för arbetsmiljö.^{14 15} Eftersom de nämnda befintliga ledningssystemen saknar bestämmelser om ledarskap bör detta tydliggöras. Ett ledningssystem för ledarskap syftar till att ge ökat stöd för en hållbar arbetsmiljö, stärka betydelsen av ledarskapets roll samt säkerställa kvalitetssäkring och uppföljning av verksamheten. Det skulle utgöra ett ramverk för ökad likvärdighet över landet i fråga om vad ledarskapet ska innebära.

Vikten av att ledningssystemet inte ska vara isolerat enbart för primärvården utan bör omfatta ledarskap i hela hälso- och sjukvården är något som framförts till rådet under dialog med berörda aktörer. Eftersom detta uppdrag endast omfattar primärvård har rådet dock inte tagit ställning till huruvida ett ledningssystem för ledarskap bör införas för hälso- och sjukvården i stort, men rådet rekommenderar att detta inkluderas i en eventuell framtida översyn av arbetsmiljön i hälso- och sjukvården. Även teamets funktion och roll bör ingå i vad som ska följas upp och kvalitetssäkras inom ett ledningssystem för ledarskap.

Rådet föreslår att regeringen tillsätter en utredning som ser över möjligheterna till att införa ett ledningssystem för ledarskap.

Ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom primärvården
Förutsättningarna för ledarskapet inom primärvården behöver som nyss nämnts stärkas i syfte att stötta vårdens medarbetare och säkerställa en god och hållbar arbetsmiljö. I dialogmöten har berörda aktörer poängterat att ett gott ledarskap och en god arbetsmiljö bidrar till att attrahera nya medarbetare i primärvården och att behålla den befintliga personalen. Utöver förslaget om ett ledningssystem för ledarskap föreslår rådet att det införs ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom primärvården.

¹² Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

¹³ Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet (2021).

¹⁴ SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har tidigare påtalat vikten av ledarskapsutbildning för en bättre verksamhetsutveckling. Myndigheten har även betonat vikten av forskning om ledarskap och ledarskapsutveckling, liksom att ett nationellt ledarskapsprogram behöver utvärderas allteftersom det införs.¹⁶

I det nationella ledarskapsprogrammet bör parter som samverkar, exempelvis chefer inom regional primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och specialiserad vård, kunna delta tillsammans för att öka förståelsen för varandras verksamheter. Det bör vara konkret och ändamålsenligt utifrån de aktuella chefernas verksamheter. Den huvudsakliga inriktningen i programmet bör ligga på samverkansparterna i primärvården. Deltagare från primärvårdens olika parter ska kunna utbyta erfarenheter och få ökad förståelse för varandras verksamheter, kompetensutveckling och verktyg för att utöva ett gott och hållbart ledarskap, vilket på sikt bedöms förbättra primärvårdens arbetsmiljö och kompetensförsörjning.

Programmet bör även omfatta ledarskap i förhållande till följande verksamhetsområden: patientnära arbete, möjligheter till fortbildning, forskning och handledning av studenter. Att ha egna erfarenheter av forskning som chef och ledare bidrar även till att forskning inom primärvården upprätthålls. Ledarskapsprogrammet bör kompletteras med särskilda satsningar för chefer som arbetar inom primärvården i landsbygd respektive socioekonomiskt utsatta områden, se förslag 3.1. Syftet är att skapa en gemensam basnivå för alla chefer i första linjen samt att stärka samverkan mellan aktörer som verkar inom den nära vården.

Rådet föreslår att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att utforma ett ledarskapsprogram med utgångspunkt i ovannämnda förslag samt att regeringen bör tillföra medel i enlighet med ett sådant uppdrag.

1.2 Stärk förutsättningarna i primärvården för användandet av digitala verktyg och arbetssätt som kan underlätta det vårdnära arbetet

Förslag:

- Inom ramen för arbetet med Vision e-hälsa 2025 bör insatser införas för att stärka de digitala grundförutsättningarna i primärvården. Detta för att stärka möjligheten för digitala verktyg och arbetssätt i syfte att underlätta teamarbete och stärka kompetensförsörjningen.

Flera initiativ till ökad digitalisering, men grundförutsättningar saknas

År 2016 beslutade regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om en gemensam vision för e-hälsoarbetet fram till 2025, Vision e-hälsa 2025. Statskontoret, som har haft i uppdrag att följa upp överenskommelsen,

¹⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Visa vägen i vården (2017), Åt samma håll (2019), Läget för ledarna (2021).

konstaterar att det gemensamma arbetet hittills har gett få tydliga resultat.¹⁷ Parternas samverkan har visserligen förbättrats men är ännu inte tillräckligt effektiv för att nå målen i visionen. Statskontoret konstaterar även att såväl visionen i sig som målen i strategin är för breda och för vaga för att styra arbetet. Statskontoret anser att parterna inte tillräckligt har fokuserat sitt arbete på grundläggande förutsättningar såsom att lagstiftningen behöver anpassas och att begrepp och standarder behöver tillämpas på ett gemensamt sätt, så att det till exempel blir möjligt att utbyta information mellan vårdgivare och mellan verksamhetssystem. Statskontoret anser även att det behövs nya och bättre mål, en långsiktig finansiering, och att regeringen blir tydligare med hur staten ska bidra i e-hälsoarbetet.

Idag har huvudmän och vårdgivare inom hälso- och sjukvården olika IT-system, inklusive rutiner och avvikelssystem, som inte alltid är kompatibla med varandra, vilket leder till arbete i stuprör och försvårar samverkan. Regionerna anser att de största hindren för digitalisering och implementering av nya e-tjänster och IT-lösningar är bristen på egna resurser samt oklar lagstiftning och juridiska hinder¹⁸. Trots hindren pågår arbete i regionerna med att stärka upp hälso- och sjukvården avseende digitala verktyg. Exempelvis har antalet vårdcentraler som erbjuder digitala vårdmöten ökat från 37 procent till 82 procent under 2020 i 19 av 21 regioner.

Regeringen har på senare år tagit ett antal initiativ för att stärka grundförutsättningarna. På basis av utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg¹⁹ har regeringen föreslagit en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som riksdagen bifallit.²⁰ Den nya lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2023 och innebär att vårdgivare och omsorgsgivare, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, får tillgång till personuppgifter hos andra vårdgivare och omsorgsgivare.

Socialdepartementet tillsatte i juni 2022 en bokstavsutredare som ska se över hur digitala vårdgivare ska kunna bli en del av en mer sammanhållen primärvård. Syftet med utredningen är att öka integrationen mellan fysisk och digital vård och främja ökad kontinuitet och tillgänglighet.²¹ Uppdraget ska vara slutfört senast den 15 augusti 2023.

Regeringen gav i juli 2022 i uppdrag åt en särskild utredare att föreslå åtgärder för en bättre och säkrare informationsdelning av hälsodata. Syftet är att minska administrativt dubbelarbete för hälso- och sjukvårdens medarbetare, göra det enklare att dela och överföra hälsodata mellan olika aktörer samt att öka patientsäkerheten. Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2024.²²

Digitalisering i primärvården kan stärka kompetensförsörjningen
Digitalisering och välfungerande digitala arbetssätt i primärvården kan utgöra ett stöd för både medarbetare och patienter. Digitala arbetssätt och

¹⁷ Statskontorets rapport. Vision ehälsa – ett försök att styra genom samverkan. Uppdraget slutredovisades i december 2021.

¹⁸ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. eHälsa och digitalisering i regionerna. 2021.

¹⁹ SOU 2021:4. Informationsöverföring inom vård och omsorg; SOU 2021:39 Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården.

²⁰ Socialutskottets betänkande 2021/22: SoU30.

²¹ Regeringen. Pressmeddelande: Socialdepartementet tillsätter en utredning om digital vård. Juni 2022.

²² Dir. 2022:98. Hälsodata som nationellt intresse.

verktyg kan underlätta samverkan och möjliggöra teamarbete mellan verksamheter och olika vårdnivåer. Som exempel kan nämnas olika former av digitala specialistkonsulter och teledermatologiska undersökningar som både underlättar för patienten och främjar samverkan och kunskapsutbyte mellan medarbetarna.²³ Digitaliseringen innebär på så vis en möjlighet för primärvården att förbättra tillgänglighet och kontinuitet och möta ökade vårdbehov genom en ökad integrering mellan digital och fysisk vård. Digitala konsultationer kan även underlätta samverkan under patientens hela vårdförlopp i samband med vård inom slutna specialistvård, då såväl primärvården som den specialiserade vården kan utbyta information och göras delaktigt fortlöpande. Detta kan i förlängningen bidra till att stärka kompetensförsörjningen genom att minska friktion och motverka arbete i stuprör, vilket i sin tur kan göra arbetet mer attraktivt, under förutsättning att de digitala verktygen är utformade efter användarnas behov. Effekterna av en ökad digitalisering kan vara särskilt betydelsefulla i landsbygd för en ökad tillgänglighet, kontinuitet samt en mer effektiv användning av medarbetarnas resurser. I dialogmöten har det även framhållits att möjligheten att påverka och disponera sin arbetsdag skulle påverka arbetsmiljön och arbetsbelastningen positivt. Genom utökat utnyttjande av digitala verktyg för exempelvis administrativt hemarbete skulle detta underlättas.

Allt detta är dock under förutsättning att stöden för användandet är rätt utformat och ändamålsenligt utifrån verksamhetens behov. Det behövs även pedagogisk kompetens och tekniskt användarstöd för att de aktuella verktygen ska komma till bästa möjliga användning i verksamheten. Att arbeta enligt digitala arbetssätt kräver också utrymme för omställning, anpassning och att lära sig och ta tillvara de kunskaper man erhåller längs vägen. Dessvärre kvarstår fortfarande en hel del arbete med att undanröja till exempel tekniska och juridiska hinder innan de digitala verktygen och arbetssätten fullt ut kan nå full potential.

Inom ramen för arbetet med Vision e-hälsa 2025 och genomförandet av den tredje strategin för åren 2023–2025, bedömer rådet att involverade parter bör fokusera på insatser i strategin som möjliggör och underlättar teamarbete och stärker kompetensförsörjningen i primärvården. För att digitala verktyg och IT-stöd ska kunna användas på bästa sätt krävs hög användbarhet och att medarbetarna har kompetens att hantera dem. Som grund för arbetet behöver berörda beslutsfattare skapa nödvändiga förutsättningar, till exempel att säkerställa personella eller verksamhetsmässiga resurser, att involvera användarna i utveckling av IT-system, lagstiftning och annan typ av reglering eller ansvarsfördelning mellan olika aktörer. Det kan också handla om att på nationell nivå enas om gemensamma standarder för att tekniskt kunna utbyta information med säkerställd kvalitet och säkerhet.²⁴

Rådet instämmer i Statskontorets förslag²⁵ om att den befintliga samverkansorganisationen inom Vision e-hälsa 2025 bör prioritera de grundläggande förutsättningarna (exempelvis att undanröja tekniska, semantiska och omotiverade juridiska hinder) och lämna förslag till politiska beslut som

²³ Regionala cancercentrum i samverkan, Nationellt vårdprogram Melanom. Hämtat från webbplatsen 2022-10-25. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/melanom/varldprogram/>.

²⁴ SKR. eHälsa och digitalisering i regionerna (2021).

²⁵ Statskontoret. Vision e-hälsa 2025 – ett försök att styra genom samverkan. (2021:17).

bidrar till ett effektivare nationellt e-hälsoarbete. Samma grundförutsättningar behöver finnas på plats även i övriga delar av hälso- och sjukvården, men ryms inte inom ramarna för föreliggande uppdrag.

Rådet instämmer även i Statskontorets bedömning att de statsbidrag som riktar sig till e-hälsoarbetet i kommuner och regioner bör bidra till en samordnad digitalisering.

Rådet instämmer också i Statskontorets förslag att regeringen bör förtydliga statens roll i det nationella e-hälsoarbetet. Statskontoret bedömer att det skulle underlätta för både myndigheterna och enskilda tjänstepersoner att prioritera samverkan om ett förtydligande kom från regeringen.

Rådets rekommendationer

Rekommendation: Se över och definiera teamarbetets roll, funktion och förutsättningar i primärvården

I arbetet med uppdraget har ett flertal berörda aktörer återkommande framhållit vikten av teamarbete som nödvändigt för att klara omställningen till en personcentrerad nära vård som utgår från individens, ibland varierande, behov. Emellertid har det framförts synpunkter om att teamarbetet är svårt att bedriva i primärvården. Detta verkar delvis ha att göra med att olika professioner i huvudsak möter patienterna ensamma och vid olika tillfällen. Det verkar sällsynt att arbetet i primärvården medger teamarbete i realtid där flera professioner träffar patienten. Snarare beskrivs arbetet ha karaktären av att de olika professionerna arbetar parallellt och i huvudsak utifrån sin egen kompetens, men remitterar patienten till varandra vid behov. I vissa regioner är inte alla yrken som arbetar inom nära vård inkluderade i vårdvalet, vilket i dialogmöten har lyfts som en försvårande faktor för teamarbete.

För att kunna arbeta effektivt i team och möta en persons sammansatta behov krävs strukturer som uppmuntrar och underlättar såväl samverkan mellan olika huvudmän och organisationer som mellan vårdens olika professioner i det dagliga arbetet. Ett välfungerande samarbete mellan olika professioner, exempelvis i ett team, kan innebära en ökad kontinuitet och effektivitet eftersom kompetensen används på rätt nivå, vilket i sin tur kan öka attraktiviteten för primärvården. Teamet kan gemensamt fördela uppgifter sinsemellan och på så vis arbeta effektivt runt en patient. Av bland annat dessa skäl behöver teamarbetet utvecklas och stärkas både inom primärvården och i samordningen av patientinsatser mellan vårdgivare. I och med att yrkesroller utvecklas och eventuella nya tillkommer behöver teamet även utrymme för att kontinuerligt utveckla nya arbetssätt. Att ändra arbetssätt till att bli mer teambaserade kräver också stöd i styrning och ledarskap, varför det även bör följas upp inom ramen för det föreslagna ledningssystemet för ledarskap (se även avsnitt Ett ledningssystem för ledarskap).

Enligt betänkandet Effektiv vård försvåras möjligheterna till teambaserade arbetssätt samtidigt av att hälso- och sjukvård, omsorg och stödorganisationer för patienterna har fragmenterats i och med vårdvalssystem och

industritänk varför det saknas en helhetsbild av patienterna²⁶. Från den kommunala hälso- och sjukvårdens sida kan fragmenteringen även innebära att medarbetarna ska samarbeta med flera olika läkare från olika primärvårdsenheter. Kontinuiteten riskerar att bli lidande, vilket i sig försvårar möjligheterna att arbeta i team. Inte sällan finns kostnadsaspekter som också försvårar möjligheterna till relationsbyggande, tillit och samverkan.

- Rådet rekommenderar att regionerna ser över sina vårdvalssystem för att se hur de främjar eller hindrar möjligheterna till teamarbete inom och mellan verksamhetsgränser.
- Rådet rekommenderar också att verksamhetscheferna, som ansvarar för hur vården bedrivs och har en viktig roll i att möjliggöra teambaserade arbetssätt, ytterligare arbetar för att definiera och underlätta teamets roll och funktion i det patientnära arbetet.

Rekommendation: Säkerställ tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning för primärvårdens professioner

Tid och möjlighet till fortbildning för primärvårdens medarbetare lyfts regelbundet av professionerna som en betydande faktor för att säkerställa kompetens och säker vård i primärvården²⁷. För att upprätthålla en sådan vård behöver fortbildning och kompetensutveckling ske systematiskt och kontinuerligt. Därför bör en nationell samordning av fortbildningen för vårdens professioner utredas vidare. Regeringen konstaterar i propositionen *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*²⁸, att behovet av livslångt lärande ökar på en föränderlig arbetsmarknad då många människor behöver återvända till högskolan för fortbildning, vidareutbildning, karriärväxling eller bildning. Som en följd av detta har en lagändring trätt i kraft som förtydligar universitets och högskolors roll i det livslånga lärandet²⁹.

Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete³⁰. Det betyder bland annat att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska se till att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att de i övrigt fullgör sina åligganden på korrekt sätt. I vårdgivarens ansvar ligger även att se till att eventuella brister i kunskap eller kompetens hos medarbetarna åtgärdas genom lämplig fortbildning³¹. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva³² regleras närmare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd³³ om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vissa kollektivavtal kan innehålla delar som indirekt reglerar fortbildningsfrågor genom att individuella kompetensutvecklingsplaner ska utarbetas för medarbetarna.

²⁶ SOU 2016:2. Effektiv vård.

²⁷ Distriktläkarföreningens och Svensk förening för allmänmedicins Tänkargrupp för God och Nära vårds genomförande. *Världens bästa primärvård – en sjukvårdsreform (2022:4)*.

²⁸ Prop. 2020/21:60. *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*.

²⁹ 1 kap. 5 § högskolelagen, HL (1992:1434).

³⁰ 3 kap. PSL.

³¹ Prop. 2009/10:210. *Patientsäkerhet och tillsyn*.

³² 3 kap. PSL.

³³ SOSFS 2011:9.

I samband med att bristen på fortbildning lyfts vid dialogmöten, lyfts också problematiken med att den samlade arbetsbördan motverkar möjligheterna till fortbildningsaktiviteter, eftersom tid som ägnas åt annat än vårdbesök innebär en förlust för verksamheten och en anhopning av arbetsuppgifter. Trots att lagstiftningen fastställer kompetensutvecklingens betydelse för en patientsäker vård och att fortbildning regleras i kollektivavtalen kommer fortbildning inte alltid till stånd på grund av ovannämnda begränsningar.

- Även om huvudmännens ansvar kvarstår, bedömer rådet att ett nationellt helhetsgrepp behöver tas. Rådet kvarstår därför vid sina tidigare rekommendationer³⁴ att regeringen bör utreda möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner, i syfte att skapa likvärdighet, lära av goda exempel och möjliggöra kvalitetssäkring. Samtidigt bör huvudmännen inrätta planer för att säkra medarbetares kontinuerliga kompetens- och karriärutveckling, inklusive fortbildningsinsatser. Huvudmännen bör även säkra hälso- och sjukvårdspersonalens möjlighet att under arbetstid följa kunskapsutvecklingen inom områden som är relevanta för verksamheten.³⁵

Rekommendation: Stärk samverkan mellan primärvård och specialiserad vård, skapa ett gemensamt arbetssätt med patienten i centrum

Omställningen till nära vård ställer ökade krav på samverkande organisationer såväl inom primärvården och den specialiserade vården som mellan dessa. Samverkan inom hälso- och sjukvården regleras genom Hälso- och sjukvårdslagen³⁶, Socialtjänstlagen (avseende kommunens ansvar)³⁷ och Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, den så kallade samverkanslagen.

Idag upplever många av hälso- och sjukvårdens medarbetare en frustration över brister i samverkan mellan specialiserad vård och primärvård. Medan slutenvårdens medarbetare brottas med vårdplatsbrister och högt inflöde av patienter, upplever primärvårdens medarbetare att remisser inte accepteras och att det råder bristande förståelse för de förutsättningar som kan hindra regional primärvård och kommunal hälso- och sjukvård från att utföra avancerade insatser och ta emot patienter vid utskrivning. Det råder ofta en fördröjd informationsdelning vilket bidrar till brister i kontinuiteten i gränssnittet mellan specialiserad vård och primärvård. I dag kan alltmer komplexa vårdinsatser bedrivas utanför sjukhusen, samtidigt som primärvården varken har kompetens eller resurser att ta om hand de förändrade vårdbehoven.

Problematiken kring samverkan och regleringen av denna adresseras även i betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer³⁸, som föreslår ett förtydligande av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och möjlighet till samverkan inom den specialiserade

³⁴ Nationella vårdkompetensrådet. Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 (2022:2).

³⁵ Nationella vårdkompetensrådet. Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 (2022:2).

³⁶ 7 kap 7§ respektive 11 kap 3§, HSL, där det framgår att region och kommun ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

³⁷ 5 kap 6§, socialtjänstlagen, där det framgår att kommunen, vid planering av sina insatser för äldre, ska samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer.

³⁸ SOU 2022:41. Nästa steg.

vården i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Utredningen bedömer att rättsläget borde framgå tydligare av HSL då det råder osäkerhet om olika arbetsformer är lagenliga eller inte när vissa medicinska insatser sker utanför vårdinrättningar. Utredningen lyfter också att det i dag saknas stöd i hälso- och sjukvårdslagen för att överlåta huvudmannaansvar till kommuner när det handlar om annan vårdnivå än primärvård.

Även om det finns förbättringspotential så finns det goda exempel på initiativ till förbättrad samverkan. Ur dessa initiativ kan lärdomar dras. Exempelvis hade drygt 115 kommuner redan innan samverkanslagens införande börjat använda så kallad Trygg hemgång när personer med omsorgsbehov skrivs ut från sjukhus. Detta omfattar insatser utifrån individens behov som är tidsbegränsade till perioden mellan utskrivning från slutenvård och till dess att ordinarie hemtjänst och hemsjukvård tar vid. Vid uppföljning har vissa kommuner bland annat noterat att satsningen förkortat ledtider i utskrivningsprocessen, minskat behovet av korttidsplatser och/eller att antalet återinskrivningar i slutenvård minskar. En utmaning har varit svårigheten att identifiera de individer som ska få Trygg hemgång, vilket medfört att färre individer än planerat får insatsen samt att teamen inte arbetar med sin fulla kapacitet.³⁹

Den utvärdering som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys gjort av genomförandet av samverkanslagen visar att det finns behov av att fortsätta utveckla samverkan mellan och inom huvudmännen, både före, under och efter utskrivningen.

Rådet rekommenderar hälso- och sjukvårdens huvudmän att se över hinder och möjligheter till samverkan i syfte att minska friktion som försämrar arbetsmiljön för medarbetarna, exempelvis genom:

- Ökad användning av användarvänliga och ändamålsenliga digitala verktyg såväl i anslutning till patientnära möten som i fortbildningssyfte. Detta skulle kunna bidra till ett ökat kunskaps- och informationsutbyte mellan de olika verksamhetsområdena.
- Att skapa bättre möjligheter för att inneha delade tjänster som kombinerar kliniskt arbete inom primärvård och specialiserad vård och/eller att byta specialinriktning. Detta skulle kunna bidra till att öka kontaktytorna mellan respektive verksamhet och avlasta såväl primärvård som specialiserad vård. Det handlar till exempel om att se över regelverk för anställningar mellan specialiserad vård och primärvård, genom exempelvis stöd för avtalsskrivning vid anställning som klargör gällande regelverk och ansvarsfördelning mellan verksamheterna, särskilt i fråga om kombinerade anställningar mellan regional och kommunal vård.

³⁹ SKR. Trygg hemgång (2017).

2. Insatser för att primärvården i högre grad ska kunna medverka i högskoleutbildning och forskning

Rådets förslag

2.1 Utveckla formerna för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och klinisk praktik

Förslag:

- Modeller för handledning av studenter under VFU/klinisk praktik bör utvecklas och medel bör satsas för detta ändamål.
- Potentialen att tillhandahålla VFU/klinisk praktik inom kommunal hälso- och sjukvård bör tas tillvara i högre utsträckning.

Översyn av den verksamhetsförlagda utbildningen behövs Utbildningsutbudet vid universitet och högskolor ska svara mot studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov⁴⁰. Antalet platser på hälso- och sjukvårdsutbildningar begränsas dock idag av en rad faktorer, såsom brist på VFU-platser, disputerade lärare och lärare med docentkompetens. Trots regeringens särskilda satsningar på utbyggnad av antalet utbildningsplatser har lärosätena inte kunnat utöka utbildningsplatserna i enlighet med uppdraget⁴¹.

VFU/klinisk praktik är en central del av innehållet i hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan. Den genomförs i samverkan mellan universitet och högskolor som ansvarar för examinationen av VFU-moment och regioner och kommuner som tar emot studenterna på VFU.⁴² Regeringen har sett behov av ökad samordning av VFU för studenter i sjuksköterskeutbildningen och har tillsatt en nationell samordnare som ska stödja lärosäten samt hälso- och sjukvården i deras arbete med att tillhandahålla platser där studenter kan genomföra sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU)⁴³. Syftet är att öka antalet utbildningsplatser så att lärosätena ska kunna utbilda fler sjuksköterskor. Samordnaren ska bland annat fungera som ett stöd och en katalysator för lärosätena och vårdgivarna i deras samverkan kring VFU, men inte ta över ansvaret från lärosätena. Samordnaren ska inom uppdraget också stödja aktörerna i arbetet med att utveckla modeller för, och organisering av, VFU så att det blir möjligt för fler vårdgivare och verksamheter att ta emot studenter

⁴⁰ Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende universitet och högskolor (U2021/04851).

⁴¹ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

⁴² Prop. 2000/01:71. Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.

⁴³ Dir. 2022:101. Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen.

samt sprida goda exempel. Samordnaren ska även särskilt se över möjligheterna att ställa krav på privata vårdgivares medverkan i utbildningarna.

Den verksamhetsförlagda utbildningen är enligt utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård⁴⁴ i hög grad fortfarande knuten till sjukhusen. Primärvården utgör en potential för verksamhetsförlagd utbildning. Studenterna behöver, för att få insikt i och förståelse för kommande arbetsuppgifter, kunna genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen inom relevanta delar av hälso- och sjukvården. Då utvecklingen i hälso- och sjukvården förskjuts alltmer från de stora sjukhusens vårdavdelningar till vård på andra vårdinrättningar och i hemmiljö, behöver den verksamhetsförlagda utbildningen göra samma förflyttning. Den verksamhetsförlagda utbildningen kan, utöver att uppfylla utbildningens syfte att studenterna ska uppnå lärandemålen, utgöra en rekryteringsbas för framtida medarbetare och kan på så vis bidra till att fler arbetar inom vården. Bland annat Göteborgs universitet har angett att de i den nya läkarutbildningen har utökat tiden för klinisk placering i primärvården från 2 till 15 veckor. I betänkandet Tryggare i vårdruket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska⁴⁵ framgår att flera lärosäten bedömer att störst potential för ett ökat antal VFU-platser för sjuksköterskeutbildningen finns inom kommunal hälso- och sjukvård. Ett lärosäte anger att VFU i kommunal hälso- och sjukvård i hemmet har utökats med två veckor. Utredningen bedömer att det behövs ett omfattande utvecklingsarbete, inte minst utbildning och stöd till handledare, för att möjliggöra VFU/klinisk praktik inom kommunal hälso- och sjukvård. Samtidigt har det under arbetet med uppdraget framkommit att det finns vissa svårigheter att fylla VFU-platser i kommunal hälso- och sjukvård. Det förekommer nämligen att studenter inte genomför VFU/klinisk praktik i vissa kommuner trots att det finns tillgängliga platser.

Rådet ser ett behov av att VFU/klinisk praktik i ökad utsträckning sker inom den nära vården. Vid en omfördelning av VFU/klinisk praktik-platser i samband med den pågående förflyttningen av vård till primärvården från den specialiserade vården, bör formerna för VFU/klinisk praktik ses över och utvecklas för att bli mer ändamålsenliga för primärvården. Exempelvis kan peer learning och utökade möjligheter till VFU/klinisk praktik på kvällar och helger användas, beroende på behoven i respektive verksamhet och utbildning. Syftet är att möjliggöra för så många verksamheter som möjligt att ta emot VFU-studenter med bibehållen kvalitet.

Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska (U2021:02) har också sett behov av att utforma fler handledningsmodeller som är anpassade efter olika typer av vårdverksamhet, inklusive krav på handledarkompetens och att detta bör genomföras av lärosätena i samråd med hälso- och sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. Utredningen identifierar de sjukvårdsregionala råden som en möjlig samverkansyta. Rådet instämmer med utredningen i att de regionala vårdkompetensråden är en lämplig arena för samverkan kring VFU/klinisk praktik, då de berörda aktörerna – kommuner, regioner och lärosäten – deltar där. Den nationella samordnaren för VFU

⁴⁴ SOU 2020:19. God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

⁴⁵ SOU 2022:35. Tryggare i vårdruket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska.

är också en viktig aktör som bör vara inkopplad i arbetet för att delge information och utbyta goda exempel.

I likhet med ovan beskrivna utredningar ser rådet ett behov av en översyn av verksamhetsförlagd utbildning för att göra denna så ändamålsenlig som möjlig, genom följande förslag:

Rådet föreslår att regeringen bör satsa medel för att specifikt utveckla och främja olika handledarmodeller för VFU/klinisk praktik. Arbetet för att utforma modellerna bör ske i samarbete mellan lärosäten, regioner och kommuner. Rådet föreslår också att potentialen för VFU/klinisk praktik i kommunal hälso- och sjukvård bör tas tillvara där samverkan redan pågår i frågorna, exempelvis genom de regionala vårdkompetensråden. Rådet föreslår att regioner, kommuner och lärosäten genom samverkan till exempel inom de regionala vårdkompetensråden, arbetar med att systematiskt och kontinuerligt dra lärdom av goda exempel för att utforma handledningsmodeller för VFU/klinisk praktik, liksom att ytterligare inventera möjligheter och hinder för VFU/klinisk praktik i kommunal hälso- och sjukvård, för att kunna motverka det senare. Rådet har i sin tur arbetet nationellt med att lyfta frågan om trepartsavtal mellan lärosäten, regioner och kommuner gällande VFU.

2.2 Stärk förutsättningarna för forskarutbildning och forskning i primärvården

Förslag:

- Långsiktig finansiering av forskarskolor i primärvården bör säkerställas.
- Anställda inom primärvården bör ha utrymme att söka forskningsmedel och tid för att forska.
- Medel behöver tillföras forskning med relevans för primärvården.

Forskning behöver prioriteras i högre grad inom primärvården

Det är definierat att universitetssjukvårdens kärnverksamheter, jämte hälso- och sjukvård, ska vara klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling⁴⁶. Rådet bedömer att nämnda principer även är applicerbara på verksamhet inom primärvården. En universitetssjukvårdsenhet avser i normalfallet en klinik eller motsvarande basenhet, som leds av en verksamhetschef.⁴⁷ Det finns tydliga kriterier som ska uppfyllas av en universitetssjukvårdsenhet vad gäller till exempel utbildning och forskning. Dessa kriterier är något att sträva efter i primärvården.

⁴⁶ Läs mer om universitetssjukvårdsenheter i delredovisningen Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. (2022:3).

⁴⁷ Definition av universitetssjukvård, Underlag beslutat av den nationella styrgruppen för ALF.

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete⁴⁸. I regeringens forskningsproposition 2020 anges att mot bakgrund av den pågående omställningen till en nära vård, som innebär att viss vård flyttas ut från de större sjukhusen till mottagningar utanför dessa miljöer som exempelvis vårdcentraler, behöver forskning och utbildning följa med och bedrivs där patienterna finns.⁴⁹ Strukturen i den nära vårdens verksamheter är annorlunda än de mer traditionella forskningsmiljöerna, ofta med små och geografiskt spridda enheter, vilket kan vara försvårande för forskning. Vidare har det i betänkanden beskrivits att forskningskulturen inom primärvården uppfattas som svag av många i dag.⁵⁰

Utifrån dessa mindre gynnsamma förutsättningar bedömer rådet att det är viktigt att satsningar görs på forskning i primärvården. Att bygga upp och utveckla forskningskompetens inom såväl den regionala som kommunala primärvården underlättas om även chefer har egen erfarenhet av forskning. Utan tillräckligt antal forskare och lärare inom primärvården saknas grundläggande förutsättningar för att bedriva grundutbildning, vidareutbildning och forskarutbildning i tillräcklig omfattning och kvalitet som krävs för att kunna bygga basen för framtidens hälso- och sjukvård.

I forskningspropositionen 2020 gjorde regeringen en särskild satsning för att bygga upp och utveckla forskningskompetens i primärvården. Bedömningen var att det måste skapas bättre förutsättningar för primärvårdens medarbetare att driva och delta i forskningsprojekt. Medel har tillförts Vetenskapsrådet för att finansiera forskarskolor inom allmänmedicin och ge möjlighet för primärvårdens medarbetare att bedriva forskning. Rådet anser att satsningar på forskarskolor för doktorander är ett bra sätt att stärka forskningskompetens och öka primärvårdens medverkan i forskning. Forskarskolan utgör i sig också en god grund för en framtida forskarkarriär. En långsiktig finansiering bör därför säkerställas för forskarskolor som riktar sig till doktorander såväl inom regional som kommunal primärvård. Forskarskolorna bör inte ha fokus enbart på allmänmedicin utan inkludera alla primärvårdens yrkesgrupper. Att alla yrkesgrupper deltar i forskarskolor ger ett mervärde, liksom i teamarbetet i primärvården. Forskarskolor i primärvården bör prioriteras både nationellt och i respektive region och kommun. För att skapa ett långsiktigt och systematiskt arbetssätt inom ramen för nämnda forskarskolor krävs långsiktig finansiering, vilket även möjliggör för ett stabilt mottagande av alla olika yrkesgrupper i forskarskolorna.

Rådet bedömer att för att primärvårdens medarbetare i ökad grad ska kunna medverka i forskningsarbete krävs både att fler doktorander och postdoc med relevant bakgrund har möjlighet att arbeta i primärvården.

Rådet bedömer att huvudmännen behöver se till att det finns utrymme att under arbetstid skriva ansökningar om forskningsmedel och att forska. Detta gäller även för ST-läkare som behöver få forskarförberedande utbildning inom ramen för specialiseringstjänstgöringen. I primärvården där

⁴⁸ 13 a kap. 1 § HSL.

⁴⁹ Prop. 2020/21:60. Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.

⁵⁰ SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform och SOU 2020:19 God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

verksamheten inte är organiserad för forskning måste stöd från arbetsgivarna ges till medarbetarna för att möjliggöra forskning.

Rådet föreslår att regeringen bör prioritera primärvården när nya forskningsmedel ska fördelas i forskningspropositionen 2024.

Rådets rekommendationer

Rekommendation: Ge fler möjlighet till förenade anställningar inom primärvården och på lärosätena

En förenad anställning innebär att en anställning som professor eller lektor är förenad med en anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning. Enligt högskolelagen (8§ 1992:1434) får regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddela föreskrifter om att en läraranställning vid en högskola ska vara förenad med en anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning. Anställningarna som kan kombineras med läraranställning är specialistutbildad läkare eller tandläkare eller en annan anställning än som läkare.

I högskoleförordningen (1993:100) specificeras att en högskola får besluta att en anställning som professor eller lektor vid högskolan ska vara förenad med en anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk (inklusive odontologisk) utbildning och forskning. Här regleras även behörighet och bedömningsgrunder vid anställning för professor och lektor. Sedan förenade anställningar skapades har en ny anställningskategori i högskolan tillkommit i form av biträdande lektor. Den syftar till att den anställda ska ges möjlighet att meritera sig vetenskapligt och pedagogiskt för att sedan uppfylla kraven på behörighet för en tillsvidareanställning som lektor. En biträdande lektor ska efter ansökan, och om på förhand uppställda krav uppfylls, befordras till lektor.

Vissa lärosäten har möjliggjort andra former av så kallade kombinationsanställningar för biträdande lektorer så att de ska kunna arbeta i hälso- och sjukvården samtidigt som i högskolan trots att de inte uppfyller lagens krav om en förenad anställning. För förenade anställningar regleras som sagt behörighets- och bedömningsgrunder för anställningen vilket inte gäller för kombinerade anställningar som biträdande lektorer idag kan inneha. Detta leder till att det förekommer olika former för respektive kombinerade och förenade anställningar och att olika villkor gäller beroende på vilken arbetsgivare de är anställda av. Kombinationsanställningar med två arbetsgivare är dessvärre inte lika fördelaktiga för medarbetaren som en förenad anställning eftersom medarbetaren i en kombinerad anställning kan förlora i förmåner till exempel vad gäller sjukskrivning och pension. Detta gör sannolikt en kombinerad anställning mindre attraktiv.

Regeringen framhöll i forskningspropositionen 2016 att lärosätena har ett stort ansvar för att tillgodose sina långsiktiga behov av kompetenta medarbetare som ska kunna bidra till verksamhetens kvalitet och framtida

konkurrenskraft.⁵¹ I det sammanhanget är anställningarna och karriärvägarna efter doktorsexamen av avgörande betydelse. En tidigare rapport från Nationella vårdkompetensrådet har visat att söktrycket till förenade anställningar varit relativt lågt under perioden 2018–2020. Ett system där 20 procent av utlysningarna inte blir tillsatta är i längden ohållbart, inte bara för lärosätena, utan påverkar också kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården i stort på lång sikt. Bristen på sökande kan delvis bero på att det är svårt att kombinera akademisk och klinisk karriär på det sätt som krävs för att meritera sig för förenade anställningar, trots senare års satsningar på karriärutvecklingsprogram i andan av ”från student till docent”.

Rådet vill framhålla betydelsen av att det finns disputerade medarbetare i hälso- och sjukvården samt vikten av att säkra kompetensförsörjningen av forskare och lärare inom vårdprofessionerna eftersom det ökar både kvaliteten i verksamheten samt patientsäkerheten.

Rådet anser därför att också biträdande lektorer bör få möjlighet till förenade anställningar, för att lärosätena ska kunna tillgodose sina långsiktiga behov av kompetenta medarbetare som bidrar till verksamhetens kvalitet och framtida konkurrenskraft. Det ger medarbetare i hälso- och sjukvården möjlighet att tidigare i karriären få en tydlig koppling till högskolan och påskynda processen med att uppnå de krav som ställs för en lektorsanställning.

Förenade anställningar för andra yrkesgrupper

Läkare utgör den största yrkesgruppen som innehar en förenad anställning, men under senare år har flera lärosäten infört förenade anställningar även för andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, dock inte alla. Detta visade Nationella vårdkompetensrådet hösten 2021 i promemorian Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020. Rådet bedömer att förenade anställningar bör möjliggöras även för andra yrkesgrupper än läkare.⁵² I högskolelagen (8§ 1992:1434) medges detta genom skrivelsen ”anställning som lärare vid en högskola skall vara förenad med en anställning som specialistutbildad läkare eller tandläkare *eller med en annan anställning än som läkare*”. Förenade anställningar är grundläggande både för hälso- och sjukvårdsutveckling, i form av klinisk och vårdvetenskaplig forskning, och för att professionsutbildningarna ska vara relevanta för samtiden och framtiden. Utan tillräckligt antal forskare och lärare med hög kompetens inom vårdprofessionerna kan inte grundutbildning, vidareutbildning och forskarutbildning drivas som är av tillräcklig omfattning och kvalitet för att kunna bygga basen för framtidens hälso- och sjukvård. Om även exempelvis sjuksköterskor, fysioterapeuter och andra relevanta yrkesgrupper skulle erbjudas förenade anställningar skulle alltså utbildning, forskning och hälso- och sjukvård gagnas. Det är särskilt viktigt i primärvården där många av dessa yrkesgrupper finns, liksom en majoritet av Sveriges patienter.

En utredare har tillsatts för att biträda Utbildningsdepartementet med att se över eventuella hinder för mobilitet mellan högskolan och andra sektorer. I uppdraget ingår att särskilt identifiera fungerande modeller och eventuella hinder för förenade anställningar.

⁵¹ Prop. 2016/17:50. Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.

⁵² Nationella vårdkompetensrådet. Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020 (2021:10).

- Rådet rekommenderar att alla berörda lärosäten utnyttjar regleringens möjlighet till förenade anställningar för andra än läkare.
- Rådet välkomnar att regeringen initierat en översyn och har förhoppningar om att det kan leda till möjligheten till förenade anställningar även för biträdande lektorer.

3. Insatser för att främja geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i landsbygd och/eller socioekonomiskt utsatta områden

Rådets förslag

3.1 Inför särskilda satsningar inom ramen för ett nationellt ledarskapsprogram

Förslag:

- Ett nationellt ledarskapsprogram bör införas (se förslag 1.1). Detta ledarskapsprogram bör kompletteras med särskilda satsningar dels för chefer som arbetar inom primärvården i landsbygd, dels för chefer som arbetar i primärvård i socioekonomiskt utsatta områden. Medel bör tillföras i enlighet med ett sådant uppdrag.

Större utmaningar men även stor potential

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.⁵³ Förutsättningarna för att bedriva en patientsäker vård liksom utförandet av vård i patientmötet skiljer sig åt mellan olika delar av landet, exempelvis mellan olika typer av landsbygder, tätorter och storstäder trots lagens intentioner om en jämlik vård i hela landet.¹⁶³

Utmaningarna och möjliga åtgärder för kompetensförsörjningen i primärvården inom landsbygd respektive socioekonomiskt utsatta områden har flera gemensamma nämnare. Samtidigt är förutsättningarna olika för landsbygd och socioekonomiskt utsatta områden, men kan även vara överlappande då socioekonomiskt utsatta områden finns såväl i städer som i landsbygd. Gemensamt är att behovet av insatser för att attrahera och behålla medarbetare blir än mer betydelsefulla, då hälso- och sjukvårdspersonal i nämnda områden har patienter med stora vårdbehov och att arbetsbördan därmed ofta också blir större.⁵⁴

Åtgärder för att möta utmaningarna i primärvårdens kompetensförsörjning i nämnda områden liknar ofta de åtgärder som krävs för primärvården som helhet. Utan åtgärder riskerar dock verksamheter att få ännu större svårigheter med att främja en geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i landsbygd respektive till socioekonomiskt utsatta områden. Samtidigt är

⁵³ 3 kap. 1§ HSL.

⁵⁴ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

förutsättningarna olika för landsbygd och socioekonomiskt utsatta områden, exempelvis när det gäller rekrytering till landsbygd där förutsättningarna för att leva och bo i landsbygd är av stor vikt.

Arbetet i primärvården i socioekonomiskt utsatta områden kan innebära ett ökat ansvar för omhändertagande av patienter med sämre levnadsvillkor och en högre grad av ohälsa än i övriga områden. Detta ställer högre krav på såväl medarbetare som ett hållbart chefskap. Vidare innebär att arbeta i primärvården i landsbygd ett omhändertagande av fler äldre med stora vårdbehov och avståndet till närmaste vårdinrättning är större.⁵⁵

Mot denna bakgrund medför den sammantagna arbetsinsatsen oftast ett stort ansvar för professionerna. Inte sällan förekommer även ensamarbete i hög utsträckning. Det krävs därmed goda förutsättningar för ett närvarande och hållbart ledarskap som i sin tur är avgörande för att kunna stödja och behålla befintliga medarbetare.

Vid rådets dialogmöte den 16 september 2022 framkom att en gemensam nämnare för att attrahera och rekrytera nya medarbetare i primärvården i såväl landsbygd som i socioekonomiskt utsatta områden är att det finns möjligheter för chefer och medarbetare att göra betydelsefulla insatser i det patientnära arbetet. De finns ofta ett engagemang hos medarbetare och chefer att hitta olika typer av lösningar och nytänkande. Att själva kunna utforma sina verksamheter och arbetsätt så att de gagnar både professionen och patienterna har lyfts som en viktig bidragande faktor för att behålla chefer och medarbetare.

Förutsättningarna för ledarskap behöver stärkas

För att stärka medarbetarna och säkra kompetensförsörjningen i primärvården krävs ett gott och hållbart ledarskap. Det är särskilt viktigt i områden som har större utmaningar med att skapa en stabil kompetensförsörjning, vilket är fallet i landsbygd och även i socioekonomiskt utsatta områden. Ledarskap har betydelse såväl för att rekrytera som för att behålla medarbetare och dess betydelse för verksamheten och medarbetarnas arbetsmiljö kan inte nog betonas. Rådet anser att regioner, kommuner, privata vårdgivare och dess verksamhetschefer behöver ges ökade förutsättningar att genomföra primärvårdens uppdrag och att en central del i detta utgörs av förutsättningarna för ett gott och hållbart ledarskap. Därför bör ett nationellt ledarskapsprogram utformas (se förslag 1.1) som kan ge stöd åt chefer i arbetet med att skapa en god arbetsmiljö samt rekrytera och behålla medarbetare och på så sätt skapa en god kompetensförsörjning. Det ledarskapsprogram som rådet föreslår bör kompletteras med särskilda satsningar och anpassningar för chefer verksamma i landsbygd. På motsvarande sätt bör ledarskapsprogrammet innehålla särskilda satsningar för chefer verksamma i socioekonomiskt utsatta områden. Ett exempel på sådana satsningar kan vara nätverk för cheferna i respektive område. Nätverken kan ge ökat stöd för cheferna och möjlighet till utbyte av erfarenheter, lärdomar och goda exempel. Det kan även bidra till samverkan över aktörsgränser.

⁵⁵ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

Rådet menar att tillgång till ledarskapsprogram anpassat för chefer inom nämnda områden samt erfarenhetsutbyte genom nätverk kan bidra till en ökad attraktion och få chefer intresserade av att arbeta inom primärvården i landsbygd eller i socioekonomiskt utsatta områden. Det kan dessutom vara ett stöd för redan verksamma chefer i nämnda områden. Förslaget bedöms därmed kunna gynna såväl befintliga som framtida chefer.

Rådet föreslår därmed att ett nationellt ledarskapsprogram bör införas (se förslag 1.1) och att programmet kompletteras med särskilda satsningar för chefer som arbetar i landsbygd respektive chefer som arbetar i socioekonomiskt utsatta områden. Rådet föreslår att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att utforma ledarskapsprogrammet. Medel bör tillföras i enlighet med ett sådant uppdrag.

3.2 Öka genomförandet av vårdutbildningar och utbildningsmoment i landsbygd samt i socioekonomiskt utsatta områden

Förslag:

- Vårdutbildningar och utbildningsmoment bör i högre grad genomföras på flera orter i landsbygd inom primärvården, i form av:
 - decentraliserade utbildningar. Medel behöver fortsatt tillföras decentraliserade vårdutbildningar och satsningarna behöver löpande följas upp och utvärderas i fråga om effekter på kompetensförsörjningen.
 - VFU/klinisk praktik inom verksamheter på landsbygd (se även förslag 2.1).
- Vårdutbildningar och utbildningsmoment bör i högre grad genomföras i socioekonomiskt utsatta områden i primärvården, i form av:
 - VFU/klinisk praktik i verksamheter i socioekonomiskt utsatta områden.

Vårdutbildningar bör bedrivas på fler platser i landet

Att öka attraktiviteten och bidra till framtida rekrytering såväl i landsbygd som i socioekonomiskt utsatta områden främjas om studenter får en bra erfarenhet och inblick i sådana verksamheter under sin studietid. Det förutsätter i sin tur att kursmomenten ges på mottagningar med goda förutsättningar för att ta emot studenter, exempelvis där det finns seniora kollegor, god tillgång till handledning med mera.⁵⁶ Det kan även öka kunskapen om primärvårdens verksamhet i den specifika kontexten och bedöms även kunna leda till ett ökat intresse för ett framtida arbete i nämnda områden.⁵⁷ Under arbetet med

⁵⁶ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

⁵⁷ Ibid.

uppdraget har flera regioner angett att VFU ses som en viktig kanal för regioners och kommuners rekrytering till primärvården och är en åtgärd som ingår i flera regioners kompetensförsörjningsplaner. Exempelvis har Uppsala kommun nyttjat VFU för att locka studenter till arbete i utsatta områden, då det ger studenterna både erfarenhet av arbetet och skapar kontakter inför potentiell framtida anställning. För att öka spridningen och tillsättningen av platser för VFU och klinisk praktik i socioekonomiskt utsatta områden krävs en god samverkan mellan regioner, kommuner och lärosäten med att etablera kontakt med välfungerande verksamheter i dessa områden. Goda exempel för detta finns bland annat i Malmö där Malmö kommun samarbetat med Malmö universitet⁵⁸.

Ett sätt att öka förutsättningarna för att fler studenter på sikt ska välja att arbeta inom primärvården i landsbygd och socioekonomiskt utsatta områden är att bedriva vårdutbildningar på fler platser i landet. Exempel på decentraliserade vårdutbildningar finns redan idag vid ett antal lärosäten. Exempelvis är läkarutbildningen vid Umeå universitet decentraliserad och ges på fyra studieorter från termin 6, i Luleå/Sunderbyn, Umeå, Sundsvall och Östersund. Det pågår även satsningar på decentraliserade vårdutbildningar för ytterligare ett antal hälso- och sjukvårdsutbildningar vid olika lärosäten i landet, där medel har getts av regeringen.⁵⁹

En ökad geografisk spridning av vårdutbildningar och utbildningsmoment ger möjlighet till positiva erfarenheter för studenter

Decentraliserad utbildning och VFU/klinisk praktik i landsbygd
För att öka studenters närvaro i landsbygd föreslår rådet att fler vårdutbildningar och utbildningsmoment bör genomföras decentraliserat, utanför högskolans huvudort. Förslaget går i linje med Tillgänglighetsdelegationens förslag om att i samverkan med regioner och universitet utreda regionaliserad läkarutbildning i de sjukvårdsregioner som idag saknar det⁶⁰. Dels får studenter erfarenhet av arbete i landsbygdsområden, dels ökar möjligheten att fler och potentiella studenter i dessa områden söker sig till vårdutbildningar eftersom det finns ökade möjligheter att genomföra delar av sin utbildning nära sin hemort.

Rådet ser positivt på regeringens satsningar på decentraliserad utbildning för olika hälso- och sjukvårdsprogram, men betonar att det också är av vikt att följa och utvärdera dessa satsningar och hur utfallet blir för exempelvis olika typer av utbildningar.

Förutom att decentralisera vårdutbildningar kan även en utökad närvaro av studenter i verksamheter på landsbygd ske under olika typer av utbildningsmoment, till exempel VFU eller klinisk praktik inom hälso- och

⁵⁸ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

⁵⁹ Regeringen har 2022 fördelat medel till Umeå universitet, Karlstads universitet, Mittuniversitetet, Högskolan Väst och Stiftelsen Högskolan i Jönköping. Satsningen är inriktad på utbildningar inom områden där det råder brist på utbildad arbetskraft och lärosätena har själva fått möjlighet att anmäla intresse för att delta. Det gäller utbildning till biomedicinsk analytiker, röntgensjuksköterska, sjuksköterska, barnmorska och specialistsjuksköterska som bedrivs på annan ort. Pressmeddelande från Regeringen, augusti 2022: Fem lärosäten får dela på 20 miljoner kronor för att bedriva vårdutbildning på fler platser i landet.

⁶⁰ SOU 2022:22. Vägen till ökad tillgänglighet.

sjukvårdsutbildningar. För att detta ska vara möjligt och bidra till en positiv erfarenhet för studenter förutsätter det att det finns välfungerande verksamheter som kan ta emot och handleda studenter, vilket kan ge studenterna både erfarenhet av arbete och skapa kontakter för verksamheten inför en potentiell framtida anställning. Här är även kommuner av särskild betydelse för en geografisk spridning av VFU-platser (se även förslag 2.1 gällande VFU i kommuner som även har bäring på exempelvis landsbygdskommuner längre bort från studieorter). För att öka spridningen och tillsättningen av VFU-platser i landsbygd krävs en god samverkan mellan regioner, kommuner och lärosäten. Det handlar även om att utveckla VFU, i likhet med förslag 2.1. Rådet föreslår att regeringen även fortsättningsvis fördelar medel för satsningar på decentraliserade vårdutbildningar samt att satsningarna löpande följs upp och utvärderas i fråga om effekter på kompetensförsörjningen. Rådet föreslår vidare en ökad samverkan mellan regioner, kommuner och lärosäten avseende VFU/klinisk praktik i landsbygdsområden.

VFU/klinisk praktik i socioekonomiskt utsatta områden

Socioekonomiskt utsatta områden kan finnas såväl i landsbygdsområden som i städer⁶¹. Att öka attraktiviteten och bidra till framtida rekrytering till denna typ av område främjas om studenter får en bra erfarenhet och inblick i verksamheten under sin studietid, till exempel under VFU eller andra kursmoment. Det förutsätter i sin tur att kursmomenten ges på mottagningar med goda förutsättningar att ta emot studenter, exempelvis att det finns seniora kollegor, god tillgång till handledning m.m.

Rådet föreslår att regioner, kommuner och lärosäten, genom att samverka i de regionala vårdkompetensråden, arbetar med att systematiskt och kontinuerligt dra lärdom av goda exempel, liksom att ytterligare konkretisera förslag för att underlätta VFU/klinisk praktik i socioekonomiskt utsatta områden. Regionala vårdkompetensråden bör även inventera möjligheter och hinder för detta i syfte att ge förslag till beslutsfattare.

Rådets rekommendationer

Rekommendation: Se över och överväg ytterligare insatser för att bidra till en ökad geografisk rörlighet genom särskilda utbildningsspår

Rådet bedömer att det finns ytterligare insatser som kan vidtas i syfte att förstärka studenters erfarenheter eller intresse av att arbeta inom primärvården i landsbygd eller i socioekonomiskt utsatta områden. Rådet rekommenderar därför de regionala vårdkompetensråden att i samverkan undersöka möjligheterna för en motsvarighet till det glesbygdsmedicinska spåret som finns vid läkarutbildningen i Umeå även för andra utbildningar, exempelvis för sjuksköterskeutbildningen. De regionala vårdkompetensråden kan exempelvis samverka med Umeå universitet, då det i dagsläget är det enda lärosäte som har ett glesbygdsmedicinskt spår.

⁶¹ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

I likhet med ett särskilt glesbygdsmedicinskt spår rekommenderar rådet att ett motsvarande spår för socioekonomiskt utsatta områden tas fram. Detta är något som berör lärosäten, och då företrädevis lärosäten som redan i dagsläget har pågående samarbete och utbyte med verksamheter i socioekonomiskt utsatta områden.

De särskilda utbildningsspåren kan ge studenter som redan under utbildningstiden har ett intresse för vad arbete i glesbefolkad landsbygd eller socioekonomiskt utsatta områden en möjlighet till fördjupning och tillgång till kurser/erfarenheter som kommer att göra dem ännu mer förberedda för arbete i dessa områden framöver. Att få till denna typ av inriktningar redan under grundutbildning kan bidra till ökad attraktivitet och intresse för arbete i landsbygd eller i socioekonomiskt utsatta områden.

- Rådet rekommenderar de regionala vårdkompetensråden att undersöka möjligheterna till satsningar på särskilda utbildningsspår aktuella för landsbygd eller socioekonomiskt utsatta områden.

Rekommendation: Ge förutsättningar för hälso- och sjukvårdens medarbetare och chefer i fråga om kompetensutveckling och fortbildning samt möjlighet till teamarbete och ökad samverkan

Gemensamt för hälso- och sjukvårdens medarbetare, och särskilt i landsbygd och socioekonomiskt utsatta områden, är behovet av goda förutsättningar för kompetensutveckling, fortbildning samt tid och möjlighet till ökad samverkan.⁶² Det är även rekommendationer som går igen i tidigare förslag i denna rapport avseende primärvården i stort (se även avsnittet Insatser för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården).

Arbete inom landsbygd och/eller socioekonomiskt utsatta områden ställer särskilda, och olika, krav på hälso- och sjukvårdens medarbetare, vilket redovisas mer ingående ovan.

Att arbeta inom primärvården i landsbygdsområden kan till exempel innebära långa avstånd till sjukhus och andra vårdinrättningar samt svårare demografiska förhållanden med exempelvis en större andel äldre, vilket innebär att vårdtyngden ökar. Detta ställer högre krav på medarbetare och ökar därmed behovet av kompetensutveckling, fortbildning och möjlighet till samverkan såväl inom exempelvis ett team som i samverkan med andra vårdaktörer.

Arbete inom primärvården i socioekonomiskt utsatta områden innebär ofta i högre grad omhändertagande av patienter med sämre levnadsvillkor och en högre grad av ohälsa vilket ställer högre krav på medarbetarna. För hälso- och sjukvårdspersonal i dessa områden innebär det ofta en särskilt pressad arbetssituation där det bland annat ställs höga krav på samverkan med exempelvis förskolor och socialtjänst. Det behövs tid och möjlighet till samverkan, stöd genom team med olika kompetenser samt kontinuerlig kompetensutveckling och fortbildning för personalen för att kunna möta vårdbehoven på ett adekvat sätt.

⁶² Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

Medarbetarna behöver därutöver få möjlighet till kontinuerlig kompetensutveckling och fortbildning utifrån de specifika utmaningar som finns i landsbygd respektive i socioekonomiskt utsatta områden.⁶³ Steg för att uppnå detta beskrivs under avsnittet Insatser för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården gällande rekommendation för fortbildning.

Medarbetare behöver även ges goda förutsättningar till kollegialt stöd och teamarbete. Att arbeta i team över professionsgränser kan även bidra till medarbetarnas kompetensutveckling. För att kunna arbeta effektivt i team och möta en persons sammansatta behov krävs strukturer som uppmuntrar och underlättar såväl samverkan mellan olika huvudmän och organisationer som mellan vårdens olika professioner i det dagliga arbetet. Att ändra arbetsätt till att bli mer teambaserade kräver också stöd i styrning och ledarskap, varför det även bör följas upp inom ramen för det föreslagna ledningssystemet för ledarskap, se rubriken Ett ledningssystem för ledarskap. Ett välfungerande samarbete mellan olika professioner kan innebära en ökad kontinuitet och effektivitet eftersom kompetensen används på rätt nivå, vilket i sin tur kan öka attraktiviteten för att arbeta i verksamheter på primärvårdsnivå i landsbygd och/eller socioekonomiskt utsatta områden.

- Rådet rekommenderar att huvudmännen bör ge medarbetarna goda förutsättningar för kontinuerlig kompetensutveckling och fortbildning (se även rekommendation i avsnittet Insatser för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården).
- Rådet rekommenderar att huvudmännen säkerställer att medarbetarna får tid och möjlighet till teambaserade arbetsätt och ökad samverkan. Rådet rekommenderar i linje med detta att verksamhetscheferna, som ansvarar för hur vården bedrivs och har en viktig roll i att möjliggöra teambaserade arbetsätt, ytterligare arbetar för att definiera och underlätta teamets roll och funktion i det patientnära arbetet (se även rekommendation i avsnittet Insatser för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården).

⁶³ Det kan exempelvis gälla kurser i kliniska bedömningar för sjuksköterskor verksamma i glesbefolkad landsbygd.

4. Planeringsunderlag och rekommendationer för dimensionering av ST-tjänster och specialister i allmänmedicin

Enligt regeringsuppdraget ska ett planeringsunderlag och rekommendationer lämnas för dimensionering av läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST-tjänster) och specialister i allmänmedicin på nationell och regional nivå.

Inledningsvis redovisas planeringsunderlaget i korthet utifrån uppdragets frågeställningar som gäller tillgång och efterfrågan avseende ST-tjänster och specialistläkare i allmänmedicin, med mera. Planeringsunderlaget redovisar beräknad tillgång och efterfrågan för det antal invånare som varje allmänläkare ansvarar för inom primärvården. Antalet invånare per läkare redovisas dels för riktvärdet 1 100 som Socialstyrelsen beslutade om i maj 2022⁶⁴, dels för värdet 1 500 eftersom det är det antal invånare per allmänläkare som tidigare förordats som riktvärde⁶⁵. Motsvarande beräkning görs för ST-läkare i allmänmedicin med en halvering motsvarande riktvärdet om 550 respektive 750 invånare som en ST-läkare i allmänmedicin ansvarar för. Andra specialistläkare som arbetar i primärvården ingår inte i beräkningarna. Dock har rådet i delredovisningen av föreliggande regeringsuppdrag redogjort för antalet invånare per specialistläkare inklusive specialister i barn- och ungdomsmedicin samt geriatrik. Noteras bör att det är förhållandevis få specialistläkare inom andra specialiteter än allmänmedicin som arbetar i primärvården, år 2020 var det exempelvis knappt 200 specialister i psykiatri, 100 specialister i barn- och ungdomsmedicin och ungefär lika många specialister i geriatrik som arbetade i nämnda verksamhet⁶⁶ (se även tabell 3, s. 51, i rådets delredovisning).

Sist i avsnittet redovisas även rådets förslag och rekommendationer för vissa andra insatser som rådet bedömer behövs i syfte att öka attraktiviteten och möjligheten att behålla allmänläkare i primärvården.

⁶⁴ Socialstyrelsen. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. (2022).

⁶⁵ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575.

⁶⁶ Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal.

Planeringsunderlaget i korthet

- **Antal tillgängliga ST-tjänster inom allmänmedicin i dagsläget och hur stor efterfrågan är**

Det saknas officiell nationell statistik om hur många ST-läkare inom allmänmedicin det finns att tillgå i dagsläget. Enligt Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) är antalet ST-läkare i allmänmedicin 3 356 stycken i riket i september 2022. Efterfrågan på ST-tjänster inom allmänmedicin bedöms i föreliggande rekommendation genom att beräkna hur många invånare som en ST-läkare i allmänmedicin ansvarar för i primärvården. Efterfrågan vid 550 invånare per ST-läkare i allmänmedicin inom primärvården 2022 uppgår till 5 200 stycken. Vid 750 invånare per ST-läkare är efterfrågan 3 800.

- **Antal tillgängliga specialistläkare i allmänmedicin i dagsläget och hur stor efterfrågan är**

År 2020 förvärvsarbetade 7 100 specialistläkare i allmänmedicin, varav 4 700 arbetade inom primärvården. År 2022 beräknas antalet uppgå till 7 500 respektive 4 900. Efterfrågan vid 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården 2022 beräknas uppgå till 8 300 stycken. Detta kan jämföras med att efterfrågan vid 1 500 invånare per specialist beräknas vara 6 100 stycken.

- **Andel av specialistläkarna i allmänmedicin som förväntas gå i pension under perioden 2022–2035**

- Fram till år 2035 förväntas cirka 3 500 specialistläkare i allmänmedicin lämna arbetsmarknaden till följd av framför allt pensionsavgångar. Det motsvarar ett årligt genomsnitt på 230 personer.

- **Antal tillgängliga handledare för ST i dagsläget**

Verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare som har övergripande ansvar för handledningen under hela tjänstgöringen. Uppgifter om handledarkapaciteten bland befintliga specialister i regionerna är hämtade ifrån SFAM. Endast tre regioner har uppgett handledarkapacitet i förhållande till antalet färdiga specialister i allmänmedicin, så uppgifterna blir mycket osäkra att dra slutsatser ifrån. Från dessa tre regioner ges ett spann om ca 30–55 procent av specialister i allmänmedicin som handleder. Majoriteten av regionerna uppger vidare att det inte råder en generell brist på handledare, utan att det kan vara enstaka vårdcentraler i exempelvis landsbygd där svårigheter finns med handledarkapacitet.

- **En bedömning av tillgång och efterfrågan på ST-tjänster inom allmänmedicin under perioden 2022–2035 och rekommendation om hur många ST-tjänster som behövs**

Under perioden 2022–2035 beräknas bristen, det vill säga skillnaden mellan tillgång och efterfrågan, på ST-läkare i allmänmedicin minska från 2 100 år 2022 till 1 500 år 2035. År 2035 är den förväntade tillgången på ST-läkare i allmänmedicin 4 000 och efterfrågan beräknas uppgå till 5 500 stycken, vid ett riktvärde om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin respektive 550 invånare per ST-läkare i allmänmedicin. Detta innebär en betydande brist under hela prognosperioden och det krävs en kraftig ökning av tillgången på ST-läkare i allmänmedicin för att efterfrågan ska kunna tillgodoses år 2035. Det kan jämföras med alternativet 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården, det vill säga 750 invånare per ST-läkare i allmänmedicin, i vilket tillgången på ST-läkare i allmänmedicin beräknas öka i tillräckligt stor omfattning fram till år 2035 för att motsvara efterfrågan. För åren dessförinnan väntas dock brist.

- **En bedömning av tillgång och efterfrågan på specialistläkare inom allmänmedicin under perioden 2022–2035 och rekommendation om hur många specialistläkare inom allmänmedicin som behövs**

Under perioden 2022–2035 beräknas bristen, det vill säga skillnaden mellan tillgång och efterfrågan, på specialistläkare i allmänmedicin i primärvården minska från 3 400 år 2022 till 2 200 år 2035. År 2035 är den förväntade tillgången på specialistläkare i allmänmedicin i primärvården 6 600 och efterfrågan beräknas uppgå till 8 800 stycken, vid ett riktvärde om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin. Detta innebär en betydande brist under hela prognosperioden och det krävs en kraftig ökning av tillgången på specialistläkare i allmänmedicin i primärvården för att efterfrågan ska kunna tillgodoses år 2035. Det kan jämföras med alternativet 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården, i vilket tillgången på specialistläkare beräknas öka i tillräckligt stor omfattning fram till år 2035 för att motsvara efterfrågan. För åren dessförinnan väntas dock brist.

- **Hur tiden mellan läkarlegitimation och bevis om specialistkompetens kan kortas och vilka resurser och åtgärder som krävs för det**

Tiden mellan läkarlegitimation och bevis om specialistkompetens uppgår i genomsnitt till drygt åtta år, jämfört med den föreskrivna tiden för ST-tjänst om minst 5 år. Tiden mellan läkarlegitimation och påbörjad ST-tjänst uppgår i genomsnitt till cirka 1,9 år. I genomsnitt uppgår ST-tjänstens totala längd till 6,2 år för män och 6,7 år för kvinnor. För att korta tiden mellan läkarlegitimation och bevis om specialistkompetens krävs en rad åtgärder såsom förbättrad arbetsmiljö inom primärvården och ökad genomströmning under ST. Även tiden mellan legitimation och påbörjad ST-tjänst behöver utredas i fråga om orsaker till att tiden uppgår till nära 2 år.

- **Hur många läkarstudenter som förväntas examineras per år 2022–2035**

Fram till år 2035 beräknas i genomsnitt 1 500 läkare per år examineras från läkarutbildningen.

Planeringsunderlag

Inledningsvis följer ett avsnitt om det sammantagna primärvårdsuppdraget och därefter ett om Sveriges befolkningsutveckling som båda syftar till att ge en bakgrund till kompetensförsörjningsutvecklingen inom primärvården.

Därefter redovisas en nulägesbild baserad på befintliga statistiska data.

Uppgifter redovisas även på sjukvårdsregional nivå, för att belysa kompetensförsörjningsutvecklingen inom primärvården i olika delar av landet.

Befolkningens sammansättning påverkar kompetensförsörjningen

Demografisk utveckling

Hur befolkningen i Sverige utvecklas behöver tas i beaktning som en del av kompetensförsörjningsplaneringen för hälso- och sjukvården, både nationellt och regionalt. Som en bakgrund till dimensioneringen av ST-läkare och specialister i allmänmedicin avhandlar följande avsnitt kort befolkningsutvecklingen i Sverige framöver.

År 2040 beräknas befolkningen uppgå till drygt 11 miljoner invånare. Det folkrikaste länet, Stockholms län, beräknas ha den största antalsmässiga ökningen under perioden fram till 2040. Invånarantalet i länet beräknas öka med 379 000 personer, eller 16 procent. Uppsala län beräknas få den största procentuella ökningen, 17 procent. Även i Hallands, Skåne och Västra Götalands län beräknas folkmängden öka i en snabbare takt än i riket. I sju län beräknas folkmängden minska fram till år 2040, bland annat i Västernorrlands och Norrbottens län, där en minskning med 6 respektive 5 procent beräknas.

I de flesta län finns både kommuner som beräknas öka och kommuner som beräknas minska sin folkmängd fram till 2040. Stockholms län och Uppsala län är undantag, där beräknas invånarantalet öka i alla kommuner. I Västernorrlands län beräknas alla kommuner få en minskad folkmängd fram till 2040.⁶⁷

I den framtida befolkningen ökar andelen äldre i befolkningen. Andelen av befolkningen som är 65 år och äldre är högre 2040 än 2021 i samtliga län och i princip alla kommuner. Andelen 80 år och äldre är högre i alla län och alla kommuner år 2040 än 2021. Ökningen beror på att dödligheten minskar, men också på att de stora kullarna födda på 1940-talet passerar 80 års ålder de närmaste åren. Det är stora skillnader mellan andelen äldre i olika län, i Gotlands län och Kalmar beräknas andelen 80 år och äldre vara högst år 2040, 11 procent. Stockholms län förväntas ha den lägsta andelen äldre, drygt 6 procent.⁶⁸

Vårdtyngd

Dimensioneringen av ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin är en komplex fråga och utöver ovannämnda faktorer behöver hänsyn tas till vårdbehovet, eller så kallad vårdtyngd. Som konstaterat i delrapporten av detta

⁶⁷ Statistiska centralbyrån, SCB. Fler äldre i alla län och kommuner 2040, hämtad på SCB.se 2022-05-25.

⁶⁸ Ibid.

regeringsuppdrag varierar vårdtyngden efter geografiskt läge, socioekonomisk status, befolkningens ålder och utbildning etcetera⁶⁹.

En av datakällorna som använts för att mäta vårdtyngd, och således en indikator av behovet av specialistläkare i allmänmedicin, är Care Need Index (CNI), vilken använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. The Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups System (ACG) används också, vilket är ett beskrivningssystem för analys av en populations sjukdomsbild. ACG ger en samlad bild av en vårdcentrals resursbehov och kan användas som grund för justering av ersättning. Alla regioner använder sig dock inte av systemet och inrapporteringens kvalitet varierar, varför ACG inte avhandlas ytterligare i föreliggande rapport.⁷⁰

CNI grundas på följande sju socioekonomiska variabler:

- Ålder över 65 år och ensamstående.
- Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika).
- Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år.
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre.
- Person ett år eller äldre som flyttat in i området.
- Lågutbildad 25–64 år.
- Ålder yngre än fem år.

Indexet indikerar risken för ohälsa där 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.⁷¹

Det är även relevant att titta på åldersstrukturen per region då vårdbehovet ökar med åldern. Variabeln *över 65 år och ensamstående* inkluderas i CNI, men det är även relevant att titta på hela gruppen över 65 år.

Dimensioneringen av hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården är beroende av lokala förutsättningar där vissa variabler, som exempelvis utbildningsnivå eller förekomsten av vissa typer av folksjukdomar, inte nödvändigtvis behöver vara lika betydande för vårdtyngden i alla regioner. Därför bör kartan nedan förstås som ett exempel på hur olika variabler kan kombineras och bidra till att skapa en förståelse för de olika vårdbehoven och förutsättningarna som råder i landet. I kartan är de regioner markerade som möjligtvis har en befolkning med potentiellt mindre vårdtyngd, utifrån CNI och andel äldre, än andra regioner. Det vill säga, de har både ett CNI på 1 eller under och en mindre andel äldre än riksgenomsnittet på 22,1 procent. Upp till en viss ålder tenderar socioekonomiskt svaga grupper söka mer vård men med åldern kan man se att det omvända sker, det vill säga att de socioekonomiskt starka grupperna söker mer vård. En hög andel äldre i befolkningen kan indikera att efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin är stor.⁷²

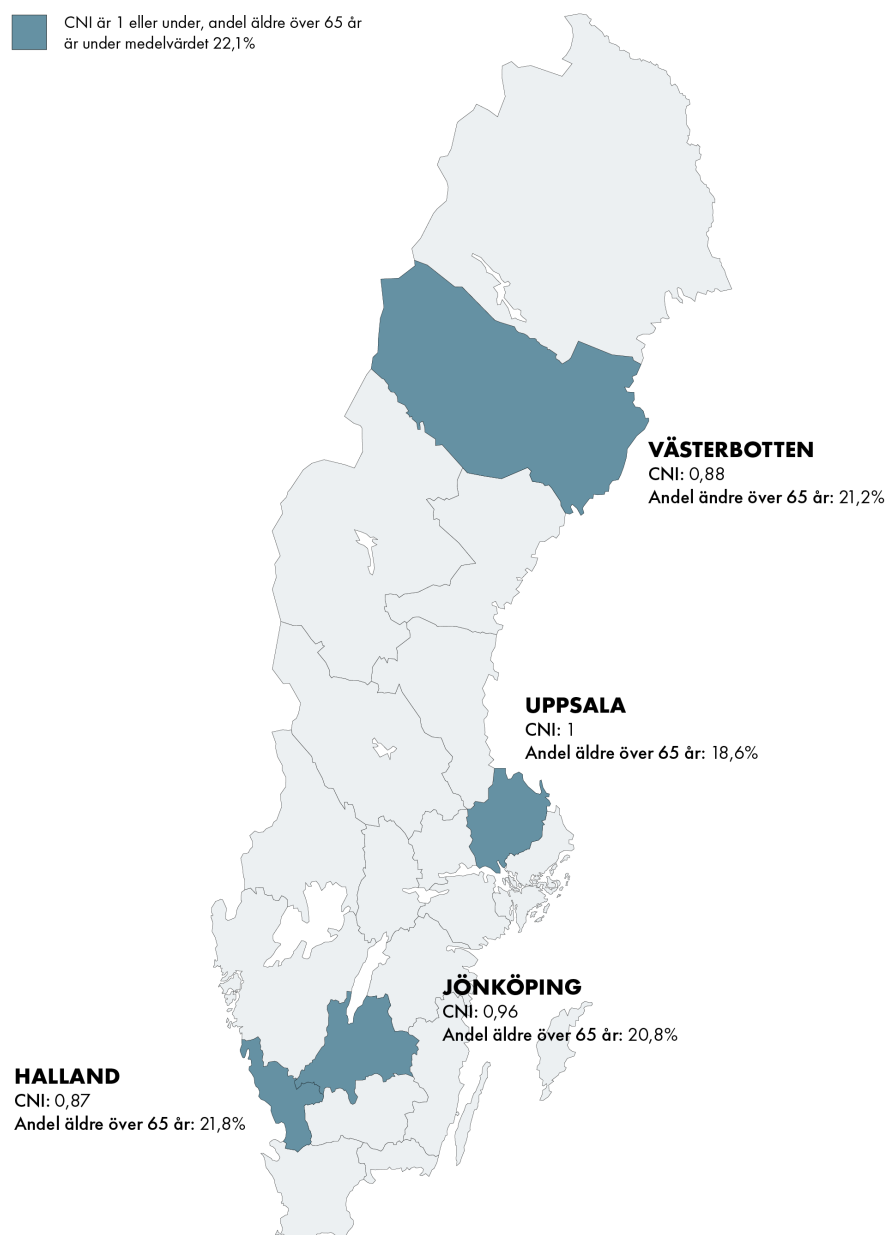
⁶⁹ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid.

⁷² Ibid.

Figur 1. CNI och andel äldre per region



Utveckling av tillgång och efterfrågan för läkares specialiseringstjänstgöring (ST) inom allmänmedicin och specialister i allmänmedicin på nationell och regional nivå

För att besvara frågeställningarna i regeringsuppdraget krävs specialistkompetens inom demografi och prognostisering. Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen har därför gett i uppdrag till Statistiska centralbyrån (SCB) att göra en framskrivning av tillgång och efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin samt specialistläkare i allmänmedicin för prognosperioden 2021–2035. Utgångspunkten för beräkningarna är år 2020, det senaste tillgängliga året för vilket det finns registeruppgifter. Framskrivningarna har

gjorts i en speciellt framtagen prognosmodell som bygger på det tillvägagångssätt som används i arbetet med SCB:s Trender och Prognoser, men med uppgifter och modifieringar som är anpassade efter uppdraget (för ytterligare information se avsnittet Fakta om statistiken i bilaga 3). De antaganden som gjorts för prognoserna har baserats på kända förhållanden, såsom bland annat examination av läkare och flödet från examination till färdig specialistläkare, samt pensionsavgångar och migration.

Om inget annat anges är SCB källan till redovisade uppgifter i de följande avsnitten.

Dagslägesbeskrivning utifrån basåret 2020 i fråga om ST-tjänster och specialistläkare i allmänmedicin

I uppdraget ska prognoser för perioden 2022–2035 redovisas, samt tillgång och efterfrågan i dagsläget. Dagsläget baseras på data från 2020, som är det senaste tillgängliga året för registeruppgifter. I föreliggande rapport hänvisas även till beräknade uppgifter för 2022. Dessa uppgifter är således inte registeruppgifter, utan prognoser.

Under år 2020 förvärvsarbetade totalt 7 100 specialistläkare i allmänmedicin, av dessa arbetade 4 700 inom primärvården. I år beräknas antalet uppgå till totalt 7 500 respektive 4 900 inom primärvården. Specialistläkarna i allmänmedicin är äldre än övriga specialistläkare och har en lägre tjänstgöringsomfattning (se avsnittet Tjänstgöringsomfattning).

En preliminär analys av svar från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys enkät till chefer för vårdcentraler i Sverige under hösten 2022 (se bilaga 4) visar att antalet anställda specialistläkare i allmänmedicin i genomsnitt uppgår till 4,2 personer per vårdcentral. Resultaten visar också att det vanligast förekommande svaret i landsbygdskommuner är 2 anställda specialistläkare i allmänmedicin per vårdcentral, det anger knappt en tredjedel av vårdcentralerna. Genomsnittet i denna typ av kommun är 2,8 specialistläkare. Det vanligast förekommande svaret bland icke landsbygdskommuner är 6 eller fler specialistläkare i allmänmedicin per vårdcentral, drygt en fjärdedel anger detta svarsalternativ. Det genomsnittliga antalet specialistläkare i allmänmedicin i icke landsbygdskommuner är 4,4.⁷³

År 2020 förvärvsarbetade cirka 10 400 ST-läkare, varav 3 100 var inriktade mot allmänmedicin. Antalet ST-läkare inom allmänmedicin har ökat de senaste åren. Enligt Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) uppgick antalet ST-läkare i allmänmedicin i riket i september 2022 till 3 356 personer, en ökning med 49 personer jämfört med året innan, se tabell nedan över den regionala fördelningen⁷⁴.

⁷³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys enkätundersökning till vårdcentralchefer 2022.

⁷⁴ Enligt information som delgetts rädskansliet via SFAM:s studierektorsnätverk.

Tabell 1. Antal ST-läkare i allmänmedicin per region 2022

Region	Antal ST-läkare i allmänmedicin, september 2022
Blekinge	38
Dalarna	111
Gotland	22
Gävleborg	75
Halland	94
Jämtland Härjedalen	68
Jönköping	139
Kalmar	80
Kronoberg	53
Norrbottn	78
Skåne	481
Stockholm	670
Sörmland	118
Uppsala	132
Värmland	90
Västerbotten	117
Västmanland	88
Västernorrland	71
Västra Götalandsregionen	614
Örebro	84
Östergötland	133
Summa	3356

En preliminär analys av svar från ovan nämnda enkät från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys till chefer för vårdcentraler i Sverige (se bilaga 4) visar att antalet anställda personer med formell ST-tjänst i genomsnitt uppgår till 2,6 personer per vårdcentral. Drygt en femtedel av vårdcentralerna uppger också att 1–2 personer (varav 1 är det vanligast förekommande svaret, knappt 16 procent av vårdcentralerna anger detta svar) vikarierar under ST-liknande former med handledning i väntan på att påbörja en ST-tjänst. Resultaten visar också att i landsbygdskommuner har drygt 42 procent av vårdcentralerna inga läkare med formell ST-tjänst anställda och drygt 24 procent har 1 anställd. Det vanligast förekommande svaret bland icke landsbygdskommuner är 2 läkare med ST-tjänst (knappt en femtedel av vårdcentralerna). De näst vanligaste svaren är alternativen 0, 1 och 3, som förekommer lika ofta.⁷⁵

Tjänstgöringsomfattning för specialistläkare i allmänmedicin i relation till övriga specialistläkare

Den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen avser en persons totala tjänstgöringsomfattning, som anges i procent av en heltidstjänst. Yrkesuppgiften avser det huvudsakliga arbetsstället, men all tjänstgöring räknas med. Det vill

⁷⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys enkätundersökning till vårdcentralchefer 2022.

säga en person som arbetar 80 procent som specialistläkare på vårdcentral och 20 procent som lärare vid universitet och högskolor får en tjänstgöringsomfattning på 100 procent och räknas som specialistläkare⁷⁶. För samtliga ST-läkare inom hälso- och sjukvården var tjänstgöringsomfattningen 98 procent för män och 95 procent för kvinnor år 2020. ST-läkarna i allmänmedicin arbetade något mindre, tjänstgöringsomfattningen var för dessa 96 procent för män respektive 92 procent för kvinnor. Tjänstgöringsomfattningen har varit ungefär densamma sedan 2018.

Specialistläkarna i allmänmedicin har en betydligt lägre tjänstgöringsomfattning jämfört med ST-läkare, se tabell 2. Orsaken bedöms vara att specialister i allmänmedicin är betydligt äldre (se åldersfördelningen för specialistläkare i allmänmedicin i diagram 5 och 6 i avsnittet Specialistläkare i allmänmedicin som går i pension) och i större utsträckning arbetar deltid. Även jämfört med övriga specialister arbetar specialistläkarna i allmänmedicin på heltid i lägre utsträckning. Den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen för specialistläkarna i allmänmedicin var 88 procent för män och 85 procent för kvinnor år 2020.⁷⁷ Tjänstgöringsomfattningen för specialistläkare i allmänmedicin skiljer sig däremot inte åt beroende på om de arbetar inom primärvården eller ej. Det är heller inte någon skillnad i tjänstgöringsomfattning sedan år 2018, utan den har legat på ungefär samma nivå.

Det outnyttjade arbetskraftsutbudet, om alla specialister i allmänmedicin inom primärvården skulle ha samma tjänstgöringsomfattning som övriga specialister, uppgår till 15 000 timmar per vecka, eller 782 000 timmar per år. Det motsvarar 400 tjänster med 94 procents tjänstgöringsgrad. Då dessa potentiella tjänster motsvarar 8,5 procent av utbudet av specialister i allmänmedicin år 2020, skulle en sådan ökning av tjänstgöringsomfattningen bland befintliga specialister i allmänmedicin i primärvården innebära en relativt stor skillnad gällande tillgången på specialistläkare i allmänmedicin jämfört med idag.

Tabell 2. Genomsnittlig tjänstgöringsomfattning för kvinnor och män år 2020. Procent av heltid

Läkarkategori	Kvinnor	Män	Båda könen
ST-läkare	95	98	96
varav ST-läkare i allmänmedicin	92	96	94
Specialistläkare i allmänmedicin	85	88	86
varav inom primärvården	85	89	86
Specialistläkare, övriga specialiteter	93	95	94

Källa: Lönestrukturstatistiken, Medlingsinstitutet och SCB

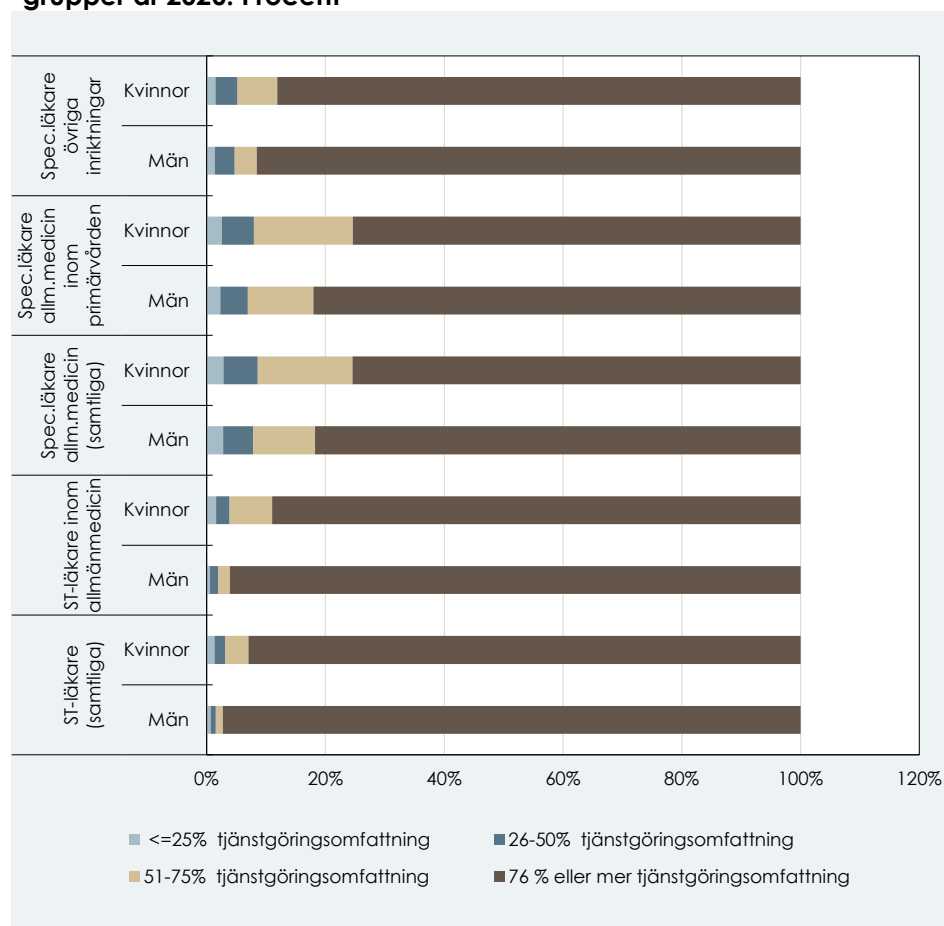
I likhet med arbetsmarknaden i stort arbetar de kvinnliga specialistläkarna i allmänmedicin överlag deltid i större utsträckning än de manliga specialistläkarna i allmänmedicin. Även kvinnliga ST-läkare med inriktning mot

⁷⁶ Uppgifterna om tjänstgöringsomfattning kommer från Lönestrukturstatistiken. Om uppgifterna avser överenskommen eller faktisk arbetstid skiljer sig beroende på om arbetsgivaren är i offentlig eller privat sektor. I privat sektor är det den tjänstgöringsomfattning som står i anställningskontraktet som redovisas. Dvs den korrigeras inte för partiell tjänstledighet som t.ex. sjukskrivning eller föräldraledighet. Har individen däremot inte jobbat alls så inkluderas personen i fråga inte i statistiken. För offentlig sektor är tjänstgöringsomfattningen korrigerad för partiell tjänstledighet. För ytterligare information, se avsnittet Fakta om statistiken i bilaga 3.

⁷⁷ SKR. Läkartillgång i primärvården (2022).

allmänmedicin arbetar deltid i något större utsträckning än manliga ST-läkare i allmänmedicin, och mindre än både kvinnliga och manliga ST-läkare med inriktning mot övriga specialiteter. Den vanligaste orsaken till deltidarbete bland kvinnor i riket i åldern 20–64 år är att heltidsarbete saknas, vilket med rådande brist på specialister i allmänmedicin inte torde vara orsaken till deltidarbete bland kvinnliga ST- och specialistläkare i allmänmedicin. Däremot är troligtvis den näst vanligaste orsaken till deltidarbete bland kvinnor i riket, vård av barn, även applicerbar på kvinnliga ST-läkare och specialister i allmänmedicin. Män i samma åldersgrupp anger också avsaknad av heltidsarbete som främsta orsak till deltidarbete, men vård av barn som angiven orsak till deltidarbete hamnar först efter alternativen studier, nedsatt arbetsförmåga samt ovilja att arbeta heltid för männen⁷⁸.

Diagram 1. Tjänstgöringsomfattning för kvinnor och män i olika läkar- grupper år 2020. Procent



Källa: Lönestrukturstatistiken, SCB och Medlingsinstitutet

Tjänstgöringsomfattning efter ålder för ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin

Tjänstgöringsomfattningen för ST-läkarna i allmänmedicin är hög i samtliga åldersgrupper, även om den är något högre för ST-läkare med övriga inriktningar, se tabell 3. Bland dem som är yngre än 30 år arbetar nästan alla ST-

⁷⁸ SCB. På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2020. (2020).

läkare i allmänmedicin heltid och den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen är 98 procent. I åldern 35–39 år är tjänstgöringsomfattningen däremot betydligt lägre, 91 procent. Det gäller framför allt bland kvinnor. En av orsakerna till detta kan vara att deltidsarbete på grund av familjeskäl troligtvis är mer vanligt förekommande inom denna åldersgrupp. I övriga åldersgrupper är tjänstgöringsomfattningen för ST-läkarna i allmänmedicin cirka 95 procent. Dock ser vi inte ett sådant mönster bland ST-läkare med övriga inriktningar.

Tjänstgöringsomfattningen för specialistläkare i allmänmedicin är lägre än för ST-läkare inom både samma specialitet och inom övriga specialiteter i samtliga åldersgrupper. Den är även lägre än för specialister inom övriga specialiteter i alla åldersgrupper. Bland specialisterna i allmänmedicin är tjänstgöringsomfattningen i genomsnitt högst bland de yngsta, i åldern 30–34 år. De har en genomsnittlig tjänstgöringsomfattning på 92 procent. I övriga åldrar upp till 64 år varierar tjänstgöringsomfattningen mellan 86 och 88 procent. De som arbetar efter 64 år arbetar däremot betydligt mindre. De i åldern 65–67 år arbetar i genomsnitt 69 procent.⁷⁹

Tabell 3. Genomsnittlig tjänstgöringsomfattning för ST-läkare och specialistläkare efter inriktning år 2020. Procent av heltid

Ålder	Specialistläkare i allmänmedicin	Specialistläkare, övriga specialiteter	ST-läkare i allmänmedicin	ST-läkare med övriga inriktningar
<30 år	98	99
30–34 år	92	98	95	98
35–39 år	88	96	91	96
40–44 år	86	95	94	95
45–49 år	87	95	95	95
50–54 år	88	94	95	96
55–59 år	88	95	94	98
60–64 år	86	92
65–67 år	69	81
Totalsumma	86	94	94	97

Genomsnittligt antal sjukpenningdagar för ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin

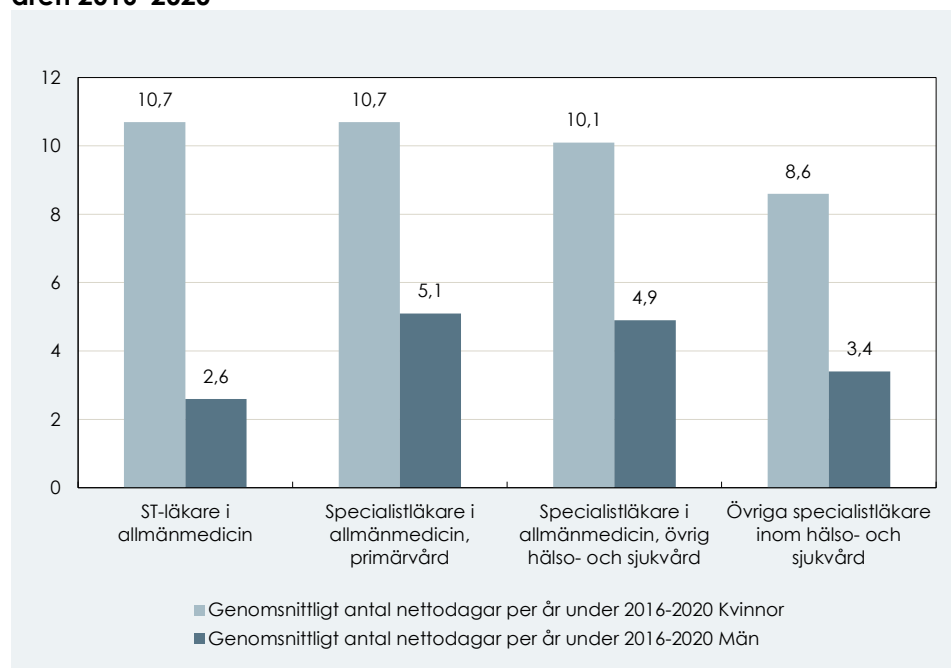
Sjukfrånvaro är en av flera variabler, som exempelvis föräldraledighet eller tjänstledighet, som bidrar till att ge en bild av frånvaro från arbetet. En låg sjukfrånvaro kan bland annat indikera ett hållbart arbetsliv och en god arbetsmiljö, men det är också välkänt att kvinnor generellt har högre sjukfrånvaro än män på arbetsmarknaden som helhet.

På uppdrag av Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet har SCB fått i uppdrag att ta fram uppgifterna i följande avsnitt om sjukfrånvaro. Frånvaron avser dagar med sjukpenning bland olika läkarkategorier som redogörs för nedan. Uppgifterna gäller således inte så kallad kort sjukfrånvaro, utan endast sjukfrånvaro efter 14 dagar. I diagram 2 och 3 redovisas

⁷⁹ Statistik kring tjänstgöringsomfattning samlas inte in för dem som är äldre än 67 år.

genomsnittligt antal nettodagar, det vill säga att dagar med partiell ersättning omräknas till hela dagar, till exempel blir två dagar med halv ersättning en nettodag. Uppgifterna avser de fem senaste tillgängliga åren, 2016–2020, och genomsnittet är beräknat för hela populationen, det vill säga alla kategorier av läkare, oavsett om de varit frånvarande på grund av sjukdom eller ej. I diagram 2 nedan är det tydligt att de kvinnliga läkarna, oavsett kategori, i genomsnitt har högre sjukfrånvaro än motsvarande män. Kvinnliga ST-läkare och specialister i allmänmedicin i primärvården har i genomsnitt 10,7 nettodagar med sjukpenning under åren 2016–2020, medan deras manliga motsvarigheter i genomsnitt har 2,6 respektive 5,1 dagar med sjukpenning per år. Lägst antal dagar med sjukpenning bland specialistläkarna har manliga specialister inom övriga specialiseringar, med 3,4 dagar i genomsnitt. De kvinnliga specialisterna inom övriga specialiteter har i genomsnitt en lägre sjukfrånvaro än de kvinnliga specialistläkarna i allmänmedicin, 8,6 dagar. Det är relativt liten skillnad i antal sjukpenningdagar mellan specialistläkare i allmänmedicin som arbetar i primärvården eller i övrig hälso- och sjukvård, för kvinnor är det i genomsnitt 0,6 dagar och för män är skillnaden 0,2 dagar, där både de kvinnor och män som arbetar i primärvård har en något högre sjukfrånvaro.

Diagram 2. Genomsnittligt antal sjukpenningdagar (netto) per år under åren 2016–2020

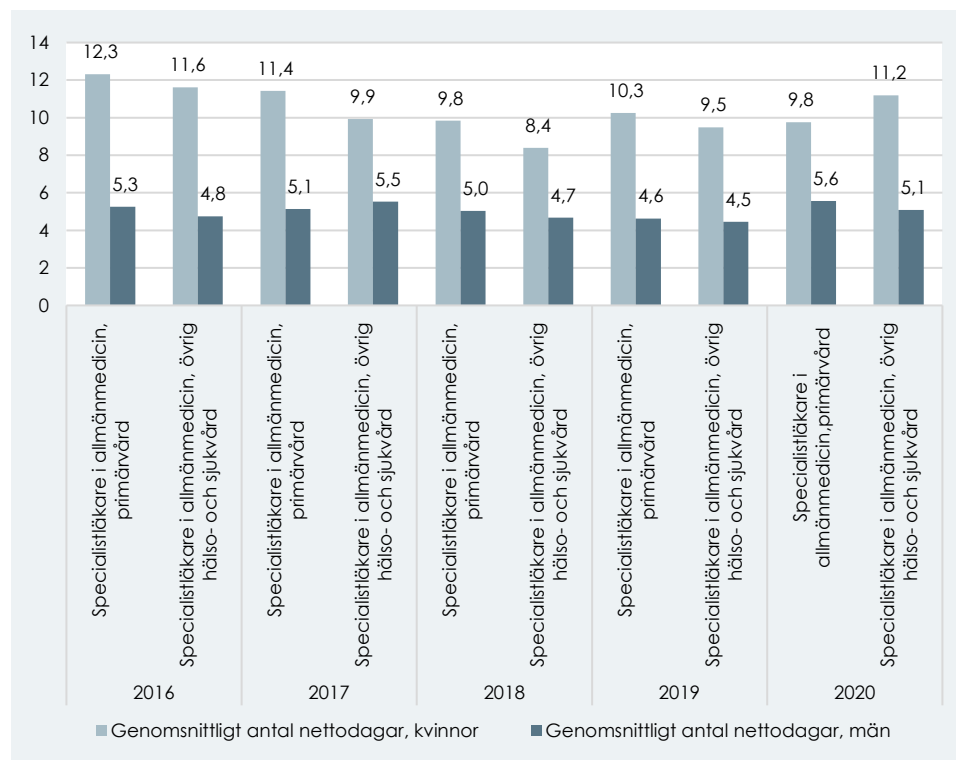


Källa: SCB

I diagram 3, nedan, presenteras det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar för specialister i allmänmedicin, uppdelat på kön samt primärvård och övrig hälso- och sjukvård under åren 2016–2020. Kvinnor har, som tidigare konstaterat, en högre sjukfrånvaro än män, men antalet nettodagar med sjukpenning har minskat med i genomsnitt 1,1 dagar 2020 jämfört med 2016, från 12,3 dagar till 11,2 dagar. Männens sjukpenningdagar har legat på en relativt

stabil nivå omkring fem dagar under samma period, och antalet dagar med sjukpenning har minskat med i genomsnitt 0,2 dagar 2020 jämfört med 2016.

Diagram 3. Genomsnittligt antal sjukpenningdagar (netto) för specialistläkare i allmänmedicin under åren 2016–2020 per verksamhetsområde



Källa: SCB

Nyborjare på läkarutbildningen och examinerade läkarstudenter

I detta avsnitt redovisas uppgifter för hur många läkarstudenter som förväntas examineras per år 2022–2035.

Fram till år 2035 beräknas i genomsnitt 1 500 läkare per år examineras från läkarutbildningen. Detta bygger på ett antagande om att i genomsnitt 1 750 påbörjar läkarutbildningen varje år under perioden och att 90 procent av kvinnorna och 86 procent av männen så småningom examineras. Förväntat antal examinerade per år framgår av tabell 4 nedan, som syftar till att redovisa uppgifterna i efterföljande diagram 4 mer detaljerat.

Läsåren 2020/21 och 2021/2022 minskade antalet nyborjare till drygt 1 600, jämfört med ungefär 1 800 åren innan⁸⁰. Det lägre antalet nyborjarstudenter beror främst på en kompensation för tidigare överintag av nyborjare samt en viss oro bland studenter inför övergången till den nya sexåriga läkarutbildningen hösten 2021, vilket gör det rimligt att anta att det finns en ihållande oro även läsåret 2021/2022 kring den nya läkarutbildningen.⁸¹ Universitets- och högskolerådets statistik över antagning till högre utbildning

⁸⁰ Universitetskanslersämbetet. Statistikdatabas, nyborjare på yrkesexamensprogram (2022).

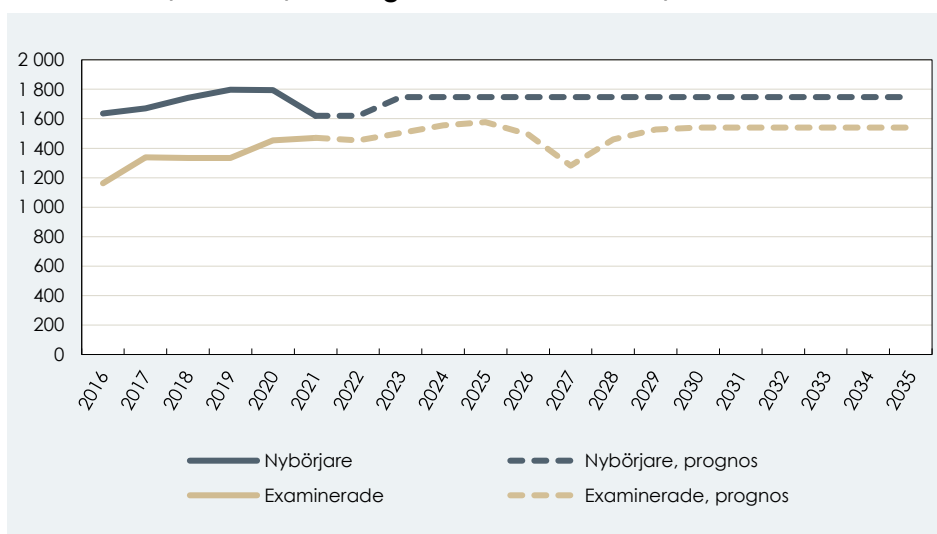
⁸¹ Universitetskanslersämbetet. PM Framskrivning av antal examinerade läkare per läsår, åren 2022–2035 (2021).

vårterminen 2023 visar att antalet förstahandssökande till läkarutbildningen har minskat med sex procent jämfört med vårterminen året innan⁸².

Tabell 4. Förväntat antal examinerade läkare 2022–2035

År	Förväntat antal examinerade läkare
2022	1454
2023	1503
2024	1555
2025	1577
2026	1495
2027	1282
2028	1460
2029	1528
2030	1539
2031	1539
2032	1539
2033	1539
2034	1539
2035	1539

Diagram 4. Nybörjare på läkarutbildningen och examinerade läkare läsåren 2016/17–2034/35. Prognos från läsåret 2021/22



Källa: Universitets- och högskoleregistret, SCB och UKÄ

Migration

Eftersom läkarkåren delvis består av läkare utbildade utomlands redovisas i följande avsnitt den förväntade migrationen av läkare fram till 2035. Migration är inkluderat i prognosmodellen för tillgång och efterfrågan av den undersökta populationen (för ytterligare information se avsnittet Tillgång på läkare i bilaga 3).

⁸² Universitets- och högskolerådet. Antagning till högre utbildning vårterminen 2023. Statistik i samband med sista anmälningssdag (2022).

Enligt prognosen förväntas cirka 800 läkarutbildade invandra till Sverige varje år fram till 2035. I tillägg beräknas drygt 400 läkarutbildade utvandra per år. Det ger en beräknad nettomigration på 370 läkarutbildade per år fram till år 2035. En del av detta migrationsöverskott utgörs av tidigare boende i Sverige som studerat till läkare utomlands. Totalt under hela prognosperioden handlar det om ett positivt migrationsnetto på totalt cirka 5 500 läkare fram till år 2035.

Specialistläkare i allmänmedicin som går i pension

I avsnittet redovisas uppgifter över hur stor andel av specialistläkarna i allmänmedicin som förväntas gå i pension under perioden 2022–2035.

Pensionsavgångarna bland specialistläkare väntas bli större än motsvarande pensionsavgångar i genomsnitt för övriga arbetsmarknaden. Dagens förvärvsarbetande specialistläkare i allmänmedicin som är 50 år eller äldre uppgår till 59 procent och till 55 procent för övriga specialistläkare. Det är betydligt högre andelar än genomsnittet på arbetsmarknaden, vilket är naturligt då de som blir färdiga specialistläkare är äldre jämfört med genomsnittet på övriga arbetsmarknaden. Se åldersfördelningen i diagrammen nedan.

Diagram 5. Åldersfördelning specialister i allmänmedicin 2020 och 2035

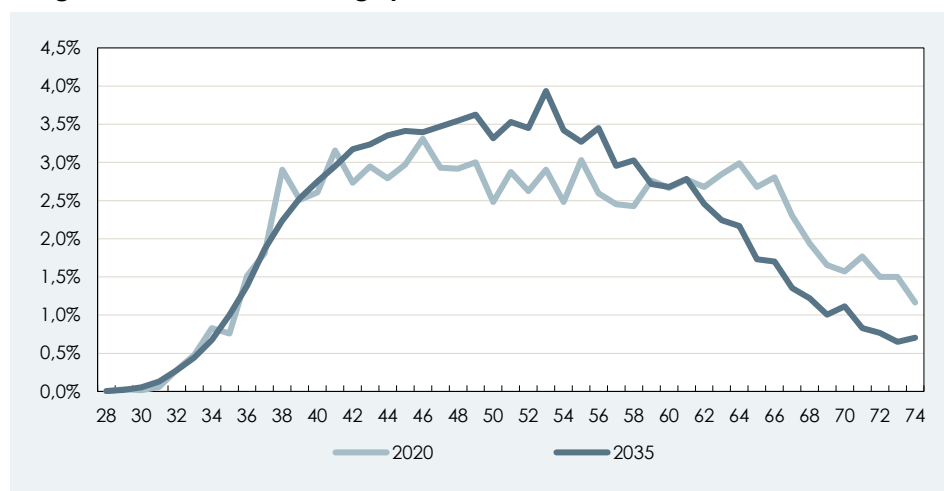
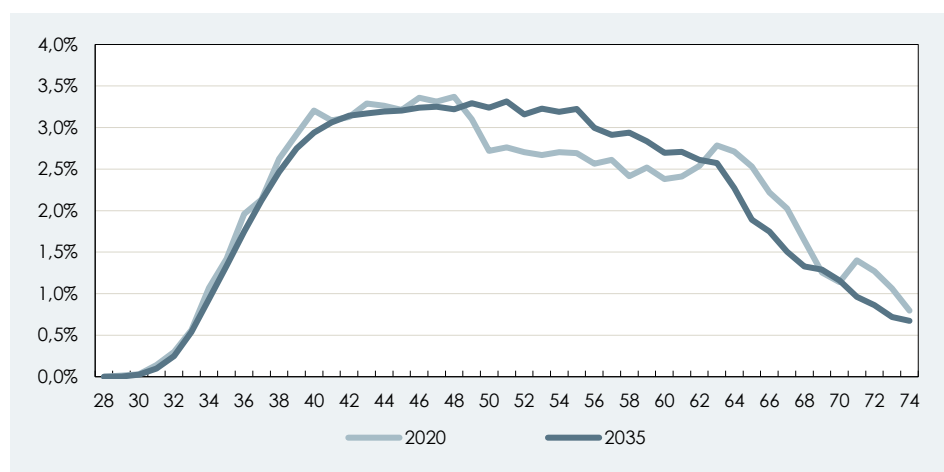


Diagram 6. Åldersfördelning specialister inom övriga specialiteter 2020 och 2035



Många av specialistläkarna i allmänmedicin som i dag är 50 år eller äldre väntas gå i pension under prognosperioden. Mellan åren 2021 till 2035 väntas cirka 3 500 specialistläkare i allmänmedicin lämna arbetskraften till följd av framför allt pensionering⁸³. Det motsvarar ett årligt genomsnitt på 230 personer. Bland övriga specialistläkare väntas 10 700 lämna arbetskraften, vilket ger ett årligt genomsnitt på 710. Andelen som lämnar arbetskraften fram till år 2035 motsvarar totalt 49 respektive 43 procent av dagens förvärvsarbetande.

Antal handledare för läkares specialiseringstjänstgöring (ST) som finns att tillgå i dagsläget

Följande avsnitt redovisar regleringen av handledning av läkares specialiseringstjänstgöring (ST) samt hur många handledare för ST som finns att tillgå i dagsläget.

Av 4 kap. 1 § första och andra styckena i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) framgår att läkares specialiseringstjänstgöring fullgörs genom tjänstgöring som läkare under handledning och deltagande i kompletterande utbildning under minst fem år och sex månader. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om läkarnas specialiseringstjänstgöring har verksamhetschefen det övergripande ansvaret vid det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring. Den huvudansvariga verksamhetschefen eller motsvarande ska ansvara för att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare. ST-läkare ska ha tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen och en huvudansvarig handledare som har ett övergripande ansvar för handledningen under hela tjänstgöringen. Den huvudansvariga handledaren bör tjänstgöra vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Personen som är handledare för en ST-läkare ska vara legitimerad läkare, ha relevant specialistkompetens och ha genomgått handledarutbildning. Den som är ST-läkarens huvudansvariga handledare ska ha ett bevis om specialistkompetens i den specialitet som ST-läkaren avser att uppnå⁸⁴. Den huvudansvariga handledaren och den ansvarige verksamhetschefen ska i samråd med studierektorn bedöma ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.⁸⁵

Klinisk handledning ingår även generellt i uppdraget och arbetsbeskrivningen för specialistläkare i primärvården, exempelvis vid rådgivning i specifika patientärenden. Förutom tid avsatt för handledarsamtal, inkluderas därför även handledning i det dagliga arbetet på ett i många fall sömlöst sätt. Vidare kan en handledare vara ansvarig för flera ST-läkare, AT-läkare och läkarstudenter inom ramen för olika uppdrag, samtidigt som det även finns många specialister i allmänmedicin som inte handleder. Att kvantifiera antalet handledare är därmed komplext eftersom det är svårt att avgränsa och definiera handledning i dess helhet.

Om utgångspunkten är nyssnämnda bestämmelser borde antalet tillgängliga handledare i stort överensstämma med antalet specialister i

⁸³ Den modellbaserade pensionsavgången avser här de som lämnar arbetskraften i samtliga åldrar, vilket framför allt beror på pensionsavgångar bland de äldre. Fortsättningsvis benämns det som pensionsavgångar.

⁸⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring; (HSLF-FS 2021:8).

⁸⁵ Sveriges Läkarförbund.Handledaruppdraget -Handledarrollen utgör en nyckelroll för läkares vidareutbildning.

allmänmedicin som arbetar inom primärvården, möjligtvis med få undantag, som exempelvis mer seniora specialister som inte tjänstgör i någon större omfattning. Uppgifterna kring hur många som faktiskt handleder är också mycket osäkra. Enligt en enkät som Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har skickat ut till sitt studierektorsnätverk under hösten 2022 inkom 11 av 21 regioner med svar, varav tre regioner uppskattade andelen av specialistläkarna i allmänmedicin som handleder. Inom dessa tre regioner uppskattades att ca 30–55 procent av specialisterna i allmänmedicin handleder. Det var sju regioner som angav antal handledare, dock inte i förhållande till det totala antalet specialister i allmänmedicin i respektive region. Exempelvis uppskattade en region att cirka hälften av specialistläkarna i allmänmedicin handleder, främst på grund av att resterande arbetar deltid i för stor utsträckning för att vara lämpliga som handledare samt att ytterligare en del är för juniora i sina yrkesroller och behöver vänta med att vara handledare. I linje med dessa uppgifter uppger en annan region att många specialister i allmänmedicin har andra uppdrag som gör att deras kliniska tjänstgöringstid inte räcker för att handleda ST, liksom att variationen och rörligheten i gruppen gör det svårt att överblicka hur många som inte handleder som skulle kunna göra det. Vidare uppger flera regioner att det finns en skillnad mellan hur många som handleder och hur många som skulle kunna handleda.

Det finns en samsyn i flera regioner att tillgången på handledare generellt inte är en begränsande faktor för hur många ST-läkare som kan anställas. Ett par regioner uppger dock att vissa (underbemannade) vårdcentraler, exempelvis i glesbefolkad landsbygd, har svårt att rekrytera och handleda.⁸⁶

Tillgångsutveckling av läkare fram till år 2035

Tillgången⁸⁷ på examinerade från läkarutbildningen väntas totalt sett öka med närmare 30 procent fram till år 2035. Det beror på att antalet examinerade och invandrare tillsammans beräknas bli större än antalet som pensioneras eller utvandrar.

Specialistläkare i allmänmedicin väntas öka med cirka 40 procent, eller 3 000 personer, fram till år 2035. Tillgången på specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården väntas uppgå till 6 600 år 2035. Även specialistläkare med inriktning mot övriga specialiteter väntas öka med cirka 30 procent, motsvarande 7 400 personer. Det är framför allt en ökad examination av läkarutbildade som ger denna utveckling (för ytterligare information om antaganden för prognosen för specialistläkare, se avsnitten Tillgångsutveckling till år 2035 och Flödesanalys i bilaga 3). Då antalet examinerade, och således även nylegitimerade, läkare väntas öka fram till år 2028 får detta effekt på antalet specialistläkare ända fram till prognosens slutår 2035.

Av samtliga läkarutbildade⁸⁸ år 2020 var 50 procent kvinnor, en andel som har ökat något sedan 2016. Andelen väntas fortsätta att öka och år 2035 beräknas 56 procent av samtliga läkarutbildade vara kvinnor. Det beror på att det i dag är fler kvinnor än män som examineras från läkarprogrammet. Det samma gäller redan i dag med 56 procent kvinnor bland ST-läkarna, vilket

⁸⁶ Enligt information som delgetts rådskansliet via SFAM:s studierektorsnätverk.

⁸⁷ Avser genomgående läkare som förvärvsarbetar.

⁸⁸ Läkarutbildade med legitimation som ej är ST-läkare eller specialistläkare, läkarutbildade utan legitimation samt AT-läkare.

resulterar i en ökad andel kvinnor även bland specialistläkarna framöver. Bland specialistläkarna i allmänmedicin väntas andelen kvinnor öka från 51 till 58 procent under prognosperioden och bland övriga specialistläkare från 47 till 53 procent.

Antal nya ST-läkare per år

Ett grundantagande i prognosen är att tillgången på ST-läkare inte begränsas av antalet tillgängliga ST-tjänster (för ytterligare information om antaganden för prognosen för ST-läkare, se avsnitten Tillgångsutveckling till år 2035 och Flödesanalys i bilaga 3). Bakom utvecklingen ligger ett antagande om att flödet från läkarutbildade till legitimerad och sedan vidare till ST-läkare ser likadant ut som det har gjort under de senaste åren. Tillgången bör tolkas som ett mått på hur många ST-läkare som kan komma att finnas om de legitimerade går vidare och erhåller en ST-tjänst i samma utsträckning som i dag. Tiden mellan legitimation och påbörjandet av ST är i genomsnitt cirka 1,9 år för både kvinnor och män. Detta mönster antas bestå under prognosperioden. Det beräknade antalet nya ST-läkare beräknas uppgå till totalt cirka 29 000 under prognosperioden 2021–2035, vilket motsvarar cirka 1 900 nya ST-läkare per år. ST-läkare i allmänmedicin väntas öka från cirka 3 100 förvärvsarbetande år 2020 till 4 000 år 2035.

Antal nya specialistläkare per år

I genomsnitt uppgår ST-tjänstens totala längd till 6,2 år för män och 6,7 år för kvinnor. Motsvarande mönster antas gälla även framöver.

Andelen av de nya specialistläkarna som inriktar sig mot allmänmedicin antas i genomsnitt ligga kvar på samma nivå som under de tre senaste åren, 2018–2020. Det innebär att 24 procent av männen och 27 procent av kvinnorna antas bli specialistläkare inom allmänmedicin. Det betyder att det kommer finnas totalt omkring 6 400 nya specialistläkare i allmänmedicin under prognosperioden, vilket motsvarar i genomsnitt 430 per år. Det innebär en ökning av antalet nya specialister i allmänmedicin 2035 jämfört med 2020, från 390 till 540 (för ytterligare information om antaganden för prognosen för nya specialistläkare, se avsnitten Tillgångsutveckling till år 2035 och Flödesanalys i bilaga 3). Övriga nya specialistläkare väntas öka från 1 060 till 1 550 motsvarande period. Jämfört med dagens läge antas alltså skillnaden mellan de två grupperna ha ökat något 2035.

Efterfrågeutveckling av läkare till år 2035

Efterfrågan på läkare beror till stor del på befolkningens storlek och sammansättning⁸⁹. Det innebär exempelvis att behovet av vård antas vara större i en befolkning med en större andel äldre, än i en befolkning som till antalet är lika stor men där andelen äldre i stället är mindre. Socialstyrelsen har inom regeringsuppdraget med att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård utformat ett nationellt stöd så att de patienter som har behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården kan få det, liksom ett nationellt stöd för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast

⁸⁹ I SCB:s framskrivningar för olika yrkesgrupper baseras denna bl.a. på den historiska utvecklingen och trendutvecklingen på arbetsmarknaden tillsammans med antaganden från bland annat Långtidsutredningen 2019 och Konjunkturinstitutets långsiktiga scenarier, liksom utifrån förändringar i yrkesgruppernas andel per näringsgren tidigare år och på vilka utbildningar som antas öka, minska eller ha oförändrad representation inom varje yrke.

läkarkontakt i form av olika stödande material. Vidare ska Socialstyrelsen i ett regeringsuppdrag om kompetenser för en fast läkarkontakt, som ska redovisas den 31 januari 2023, analysera vilka behov en fast läkarkontakt i primärvård ska möta hos patienterna och vilka kompetenser den fasta läkarkontakten bör ha för att denna bäst ska kunna tillmötesgå dessa behov.

Socialstyrelsen har inom regeringsuppdraget med att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård utformat ett nationellt stöd så att de patienter som har behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården kan få det, liksom ett nationellt stöd för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt i form av olika stödande material. Som en del av en fortsatt utveckling av det arbetet har myndigheten tagit fram ett nationellt riktvärde om 1 100 invånare per specialist inom primärvården kan vara fast läkarkontakt för.⁹⁰

Efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin beräknas inom primärvården, övrig hälso- och sjukvård samt för arbetsmarknaden utanför hälso- och sjukvården. De specialistläkare i allmänmedicin som arbetar utanför hälso- och sjukvården arbetar vanligtvis inom något av områdena utbildning, forskning och utbildning (FoU), offentlig förvaltning, bemanning samt övrig vård och omsorg. Efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin beräknas endast för behovet inom primärvården.

Specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin antas i prognosen dela på patientansvaret inom primärvården. Framräkningen av efterfrågan på läkare inom primärvården utgår från olika alternativ på riktvärden, vilka mäter önskat antal invånare per läkare (liststorlek). Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen har gett SCB i uppdrag att utgå från följande riktvärden i beräkningarna: 1 000, 1 100, 1 200, 1 300, 1 400 och 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin respektive 500, 550, 600, 650, 700 och 750 invånare per ST-läkare i allmänmedicin. Riktvärdena för ST-läkare antas i genomsnitt vara hälften så stora som för specialistläkare i allmänmedicin, då de inte har samma patientansvar som färdiga specialister samt skilda förutsättningar och kapacitet beroende på om de befinner sig i början eller i slutet av sin ST.

Förhållandet år 2020 mellan antalet specialistläkare i allmänmedicin och antalet ST-läkare i allmänmedicin inom primärvården var 0,65. Det finns alltså i genomsnitt 0,65 ST-läkare per specialistläkare i populationen. Denna andel har ökat sedan år 2016 då den var 0,5. Förhållandet mellan ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin antas i prognosberäkningarna motsvara genomsnittet för de tre senaste åren med tillgänglig statistik, år 2018–2020, då andelen uppgick till 0,62 ST-läkare per specialistläkare. Alla läkare arbetar inte heltid och vid justering för tjänstgöringsomfattning omvandlas förhållandet till antal heltidstjänster. Detta innebär att andelen under åren 2018–2020 uppgick till 0,68 ST-läkare per heltidsarbetande specialistläkare. Den något högre andelen beror på att ST-läkare i allmänmedicin har en högre genomsnittlig tjänstgöringsomfattning än specialistläkare i allmänmedicin (se tidigare avsnitt). Efterfrågan på läkare uttryckt i antal heltidstjänster

⁹⁰ Socialstyrelsen. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. (2022).

omvandlas till antal läkare (personer) som behövs för att efterfrågan ska uppfyllas utifrån den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen år 2020.

Efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin

Efterfrågan på det totala antalet specialistläkare i allmänmedicin, både inom och utanför primärvården, bedöms uppgå till cirka 9 100 läkare år 2035 i alternativet där varje specialistläkare i allmänmedicin har ansvar för 1 500 invånare. Drygt 1 800 väntas efterfrågas inom övrig hälso- och sjukvård och knappt 900 utanför hälso- och sjukvården.

Vid ett alternativ om 1 000 invånare per specialistläkare i allmänmedicin ökar efterfrågan på antalet specialistläkare i allmänmedicin till totalt cirka 12 400 läkare år 2035, varav cirka 9 600 inom primärvården. Efterfrågan av läkare utanför primärvården påverkas inte av riktvärdets storlek och bedöms därför i detta alternativ vara lika stort som vid ett riktvärde om 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin.

Vid en beräkning för riktvärdet 1 100 invånare per specialist i allmänmedicin i primärvården bedöms tillgången uppgå till 6 600 specialister i primärvården år 2035 och efterfrågan i primärvården beräknas vara 8 800 specialister i allmänmedicin.

Antalet specialistläkare i allmänmedicin i primärvården behöver dubbleras från dagens nivå fram till år 2035 vid ett alternativ om 1 000 invånare per specialistläkare i allmänmedicin för att tillgodose efterfrågan. Vid ett alternativ om 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin behöver antalet specialistläkare i allmänmedicin öka med närmare 1 800 inom primärvården, motsvarande en ökning på cirka 40 procent, för att tillgodose behovet. Att en tredjedel av specialisterna i allmänmedicin väljer att arbeta utanför primärvården är en bidragande faktor till att efterfrågan inom primärvården även fortsättningsvis kommer att överstiga tillgången. En del av de specialister i allmänmedicin som arbetar inom övrig hälso- och sjukvård kan vara en potentiell tillgång och outnyttjad resurs för primärvården.

En preliminär analys av svar från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys enkät till chefer för vårdcentraler i Sverige (se bilaga 4) visar att vårdcentralerna i riket i genomsnitt har behov av att anställa specialistläkare i allmänmedicin motsvarande nästan två heltidstjänster per vårdcentral. Den största andelen (knappt 34 procent), av de som svarade att de har anställningsbehov, har behov av motsvarande 1–1,49 heltidstjänster. Även svaret 2–2,49 tjänster är relativt vanligt förekommande, en dryg fjärdedel har angett detta alternativ. Bland områden som klassas som socioekonomiskt utsatta är det vanligast förekommande svaret att behovet är 2–2,49 heltidstjänster. I icke socioekonomiskt utsatta områden är 1–1,49 heltidstjänster det vanligast förekommande svaret. Bilden för de socioekonomiskt utsatta områdena är dock inte entydig, då andelen vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden som inte har anställningsbehov är större i jämförelse med vårdcentraler i områden som inte är socioekonomiskt utsatta. Vidare finns det avsevärt färre antal vårdcentraler som verkar i socioekonomiskt utsatta områden jämfört med icke socioekonomiskt utsatta områden, vilket gör att resultatet bör tolkas med försiktighet. Vilken kommutyp vårdcentralerna verkar i, det vill säga

landsbygd eller icke landsbygd, verkar dock inte vara avgörande för anställningsbehovet.⁹¹

Inom övrig hälso- och sjukvård behöver antalet specialistläkare i allmänmedicin öka med cirka 200 läkare eller 12 procent mellan år 2020 och år 2035, för att dagens mönster ska bestå. Utanför hälso- och sjukvården bedöms behovet följa befolkningstillväxten totalt, vilket ger en ökad efterfrågan på cirka 60 specialister i allmänmedicin, vilket motsvarar en ökning med 7 procent.

Sammantaget innebär detta att den totala efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin beräknas öka med cirka 2 000 mellan år 2020 till 2035 vid ett alternativ om 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin och med 5 200 vid ett alternativ om 1 000 invånare per specialistläkare i allmänmedicin. Dessa beräkningar förutsätter att även ST-läkare i allmänmedicin arbetar inom primärvården i den utsträckning som tidigare specificerats (se beskrivning av förhållandet mellan ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin i avsnittet Efterfrågeutveckling av läkare fram till år 2035).

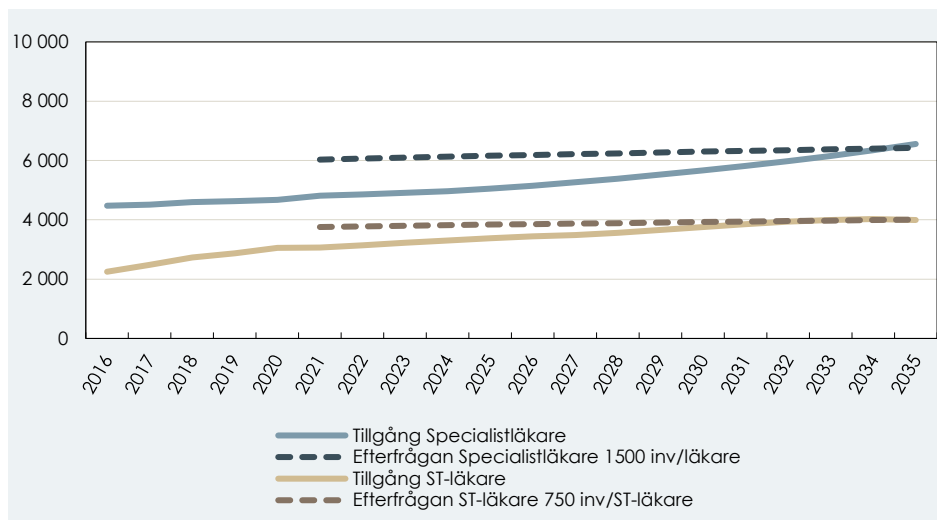
Jämförelse mellan tillgång och efterfrågan

Efterfrågan på ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården har beräknats utifrån olika alternativ på riktvärden (liststorlek).

Efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin och ST-läkare i allmänmedicin beräknas år 2035 uppgå till en nivå på 6 400 respektive 4 000 i nämnda alternativ med 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin respektive 750 invånare per ST-läkare. Vid ett riktvärde på 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin beräknas tillgången inom primärvården på specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin öka i tillräckligt stor omfattning fram till år 2035 för att motsvara efterfrågan. Det innebär att det bedöms bli balans mellan tillgång och efterfrågan i slutet av prognosperioden. Under åren dessförinnan väntas dock brist. Denna bedömning förutsätter att andelen läkarutbildade som väljer att inrikta sig mot allmänmedicin fortsätter att ligga kvar på samma nivå under hela prognosperioden som under de senaste åren.

⁹¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Enkätundersökning till vårdcentralchefer. (2022).

Diagram 7. Prognos för primärvården (1 500 invånare per specialistläkare respektive 750 invånare per ST-läkare). Antal förvärvsarbetande speciallistläkare och ST-läkare i allmänmedicin år 2016–2020 samt prognos över tillgång och efterfrågan år 2021–2035

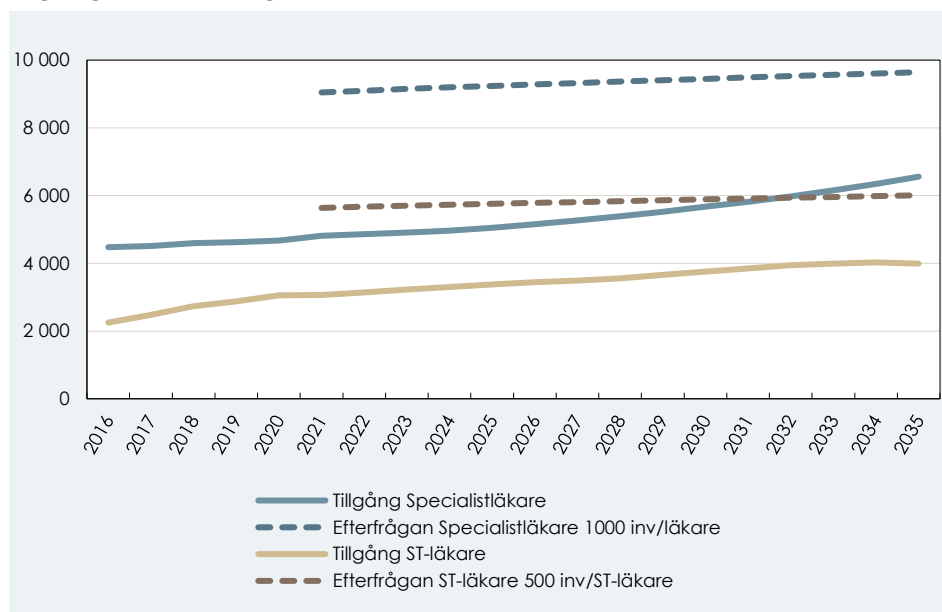


Källa: Sektionen för kompetensförsörjning och arbetsmiljö, SCB

I alternativet med 1 000 invånare per specialistläkare i allmänmedicin, det vill säga 500 invånare per ST-läkare i allmänmedicin, krävs det en fördubbling av tillgången på både specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin för att efterfrågan ska kunna tillgodoses år 2035. Bristen inom primärvården beräknas uppgå till cirka 3 100 specialistläkare och 2 000 ST-läkare i allmänmedicin år 2035. Det innebär att det skulle behövas en ökad tillgång inom primärvården med omkring 5 000 specialistläkare och cirka 3 000 ST-läkare i allmänmedicin. Eftersom tillgången beräknas vara betydligt mindre än efterfrågan kommer bristen att vara betydande under hela prognosperioden i detta alternativ.

Vid ett riktvärde på 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin, det vill säga 550 invånare per ST-läkare i allmänmedicin, bedöms efterfrågan vara 8 800 specialistläkare respektive 5 500 ST-läkare i allmänmedicin. Bristen beräknas då uppgå till 2 200 specialistläkare i allmänmedicin respektive 1 500 ST-läkare i allmänmedicin år 2035.

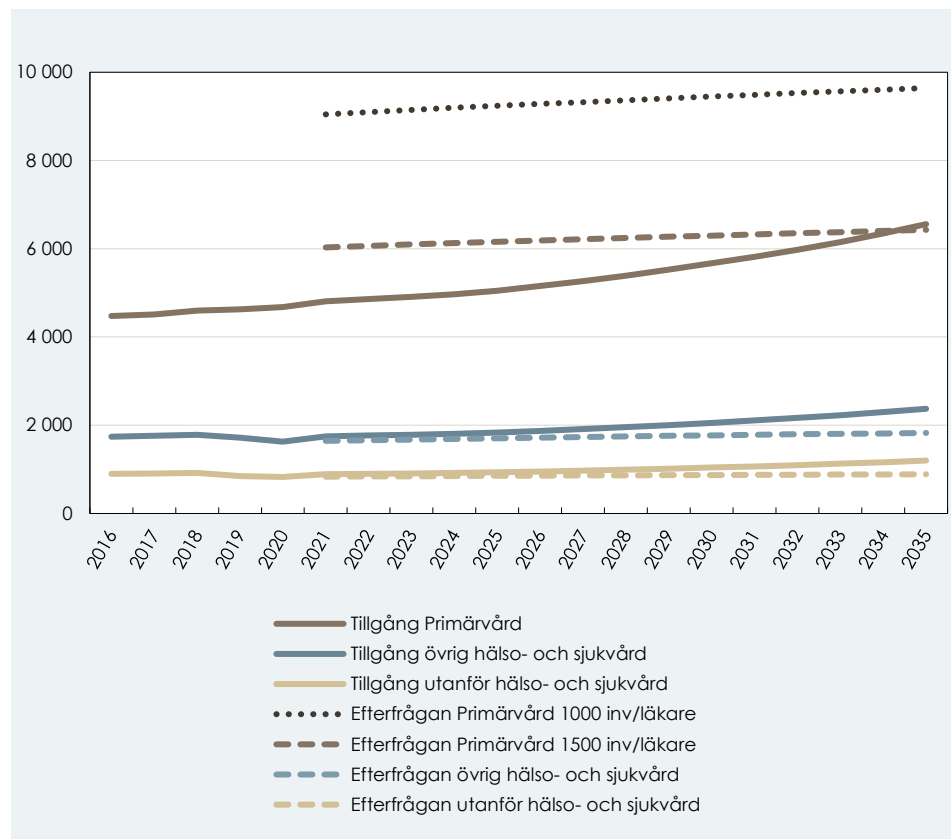
Diagram 8. Prognos för primärvården (1 000 invånare per specialistläkare respektive 500 invånare per ST-läkare). Antal förvärvsarbetande specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin år 2016–2020 samt prognos över tillgång och efterfrågan år 2021–2035



Källa: Sektionen för kompetensförsörjning och arbetsmiljö, SCB

Samtidigt som det bedöms bli brist på specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården, beräknas efterfrågan i övrig hälso- och sjukvård samt utanför sjukvården öka i något mindre omfattning än tillgången, se diagram 9 nedan. Det kan därmed komma att behövas ske en anpassning så att en större andel läkare arbetar inom primärvården än i dag, eftersom efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin beräknas bli stor där.

Diagram 9. Antal förvärvsarbetande specialtläkare i allmänmedicin år 2016–2020 samt prognos år 2021–2035 över tillgång och efterfrågan på specialtläkare i allmänmedicin inom primärvården, övrig hälso- och sjukvård samt i verksamhet utanför hälso- och sjukvård



Källa: Sektionen för kompetensförsörjning och arbetsmiljö, SCB

Som framgår i diagram 9 ovan kommer en del av den beräknade tillgången på specialtläkare utanför primärvården sannolikt i stället att finnas inom primärvården. Om en anpassning skulle komma att ske så att en större andel av specialtläkarna i allmänmedicin i framtiden arbetar inom primärvården uppstår en relativt balanserad situation år 2035 även i alternativet med 1 400 invånare per specialtläkare och 700 invånare per ST-läkare (se tabell 5 med de olika alternativen). I detta alternativ antas då specialtläkarna i allmänmedicin kompensera för bristen på ST-läkare i allmänmedicin. Tabellen visar att en balans mellan tillgång och efterfrågan på ST-läkare och specialtläkare i allmänmedicin kan nås 2035 vid 1 500 invånare per specialist. Inom övrig hälso- och sjukvård samt utanför hälso- och sjukvården beräknas antalet specialtläkare i allmänmedicin vara i balans, med ett mindre överskott, 2035.

Tabell 5. Antal specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin år 2020 samt prognos över tillgång och efterfrågan år 2035. Redovisas för olika riktvärden för invånare per specialistläkare i allmänmedicin inom primärvård

	2020	2035	2035	
	Förvävs- arb.	Efter-frå- gan	Till- gång	Brist/ Över- skott
1 000 inv./specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	4 675	9 600	6 600	-3 100
500 inv./ ST-läkare i allmänmedicin	3 057	6 000	4 000	-2 000
1 100 inv./ specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	4 675	8 800	6 600	-2 200
550 inv./ ST-läkare i allmänmedicin	3 057	5 500	4 000	-1 500
1 200 inv./ specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	4 675	8 000	6 600	-1 500
600 inv./ ST-läkare i allmänmedicin	3 057	5 000	4 000	-1 000
1 300 inv./ specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	4 675	7 400	6 600	-860
650 inv./ ST-läkare i allmänmedicin	3 057	4 600	4 000	-630
1 400 inv./ specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	4 675	6 900	6 600	-330
700 inv./ ST-läkare i allmänmedicin	3 057	4 300	4 000	-300
1 500 inv./ specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	4 675	6 400	6 600	130
750 inv./ ST-läkare i allmänmedicin	3 057	4 000	4 000	-20
Specialistläkare i allmänmedicin, övrig hälso- och sjukvård	1 628	1 800	2 400	550
Specialistläkare i allmänmedicin, utanför hälso- och sjukvård	828	890	1 200	310
1 000 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal	7 131	12 400	10 100	-2 200
1 500 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal	7 131	9 100	10 100	990

Not: Prognosvärdena för år 2035 är avrundade

Källa: Sektionen för kompetensförsörjning och arbetsmiljö, SCB

Sammanfattningsvis betyder detta att om alternativet med 1 000 invånare per specialistläkare, respektive 500 invånare per ST-läkare, inom primärvården ska kunna uppnås, behöver antalet specialistläkare i allmänmedicin öka inom primärvården från cirka 4 700 år 2020 till drygt 9 600 år 2035 samtidigt som antalet ST-läkare i allmänmedicin ökar från omkring 3 100 år 2020 till 6 000 år 2035. Motsvarande nivå för alternativet om 1 500 invånare per specialistläkare, respektive 750 invånare per ST-läkare, inom primärvården innebär en ökning av efterfrågan på antalet specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården till cirka 6 400 år 2035 samtidigt som antalet ST-läkare i allmänmedicin behöver öka till 4 000 år 2035.

I tabellerna 6 och 7 nedan redovisas för tillgång och efterfrågan per år 2022–2035 specifikt för riktvärdet 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin i primärvården och 550 invånare per ST-läkare i allmänmedicin. Tabellerna visar att bristen på specialistläkare består under perioden. Denna brist minskar från 3400 de närmsta tre åren till 2200 år 2035. För ST-läkare i allmänmedicin minskar bristen från omkring 2 000 de närmsta åren till 1 500 år 2035.

Tabell 6. Prognos över tillgång och efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin i primärvården per år 2022–2035, vid riktvärde 1 100 invånare/specialistläkare

1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin i primärvården			
År	Tillgång	Efterfrågan	Brist
2022	4 900	8 300	-3 400
2023	4 900	8 300	-3 400
2024	5 000	8 400	-3 400
2025	5 100	8 400	-3 300
2026	5 200	8 400	-3 200
2027	5 300	8 500	-3 200
2028	5 400	8 500	-3 100
2029	5 500	8 600	-3 100
2030	5 700	8 600	-2 900
2031	5 800	8 600	-2 800
2032	6 000	8 700	-2 700
2033	6 200	8 700	-2 500
2034	6 300	8 700	-2 400
2035	6 600	8 800	-2 200

Tabell 7. Prognos över tillgång och efterfrågan på ST-läkare allmänmedicin i primärvården per år 2022–2035, vid riktvärde 550 invånare per ST-läkare

550 invånare per ST-läkare i allmänmedicin			
År	Tillgång	Efterfrågan	Brist
2022	3 100	5 200	-2 100
2023	3 200	5 200	-2 000
2024	3 300	5 200	-1 900
2025	3 400	5 200	-1 800
2026	3 400	5 300	-1 900
2027	3 500	5 300	-1 800
2028	3 600	5 300	-1 700
2029	3 700	5 300	-1 600
2030	3 800	5 400	-1 600
2031	3 900	5 400	-1 500
2032	3 900	5 400	-1 500
2033	4 000	5 400	-1 400
2034	4 000	5 400	-1 400
2035	4 000	5 500	-1 500

Tillgångsprognoser på regional nivå

Tillgång och efterfrågan på ST- och specialistläkare i allmänmedicin ser olika ut i olika regioner, eftersom de har skilda förutsättningar, se det

inledande bakgrundsavsnittet Demografisk utveckling samt Befolkningsutveckling i följande avsnitt. Inom ramen för uppdraget ingår att redovisa ett planeringsunderlag och ta fram rekommendationer för dimensionering på nationell och regional nivå, vilket detta avsnitt syftar till att redogöra för.

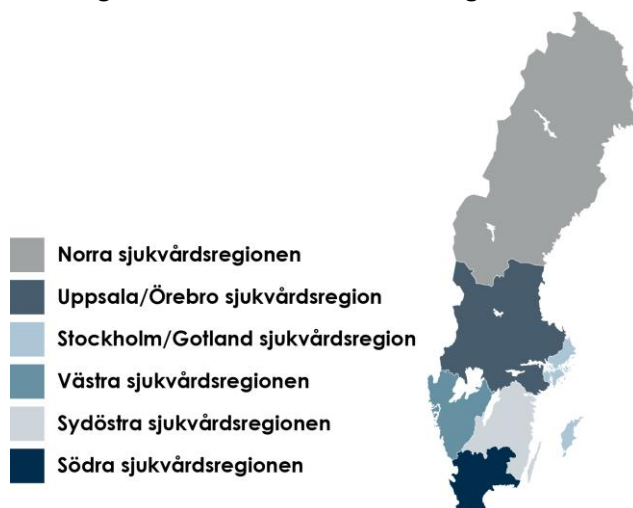
De regionala prognoserna redovisas för 1 000 och 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin, i linje med de räkneexempel som redovisades för i delredovisningen, även om riktvärdet 1 100 gäller för hela riket.

Efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin beräknas öka med mellan 60 och 80 procent i sjukvårdsregionerna fram till år 2035, om antalet invånare per specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården är 1 000 invånare. Merparten av den ökade efterfrågan sker inom primärvården där efterfrågan på specialistläkare kommer att fördubblas i flertalet regioner. Om varje specialistläkare i stället antas ansvara för 1 500 invånare beräknas efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin i stället öka med cirka 15 till 35 procent.

Samtidigt beräknas efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin öka med mellan 60 och 140 procent i sjukvårdsregionerna i alternativet med 500 invånare per ST-läkare i allmänmedicin. I alternativet med 750 invånare per ST-läkare, beräknas efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin öka med omkring 10 till 60 procent fram till år 2035.

Regionala framskrivningar, prognoser, av tillgången på ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin redovisas inte. Läkarutbildade är en rörlig grupp som ofta flyttar långväga både till och från studieorten, men även senare i karriären. En regional modell för att beräkna den framtida tillgången är komplex, med flertalet variabler som bland annat examination av läkare och flödet från examination till färdig specialistläkare, samt pension, flyttmönster och pendling regionalt. Eftersom ST-läkarna utgör antalsmässigt små grupper vid regional uppdelning innebär detta svårigheter att utveckla en regionalt anpassad flödesmodell för denna yrkesgrupp. För att undersöka om det finns möjligheter att utveckla regionala tillgångsprognoser för ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin behöver en regional modell för flödesanalys utvecklas och utvärderas. Det har inte varit möjligt att inrymma inom detta uppdrag.

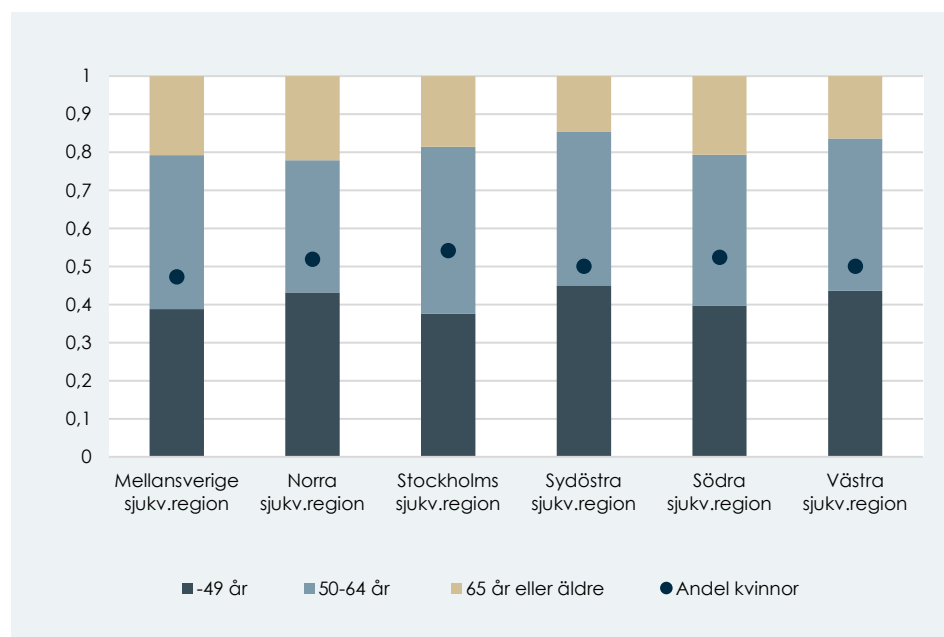
Figur 2. Sjukvårdsregioner som används i den regionala redovisningen



Dagslägesbild över köns- och åldersfördelningen bland specialistläkare i allmänmedicin

Den regionala dagslägesbilden i följande avsnitt utgår från senast tillgängliga registerdata, det vill säga från år 2020, liksom för den nationella dagslägesbilden och -prognoserna (se avsnittet Dagslägesbeskrivning med utgångspunkt från basåret 2020 i fråga om ST- och specialister i allmänmedicin). Det hindrar inte att enskilda regioner kan ha mer aktuella uppgifter om sina medarbetare. Eftersom metoden för regional insamling av uppgifter kan skilja sig åt, liksom insamlingsperioden, används inte sådan data då uppgifterna ska vara jämförbara mellan regioner. De ligger heller inte till grund för prognoserna, då effekterna av enskilda lokala satsningar på exempelvis utökad antal ST-tjänster eller utbildning av fler handledare är svårbedömda av samma skäl. Könsfördelningen skiljer sig något mellan sjukvårdsregionerna. Andelen kvinnliga specialistläkare i allmänmedicin varierar mellan 47 procent i sjukvårdsregion Mellansverige till 54 procent i Stockholms sjukvårdsregion.

Diagram 10. Specialistläkare i allmänmedicin per åldersgrupp samt andel kvinnor år 2020. Procent



Källa: Utbildningsregistret (UREG), Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) och Yrkesregistret, SCB, samt Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Socialstyrelsen

Regional efterfrågeutveckling

Befolkningsutveckling

Som tidigare nämnts beror efterfrågan på specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin till stor del på befolkningens storlek och struktur såväl i riket som helhet som i sjukvårdsregionerna. Av de sex sjukvårdsregionerna är Stockholms sjukvårdsregion den största sett till invånarantal med cirka 2,5 miljon invånare.

Näst efter Stockholm har tre sjukvårdsregioner, Södra och Västra sjukvårdsregionen samt sjukvårdsregion Mellansverige, en folkmängd som uppgår till cirka 2 miljoner. Norra och Sydöstra sjukvårdsregionen har omkring

en miljon invånare vardera. Regionerna har inte enbart en varierande befolkningsmängd, utan också en varierande tillgång på specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården utifrån antal invånare per specialist. Antalet varierar från 1 500 i Jämtlands län till 3 300 i Blekinge län (se Tabell 5 i delredovisningen av detta uppdrag)⁹².

Mellan år 2020 och år 2035 bedöms befolkningen i hela riket öka med drygt 7 procent⁹³. Det är dock relativt stora skillnader mellan de olika sjukvårdsregionerna. Befolkningen väntas öka mest i Stockholms sjukvårdsregion med närmare 13 procent. I Södra och Västra sjukvårdsregionen bedöms befolkningen öka med cirka 8 procent samt i Sydöstra sjukvårdsregionen och Sjukvårdsregion Mellansverige med närmare 5 procent. I Norra sjukvårdsregionen väntas befolkningen minska något under prognosperioden, en nedgång med drygt 1 procent.

Andra faktorer som påverkar utvecklingen

Den framtida ökningen av efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin beror, förutom på befolkningsutvecklingen, även på dagens läkartillgång i sjukvårdsregionerna. Samtliga sjukvårdsregioner har i dag ett lägre antal specialistläkare i allmänmedicin än de riktvärden inom primärvården som antas i prognosberäkningarna, vilket innebär att efterfrågan fram till år 2035 kommer att öka i samtliga regioner oavsett befolkningstillväxt.

Tabell 8. Antal specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin år 2020 samt prognos över efterfrågan år 2035. Redovisas för alternativen 1 000 respektive 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin inom primärvård per sjukvårdsregion

	2020	2035
	Förvärvs- arbetande	Efter- frågan
Norra sjukvårdsregionen		
1 000 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	428	770
500 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	296	480
1 500 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	428	510
750 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	296	320
Specialistläkare i allmänmedicin, övrig hälso- och sjukvård	94	100
Specialistläkare i allmänmedicin, utanför hälso- och sjukvård	71	70
<i>1 000 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	593	930
<i>1 500 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	593	680
Sjukvårdsregion Mellansverige		
1 000 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	955	1 900
500 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	565	1 200
1 500 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	955	1 300

⁹² Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

⁹³ SCB:s befolkningsframskrivning 2022.

	2020	2035
750 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	565	800
Specialistläkare i allmänmedicin, övrig hälso- och sjukvård	271	290
Specialistläkare i allmänmedicin, utanför hälso- och sjukvård	145	150
<i>1 000 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	1 371	2 400
<i>1 500 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	1 371	1 700
Stockholms sjukvårdsregion		
1 000 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	1 062	2 400
500 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	631	1 500
1 500 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	1 062	1 600
750 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	631	990
Specialistläkare i allmänmedicin, övrig hälso- och sjukvård	497	590
Specialistläkare i allmänmedicin, utanför hälso- och sjukvård	274	310
<i>1 000 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	1 833	3 300
<i>1 500 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	1 833	2 500
Sydöstra sjukvårdsregionen		
1 000 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	501	980
500 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	361	610
1 500 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	501	650
750 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	361	410
Specialistläkare i allmänmedicin, övrig hälso- och sjukvård	165	180
Specialistläkare i allmänmedicin, utanför hälso- och sjukvård	63	70
<i>1 000 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	729	1 200
<i>1 500 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	729	890
Södra sjukvårdsregionen		
1 000 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	819	1 800
500 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	538	1 100
1 500 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	819	1 200
750 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	538	740
Specialistläkare i allmänmedicin, övrig hälso- och sjukvård	349	390
Specialistläkare i allmänmedicin, utanför hälso- och sjukvård	153	160
<i>1 000 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	1 321	2 300
<i>1 500 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	1 321	1 700

	2020	2035
Västra sjukvårdsregionen		
1 000 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	910	1 800
500 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	666	1 100
1 500 invånare/specialistläkare i allmänmedicin, primärvård	910	1 200
750 invånare/ST-läkare i allmänmedicin	666	750
Specialistläkare i allmänmedicin, övrig hälso- och sjukvård	252	280
Specialistläkare i allmänmedicin, utanför hälso- och sjukvård	122	130
<i>1 000 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	<i>1 284</i>	<i>2 200</i>
<i>1 500 inv./specialistläkare i allmänmedicin, totalt antal</i>	<i>1 284</i>	<i>1 600</i>

Not: Prognosvärdena år 2035 är avrundade.

Källa: Sektionen för kompetensförsörjning och arbetsmiljö, SCB

Den totala efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin beräknas öka med cirka 70 procent år 2020–2035 i riket om varje specialistläkare inom primärvården antas ansvara för 1 000 invånare. I de sex sjukvårdsregionerna beräknas under samma period en efterfrågetillväxt på mellan cirka 60 och 80 procent. Inom primärvården bedöms efterfrågan på specialistläkare fördubblas i flertalet regioner. Det beror delvis på befolkningstillväxten men förklaras främst av att det är stor skillnad mellan ett invånarantal på 1 000 per specialistläkare i allmänmedicin och läkartillgången inom primärvården i dagsläget. I alternativet med 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin, beräknas efterfrågan på specialistläkare öka med cirka 30 procent på riksnivå under prognosperioden. I sjukvårdsregionerna bedöms efterfrågan öka med omkring 15 till 35 procent.

Den relativa fördelningen inom primärvården mellan ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin skiljer sig något i dagsläget mellan de sex sjukvårdsregionerna. Denna fördelning har också förändrats över tid. Sydöstra, Västra och Norra sjukvårdsregionen har i dag relativt sett något fler ST-läkare i allmänmedicin per specialistläkare i allmänmedicin än riksgenomsnittet. Stockholms sjukvårdsregion och sjukvårdsregion Mellansverige har något färre. Södra sjukvårdsregionen har en fördelning i dag som mer motsvarar genomsnittet för riket. Grunden för beräkningarna är att samma kompetensmix mellan ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin föreligger inom primärvården. I prognosen används därmed den genomsnittliga fördelningen i riket under åren 2018–2020 mellan ST-läkare och specialistläkare i samtliga sjukvårdsregioner (se även antagande i avsnitt Efterfrågan på läkare i bilaga 3). Efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin beräknas i alternativet med 500 invånare per ST-läkare, öka med cirka 100 procent fram till år 2035 i hela riket. Inom sjukvårdsregionerna bedöms efterfrågetillväxten uppgå till mellan cirka 60 och 140 procent. Lägst efterfrågan väntas för Norra, Sydöstra och Västra sjukvårdsregionen och högst för Stockholms sjukvårdsregion. Att Stockholms sjukvårdsregion har den högsta efterfrågetillväxten beror dels på en stor befolkningstillväxt i regionen, dels på att det i dag finns färre ST-läkare i förhållande till antalet specialistläkare i Stockholms sjukvårdsregion jämfört med riksgenomsnittet. I alternativet med 750 invånare per ST-läkare,

beräknas efterfrågan på riksnivå öka med cirka 30 procent fram till år 2035. I sjukvårdsregionerna bedöms efterfrågan öka under samma period uppgå till omkring 10 till 60 procent.

Rådets förslag

4.1 Inför en nationell riktvärdessamordnare för fast läkarkontakt i primärvården

Förslag:

- En nationell samordnare bör tillsättas för att initiera, stödja och genomföra samordnande insatser i samverkan med Sveriges 21 regioner för att utveckla färdplaner och mål för hur riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare i primärvården kan uppnås. Medel bör tillföras i enlighet med ett sådant uppdrag.

Riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare i primärvården är en viktig åtgärd för en förbättrad kompetensförsörjning

Regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.⁹⁴ Flera myndigheter och utredningar har under de senaste åren lämnat förslag på åtgärder för att öka antalet allmänläkare. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar i en nyligen publicerad rapport att målen för fast läkarkontakt och kontinuitet inom ramen för omställningen till en god och nära vård inte har nåtts⁹⁵. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag⁹⁶ tagit fram ett nationellt riktvärde för antalet invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för. Riktvärdet anger 1 100 invånare per specialistläkare i primärvården. I proposition Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72) bedömer regeringen att en fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin eller geriatrik, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialisttjänstgöring i allmänmedicin. Majoriteten av specialistläkarna i primärvården är specialister i allmänmedicin, varför rådets bedömningar i första hand utgår från dessa⁹⁷.

Rådet har i sin redovisning över tillgång och efterfrågan sett att 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin inte kan nås under prognosperioden 2022–2035, se även avsnittet Jämförelse mellan tillgång och efterfrågan. En särskild satsning behöver därmed göras för att stötta arbetet mot att

⁹⁴ HSL 7 kap 3§.

⁹⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård. (2022).

⁹⁶ S2019/03056/FS och S2020/03319/FS.

⁹⁷ Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal.

uppnå riktvärdet. Syftet med fast läkarkontakt är bland annat att uppnå en högre kontinuitet i patientkontakten och en ökad vårdkvalitet, vilket även kan leda till en förbättrad arbetsmiljö för specialister i allmänmedicin.⁹⁸ Rådet visar i föreliggande slutredovisning att det outnyttjade arbetskraftsutbudet, om alla specialister i allmänmedicin inom primärvården skulle ha samma tjänstgöringsomfattning som övriga specialister, uppgår till 15 000 timmar per vecka, eller 782 000 timmar per år. Det motsvarar 400 tjänster med 94 procents tjänstgöringsgrad, se avsnittet Tjänstgöringsomfattning för specialisläkare i allmänmedicin i relation till övriga specialisläkare.

Att uppnå det nationella riktvärdet är därmed en åtgärd som rådet bedömer kan stärka kompetensförsörjningen av specialisläkare i allmänmedicin och som även skulle kunna bidra till att öka incitamenten för fler specialisläkare i allmänmedicin att öka sin tjänstgöringsgrad.

Riktvärdet om fast läkarkontakt behöver även ses mot bakgrund av andra faktorer som påverkar patientkontinuitet och arbetsmiljö, exempelvis vårdtyngd i befolkningsunderlaget, möjlighet till teamarbete och geografiskt läge. Rådets sammantagna bedömning är dock att riktvärdet i sig är en viktig åtgärd för en förbättrad kompetensförsörjning avseende specialister i allmänmedicin. Rådet har tagit del av flera goda exempel som visar att ett avgränsat uppdrag påverkar rekryteringen positivt och bidrar till en ökad kontinuitet och patientsäkerhet.

Stärk arbetet med att nå det nationella riktvärdet genom en nationell samordnare

För att stötta regionerna i att nå riktvärdet är det motiverat med ett ökat nationellt och regionalt fokus i form av en färdplan för hur riktvärdet ska kunna nås. Därför föreslås att en särskild utredare, som ska fungera som en nationell samordnare, tillsammans med primärvårdsansvariga i regionerna planerar för åtgärder och insatser utifrån prognosläget och sätter upp mål och delmål för hur och när riktvärden ska kunna nås.

Den nationella samordnaren ska stödja hälso- och sjukvårdshuvudmän och vårdgivare i deras arbete att nå riktvärdet med 1 100 invånare per specialisläkare i primärvården och samordna insatser i landet. Exempel på sådana insatser kan vara att utveckla och följa upp handlingsplaner för att successivt nå riktvärdet, stödja aktörerna i sin organisering så att det blir möjligt för fler vårdgivare och verksamheter att ta emot ST-läkare samt sprida goda exempel, analysera den nuvarande ordningen för rekrytering och samordning av ST- och specialisttjänster för att avgöra om denna bör förändras och, i så fall, lämna förslag på förändringar, samt lämna nödvändiga författningsförslag.

Rådet föreslår att en nationell samordnare tillsätts i syfte att i samverkan med regioner och de regionala vårdkompetensråden, arbeta med att initiera, stödja, analysera och följa upp arbetet med fast läkarkontakt utifrån riktvärdet. Regionernas ansvar och uppdrag att styra om mot en nära vård kvarstår och ligger i linje med detta.

⁹⁸ Socialstyrelsen, Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården (2022).

4.2 En ST-miljard bör avsättas för att öka antalet specialister i allmänmedicin

Förslag:

- 1 miljard kronor årligen under fem år bör avsättas av regeringen till regionerna för att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin. Satsningen syftar till att på lång sikt öka antalet specialister i allmänmedicin.

Det saknas 2 100 ST-läkare i allmänmedicin i dagsläget
Enligt SFAM:s uppgifter som gäller för september 2022 uppgår antalet till 3 356. Då prognosen utgår från 2020 och baseras på flertalet antaganden, bland annat historiska mönster, används SCB:s uppgifter om antalet ST-läkare som grund för det prognosticerade antalet ST-läkare i allmänmedicin 2021–2035.

Rådet konstaterar i föreliggande slutredovisning att det vid ett riktvärde om 550 invånare per ST-läkare i allmänmedicin inom primärvården beräknas det saknas ungefär 2 100 ST-läkare nationellt i år, då tillgången 2022 enligt prognosunderlaget beräknas vara 3 100 och efterfrågan 5 200. Tiden mellan legitimation och påbörjandet av ST-tjänst uppgår i genomsnitt till 1,9 år för både kvinnor och män. ST-tjänstens längd bedöms i genomsnitt vara 6,2 år för män och 6,7 år för kvinnor (se avsnittet Flödesanalys i bilaga 3). I denna rapport visar rådet att ST-läkare i allmänmedicin i åldern 35–39 år i snitt arbetar 91 procent (se avsnitt Tjänstgöringsomfattning efter ålder för ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin). Detta medför att det i praktiken tar längre tid än de minimum 12 år som krävs från antagning till läkarutbildningen till att bli färdig specialist i allmänmedicin.

En av de åtgärder som skulle vara mest effektiv för att stötta arbetet med att nå riktvärdet om 1 100 invånare per allmänläkare i primärvården skulle vara att öka antalet tillsatta ST-platser. Mot bakgrund av detta ser rådet att det finns skäl att vidta stimulansåtgärder då det är tydligt att det nuvarande antalet ST-tjänster i allmänmedicin inte förväntas lösa bristen. Rådet erfar att eventuella begränsningar i exempelvis antalet handledare inte tycks vara ett avgörande hinder för att inrätta ytterligare ST-tjänster (se avsnitt Antal handledare för läkares specialiseringstjänstgöring (ST) som finns att tillgå i dagsläget).

Det är även av stor vikt att skapa en jämn fördelning av ST-tjänster inom allmänmedicin över landet i relation till befolkningens storlek. En ojämlik tillgång till ST-tjänster för läkare skapar i sin tur en ojämlik vård för patienterna.⁹⁹ Detta bekräftas av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som konstaterar att det i Sveriges landsbygdskommuner saknas läkare med formella ST-tjänster på 42 procent av vårdcentralerna, vilket myndigheten

⁹⁹ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. (2022:3).

bedömer kan tyda på ett behov av fler ST-tjänster i mer avlägsna delar av landet.¹⁰⁰

Tillför en ST-miljard för att på lång sikt öka antalet specialister i allmänmedicin

Rådet bedömer att öronmärkta stimulansmedel behöver tillföras regionerna för att utöka antalet ST-platser. Detta ligger i linje med regionernas ansvar att ställa om mot en nära vård, eftersom kompetensförsörjningen i primärvården behöver rustas för nämnda omställning. Den nationella riktvärdessamordnaren för fast läkarkontakt i primärvården (se förslag 4.1) bör involveras tidigt i skedet för att, tillsammans med regionala vårdkompetensråd och/eller andra relevanta primärvårdsrepresentanter utforma en plan för hur de förslagna fem miljarderna ger mest effekt, förslagsvis med fokus på ST-tjänster i landsbygd där det är möjligt. De prestationsbaserade medlen skulle exempelvis kunna tilldelas regionerna i olika grad beroende på om de redan har uppnått en god nivå, om regionerna behöver vidta tydlig förbättring eller redan har en god nivå men potential att utöka antalet ST-tjänster ytterligare, i likhet med de medel som tilldelats regionerna för att öka antalet allmäntjänstgöringstjänster (AT-tjänster)¹⁰¹. Därefter bör regeringen ge lämplig myndighet i uppdrag att fördela och betala ut de prestationsbaserade medlen i syfte att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin.

Rådet föreslår att regeringen i enlighet med ovan beskrivna förfarande avsätter en miljard kronor årligen under fem år till regionerna för att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin.

Rekommendationer för ytterligare insatser

Rådet bedömer att det finns flera åtgärder som har potential att öka antalet ST- och specialistläkare i allmänmedicin men där rådet inte haft möjlighet att utreda effekterna av åtgärderna inom föreliggande uppdrag. Rådet bedömer att insatserna är av sådan karaktär att rådet vill rekommendera regeringen möjliga åtgärdsförslag för eventuell vidare hantering utanför detta uppdrag.

Flera insatser behövs för att attrahera och behålla ST- och specialistläkare inom primärvården

Av statistiken som redovisats i föregående avsnitt framgår att det för perioden 2022–2035 inte är möjligt att uppnå riktvärdet med 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin i riket.

Utöver de statistiska uppgifterna finns även faktorer av mer osäker karaktär som kan påverka hur många specialister som tillkommer och stannar kvar i primärvården. Det handlar bland annat om hur stor andel som i framtiden kommer att arbeta deltid, vilket i sig påverkas av olika arbetsmiljöfaktorer, men även om tillgång till digitala verktyg och stöd för teknisk utveckling. I

¹⁰⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Enkätundersökning till vårdcentralchefer. (2022).

¹⁰¹ Uppdrag att fördela och betala ut medel för att öka antalet allmäntjänstgöringstjänster. S2022/00882.

landsbygd kan det exempelvis handla om faktorer som bostäder, förskolor och möjligheten för en partner att få arbete.

Rådet rekommenderar att uppdraget för allmänläkare bör planeras utifrån följande faktorer:

- **Befolkningens sammansättning och vårdtyngd**

Antal invånare per allmänspecialist påverkas bland annat av invånarnas vårdtyngd, åldersfördelningen i befolkningen, liksom av geografiska förhållanden. Det kan därför i vissa regioner behövas en högre respektive lägre andel invånare per allmänläkare under en övergångsperiod givet den stora brist som råder på specialister inom allmänmedicin. Rådet bedömer ändå att man stegvis behöver arbeta för att uppnå 1 100 invånare per läkare i en genomsnittsbefolkning. Under en övergångsperiod kan hyrläkare behöva tas in för att avlasta de fast anställda läkarna i syfte att avgränsa uppdraget. I de fall en hyrläkare har ett återkommande uppdrag kan de även medverka till att avlasta den fasta personalen genom att ta hand om vårdtunga patienter.

- **Välfungerande multiprofessionella team**

Det multiprofessionella teamet, med ett generalistperspektiv på sin befolkning och en tydlig relationell kontinuitet till sina patienter, är en av förutsättningarna för att primärvården och den nära vården ska kunna bedrivas med kontinuitet, effektivitet och patientsäkerhet utifrån patientens behov. I ett välfungerande team kan medarbetarna dela på arbetsuppgifterna. Detta påverkar hur många invånare en allmänläkare kan ansvara för. Arbetsfördelningen i teamet beror på vilka kompetenser medarbetarna har. Eftersom arbetsförhållandena varierar över landet behöver teamets sammansättning bero av regionala och lokala förutsättningar. Rådet föreslår i denna redovisning att frågan om teamets sammansättning och arbetssätt bör utredas vidare, eftersom ökad kunskap om detta på sikt bedöms leda till en förbättrad kompetensförsörjning (se avsnitt 1. Insatser för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården).

- **Primärvårdens grunduppdrag¹⁰² utgör basen, därutöver behöver även följande punkter inkluderas:**

- fortbildning av medarbetare
- klinisk forskning
- handledning av studenter och medarbetare
- hälso- och sjukvårdsutveckling, inklusive arbetet inom regionernas organisation för kunskapsstöd

¹⁰² 13 a kap. 1 § HSL. 1 §. Primärvårdens grunduppdrag. Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

- samverkan med angränsande vårdverksamheter.

Insatser för arbetsmiljön

I delredovisningen av det uppdrag som här slutredovisas lyfts arbetsmiljön som den enskilt viktigaste faktorn för att attrahera och behålla medarbetare i primärvården, detta av såväl medarbetare som chefer. Vårt underlag visar att en tredjedel av specialisterna i allmänmedicin inte jobbar inom primärvården. I dialog har framkommit att arbetsmiljön är en betydande del av orsaken varför åtgärder inom området är av yttersta vikt. Ansvaret för arbetsmiljön inom primärvården ligger ytterst på verksamhetschefen. Rådet önskar dock belysa vissa insatser som kan påverka arbetsmiljön i primärvården positivt.

- Att ha kontroll och inflytande över sin arbetsdag, exempelvis genom att ha kontroll över sin tidbok. Rent konkret kan det handla om att patienter inte bokas in under tid som är avsatt för administration. Även möjlighet att arbeta hemifrån under delar av arbetsdagen lyfts som en attraktiv faktor.
- Att minska den administrativa bördan, till exempel när tid behöver läggas på flera kompletteringar i samband med rapportering till Försäkringskassan.

Målstyrd ST med fokus på primärvård

Rådet rekommenderar en genomgång av målen för ST i allmänmedicin i likhet med Nationella vårdkompetensrådets rekommendationer för läkares allmäntjänstgöring (AT)¹⁰³. En sådan översyn syftar till att öka genomströmningen inom ST samtidigt som ökad relevans nås för ST-läkaren som kan få handledning och utbildning i sin framtida arbetsmiljö och lära sig hantera ett brett patientunderlag. Genom att utnyttja tekniska distanslösningar för specialistkonsultation, undervisning och mentorssamtal kan kunskapsöverföring mellan specialiserad vård och primärvård ske på ett effektivt sätt. Sidotjänstgöringarna skulle kunna exempelvis kunna kortas ned till att endast omfatta de mest ändamålsenliga frågeställningarna med relevans för gränssnittet mellan specialiserad vård och det allmänmedicinska området och på så vis öka relevansen för ST-läkare i allmänmedicin, jämfört med idag när de ska passa in i verksamheten på sjukhuskliniken.

Individualiserad kompetensutvärdering för läkare inom andra specialiteter som önskar bli specialiserade även i allmänmedicin

En lång gärning som läkare inom breda specialiteter är en erfarenhet som bidrar med väsentlig kompetens och som kan anpassas till allmänmedicinområdet. Rådet bedömer att frågan om en individualiserad kompetensutvärdering för läkare inom andra specialiteter som önskar bli specialiserade även i allmänmedicin behöver ses över i särskild ordning. Av bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring¹⁰⁴ framgår att om en läkare som har ett bevis om specialistkompetens vill uppnå specialistkompetens i ytterligare en specialitet, får han eller hon

¹⁰³ Nationella vårdkompetensrådet. Tre rekommendationer för att hantera övergången till den nya läkarutbildningen (2022:1).

¹⁰⁴ HSLF-FS 2021:8.

tillgodoräkna sig upp till två år och nio månader av tjänstgöringstiden i den tidigare specialiseringstjänstgöringen. Enligt praxis är det dock i första hand den huvudansvariga handledaren och verksamhetschefen som bedömer vad som kan tillgodoräknas. Rådet har under arbetet med uppdraget erfarit att det krävs bättre förutsättningar än idag vid tillämpningen av nyssnämnda bestämmelser i ST-föreskriften gällande tillgodoräkningen. Tillämpningen av regelverket behöver ske så att en god förutsebarhet för individen kan säkras. Rådet rekommenderar en översyn av regler och tillämpning vilket skulle kunna leda till ökad attraktivitet att byta specialitet och potentiellt öka antalet ST i allmänmedicin. En annan åtgärd för att öka attraktiviteten för allmänmedicin som specialitet och som har lyfts till rådet är att erbjuda specialistlön för specialister inom andra områden som utbildar sig till specialister i allmänmedicin. En väl utarbetad och strukturerad allmänmedicinsk kompetensvärdering på individnivå skulle kunna utgöra en grund för en individualiserad ST-utbildning för läkare med betydande erfarenhet från närliggande specialiteter. Vidare utredning är dock nödvändig för att samtidigt säkerställa likvärdiga examensmål för specialisttjänstgöringen.

Tillvarata läkarutbildningens kursmoment inom allmänmedicin

Frågan om hur tiden mellan examen och legitimation kan förkortas är väsentlig även för att förkorta tiden till att bli färdig specialist i allmänmedicin. Nationella vårdkompetensrådet har publicerat förslag i syfte att belysa förutsättningar för att förkorta tiden och arbetar aktivt med frågan om läkarnas allmäntjänstgöring (AT) och bastjänstgöring (BT)¹⁰⁵. Den nya sexåriga läkarutbildningen ger en ökad exponering för primärvården för blivande läkare, vilket rådet bedömer som positivt för utvecklingen mot fler specialister i allmänmedicin. Detta ligger i linje med nära vård-omställningen och ger en möjlighet att påvisa specialitetens möjligheter.

¹⁰⁵ Nationella vårdkompetensrådet. Tre rekommendationer för att hantera övergången till den nya läkarutbildningen (2022:1).

Konsekvenser

Övergripande konsekvenser

I enlighet med uppdraget ska förslag till insatser redovisas som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården. De förslag som lämnas inom uppdraget bedöms även bidra till ökade förutsättningar av genomförandet av målen i regeringens primärvårdsreform¹⁰⁶, i de delar som rör kompetensförsörjningen i primärvården. Regioner och kommuner arbetar med omställningen till en mer nära vård och förslagen väntas även bidra till att stötta den pågående utvecklingen.

Konsekvenser av förslag för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården

Ett ledningssystem för ledarskap

Vårdgivarna har ansvar för att kvalitetssäkra och utveckla hälso- och sjukvårdsverksamheten fortlöpande.¹⁰⁷ Ett nytt ledningssystem för ledarskap i primärvården syftar till att synliggöra kraven på ledarskapet i verksamheterna samt ge vårdgivarna verktyg att arbeta med frågan i syfte att förbättra arbetsmiljön i primärvården.

Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att utforma ett ledningssystem för ledarskap i primärvården. Ett sådant uppdrag kommer att medföra kostnader för den berörda myndigheten.

Införandet av ett ledningssystem för ledarskap i primärvården bedöms inte medföra ytterligare kostnader för primärvårdens verksamheter. För de arbetsgivare som inte arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet kan förslaget medföra en omprioritering av resurser för att i ökad grad arbeta med ledarskapsfrågor i verksamheten. Ett ledningssystem bedöms även utgöra ett stöd till verksamheterna vilket kan medföra en kostnadsbesparing för till exempel sjukskrivningar av personalen.

Ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom primärvården

Rådet föreslår att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att utforma ett ledarskapsprogram för chefer inom primärvården. Utformandet och genomförandet av ledarskapsprogram får ekonomiska konsekvenser för den myndighet som får uppdraget, varför regeringen bör tillföra medel i enlighet med ett sådant uppdrag.

Införandet av ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom primärvården får konsekvenser i första hand för de chefer inom respektive verksamhet

¹⁰⁶ Prop. 2019/20:164. Målet med regeringens reform är att patienten får en god nära och samordnad vård som stärker hälsan liksom att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivare. En god kompetensförsörjning är central för att primärvården ska kunna vara navet i hälso- och sjukvården.

¹⁰⁷ 5 kap. 4 § HSL.

som deltar i programmet. Deltagandet i ledarskapsprogrammet kommer att ta tid och resurser ifrån verksamheten vilket huvudmännen behöver beakta vid verksamhetsplaneringen. För ytterligare konsekvenser rörande landsbygd respektive socioekonomiskt utsatta områden, se nedan.

På sikt bedöms ledarskapsprogrammet höja kompetensen hos cheferna vilket både bedöms bidra till minskad omsättning av chefer och till förbättrad arbetsmiljö med nöjdare medarbetare, ökad attraktivitet och möjlighet att rekrytera nya medarbetare, vilket i sig bedöms leda till minskad personalomsättning och högre kontinuitet i det patientnära arbetet.

Digitalisering i primärvården kan stärka kompetensförsörjningen

Rådet föreslår att berörda beslutsfattare nationellt och lokalt bör skapa nödvändiga förutsättningar för ökad digitalisering, till exempel genom att säkerställa personella eller verksamhetsmässiga resurser. Detta bedöms rymmas inom arbetet som sker med omställningen till nära vård.

Rådet föreslår även insatser som syftar till att förbättra grundförutsättningarna för en ökad digitalisering och minska hinder. För de parter som deltar i samverkansorganisationen inom Vision E-hälsa 2025 kan det innebära att arbetet med visionen behöver prioriteras högre inom respektive verksamheter. Detta kan innebära ett behov av att omprioritera resurser hos dessa parter, något som bedöms omfattas av aktörernas ordinarie budgetramar.

Digitalisering och digitala arbetssätt i primärvården kan utgöra ett stöd för arbetet inom primärvårdens verksamheter genom att till exempel underlätta samverkan, effektivisera informationsflöden och möjliggöra teamarbete genom nya arbetssätt.

Utveckling och utvärdering av arbetssätt för att kunna arbeta mer effektivt bör redan ingå i det systematiska kvalitetsarbetet, men för de arbetsgivare som inte redan arbetar med metodutveckling och förbättrat teamarbete skulle ett ökat fokus på metodutveckling kunna innebära en viss ökad kostnad initialt. En sådan kostnadsökning bedöms dock rymmas inom regioners och kommuners befintliga budget. Insatserna väntas dessutom leda till förbättrad samverkan och kommunikation samt minskat dubbelarbete, vilket på sikt bedöms minska kostnaderna för verksamheten som helhet.

Även om rådets förslag inte i första hand handlar om införandet av enskilda digitala verktyg, kan detta behövas som ett led i ökad digitalisering, och ger i så fall ökade utgifter för enskilda arbetsgivare.

Konsekvenser av förslag för att primärvården ska kunna medverka i högskoleutbildning och forskning i högre grad

Stärk förutsättningarna för forskarutbildning och forskning i primärvården

Rådet föreslår att långsiktig finansiering av forskarskolor i primärvården bör säkerställas, att anställda inom primärvården bör ha utrymme att söka forskningsmedel och tid för att forska samt att medel behöver tillföras forskning med relevans för primärvården. Satsningar på forskning med relevans för

primärvården, forskarskolor och tid för forskning innebär en prioritering av resurser, både på statlig, regional och kommunal nivå. Regeringen har redan, i senaste forskningspropositionen, lyft primärvården som ett prioriterat område. Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete, varför det ligger inom deras uppgifter att satsa på forskning i primärvården. Detta kan dock innebära att de måste omprioritera medel. Mot denna bakgrund behöver medel tillföras forskning med relevans för primärvården. Regeringen bör prioritera primärvården inklusive ovan nämnda satsningar när nya forskningsmedel ska fördelas i den forskningspolitiska propositionen 2024. Detta innebär automatiskt att andra områden inte kommer kunna prioriteras på samma sätt men att nya medel tillförs i forskningspropositionen innebär att inga medel behöver omfördelas från andra forskningsområden.

Åtgärder vad gäller den verksamhetsförlagda utbildningen och klinisk praktik

Rådet föreslår att handledarmodeller för handledning av studenter under verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och klinisk praktik bör utvecklas och att medel bör satsas för detta ändamål. Rådet föreslår även att potentialen att inom kommunal hälso- och sjukvård tillhandahålla VFU/klinisk praktik i högre utsträckning bör tas tillvara. En utveckling av VFU/klinisk praktik bedöms medföra konsekvenser för universitet och högskolor, primärvården och studenterna. För regioner, kommuner och lärosäten kräver utvecklingsarbetet att resurser tillförs som på längre sikt syftar till att skapa en mer ändamålsenlig VFU/klinisk praktik. Främst är det befintliga personalresurser från kommuner, regioner och lärosäten som behöver avsättas för att möjliggöra ett samarbete kring hur VFU/klinisk praktik ska utvecklas. I universitet och högskolors uppdrag ingår redan idag att samverka med det omgivande samhället för ömsesidigt utbyte och verka för att den kunskap och kompetens som finns vid högskolan kommer samhället till nytta. Det ligger också i kommuners och regioners intresse att samverka vad gäller VFU/klinisk praktik för att inte bara uppnå lärandemålen utan också säkra framtida tillgång till personal. Ett samarbete om VFU-platser mellan lärosäten, kommuner och regioner finns också redan på plats men det kan krävas utökat samarbete eller samarbete med nya parter. För studenterna kommer förslaget innebära att utbildningen förändras, vilket kan innebära en viss period av anpassning men bedöms leda till förbättringar för studenterna genom mer ändamålsenlig VFU/klinisk praktik.

Att i högre utsträckning ta tillvara potentialen att tillhandahålla VFU/klinisk praktik inom kommunal hälso- och sjukvård handlar om att utnyttja resurser som redan finns tillgängliga. Kommuner tillhandahåller platser för VFU och utbildar handledare men studenter fyller dessvärre inte alltid de tillgängliga platserna. För kommunerna skulle ett ökat utnyttjande av verksamheternas potential leda till att sammantaget öka antalet tillgängliga VFU-platser. För studenterna kan förslaget innebära att de får VFU-placeringar som ligger längre från hemorten, vilket kan ses som negativt och skulle även kunna vara en anledning till att platserna idag inte fylls. Det finns

dock en möjlighet att studenterna får en bättre VFU då det blir färre VFU-studenter i respektive kommun och varje student får mer utrymme för lärande. När handledarmodellerna för VFU/klinisk praktik utvecklas och kommunernas potential i högre utsträckning tas tillvara behöver hänsyn tas till studentperspektivet, i syfte att minska eller motverka negativa konsekvenser för studenter.

Konsekvenser av förslag för att främja geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i landsbygd och/eller i socioekonomiskt utsatta områden

Särskilda satsningar inom ramen för ett nationellt ledarskapsprogram

Rådet föreslår att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att utforma ett nationellt ledarskapsprogram. Det ledarskapsprogram som rådet föreslår bör kompletteras med satsningar och anpassningar utifrån landsbygd respektive socioekonomiskt utsatta områden. Utformandet såväl som genomförandet av ledarskapsprogrammet får ekonomiska konsekvenser för den myndighet som får uppdraget, varför regeringen bör tillföra medel i enlighet med ett sådant uppdrag.

Införandet av ett ledarskapsprogram med ovan beskrivna särskilda satsningar får konsekvenser i första hand för de chefer inom primärvårdsverksamheter på landsbygd respektive primärvårdsverksamheter i socioekonomiskt utsatta områden som deltar i programmet. Syftet med ledarskapsprogrammet är att höja kompetensen hos chefer inom primärvården, vilket både bedöms bidra till minskad omsättning av chefer och till förbättrad arbetsmiljö, nöjdare medarbetare, ökad attraktivitet och möjlighet att rekrytera nya medarbetare. Det bedöms i sin tur leda till minskad personalomsättning och högre kontinuitet i det patientnära arbetet.

Chefers deltagande i ledarskapsprogram kommer att ta tid och resurser från verksamheten, något som huvudmännen behöver ha i åtanke vid verksamhetsplaneringen.

På sikt bedöms ledarskapsprogrammet höja kompetensen hos cheferna, vilket både bedöms bidra till minskad omsättning av chefer och till ökad attraktivitet hos dem som arbetsgivare. Det ger i sin tur minskad personalomsättning och högre kontinuitet i det patientnära arbetet.

Decentraliserade vårdutbildningar och VFU/klinisk praktik i landsbygd

Decentraliserade studieorter kan innebära ökade kostnader för lärosäten, särskilt om avstånden är stora, vilket de behöver kompenseras för. De satsningar som redan pågår behöver följas upp och utvärderas utifrån exempelvis effekter på kompetensförsörjning och hur utfallet blir för olika typer av vårdutbildningar. För att decentraliserad vårdutbildning ska kunna genomföras krävs tillgång till rätt kompetens på den aktuella studieorten, i form av lärar-kompetens. Eventuell brist på kompetent personal vid universitet och högskolor är även en faktor som kan medföra begränsningar i vilken utsträckning decentralisering är möjlig eller inte. Tillgänglighetsdelegationen har vidare

lyft att staten bör stödja regionaliserad läkarutbildning ekonomiskt, utifrån ökade kostnader såväl vid införande som löpande långsiktiga merkostnader¹⁰⁸. Förslaget innebär inte någon ändring i nuvarande regelverk avseende antagning till högre utbildning.

Gällande VFU/klinisk praktik i primärvårdsverksamheter i landsbygd krävs på samma sätt som nyss nämnts att det finns tillgång till rätt kompetens på plats, såsom handledare. Förutsättningarna mellan olika kommuners förmåga att ta emot studenter i landsbygd skiljer sig åt. Satsningar på handledarutbildningar kan vara ett sätt att stärka förutsättningarna, och kan behöva ske i såväl kommunal som regional verksamhet.

När en mer decentraliserad utbildning införs behövs hänsyn tas till studentperspektivet, i syfte att minska eller motverka negativa konsekvenser, så att decentraliseringen inte riskerar bidra till att exempelvis studenter lämnar utbildningarna. För studenterna kan såväl decentraliserade studieorter som VFU/klinisk praktik i landsbygd medföra ökade kostnader. Detta i form av till exempel resekostnader eller kostnader för dubbla boenden. Här behöver dialog ske mellan lärosäten, regioner och kommuner om hur kompensation för detta kan ske eftersom det ligger i dessa aktörers intressen att potentiella platser i landsbygd blir tillsatta.

VFU/klinisk praktik i socioekonomiskt utsatta områden

Förslagen innebär inte i sig någon förskjutning av ansvarsförhållanden mellan region och kommun i fråga om vem som utför utbildningsinsatser, varför förslaget inte bedöms medföra några ekonomiska konsekvenser.

För studenter kan förslaget medföra ökade ekonomiska konsekvenser beroende på var i landet de socioekonomiskt utsatta områdena är lokaliserade och var VFU/klinisk praktik förläggs. Detta då dessa områden kan finnas såväl i städer/nära studieorten som i landsbygdsområden. Beroende på avståndet till huvudstudieort kan studenter behöva kompenseras för exempelvis ökade rese- och boendekostnader. En dialog behöver föras mellan lärosäten, kommuner och regioner om hur en sådan kompensation kan se ut.

Konsekvenser av förslag för att öka antal specialister i allmänmedicin

Inför en nationell riktvärdessamordnare för fast läkarkontakt i primärvården

Rådet föreslår att en särskild utredare, så kallad nationell riktvärdessamordnare, tillsätts i syfte att i samverkan med regioner och de regionala vårdkompetensråden, arbeta med att initiera, stödja, analysera och följa upp arbetet med fast läkarkontakt utifrån riktvärdet.

Inrättandet av en nationell samordnare kräver ekonomiska resurser för denna specifikt utformade roll. Regeringen bör tillföra medel i enlighet med ett sådant uppdrag. Samordnaren ska arbeta i tät samverkan med regionernas primärvårdsansvariga. Det ingår redan idag i regionernas ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen¹⁰⁹, men en

¹⁰⁸ SOU 2022:22. Vägen till ökad tillgänglighet.

¹⁰⁹ HSL 8 kap 1§

ökad prioritet för arbetet med att nå riktvärdet för fast läkarkontakt kan medföra ett behov av omprioriteringar.

Samordnaren bör även ges resurser att ta fram en plan för hur man får mest effekt av de förslagna ST-miljarderna, se nedan.

En ST-miljard bör avsättas för att öka antalet specialister i allmänmedicin

Rådet föreslår att regeringen avsätter en miljard kronor årligen under fem år till regionerna för att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin.

För regionerna betyder det faktum att nya medel för ST-tjänster tillförs att inga medel på kort sikt behöver omfördelas från andra områden. Regionernas ansvar för kompetensförsörjningen innebär dock att de, för att nå en balans mellan tillgång och efterfrågan, bör betrakta detta som ett incitament att införa en långsiktig förändring.

Handledarkapacitet är i dagsläget för ST inte en begränsande faktor. Vid införande av ytterligare ST-tjänster behöver det dock säkerställas att handledarkompetens finns i tillräckligt hög utsträckning. Det ingår idag som en del i ST-läkares målbeskrivning att utbildas inom handledning varför eventuella kompletterande utbildningsinsatser inte bör krävas i någon stor omfattning. Regionerna behöver dock beakta befintlig handledarkompetens och föra dialog med verksamhetschefer, regionala primärvårdsansvariga, studierektorer och den nationella samordnaren för att följa upp detta.

Den samverkan som rådet ser framför sig mellan den nationella samordnaren och de regionala vårdkompetensråden för tar fram en plan på hur den ekonomiska satsningen på ST kan användas på mest effektiva sätt, i syfte att tillskapa platser, kan komma att kräva resurser.

För staten betyder införandet av en ST-miljard potentiellt att andra områden som staten styr över kan påverkas av de omprioriteringar som detta innebär.

Referenser

- Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1).
- Den nationella styrgruppen för ALF. Definition av universitetssjukvård, Underlag beslutat av styrgruppen 2018. Hämtad på www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-3-23-definition-av-universitetssjukvard.pdf.
- Direktiv 2022:101. Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen.
- Direktiv 2022:98. Hälsodata som nationellt intresse – en lagstiftning för interoperabilitet. Kommittédirektiv.
- Distriktläkarföreningens och Svensk förening för allmänmedicins Tankargrupp för God och Nära vårds genomförande (2022:4). Världens bästa primärvård – en sjukvårdsreform. Hämtad på <https://sfam.se/wp-content/uploads/2022/04/PVreform.pdf>.
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
- Högskolelagen (1992:1434).
- Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, den s.k. samverkanslagen.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:7). Visa vägen i vården.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019:3). Åt samma håll.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021:2). Digital teknik med äldre i fokus.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021:3). Läget för ledarna.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022:5). Kontinuitet och fast läkar-kontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård.
- Nationella vårdkompetensrådet (2021:10). Förenade anställningar vid medicinska fakulteter 2018–2020. Diarienummer. 4.3–13549/2021–10.
- Nationella vårdkompetensrådet (2022:2) Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 - Rekommendationer och bedömningar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.
- Patientlagen (2014:821).
- Patientsäkerhetslagen (2010:659).
- Proposition 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.
- Proposition 2000/01:71. Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.
- Proposition 2009/10:210. Patientsäkerhet och tillsyn.
- Proposition 2016/17:50 Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.

Proposition 2019/20:164 Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.

Proposition 2020/21:60. Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.

Proposition 2021/21. Stärkt kompetens i vård och omsorg.

Proposition 2021/22:72. Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.

Regeringen. Pressmeddelande, juni 2022: Socialdepartementet tillsätter utredning om digital vård.

Regeringen. Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende universitet och högskolor (U2021/04851).

Regionala cancercentrum i samverkan, Nationellt vårdprogram melanom. Hämtat från webbplatsen 2022-10-25, <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/melanom/varprogram/>.

SLIT (Regionernas IT-direktörer) (2021), via Lars Jerllvall och Thomas Pehrsson. eHälsa och digitalisering i regionerna. Hämtad på <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2021/11/SLIT-rapport-2021.pdf>.

Socialstyrelsen (2018). Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Artikelnummer 2018-2-15.

Socialstyrelsen (2021). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring; Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. (HSLF-FS 2021:8).

Socialstyrelsen (2022). Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. Artikelnummer 2022-4-7896

Socialstyrelsen (2022). Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal.

Socialstyrelsen (2022). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021. Artikelnummer 2022–8:8004.

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022:3). Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning.

Socialtjänstlagen (2001:453).

Socialutskottets betänkande 2021/22: SoU30 Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Socialutskottets betänkande 2021/22: SoU30. Hämtad på https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/sammanhallen-vard--och-omsorgsdokumentation_H901SoU30.

SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

SOU 2016:2. Effektiv vård.

SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform.

SOU 2019:20 Stärkt kompetens i vård och omsorg.

- SOU 2020:19. God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.
- SOU 2021:39 Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården.
- SOU 2021:4 Informationsöverföring inom vård och omsorg.
- SOU 2022:22. Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram.
- SOU 2022:35. Tryggare i vårddyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska.
- SOU 2022:41. Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer.
- Statistiska centralbyrån (2020). På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2020.
- Statistiska centralbyrån (SCB). Fler äldre i alla län och kommuner 2040, hämtad 2022-05-25 på <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/den-framtida-befolkningen-i-sveriges-lan-och-kommuner-2022-2040/>.
- Statskontoret (2021:17). Vision ehälsa – ett försök att styra genom samverkan. Hämtad 2021-10-21 på <https://www.statskontoret.se/publicerat/publikationer/publikationer-2021/vision-e-halsa-2025--ett-forsok-att-styra-genom-samverkan/?publication=true>.
- Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), underlag innehållande uppgifter om bl.a. handledare, via SFAM:s studierektorsnätverk.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2017). Trygg hemgång – För effektivare och säkrare utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2022). Läkartillgång i primärvården. Dnr 22/00190.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2022). Överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus.
- Sveriges Läkarförbund. Handledaruppdraget - Handledarrollen utgör en nyckelroll för läkares vidareutbildning. Hämtat från webbplatsen 2022-10-24: <https://slf.se/rad-och-stod/utbildning/handledaruppdraget/>.
- Universitets- och högskolerådet (2022). Antagning till högre utbildning vårterminen 2023. Statistik i samband med sista anmälningssdag.
- Universitetskanslersämbetet (2021). Fler vägar till vårddyrken, delredovisning. Diarienummer 111-00057-21.
- Universitetskanslersämbetet (2021). Promemoria: Framskrivning av antal examinerade läkare per läsår, åren 2022–2035.
- Universitetskanslersämbetet (2022). Statistikdatabas, nybörjare på yrkesexamensprogram.
- Universitetskanslersämbetet (2022). Uppföljning av mål för antal examina, delredovisning 1. Diarienummer 111-00276-22.

Bilaga 1 – Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården

Den 23 september 2021 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet (rådet) och i dialog med övriga berörda aktörer, ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården (S2021/06575).

Socialstyrelsen ska tillsammans med rådet ge förslag på riktade insatser som regioner och andra kan vidta. I förslagen ska följande ingå:

- vilka insatser som kan vidtas för att kunna utveckla, motivera och behålla de medarbetare som redan idag arbetar inom primärvården
- hur primärvården kan attrahera och locka till sig nya medarbetare
- hur primärvården kan medverka i högskoleutbildning av framtida medarbetare samt i forskning
- insatser som kan vidtas för att främja en geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden.

Med stöd av rådets kompetens samt samverkansarenor ska ett planeringsunderlag redovisas och rekommendationer tas fram för dimensioneringen av läkares specialiseringstjänstgöring (ST) inom allmänmedicin på nationell och regional nivå. I underlaget och rekommendationerna ska följande ingå:

- hur många ST-tjänster inom allmänmedicin det finns att tillgå i dagsläget och hur stor efterfrågan är
- hur många specialistläkare inom allmänmedicin det finns att tillgå i dagsläget och hur stor efterfrågan är
- hur stor andel av specialistläkarna i allmänmedicin som förväntas gå i pension under perioden 2022–2035
- hur många handledare för ST som finns att tillgå i dagsläget
- en bedömning av tillgång och efterfrågan på ST-tjänster inom allmänmedicin under perioden 2022–2035, och rekommendationer om hur många ST-tjänster som behövs
- en bedömning av tillgång och efterfrågan på specialistläkare inom allmänmedicin under perioden 2022–2035, och rekommendation om hur många specialistläkare inom allmänmedicin som behövs, hur tiden mellan läkarlegitimation och bevis om specialistkompetens kan kortas och vilka resurser och åtgärder som krävs för det
- hur många läkarstudenter som förväntas examineras per år 2022–2035.

Mot bakgrund av ovanstående ska Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet ta fram förslag på riktade insatser i syfte att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen av till exempel

specialistsjuksköterskor inklusive distriktssköterskor, specialistläkare i allmänmedicin, dietister, psykologer och fysioterapeuter i primärvården. Av uppdraget framgår att man i arbetet behöver ta hänsyn till framtidens hälso- och sjukvård med bl.a. förändrade arbetssätt, digitalisering och demografisk utveckling.

Uppdraget syftar även till att ytterligare tydliggöra rådets strategiska och operativa roll när det gäller den långsiktiga kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.

Bilaga 2 – Kommunal hälso- och sjukvård

Inom uppdraget ska bl.a. förslag tas fram som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården. I arbetet ska även hänsyn tas till framtidens hälso- och sjukvård med bl.a. förändrade arbetssätt, digitalisering och demografisk utveckling. I delredovisningen redovisades ett brett kunskapsunderlag över villkor och förutsättningar för kompetensförsörjningen i primärvården som också kan användas som en grund för god planering¹¹⁰.

I denna bilaga kompletteras kunskapsunderlaget från delredovisningen med att även omfatta bestämmelser för kommuner, tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal samt personalens roll i den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet är att belysa frågor av vikt för primärvården som sker med kommunerna som huvudmän.

Kommunal hälso- och sjukvård

Primärvården - ett delat huvudmannaskap

I det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan region och kommun¹¹¹, vilket framgår av hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Med kommunal hälso- och sjukvård avses vård och behandling som genom kommunens åtagande och ansvar ges i särskilda boendeformer, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende¹¹². Däremot framgår inte av nämnda lag, vilken vårdnivå som kommuner ansvarar för. Av förarbeten framgår däremot tydligt att kommuner ska ansvara för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, med undantag för läkarinsatser.¹¹³

Regioner ansvarar för att avsätta de läkarresurser som behövs för att erbjudas en god hälso- och sjukvård för den i särskilt boende och i dagverksamhet¹¹⁴. Det samma gäller hemsjukvård i ordinärt boende, om en kommun ansvarar för vården¹¹⁵. Kommuner har successivt, genom att ingå avtal med regioner, kommit att ta över även ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende, så kallad hemsjukvård. Bortsett från i Region Stockholm bedrivs hemsjukvård i alla kommuner¹¹⁶.

¹¹⁰ Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården (2022).

¹¹¹ 2 kap. 2 § HSL.

¹¹² Av 12 kap. 1 § HSL följer att varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård i:

- särskilda boendeformer för äldre personer (inklusive korttidsplats)
- bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt SoL
- motsvarande boendeformer enligt ovan som bedrivs i enskild verksamhet och
- sådan dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § SoL.

¹¹³ Prop. 1990/91:14, Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm, och prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.

¹¹⁴ 12 kap 1 § HSL.

¹¹⁵ 12 kap 3 §, 14 kap 1 § och 16 kap. 1 § HSL.

¹¹⁶ Sveriges Kommuner och Regioner. Läkarmedverkan i kommunerna (2020).

Huvudmannaskap och verksamhetschefens roll

Av 4 kap. 2 § HSL framgår att det i hälso- och sjukvårdsverksamhet alltid ska finnas någon som är ansvarig för verksamheten, en verksamhetschef. Lagen reglerar däremot inte vilken kompetens en verksamhetschef ska ha. Om verksamhetschefen inte har medicinsk kompetens, får verksamhetschefen inte bestämma över vård och behandling av en patient. Enligt HSL behöver det därför i den kommunala verksamheten finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, så kallad MAS¹¹⁷. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut ansvara för de uppgifter som annars ska utföras av en medicinskt ansvarig sjuksköterska, en s.k. MAR.¹¹⁸

Betänkandet Nästa steg–Ökad kvalitet och omsorg om äldre (SOU 2022:41)¹¹⁹ beskriver att tillämpandet av regelverket om verksamhetschefens ansvar i förhållande till MAS på vissa håll skapat en otydlig ansvarsfördelning. Detta då vissa verksamhetschefer felaktigt har tolkat att de framtagna det övergripande ansvaret för verksamheten i förhållande till vad som framgår av bestämmelser om MAS. Det är en olycklig tolkning av vem som har verksamhetsansvaret eftersom MAS i sin tur saknar lagreglerat ansvar att säkerställa personalens kompetensnivå eller bemanningsfrågor. Denna typ av missuppfattning beskriver utredningen kan få konsekvenser för möjligheterna att bedriva en god och säker vård.

En primärvårdsreform

I juli 2021 trädde lagändringar i kraft i syfte att stärka primärvården bland annat genom att tydliggöra att primärvården svarar för behovet av åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.¹²⁰

Allteftersom omställningen till en nära vård fortskrider, tillsammans med nya möjligheter att utföra medicinska insatser utanför vårdinrättningar, har det lett till gråzoner för vad som kan räknas in som insatser på primärvårdsnivå eller inte. Utvecklingen har dessvärre inte följts av tillräckliga anpassningar eller förändringar i vare sig kommun eller regioner utifrån de ökade kraven inom kommunala hälso- och sjukvården. Brister i bemanning och kompetens har exempelvis lyfts och kom att särskilt uppmärksammas i sviterna av covid-19-pandemin.¹²¹ Behoven av kommunal hälso- och sjukvård har även förändrats över tid. Kortare vårdtider och snabbare utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter från sjukhusen leder till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunala hälso- och sjukvården.¹²²

¹¹⁷ 11 kap. 4 § HSL.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ SOU 2022:41. Nästa steg.

¹²⁰ Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.

¹²¹ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Coronakommissionen.

¹²² Socialstyrelsen. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård (2019).

En skör och komplex patientgrupp vårdas i den kommunala hälso- och sjukvården

Liksom nämnts ovan innebär den tekniska utvecklingen att patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus.¹²³ Många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får därmed delar av sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården.¹²⁴ Under 2021 fick 388 000 personer minst en insats i den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa var 318 000 personer 65 år eller äldre.¹²⁵ Denna grupp består av drygt 60 procent kvinnor och knappt 40 procent män.¹²⁶ En stor andel av de som vårdades inom kommunal hälso- och sjukvård hade också behov av sociala insatser som följer av socialtjänstlagen såsom hemtjänst, särskilt boende, trygghetslarm, matdistribution, ledsagning, dagverksamhet, korttidsplats, kontaktperson eller familj, boendestöd, avlösning av anhörig m.m.¹²⁷

Den kommunala hälso- och sjukvårdens medarbetare

Den kommunala hälso- och sjukvården verkar under komplexa förhållanden med olika huvudmän involverade, flera olika vårdgivare inom en kommun, äldre och sköra patienter samt vårdtagare med behov av olika insatser. Mot denna bakgrund är det befogat att översiktligt redovisa vilka yrken som utgör personalresurser.

Inom kommunerna är undersköterskor den största gruppen bland vård- och omsorgspersonal. År 2017 utgjorde undersköterskor 51 procent av all vård- och omsorgspersonal i kommunal verksamhet, medan gruppen vårdbiträden/vårdare utgjorde 32 procent, sjuksköterskor 7 procent och personliga assistenter 6 procent.¹²⁸ 2019 fanns 177 800 yrkesverksamma undersköterskor i åldrarna 16–64 år, där majoriteten arbetade inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende.¹²⁹ I studien *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?*¹³⁰ lyftes förutsättningar för att kunna behålla och rekrytera nyutbildad personal inom äldreomsorgen genom exempelvis förbättrade arbetsvillkor med fokus på omsorgsrelationen, bättre arbetsscheman och organisationsförändringar. På Socialstyrelsen pågår även ett arbete med att ge undersköterskor en skyddad yrkestitel. Syftet är att säkerställa kompetensen i yrkesgruppen samt en ökad kvalitet i vård- och omsorgsverksamheten.¹³¹

De vanligaste legitimationsyrkena inom kommunerna utgörs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Tillsammans med undersköterskor står de för större delen av de medicinska insatserna i kommunens hälso- och sjukvård.¹³² I vissa kommuner arbetar även andra legitimerade

¹²³ Ibid.

¹²⁴ Ibid.

¹²⁵ Socialstyrelsen. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser (2021).

¹²⁶ Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård - Lägesrapporten (2021).

¹²⁷ Socialstyrelsen. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser (2020).

¹²⁸ SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg.

¹²⁹ UKÄ. Fler vägar till vårdyrken, delredovisning (2021).

¹³⁰ Szebehely, Stranz & Strandell. *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* (2017).

¹³¹ Prop. 2021/21. Stärkt kompetens i vård och omsorg.

¹³² Socialstyrelsen. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser (2020).

professioner som psykologer, dietister, farmaceuter och logopeder¹³³. Tillgången till medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården varierar i dag mellan kommuner¹³⁴

Av de 234 kommunerna som besvarade Nationella planeringsstödet enkätstudie 2022 rapporteras att det råder brist på de vanligaste legitimationsyrken i deras verksamhet, d.v.s. sjuksköterska, fysioterapeut samt arbetsterapeut. Till exempel uppgav 68 procent av de svarande kommunerna brist på sjuksköterskor, 59 procent brist på fysioterapeuter och 49 procent rapporterade brist på arbetsterapeuter. Däremot rapporterade kommunerna en god balans mellan tillgång och efterfrågan på dietister, hälso- och sjukvårdskuratorer, logopeder och psykologer.¹³⁵

Drygt 93 procent av kommunerna uppgav att de hade anställda specialist-sjuksköterskor i sina verksamheter. Av de kommuner som hade specialist-sjuksköterskor rapporterade 81 procent om en brist på dessa i sina verksamheter. Kommunerna uppgav att de främsta orsakerna till brist var konkurrens från andra arbetsgivare och brist på utbildad personal.¹³⁶

Ytterligare skäl till brist som kommunerna tagit upp är geografiskt läge, tillgänglighet till pendlingsmöjligheter, löneläge, ensamarbete, bemanningsbranschen, arbetstider. Vidare har flera kommuner uppgett att nyexaminerade sjuksköterskor föredrar att arbeta via bemanningsföretag med högre löneläge och möjlighet att i högre grad kunna välja arbetstider.¹³⁷

Legitimationsyrkenas roll i omställningen

Den legitimerade personal som arbetar i den kommunala hälso- och sjukvården har allt mer fått en konsultativ funktion där arbetsuppgifter i hög utsträckning delegeras till övrig personal, exempelvis till vårdbiträden och undersköterskor. Denna utveckling har medfört att den legitimerade personalen saknar en verksamhetsnära roll och snarare är knutna till centrala planeringsfunktioner medan annan omsorgspersonal utför insatserna.¹³⁸ Samtidigt har det från flera håll lyfts att en utvecklad primärvård ställer högre krav på personalresurser och kompetens, då allt fler hälso- och sjukvårdsinsatser kommer behöva utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal¹³⁹). Från yrkes- och professionsföreningar samt även statliga utredningar lyfts att det i motsats till nyss beskrivna läge, snarare krävs en ökning av legitimerad personal för att klara av omställningen till en god och nära vård, med exempelvis behov av ökad medicinsk kompetens¹⁴⁰.

Bristande läkarmedverkan

Det är som tidigare nämnts regionerna som ansvarar för att avsätta de läkarresurser som behövs för en god hälso- och sjukvård i boende och i

¹³³ Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet (2022).

¹³⁴ SOU 2022:41. Nästa steg.

¹³⁵ Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet (2022).

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet (2022).

¹³⁸ SOU 2022:41. Nästa steg.

¹³⁹ Prop. 2019/2020:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård.

¹⁴⁰ Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 (2022).

dagverksamhet. Detsamma gäller för hemsjukvård och i de biståndsbedömda trygghetsboendena, om en kommun ansvarar för den vården.¹⁴¹ Regionerna ska tillsammans med kommunerna inom respektive region ingå avtal som reglerar omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.¹⁴² I avtalen ingår exempelvis de planerade uppgifter som läkare ska ansvara för och hur tillgången till läkare vid behov ska säkerställas. Det kan också finnas samverkansavtal som beskriver rutiner för samarbetet mellan läkare och legitimerad personal i kommunen.¹⁴³

Brister i läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården har bl.a. lyfts av Socialstyrelsen.¹⁴⁴ Dessa brister har även uppmärksammats under covid-19-pandemin.¹⁴⁵ I betänkandet Nästa steg¹⁴⁶ lyfts att det saknas en överblick över hur regionerna lever upp till sitt ansvar att bistå med läkarinsatser. En av förklaringarna till bristande läkarmedverkan uppges i betänkandet vara bristande tillgång på läkare med specialistkompetens. En ytterligare orsak till brister i tillgången till läkare lyfts i betänkandet bero på att förväntningarna på läkarinsatsen i kommunal hälso- och sjukvård upplevs av vem som otydliga av utförare och att rådande avtal därmed inte får en tydlig styrande effekt avseende läkarmedverkan.¹⁴⁷

Digitalisering i kommunal primärvård

Ur Socialstyrelsens rapport Vård och omsorg för äldre - Lägesrapport 2022¹⁴⁸ framgår att samtidigt som kommunerna beskriver att de sett en ökande användning av digitalt stöd under pandemin, upplever man samtidigt att utvecklingen och implementeringen av ny teknik till viss del har pausats. Redan befintliga system för t ex digitala möten, har kommit till användning, men utveckling och upphandling av nya digitala system har pausats till följd av pandemin som krävde att personalen fokuserade på insatser för att minska smittspridningen.

År 2020 initierades en satsning för att stödja kommunernas arbete med att införa välfärdsteknik och digitalisera i äldreomsorgen. Satsningen baseras på en överenskommelse¹⁴⁹ mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera denna överenskommelse. I delredovisningen av uppdraget¹⁵⁰ konstaterar myndigheten bl.a. att den stödfunktion för kommuner som SKR initierat har styrkor och en rad goda förutsättningar för ökad digitalisering, men att den står inför utmaningen att nå ut till kommunerna liksom att förvalta de resultat som satsningen gett långsiktigt. Uppdragets slutrapport publiceras i mars 2023.

¹⁴¹ 12 kap 3 §, 14 kap 1 § och 16 kap. 1 § HSL.

¹⁴² 16 kap. 1 § HSL.

¹⁴³ Socialstyrelsen. Kommunal hälso- och sjukvård – en förstudie (2019).

¹⁴⁴ Socialstyrelsen, Vård och omsorg för äldre. Lägesrapporter 2016–2022 (2022).

¹⁴⁵ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Coronakommissionen.

¹⁴⁶ SOU 2022:41. Nästa steg.

¹⁴⁷ SOU 2022:41. Nästa steg.

¹⁴⁸ Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre (2022).

¹⁴⁹ SKR. Överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus (2022).

¹⁵⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Digital teknik med äldre i fokus (2021:2).

Bilaga 3 – Utdrag ur *Tillgång och efterfrågan på ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin. En framskrivning till år 2035*

Statistiska centralbyrån (SCB) har på uppdrag av Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet gjort en framskrivning av tillgång och efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin samt specialistläkare i allmänmedicin för prognosperioden 2021–2035. Basåret för beräkningarna är 2020.

Framskrivningarna har gjorts i en speciellt framtagen prognosmodell, vilken delvis bygger på det tillvägagångssätt som används i arbetet med *Trender och Prognoser*, som SCB publicerar vart tredje år. För att kunna beräkna övergången från läkarexamen till ST-läkare och därefter till färdig specialistläkare har en flödesanalys genomförts utifrån en för uppdraget specialutformad flödesmodell.

Denna bilaga innehåller fördjupad information om statistiken, så som modellantaganden, definitioner, redovisning av datakällor och flödesmodell.

Läkare i dag

Framskrivningen av tillgången görs för följande läkargrupper: läkarutbildade (ej ST- eller specialistläkare), ST-läkare, specialistläkare i allmänmedicin och övriga specialistläkare. Nedan följer en beskrivning av läkargrupperna år 2020 avseende bland annat åldersfördelning och tjänstgöringsomfattning. ST-läkare delas även upp på inriktning (allmänmedicin och övriga inriktningar) och specialistläkare i allmänmedicin delas upp på primärvården, övrig hälso- och sjukvård samt utanför hälso- och sjukvården.

Prognosens startår 2020 fanns det totalt 56 800 personer i åldrarna upp till 74 år och folkbokförda i Sverige som hade läkarutbildning¹⁵¹. Av dessa förvärvsarbetade 49 300, varav hälften var kvinnor.¹⁵² Av samtliga förvärvsarbetande var 7 100 specialistläkare med inriktning mot allmänmedicin och 25 100 specialistläkare med inriktning mot övriga specialiteter. Ytterligare 10 400 var ST-läkare, varav omkring 3 100 inriktade mot allmänmedicin. Övriga 6 600 var läkarutbildade utan specialistbevis eller pågående ST-tjänstgöring. Av dessa hade 2 500 läkarlegitimation, av de övriga är flertalet nytexaminerade.

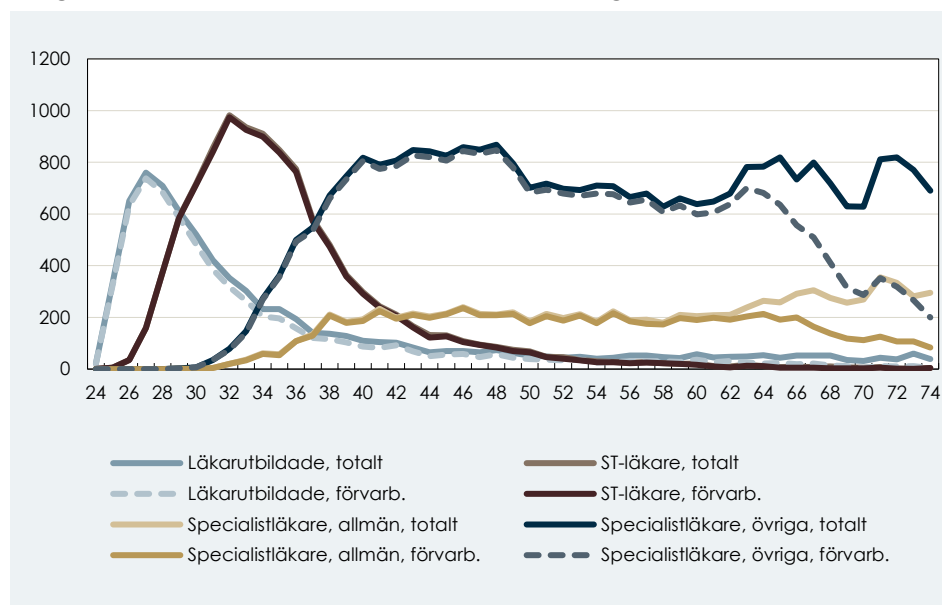
I diagrammet nedan redovisas åldersfördelningen för de olika läkargrupperna, dels för samtliga med utbildningen dels för de förvärvsarbetande. De flesta är klara med sin läkarutbildning vid 25–29 års ålder för att några år

¹⁵¹ För mer information om vilka avgränsningar som görs och hur läkare delas upp ytterligare, se avsnitt Definition av läkargrupper.

¹⁵² För beskrivning av andelen kvinnor, i dag och framöver, i de olika läkargrupperna, se tabell 3.

efter det gå vidare till en ST-tjänst. Efter påbörjad ST-tjänst tar det minst 5 år att bli färdig specialistläkare, genomsnittstiden är 6,7 år för kvinnor och 6,2 år för män. De flesta blir färdiga specialister mellan 33–40 år men det sker ett inflöde även bland dem som är ett par år yngre men framför allt i äldre åldrar. Detta gör att specialistläkarna är äldre än genomsnittet på arbetsmarknaden.

Diagram 1: Antal läkare uppdelade efter läkargrupp och ålder, år 2020.



Källa: Utbildningsregistret, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik och Yrkesregistret, SCB samt Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Socialstyrelsen

Förvärvsfrekvenser

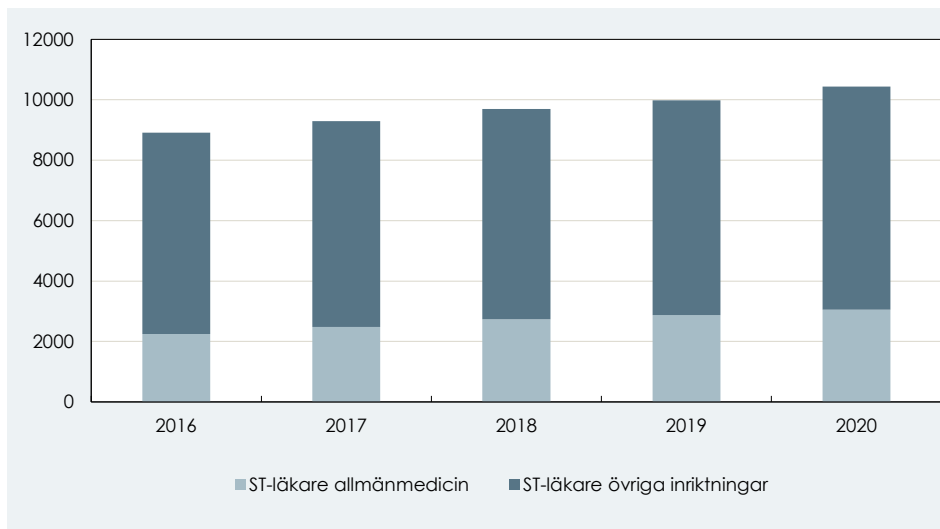
Av samtliga specialistläkare år 2020 förvärvsarbetade i genomsnitt 97 procent (förvärvsfrekvensen) av dem upp till 61 års ålder. Efter 61 års ålder minskar förvärvsfrekvensen snabbt och vid 65 års ålder förvärvsarbetade 74 procent av specialistläkarna i allmänmedicin och 78 procent av specialistläkarna med inriktning mot övriga specialiteter. Vid 70 års ålder var motsvarande andelar 42 respektive 46 procent.

Förvärvsfrekvensen är betydligt lägre bland läkarutbildade som inte är specialistutbildade eller ST-läkare. I denna grupp förvärvsarbetade cirka 89 procent av dem upp till 61 års ålder. Förvärvsfrekvensen sjunker för denna läkargrupp i tidigare åldrar och är betydligt lägre bland de äldre än vad den är bland specialistläkarna.

ST-läkare efter inriktning

ST-läkarna har ökat med 1 500 tjänster motsvarande 17 procent mellan 2016–2020. Av samtliga ST-läkare var det 25 procent som hade en ST-tjänst inom allmänmedicin år 2016. Andelen har därefter ökat något och år 2020 var det 29 procent av ST-läkarna som hade en ST-tjänst inom allmänmedicin. Ungefär lika stor andel av kvinnliga och manliga ST-läkare är inriktade mot allmänmedicin. I prognosen fördelas ST-läkarna på allmänmedicin och övriga inriktningar utifrån fördelningen de tre senaste åren 2018–2020.

Diagram 2: ST-läkare uppdelat på allmänmedicin och övriga inriktningar. År 2016–2020.

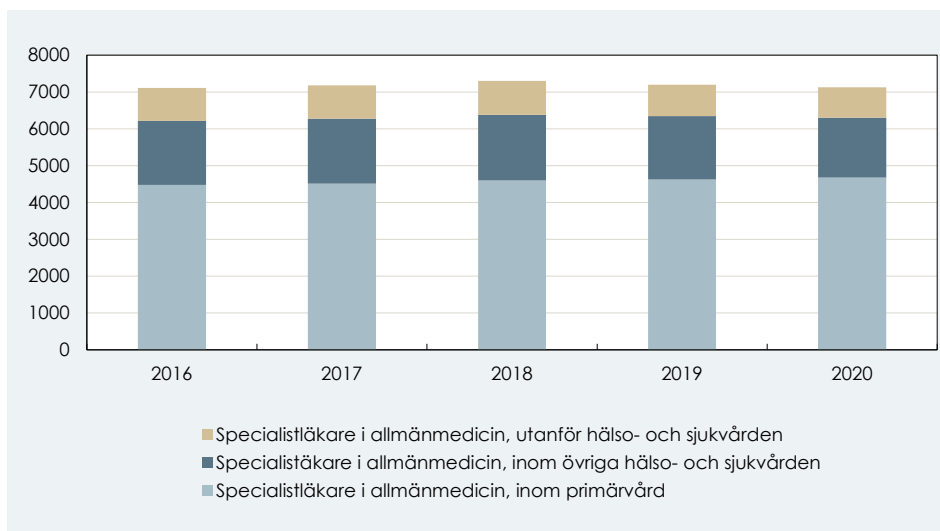


Not: Begränsat dataunderlag för ST-läkare år 2016–2017, för mer information se *Fakta om statistiken*. Källa: Utbildningsregistret, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik och Yrkesregistret, SCB samt Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Socialstyrelsen

Specialistläkare efter näringsgren

Antalet specialistläkare i allmänmedicin har legat på en relativt konstant nivå mellan 2016–2020. I prognosen fördelas specialistläkarna i allmänmedicin på primärvården, övriga hälso- och sjukvården samt utanför hälso- och sjukvården, utifrån fördelningen som observerades de tre senaste åren 2018–2020. Dessa år arbetade i genomsnitt 64 procent inom primärvården, 24 procent inom övriga hälso- och sjukvården och resterande 12 procent utanför hälso- och sjukvården. Liknande fördelning ser man både för kvinnliga och manliga specialistläkare.

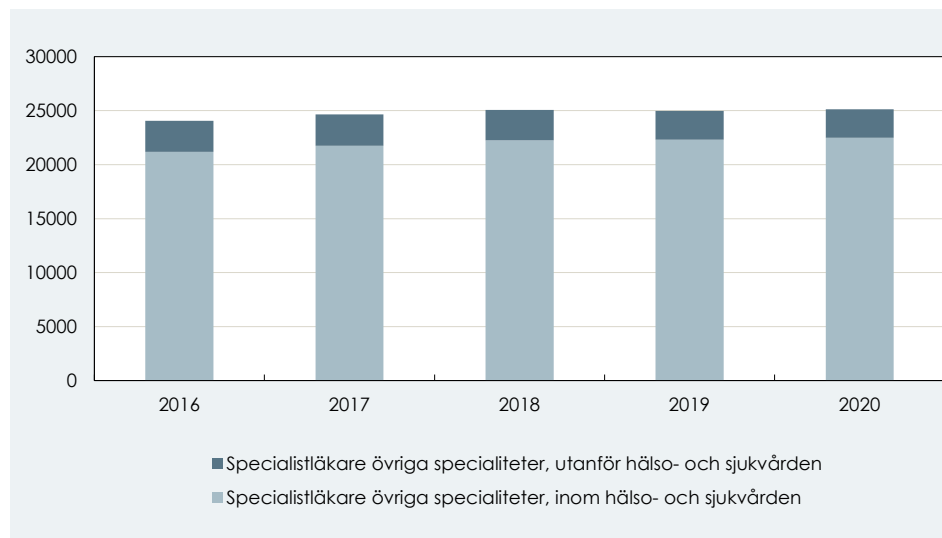
Diagram 3: Specialistläkare i allmänmedicin (förvärvsarbetande) uppdelat på primärvård, övrig hälso- och sjukvård samt utanför hälso- och sjukvård. År 2016–2020.



Källa: Utbildningsregistret, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik och Yrkesregistret, SCB samt Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Socialstyrelsen

Prognosberäkningar över den framtida tillgången görs även för specialistläkare med inriktning mot övriga specialiteter, fördelat på hälso- och sjukvård och utanför hälso- och sjukvård. Antalet övriga specialistläkare har ökat något sedan 2016 och år 2020 förvärvsarbetade cirka 25 100. De tre senaste åren arbetade 89 procent av dessa inom hälso- och sjukvård, en andel som antas gälla även framöver.

Diagram 4: Specialistläkare med inriktning mot övriga specialiteter (förvärvsarbetande) uppdelat på hälso- och sjukvård och utanför hälso- och sjukvård. År 2016–2020.



Källa: Utbildningsregistret, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik och Yrkesregistret, SCB samt Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Socialstyrelsen

Tillgång på läkare

Bakom utvecklingen av tillgången ligger bland annat ett antagande att 1 500 läkare examineras varje år, en nettomigration på 370 läkare per år och att de förvärvsarbetande lämnar arbetslivet i ungefär samma utsträckning som de gör i dag. Utgångspunkten för framskrivningen av tillgången är hur populationen ser ut prognosens startår 2020. Detta beskrivs i avsnittet Läkare i dag. Antagandet om framtida förvärvsfrekvenser styr sedan hur många som väntas gå i pension framöver. Inflödet till läkargruppen kommer framför allt från en framskrivning av antalet examinerade från läkarprogrammet. Utifrån en flödesanalys sätts därefter antaganden hur flödet sker från att man examineras på läkarprogrammet till att man får legitimation, påbörjat en ST-tjänst för att slutligen bli färdig specialistläkare. Tillgången påverkas även av den framtida migrationen, som beskrivs mer utförligt i detta avsnitt.

Inflödet till ST-tjänst och färdig specialistläkare beräknas utifrån en flödesanalys, som beskrivs i avsnittet Flödesanalys. Kortfattat kan nämnas att i genomsnitt 1 900 legitimerade läkare beräknas påbörja sin ST-tjänst varje år, varav 560 inom allmänmedicin. Förutom de som examineras från en svensk läkarutbildning tillkommer även läkarutbildade som invandrar till Sverige.

Nyborjare och examinerade

Examensfrekvenserna, det vill säga andelen examinerade inom en viss tid efter påbörjandet av läkarprogrammet, beräknas för kvinnor och män separat. De examensfrekvenser som används i prognosberäkningarna baseras på kvoter mellan antalet examinerade under de senaste 6 läsåren, 2015/16–2020/21, och antalet nyborjare ett antal år tillbaka i tiden, 2008/09–2015/16.¹⁵³ De examensfrekvenser som observerats de senaste åren för män och kvinnor på läkarprogrammet antas gälla även framöver. De beräknade examensfrekvenserna är cirka 90 procent för kvinnor och 86 procent för män.¹⁵⁴

Under prognosperioden 2021–2035 antas i genomsnitt cirka 1 750 nyborjare på läkarprogrammet varje år och antalet examinerade beräknas uppgå till cirka 1 500 per år. Samtliga examinerade ingår oavsett hur många år det tar att slutföra utbildningen.

Migration

I prognosen väntas cirka 800 läkarutbildade invandra till Sverige varje år fram till år 2035. Till detta kommer en utvandring på drygt 400 per år. Det ger en beräknad nettomigration på 370 läkarutbildade per år fram till år 2035. En del av detta migrationsöverskott utgörs av tidigare boende i Sverige som studerat till läkare utomlands. Totalt under hela prognosperioden handlar det om ett positivt migrationsnetto på totalt cirka 5 500 läkare fram till år 2035.

Antagandet om antalet som in- och utvandrar grundar sig på det genomsnittliga antalet läkare som in- och utvandrade under åren 2009–2018. Den källa som använts för att skatta in- och utvandringen är Utbildningsregistrets migrationstabeller, vilka även omfattar utbildningsuppgifter vid in- och utvandringstillfället som har inkommit efter slutdatum för den officiella versionen av det aktuella Utbildningsregistret.¹⁵⁵

Uppgift om invandrarnas utbildning får man i flertalet fall genom enkäten *Utbildning i annat land än Sverige* som varje år skickas ut till personer som invandrat under det senaste året. I denna enkät kan ett antal utbildningsgrupper specificeras, exempelvis läkare. Samtidigt ser man i befintlig statistik att flera av dem som tidigare fått en utbildningsuppgift som läkare via enkäten varken arbetar som läkare eller har en giltig svensk läkarlegitimation. Av dem som tidigare har fått utbildningsuppgift som läkarutbildad via enkäten var det endast 40 procent som arbetade som läkare eller hade läkarlegitimation år 2020. Övriga 60 procent arbetade varken som läkare eller var legitimerade. I prognosens startpopulation ingår inte den sistnämnda gruppen. Av den anledningen antas denna andel på 40 procent gälla när nivån för det framtida antalet läkare som invandrar bestäms.

¹⁵³ Examensfrekvenserna beräknas inom 8 år från start utifrån utbildningens nominella studietid (det vill säga 5,5 år nominell tid plus 2,5 år). Det betyder att nyborjarna antas examineras från och med år 6 efter att utbildningen påbörjades. Det är motsvarande metod som används i *Trender och Prognoser*.

¹⁵⁴ Denna redovisning av examensfrekvenser gäller även för den nya 6-åriga läkarutbildningen som infördes höstterminen 2021, dock justeras beräkningarna från och med läsåret 2026/27 när nyborjarna från det nya läkarprogrammet börjar examineras. En mindre andel av nyborjarna antas examineras år 6 och en större andel av nyborjarna antas examineras år 7 jämfört med nyborjarna på det gamla läkarprogrammet.

¹⁵⁵ Av den anledningen måste man vänta in uppgifterna ett par år för att inte underskatta framför allt antalet invandrare. Det sista aktuella år som därför kan användas är år 2018.

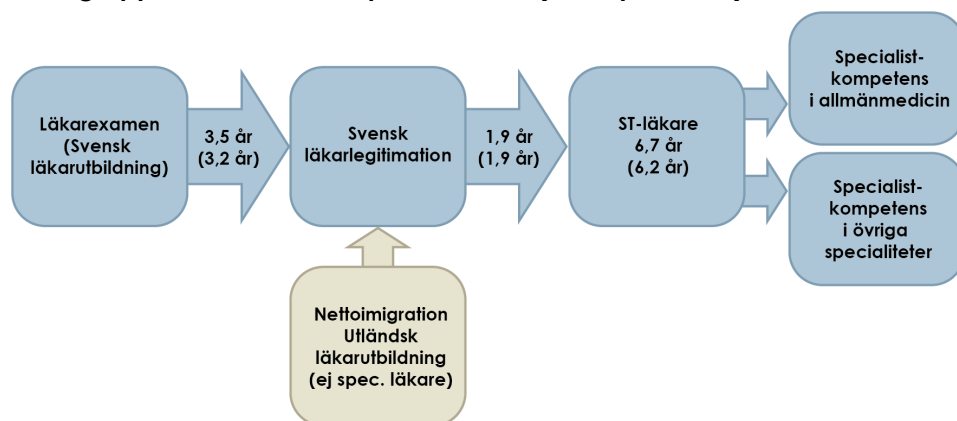
Pensionsavgångar

Antalet som beräknas gå i pension under prognosperioden påverkas dels av åldersfördelningen i olika åldrar framöver, dels av ett antagande över förvärvsfrekvensen framöver. Förvärvsfrekvensen (per kön och ålder) antas i prognosen vara densamma som ett genomsnitt för åren 2017–2019.¹⁵⁶ Det innebär att ingen fast pensionsålder gäller utan framtidens läkare antas förvärvsarbeta på motsvarande sätt som de gör i dag och de äldre antas lämna arbetskraften och gå i pension i takt med att förvärvsfrekvensen bland de äldre minskar. Ett undantag görs för specialistläkare. Här antas äldre år 2035 arbeta ett år längre än vad de gör i dag. Det innebär att år 2035 antas en 61-åring arbeta lika mycket som en 60-åring gör i dag, en 62-åring antas arbeta lika mycket som en 61-åring gör och så vidare upp till 74 års ålder. Denna ökning antas ske successivt fram till år 2035, ökningen är marginell det första prognosåret 2021 för att år 2035 synas tydligare.

Flödesanalys

Flödesanalysen visar hur de som examineras från läkarprogrammet efter en tid erhåller läkarlegitimation, för att sedan påbörja och under några år genomföra en specialisttjänstgöring (ST) och därefter bli färdiga specialistläkare. Flera olika datakällor används i flödesanalysen och dessa redovisas mer ingående i *Fakta om statistiken*.

Diagram 14: Flödesbeskrivning. Genomsnittlig tid i antal år mellan olika läkargrupper för kvinnor respektive män (inom parentes)



I genomsnitt är tiden mellan läkarexamen och legitimation 3,5 år för kvinnor och 3,2 år för män. Tiden mellan legitimation och påbörjandet av ST-tjänst är i genomsnitt 1,9 år för både kvinnor och män. Genomsnittstiden mellan legitimation och specialistbevis är cirka 8,1 år för män och 8,6 år för kvinnor. Med en genomsnittstid mellan legitimation och ST-tjänst på 1,9 år antas ST-tjänstens längd vara 6,2 år för män och 6,7 år för kvinnor.

För att i flödesanalysen kunna följa samma kohorter av examinerade hela vägen från examination, till ST-tjänst och därefter till färdig specialistläkare krävs det registerdata för minst 11 år efter läkarexamen.¹⁵⁷ Detta har dock

¹⁵⁶ Sista faktiska år 2020 ingår inte i antagandet då förvärvsfrekvensen för specialistläkare var tydligt lägre detta år än tidigare år.

¹⁵⁷ Enligt Socialstyrelsens flödesanalyser var tiden mellan legitimation och specialisering cirka 8 år i genomsnitt år 2018. Genomsnittstiden mellan examen och legitimation för de som fick sin legitimation år 2018 var cirka 3 år, vilket innebär att tiden mellan examen och specialisering kan ta cirka 11 år. För mer information se Nationella Vårdkompetensrådet, 2021 Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen läkare.

inte varit möjligt eftersom statistikunderlaget för ST-läkare är begränsat i SCB:s yrkesregister. I stället används olika kohorter i de olika delarna av flödesanalysen, dessa beskrivs nedan. Flödesanalysen görs genomgående separat för män och kvinnor. Flödesmodellen beskrivs i diagrammet nedan och visar de olika flödena mellan olika läkargrupper.

Legitimerade läkare

För att beräkna det framtida antalet läkare som får läkarlegitimation studeras de som examinerades läsåren 2008/09–2012/13 och hur stor andel av dessa som inom 8 år får läkarlegitimation. Cirka 98 procent av alla examinerade med en svensk läkarutbildning får legitimation inom 8 år baserat på historiska data. I genomsnitt är tiden cirka 3,2 år för män och närmare 3,5 år för kvinnor. Dessa mönster antas gälla även framöver.

I kombination med framskrivningen av antalet examinerade läkare ger dessa värden från flödesanalysen som resultat antalet nylegitimerade läkare under prognosperioden. Antalet nylegitimerade läkare beräknas fortsätta att öka successivt fram till år 2026. År 2027 och år 2028 beräknas antalet nylegitimerade läkare att öka kraftigt. Det beror på att läkarstudenter från det nya läkarprogrammet börjar examineras år 2027. Dessa kan ansöka om legitimation direkt efter examen, vilket innebär att övergången till legitimation går snabbare än tidigare. Samtidigt får även läkare som har gått det tidigare läkarprogrammet legitimation under dessa år, efter att ha slutfört sin allmän-tjänstgöring (AT). Antalet nya läkarlegitimationer beräknas nå en topp år 2028 med cirka 2 700 nylegitimerade läkare. Nivån bedöms därefter ligga kvar på en hög nivå ytterligare ett par år för att sedan successivt minska. Under prognosperiodens sista år beräknas antalet nya läkarlegitimationer ligga på en nivå omkring 1 550 per år.

ST-läkare

Specialiseringstjänstgöring (ST) är en vidareutbildning av legitimerad läkare efter allmäntjänstgöringen (AT). Denna sker under handledning och motsvarar heltid under minst fem år. Framskrivningen av antalet ST-läkare varje år bygger på skattningen av nylegitimerade läkare under prognosperioden och ett antagande om när de legitimerade går vidare till en ST-tjänst. Här studeras hur stor andel av dem som legitimerades åren 2016 och 2017 som inom 4 år påbörjade en ST-tjänst.¹⁵⁸ Det sker även ett tillskott av legitimerade läkare varje år från nettomigrationen av läkarutbildade utan specialistbevis. Även dessa antas påbörja en ST-tjänst.

Omkring 97 procent av alla nylegitimerade läkare antas påbörja sin ST-tjänst inom 4 år baserat på historiska data. Tiden mellan legitimation och påbörjandet av specialisttjänstgöring (ST) är i genomsnitt cirka 1,9 år för både kvinnor och män. Detta mönster antas bestå under prognosperioden.

Ett grundantagande är att antalet nya ST-läkare inte begränsas av antalet tillgängliga ST-tjänster att söka. I beräkningarna antas att flödet från läkarutbildad till legitimerad och sedan vidare till ST-läkare ser likadant ut som det har gjort under de senaste åren.

¹⁵⁸ Statistikunderlaget för ST-läkare är begränsat i SCB:s yrkesregister vilket gör omöjligt att analysera fler legitimationskohorter.

Vissa korrigeringar görs vid beräkningen av antalet nya ST-läkare under prognosåren 2029–2032 eftersom antalet nylegitimerade läkare antas öka kraftigt år 2027 och år 2028. Det skulle krävas ett mycket stort nytillskott av tillgängliga ST-tjänster under några få år för att bemöta detta stora tillskott av nylegitimerade läkare. Om inte antalet ST-tjänster kan öka i motsvarande omfattning, som antalet nylegitimerade läkare, ökar sannolikt konkurrensen om de befintliga ST-tjänsterna. De första årgångarna som examineras från det nya läkarprogrammet antas därför behöva vänta något extra år innan de påbörjar sin ST-tjänst.

Den nya läkarutbildningen är legitimationsgrundande medan läkarstudenter som har påbörjat det tidigare läkarprogrammet behöver göra allmäntjänstgöring (AT) under en tid som motsvarar minst 1,5 års heltidstjänstgöring för att få legitimation.¹⁵⁹ I beräkningarna av antalet ST-läkare och specialistläkare tas hänsyn till övergången mellan det tidigare och det nya läkarprogrammet. Nylegitimerade läkare från det nya läkarprogrammet behöver göra bas-tjänstgöring (BT) i 6–12 månader innan de påbörjar en ST-tjänst, vilket finns med i antagandena.

Specialistläkare

Beräkningen av det framtida inflödet av specialistläkare baseras på framskrivningen av det framtida antalet ST-läkare och ett antagande om hur många år det tar för dessa att slutföra sin ST-tjänst och bli färdiga specialistläkare. Här studeras de som legitimerades åren 2008 och 2009 och hur stor andel av dessa som inom 8 år blev färdiga specialistläkare. Motsvarande mönster antas gälla även framöver.

Genomsnittstiden mellan legitimation och specialistbevis är cirka 8,1 år för män och 8,6 år för kvinnor baserade på historiska data. Med en genomsnittstid mellan legitimation och ST-tjänst på cirka 1,9 år antas ST-tjänstens längd vara 6,2 år för män och 6,7 år för kvinnor.¹⁶⁰

Andelen av de nya specialistläkarna som inriktar sig mot allmänmedicin antas ligga kvar på den genomsnittliga nivån under de tre senaste åren, 2018–2020. Det innebär att 24 procent av männen och 27 procent av kvinnorna antas bli specialistläkare inom allmänmedicin.

Efterfrågan på läkare

Förutsättningar och antaganden

Efterfrågan på läkare beror till stor del på befolkningens storlek och sammansättning. Behovet av vård är i genomsnitt större bland äldre personer än bland yngre.

Efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin beräknas för primärvården, övrig hälso- och sjukvård samt arbetsmarknaden utanför hälso- och sjukvården. De specialistläkare i allmänmedicin som arbetar utanför hälso- och sjukvården arbetar vanligtvis inom utbildning, FoU, offentlig förvaltning,

¹⁵⁹ För mer information se Nationella vårdkompetensrådet, 2021. Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen läkare.

¹⁶⁰ Alla ST-läkare antas slutföra sin utbildning och bli specialistläkare.

bemannning samt övrig vård och omsorg. Efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin beräknas för primärvården.

Specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin antas dela på patientansvaret inom primärvården. Efterfrågan på läkare inom primärvården utgår från några olika alternativ på riktvärden, vilka mäter önskat antal invånare per läkare (liststorlek). SCB har fått i uppdrag av Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet att utgå från följande riktvärden i beräkningarna: 1 000, 1 100, 1 200, 1 300, 1 400 och 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin respektive 500, 550, 600, 650, 700 och 750 invånare per ST-läkare i allmänmedicin. Riktvärdena för ST-läkare antas i genomsnitt vara hälften så stora som för specialistläkare i allmänmedicin.

Efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin inom övrig hälso- och sjukvård antas utvecklas i takt med befolkningen under prognosperioden. Efterfrågan viktas efter ålder då behovet av vård i genomsnitt är större bland äldre personer än bland yngre. Det innebär att behovet av vård antas vara större i en befolkning med en större andel äldre, än i en befolkning som till antalet är lika stor men där andelen äldre i stället är mindre. Efterfrågan på specialister i allmänmedicin utanför hälso- och sjukvården antas följa hela befolkningens storlek.

Utgångspunkten är således att specialistläkare och ST-läkare delar på och tillsammans ansvarar för patientarbetet inom primärvården. Enligt SCB:s uppgifter var förhållandet år 2020 mellan specialistläkare i allmänmedicin och ST-läkare i allmänmedicin inom primärvården 0,65. Det går alltså 0,65 ST-läkare per specialistläkare. Denna andel har ökat sedan år 2016 då den var 0,5. Förhållandet mellan ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin antas i prognosberäkningarna motsvara genomsnittet för de tre senaste åren med tillgänglig statistik, år 2018–2020, då andelen uppgick till 0,62 ST-läkare per specialistläkare.

Framskrivningen utifrån de olika riktvärdena ger efterfrågan på antalet heltidsarbetande läkare. Alla läkare arbetar dock inte heltid. Om man justerar för tjänstgöringsomfattning och omvandlar förhållandet till antal heltidstjänster, så uppgick andelen under åren 2018–2020 till 0,68 ST-läkare per specialistläkare (heltidsarbetande). Den något högre andelen beror på att ST-läkare i allmänmedicin har en något högre genomsnittlig tjänstgöringsomfattning än specialistläkare i allmänmedicin. Efterfrågan på läkare uttryckt i antal heltidstjänster omvandlas slutligen till antal läkare (personer) som behövs för att efterfrågan ska uppfyllas utifrån den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen år 2020.

Prognosmodell

Beräkning av tillgången på läkare

Beräkningen av den framtida tillgången utgår från den modell som används i *Trender och prognoser 2020*.¹⁶¹ En specialutformad flödesmodell har dessutom tagits fram speciellt för detta uppdrag för att beräkna inflödet via examination och utflödet via ”vidareutbildning”, det vill säga genomströmningen

¹⁶¹ SCB, 2021. *Trender och Prognoser 2020* - Med sikte på år 2035.

mellan de olika läkargrupperna i den analys som presenteras i avsnittet *Flödesanalys*.

Utgångspunkten för framskrivningen är hur många läkare som fanns år 2020 i läkargrupperna: Läkarutbildade (ej ST-läkare eller specialistläkare), ST-läkare, Specialistläkare i allmänmedicin och Specialistläkare med inriktning mot övriga specialiteter. Hur dessa klassificeras beskrivs i avsnitt *Definition av läkargrupper*. För att skapa prognosens startpopulation används SCB:s register över befolkningens utbildning år 2020 (UREG), SCB:s yrkesregister, SCB:s registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS) och Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP).

För varje prognosår appliceras överlevnadssannolikheter, antalet examine-erade och vidareutbildade, in- och utvandring samt förvärvsfrekvenser. Tillgången avser i prognosen genomgående de läkare som förvärvsarbetar. För varje prognosår erhålls ett antal förvärvsarbetande i prognosgrupperna. Beräkningarna görs genomgående med fördelning på kön och ålder per ettårsklass.

Därefter fördelas ST-läkarna i två undergrupper, allmänmedicin och övriga specialiteter, utifrån hur det såg ut år 2018–2020. Specialistläkarna i allmänmedicin fördelas på primärvård, övrig hälso- och sjukvård samt utanför hälso- och sjukvård på motsvarande sätt som de arbetade åren 2018–2020.

Beräkning av efterfrågan på läkare

Den framtida efterfrågan beräknas för specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin. Efterfrågan på läkare inom primärvården utgår från några olika alternativ på riktvärden, vilka mäter önskat antal invånare per läkare (liststorlek). SCB har fått i uppdrag av Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet att utgå från följande riktvärden i beräkningarna: 1 000, 1 100, 1 200, 1 300, 1 400 och 1 500 invånare per specialistläkare i allmänmedicin respektive 500, 550, 600, 650, 700 och 750 invånare per ST-läkare i allmänmedicin. Riktvärdena för ST-läkare antas i genomsnitt vara hälften så stora som för specialistläkare i allmänmedicin.

Efterfrågan på specialister i allmänmedicin inom övrig hälso- och sjukvård antas utvecklas under prognosåren i takt med befolkningen, viktat för ålder. Efterfrågan på specialister i allmänmedicin utanför hälso- och sjukvården antas följa befolkningens storlek.

I prognosberäkningarna används SCB:s befolkningsframskrivning 2022.

Definition av läkargrupper

Prognosen över tillgången redovisas för nedanstående läkargrupper. Efterfrågeprognosen redovisas för ST-läkare i allmänmedicin och specialistläkare i allmänmedicin.

1. Läkarutbildade (ej ST- eller specialistläkare)
2. ST-läkare i allmänmedicin
3. ST-läkare övriga inriktningar
4. Specialistläkare i allmänmedicin
- Primärvård

- Övrig hälso- och sjukvård
- Utanför hälso- och sjukvård
- 5. Specialistläkare övriga specialiteter
 - Hälso- och sjukvård
 - Utanför hälso- och sjukvård

Läkargrupperna skapas utifrån registeruppgifter om utbildning och yrke samt uppgifter om läkarlegitimation och specialistbevis. Tillgången av läkare definieras som de förvärvsarbetande. Prognosens startår är 2020.

Det finns registeruppgifter av god kvalitet över antal läkare med specialistbevis efter specialinriktning. Däremot finns det inte motsvarande uppgifter över ST-läkare. Antalet ST-läkare efter specialinriktning har därför skattats genom att använda SCB:s Yrkesregister tillsammans med arbetsställets näringsgrenskod. Antalet ST-läkare kan därför vara behäftade med en viss osäkerhet.

Läkarutbildade

Läkarutbildade med legitimation som ej är ST-läkare eller specialistläkare, läkarutbildade utan legitimation samt AT-läkare

- **Läkare med legitimation (som ej är ST-läkare eller specialistläkare)**
 - Svensk läkarlegitimation 2020 eller tidigare.
- **Läkare utan legitimation**
 - Läkarutbildning enligt Universitets- och högskoleregistret
 - Läkarutbildning enligt enkäten *Utbildning i annat land än Sverige* och arbetar som läkare enligt Yrkesregistret (SSYK=221)¹⁶²

ST-läkare

Läkarutbildade med legitimation enligt Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) och arbetar som ST-läkare enligt Yrkesregistret (SSYK=2212). Legitimerade läkare som har yrkeskod som specialistläkare (SSYK=2211) men saknar specialistbevis räknas också som ST-läkare.¹⁶³

En individ definieras som ST-läkare fram tills denne har blivit specialistläkare i antingen allmänmedicin eller övrig specialitet.

ST-läkare allmänmedicin

ST-läkare som arbetar inom primärvården enligt arbetsställets näringsgren, SNI2007=86211, under det första året som individen klassificeras som ST-läkare, definieras som ST-läkare i allmänmedicin. De ST-läkare som har bytt till SNI2007=86211 senare under sin ST-tjänst räknas också som ST-läkare i allmänmedicin.

ST-läkare övriga specialinriktningar

Övriga ST-läkare som inte definieras som ST-läkare i allmänmedicin

Specialistläkare i allmänmedicin

Specialistbevis i allmänmedicin

- Om två eller fler specialistbevis, och ett är i allmänmedicin, ingår individen

¹⁶² Se avsnitt Fakta om statistiken.

¹⁶³ Dessa utgör 4 procent av alla ST-läkare.

i gruppen om det senaste specialistbeviset är allmänmedicin **eller** om denne arbetade inom primärvården år 2020.

- Primärvård (SNI2007=86211)
- Övrig hälso- och sjukvård (SNI2007=86 exkl. 86211)
- Utanför hälso- och sjukvård (Samtliga exkl. SNI2007=86)

Specialistläkare övriga specialiteter

Specialistbevis övriga specialiteter

- Hälso- och sjukvård (SNI2007=86)
- Utanför hälso- och sjukvård (Samtliga exkl. SNI2007=86)

Ingår ej i populationen

Egenrapporterad uppgift om läkarutbildning i enkäten *Utbildning i annat land än Sverige*, men arbetar inte som läkare enligt Yrkesregistret år 2020 (SSYK=221) eller saknar läkarlegitimation enligt HOSP.

Fakta om statistiken

Datakällor

Underlaget till prognosberäkningarna kommer från olika register. Prognosmodellens tillgångsdel utgörs av ett antal specialbearbetningar av olika register som utgår från uppgifter ur SCB:s register över befolkningens utbildning, sysselsättning, yrke samt Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, vilket bland annat innehåller uppgifter om legitimation samt specialistbevis för läkare. En sambearbetning av dessa register ger bland annat uppgifter om populationen av läkarutbildade vid beräkningarnas startår 2020, om andelen som är förvärvsarbetande och om hur många män respektive kvinnor som byter mellan de olika läkargrupperna, det vill säga rör sig från läkarexamination till legitimation, ST-tjänst och till färdig specialistläkare.

Uppgifter om de förvärvsarbetande läkarnas tjänstgöringsomfattning hämtas från Medlingsinstitutets lönestrukturstatistik. Bearbetningar av universitets- och högskoleregistret (uppgifter om nybörjare på läkarprogrammet och examinerade läkare) ger underlag för att beräkna det framtida antalet nybörjare, examensfrekvenser (genomströmningen) och slutligen det framtida antalet examinerade läkare. För att bedöma in- och utvandring av läkarutbildade används en specialversion av SCB:s utbildningsregister: utbildningsregistrets migrationstabeller.

Nedan följer en kort beskrivning av de register som används i prognosen.

Registret över befolkningens utbildning (UREG), SCB

Individregistret Befolkningens utbildning - Utbildningsregistret (UREG) innehåller den folkbokförda befolkningen vid årets slut och den högsta avklarade utbildningsnivån till och med vårterminen det aktuella året.¹⁶⁴ I

¹⁶⁴ Till exempel innehåller 2020 års register den folkbokförda befolkningen 2020-12-31 och befolkningens högsta avklarade utbildningsnivå t.o.m. vårterminen 2020.

Utbildningsregistret används svensk utbildningsklassifikation (SUN) för klassificering av utbildning. SUN består av en nivå- och en inriktningsindelning.¹⁶⁵ Uppgifter om personernas utbildning innehåller utbildningsnivå, utbildningens inriktning, när personen avslutade sin utbildning och från vilken källa utbildningsuppgiften hämtats.

För mer information om framtagandet av statistiken, se kvalitetsdeklaration *Befolkningens utbildning 2020* (scb.se).

Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS), SCB

Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS)¹⁶⁶ är en årlig totalräknad undersökning som visar bland annat sysselsättnings- och näringsstruktur på arbetsmarknaden. Den centrala variabeln i RAMS är sysselsättningsstatus, som anger om en person klassificeras som förvärvsarbetande (anställd eller företagare) eller inte förvärvsarbetande. Registret innehåller kopplingen mellan individ och arbetsställe, vilket möjliggör redovisning av arbetsställets kommun, enligt den senaste regionala indelningen i Sverige¹⁶⁷, samt näringsgren och sektor. Standarden för svensk näringsgrensindelning, SNI 2007, används för att klassificera vilken verksamhet företag och arbetsställen bedriver.¹⁶⁸

Från och med referensår 2019 används en ny datakälla och metod för att klassificera förvärvsarbetande i RAMS vilket innebär att jämförelser av statistik avseende år 2019 och tidigare referensår måste göras med försiktighet. Bytet av källa och metod har störst betydelse för vissa åldersgrupper samt näringsgrenar. Effekten är dock liten på förvärvsarbetande inom näringsgrenen *Vård och omsorg; sociala tjänster*, där cirka 90 procent av de förvärvsarbetande med en läkarutbildning arbetar.^{169 170}

För mer information om framtagandet av statistiken, se kvalitetsdeklaration *Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS)*.

Yrkesregistret, SCB

SCB:s Yrkesregister¹⁷¹ belyser hur många som arbetar inom ett visst yrke eller inom ett visst yrkesområde. Uppgifter hämtade från Yrkesregistret används för klassificering av ST-läkare utifrån den förvärvsarbetande läkarens yrkesuppgifter.¹⁷² Läkare som genomgår specialistutbildning är anställda på befattningen ST-läkare. Yrkesuppgifter för ST-läkare finns tillgängliga från och med år 2014 enligt den senaste yrkesklassificeringen Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK) 2012.¹⁷³

¹⁶⁵ I analysen används den tidigare versionen, SUN 2000. Den nya versionen av SUN, benämnd SUN 2020, innehåller en uppdaterad inriktningsstruktur, denna finns i Utbildningsregistret från och med år 2020. För mer information, se *Svensk utbildningsnomenklatur (SUN)* (scb.se).

¹⁶⁶ För mer information, se *Beskrivning av Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS)* (scb.se).

¹⁶⁷ För mer information, se *MIS 2019:1. Regionala indelningar i Sverige den 1 januari 2019* (scb.se).

¹⁶⁸ För mer information, se *Standard för svensk näringsgrensindelning (SNI)* (scb.se).

¹⁶⁹ Antalet förvärvsarbetande med en läkarutbildning uppgick till drygt 48 500 år 2018 och 2019. Närmare 90 procent arbetade inom hälso- och sjukvård.

¹⁷⁰ Bytet av källa och metod ökar antalet förvärvsarbetande män med 1,2 procent och kvinnor med 1,5 procent inom *Vård och omsorg; sociala tjänster*. För mer information, se *Ny källa och metod vid framställning av RAMS* (scb.se).

¹⁷¹ Yrkesregistret med yrkesstatistik (scb.se).

¹⁷² Målpopulationen för den officiella yrkesstatistiken avgränsas till alla anställda i ålderna 16–64 år, vilka har klassats som förvärvsarbetande enligt definitionen i SCB:s registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS).

¹⁷³ För mer information, se *Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK)* (scb.se).

För att klassificera ST-läkare det aktuella året används även yrkesuppgifter från ett antal år tillbaka i tiden. Samtidigt har yrkesuppgifterna kvalitetsbrister under de första åren efter införandet av SSYK 2012, vilket begränsar möjligheten att använda statistiken för åren 2014–2015. Detta medför begränsat dataunderlag för ST-läkare åren 2016–2017. Antalet ST-läkare kan därför vara behäftade med en viss osäkerhet.

För mer information om framtagandet av statistiken, se kvalitetsdeklaration Yrkesregistret med yrkesstatistik (YrkesReg), 2020 (scb.se)

Universitets- och högskoleregistret, SCB och UKÄ

Universitets- och högskoleregistret består av flera delregister. Registret är en totalundersökning med terminsvisa insamlingar från universitetens och högskolornas studieadministrativa system. Uppgifter om studerande (registrerade och nybörjare) finns tillgängliga från och med läsåret 1977/1978. Uppgifter om examina finns från och med läsåret 1962/1963. Registret har använts för beräkning av prognostiserat antal nybörjare och examensfrekvenser.

För mer information om framtagandet av statistiken, se kvalitetsdeklaration Studenter och examinerade i högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå (scb.se)

Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Socialstyrelsen

Socialstyrelsen ansvarar för ett register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-registret). I registret finns bland annat information om läkarlegitimation, specialistbevis för läkare samt specialitet och år då legitimation och specialistbevis utfärdades. Huvuddelen av uppgifterna i registret kommer från hälso- och sjukvårdspersonalens egna ansökningar om legitimation. Registret har använts för klassificering av läkarutbildade och för beräkning av prognostiserat antal legitimerade och färdiga specialisläkare.

För mer information om framtagandet av statistiken, se kvalitetsdeklaration Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2021 samt arbetsmarknadsstatus 2020 (socialstyrelsen.se)

Lönestrukturstatistik, SCB och Medlingsinstitutet

Tjänstgöringsomfattningen hämtas från Lönestrukturstatistiken. Statistiken är totalräknad vad gäller offentlig sektor men är en urvalsundersökning för privat sektor. Urvalsstorleken är cirka 8 700 företag. Företag som enligt SCB:s företagsdatabas (FDB) har 500 eller fler anställda totalundersöks. Bland de allra minsta företagen (1–9 anställda) undersöks knappt två procent. Genom att undersöka cirka fyra procent av alla företag/organisationer/stiftelser samlas uppgifter in för drygt en miljon individer, vilka utgör cirka 50 procent av de anställda i privat sektor. Åldersspannet i Lönestrukturstatistiken är 18–67 år. Det innebär att tjänstgöringsomfattningen som redovisas inte inkluderar de som är 68 år eller äldre.

Tjänstgöringsomfattningen avser en persons totala tjänstgöringsomfattning¹⁷⁴. Anges i procent av en heltidstjänst.

¹⁷⁴ Yrkesuppgiften i uppdragets population avser huvudsakligt arbetsställe enligt Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS). Även tjänstgöringsomfattningen förs till det huvudsakliga arbetsstället men avser en persons totala tjänstgöringsomfattning.

För mer information om framtagandet av Lönestrukturstatistiken för privat sektor, se Kvalitetsdeklarationer för privat sektor. För regional sektor, se Kvalitetsdeklarationer för regional sektor.

Migrationstabeller

Den källa som använts för att skatta in- och utvandringen är utbildningsregistrets migrationstabeller, vilka även omfattar utbildningsuppgifter vid in- och utvandringstillfället som inkommit efter slutdatum för den officiella versionen av det aktuella utbildningsregistret.

Uppgift om invandrarnas utbildning får man i flertalet fall genom enkäten *Utbildning i annat land än Sverige* som varje år skickas ut till personer som invandrat under det senaste året. I denna enkät kan ett antal utbildningsgrupper specificeras av uppgiftslämnaren, exempelvis läkare.

Sjukvårdsregioner

Sjukvårdsregioner	Regioner	Kommuner
Norra sjukvårdsregionen		
	Region Norrbotten	Samtliga kommuner
	Region Jämtland Härjedalen	Samtliga kommuner
	Region Västerbotten	Samtliga kommuner
	Region Västernorrland	Samtliga kommuner
Sjukvårdsregion Mellansverige		
	Region Gävleborg	Samtliga kommuner
	Region Dalarna	Samtliga kommuner
	Region Uppsala	Samtliga kommuner
	Region Värmland	Samtliga kommuner
	Region Örebro län	Samtliga kommuner
	Region Västmanland	Samtliga kommuner
	Region Sörmland	Samtliga kommuner
Stockholms sjukvårdsregion		
	Region Stockholm	Samtliga kommuner
	Region Gotland	Samtliga kommuner
Sydöstra sjukvårdsregionen		
	Region Östergötland	Samtliga kommuner
	Region Jönköpings län	Samtliga kommuner
	Region Kalmar län	Samtliga kommuner
Västra sjukvårdsregionen		
	Västra Götalandsregionen	Samtliga kommuner
	Region Halland	Kungsbacka kommun
	Region Halland	Varbergs kommun
	Region Halland	Falkenbergs kommun
Södra sjukvårdsregionen		
	Region Halland	Halmstad kommun
	Region Halland	Hylte kommun
	Region Halland	Laholms kommun
	Region Blekinge	Samtliga kommuner
	Region Kronoberg	Samtliga kommuner
	Region Skåne	Samtliga kommuner

Bilaga 4 - Myndigheten för vård- och omsorgsanalys enkätundersökning till vårdcentralchefer

Vård- och omsorgsanalys har, som en del i sitt regeringsuppdrag uppdrag att utvärdera omställningen till en god och nära vård, genomfört en enkätundersökning riktad till chefer för samtliga vårdcentraler i Sverige. För att undvika att skicka flera enkäter samarbetade Socialstyrelsen med Vård- och omsorgsanalys i utformningen av enkäten och i frågor som rör kompetensförsörjningen.

Undersökningen besvarades under perioden 2022-04-05 till 2022-06-15. Totalt svarade chefer för 757 vårdcentraler på enkäten vilket motsvarar en svarsfrekvens på cirka 64 procent. Svarsfrekvensen i olika regioner varierar mellan 34 och 86 procent. Det interna bortfallet i specifika frågor varierar dock och vissa frågor har ett betydligt större bortfall.

Resultaten och analyserna från enkätundersökningen som presenteras i denna rapport är preliminära. Vård- och omsorgsanalys kommer att presentera resultat från enkätundersökningen i sin helhet under mars 2023.

Representativitet

När Vård- och omsorgsanalys jämför sammansättningen av de vårdcentraler de har fått svar från med totalurvalet framkommer att vårdcentraler belägna i landsbygdskommuner har en något högre svarsfrekvens men att fördelningen övergripande är relativt god utifrån olika kommuntyper. Vårdcentraler belägna i områden med goda socioekonomiska förutsättningar är något överrepresenterade men även utifrån ett socioekonomiskt perspektiv ses en relativt god fördelning i svar jämfört med totalurvalet. Cirka 53 procent av svaren avser vårdcentraler i offentlig regi medan cirka 47 procent av svaren avser vårdcentraler i privat regi. Privata vårdcentraler är därför något överrepresenterade i svaren vilket troligen beror på att svarsfrekvensen i regioner med en högre andel privata vårdcentraler (som regioner Stockholm och Skåne) är högre än svarsfrekvensen i riket.

Tabell 1. Svarsfrekvenser per region och riket.

Region	Svarsfrekvens	Andel vårdcentraler som svarat i undersökning och som är i privat regi	Andel vårdcentraler som är i privat regi enligt SKR:s verksamhetsstatistik
Kronobergs län	34 %	30 %	34 %
Dalarnas län	43 %	36 %	18 %
Västmanlands län	46 %	77 %	57 %
Kalmar län	49 %	17 %	30 %
Västerbottens län	58 %	9 %	13 %
Västra Götalands län	60 %	51 %	50 %
Jönköpings län	60 %	45 %	30 %
Norrbottnens län	62 %	28 %	15 %
Södermanlands län	62 %	32 %	39 %
Jämtlands län	64 %	29 %	25 %
Västernorrlands län	65 %	45 %	39 %
Gävleborgs län	65 %	39 %	40 %
Örebro län	66 %	11 %	14 %
Blekinge län	67 %	25 %	33 %
Gotlands län	67 %	50 %	33 %
Stockholms län	68 %	67 %	69 %
Östergötlands län	69 %	28 %	27 %
Uppsala län	69 %	47 %	54 %
Hallands län	71 %	45 %	49 %
Skåne län	73 %	58 %	50 %
Värmlands län	86 %	27 %	28 %
Total	64 %	47 %	45 %

Bilaga 5 – Internationell utblick

I denna bilaga ges en översiktlig internationell utblick, inledningsvis av kompetensförsörjningen i OECD-länder. Därefter följer exempel på hur primärvården är organiserad i Norge, Danmark, Finland, Storbritannien och Kanada eftersom dessa länder har hälso- och sjukvårdssystem som liknar det svenska.

Primärvårdssystemets utformning

En gemensam nämnare för primärvården i OECD-länderna är att primärvården utgör den primära kontakten med hälso- och sjukvården för majoriteten av befolkningen. Utformningen av primärvårdens organisation skiljer sig däremot markant mellan OECD-länderna. Enligt en OECD-rapport¹⁷⁵ finns i högre uträkning en läkardominans i system med ensampraktiker och små enheter. I ett antal länder finns dock även gruppraktik, det vill säga som bemannas av flera olika professioner, vid privata mottagningar. I skattebaserade system, liksom det svenska, dominerar större enheter i form av kliniker eller vårdcentraler.¹⁷⁶ På sådana större mottagningar arbetar inte sällan fler professioner utöver läkare tillsammans i team. En utmaning för stora enheter är bristande kontinuitet när patienterna träffar olika läkare, samt bristande samordning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att det saknas generell kunskap och studier om vad som är en optimal storlek och personalsammansättning vid en primärvårdsmottagning.¹⁷⁷

Kompetensförsörjningen

En OECD-rapport¹⁷⁸ betonar att primärvården behöver vara bemannad med tvärprofessionella team, som med hjälp av digital teknik kan interagera sömlöst med den specialiserade hälso- och sjukvården, för att uppnå sin fulla potential. Flertalet länder har dock betydande svårigheter med kompetensförsörjningen inom primärvården. I 13 länder i Europa, inklusive Sverige, rapporteras arbetsbördan vara ohållbar och orimlig. I rapporten beskrivs även en felmatchning mellan primärvårdsteamens funktion i relation till patienterna och befolkningsunderlaget. Därtill förekommer det att personalens kompetens både är överkvalificerad och samtidigt underkvalificerad i förhållande till de dagliga uppgifterna.¹⁷⁹

Överlag beskrivs primärvården i OECD-länderna vara illa förberedd för växande och komplexa vårdbehov, inte minst i ljuset av den tekniska utvecklingen, nya sätt att leverera tjänster och den snabbt ökade utvecklingen inom medicinsk kunskap. OECD-rapporten betonar att förändringar kommer

¹⁷⁵ OECD/EU (2016). Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing.

¹⁷⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:4). Primärvården i Europa. En översikt av finansiering, struktur och måloppfyllelse.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ OECD (2020). Realising the potential of primary health care.

¹⁷⁹ Ibid.

att krävas såväl inom hälso- och sjukvårdsutbildning som i utveckling av primärvårdens organisering.¹⁸⁰

Primärvårdens kostnadsandel

Definitionen av primärvård skiljer sig åt mellan olika länder, vilket gör det svårt att jämföra till exempel primärvårdens kostnader i förhållande till den totala kostnaden för hälso- och sjukvården. Primärvårdsystemet är ett komplext system med flera utförare och det saknas en vedertagen definition av vad som bör inkluderas.¹⁸¹ Enligt en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:4) skiljer Sverige ut sig i internationell jämförelse eftersom våra primärvårdsmottagningar har omfattande kostnadsansvar, och i synnerhet i kombination med en hög andel fast ersättning per listad individ. Den svenska lösningen, där 21 regioner i stort sett ensidigt fattar beslut om ersättningsprinciper och hur uppdraget ska preciseras, avviker från förhållandena i de andra länderna som studerats. En fördel med den svenska modellen är att det kan ske en snabb anpassning till ändrade yttre krav och förutsättningar. Däremot är risken större för osäkerhet och ryckighet när det kommer till primärvårdsmottagningarnas planering och villkor, vilket ger sämre förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete.¹⁸²

Jämförelse av några primärvårdssystem

I detta avsnitt görs en översiktlig redovisning av förhållanden i styrning och organisering av primärvården, samt till viss del för hälso- och sjukvårdssystemen som helhet, i Norge, Danmark, Finland, Storbritannien och Kanada. Syftet med denna utblick är inte att ge en uttömmande beskrivning om hur primärvård definieras och organiseras i olika länder, utan att ge en kortare översikt och något djupare inblick i ett handfull länder.

Styrning och organisering

Styrning och organisering av primärvården varierar dels länderna sinsemellan, dels i förhållande till den svenska primärvården. I vissa länder, exempelvis Danmark, Norge och Storbritannien, finns en tradition av mindre, privata allmänläkarmottagningar som svarar för produktionen av primärvården. I andra länder, som Sverige och Finland, finns istället en tradition av offentligt drivna vårdcentraler med flera läkare som arbetar i samverkan med andra professioner.

Danmark

I Danmark är ansvaret för hälso- och sjukvårdens organisering och finansiering fördelat mellan staten, de fem regionerna och de 98 kommunerna. I jämförelse med Sverige har staten ett relativt stort inflytande över hälso- och sjukvården i Danmark. Regionernas budget tilldelas av staten som även beslutar om inriktningar och specialiteter på regionsjukhusen, till vilka staten

¹⁸⁰ OECD (2020), Realising the potential of primary health care.

¹⁸¹ Ibid.

¹⁸² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:4). Primärvården i Europa. (2017).

har utlokaliserat medicinska rådgivare. Staten har också stort inflytande över utbildningstjänster för läkare och påverkar fördelningen av läkare mellan olika regioner och specialistområden utifrån en samlad nationell behovsbedömning.¹⁸³ Danmark har en lång tradition av privata vårdgivare inom primärvården. Traditionellt sett är läkare ofta egenföretagare och arbetar självständigt i den egna allmänläkarmottagningen, tillsammans med läkarsekreterare och/eller sjuksköterska. Sedan en tid har emellertid alltfler gruppraktiker vuxit fram. Därtill finns även ett färre antal regionkliniker, det vill säga offentliga mottagningar med anställda läkare som drivs av regionen.¹⁸⁴ Regionerna har finansierings- och planeringsansvar för ”almen praksis” som är landets praktiserande allmänläkare, men uppdrag, villkor och ersättningsnivåer beslutas på nationell nivå och är gemensamma för hela landet.¹⁸⁵ Motsvarande nationella avtal gäller även för regionernas övriga ansvarsområden inom primärvård, som exempelvis rehabilitering och tandvård för vuxna. Den primärvård som finansieras och planeras av kommunerna styrs även på motsvarande sätt med nationella avtal och gäller hemsjukvård, äldreomsorg och tandvård för barn.¹⁸⁶

Norge

I Norge är ansvaret för hälso- och sjukvården fördelat mellan staten, fyra regioner (helseforetak) och 428 kommuner. I Norge har kommunerna sedan lång tid tillbaka det övergripande ansvaret för primärvården. Staten äger sjukhusen och helseforetaken har befolkningsansvar för specialiserad vård och driftansvar vid offentliga sjukhus. Den kommunala primärvården omfattar sjuksköterskor, arbetsterapeuter och annan vårdpersonal i hemsjukvård, sjukhem, i skolor och på hälsocentraler. Den innefattar även finansieringen av privata vårdgivare, exempelvis allmänläkare/fastläkare och fysioterapeuter. Det är upp till varje kommun att avgöra om man vill anställa egna läkare eller ingå avtal med läkare som arbetar i privat regi för att tillgodose behovet av primärvård. Verksamheterna finansieras genom egna lokala skatteintäkter och statliga tillskott. Uppdrag, villkor och ersättning regleras i nationella föreskrifter och är därmed i princip desamma i hela Norge.¹⁸⁷ I Norge, liksom i Danmark, dominerar privata vårdgivare inom primärvården. Cirka 90 procent av allmänläkarna är egenföretagare.¹⁸⁸ Till skillnad från Danmark är den vanligast förekommande organisationsformen i Norge ensampraktik snarare än gruppraktik.¹⁸⁹

Finland

I Finland ansvarar kommunerna för primärvården medan ansvaret för den specialiserade vården innehas av grupper av kommuner (sjukvårdsdistrikt). Från och med den 1 januari 2023 övertar de 21 regionerna (välfärdsområdena) ansvaret för hälso- och sjukvården och omsorgen, inklusive

¹⁸³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:3). Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. (2017).

¹⁸⁴ Ibid.

¹⁸⁵ Ibid.

¹⁸⁶ OECD (2017). Primary care in Denmark.

¹⁸⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:3). Primärvårdens resurser, styrning och organisation. (2017).

¹⁸⁸ Ibid.

¹⁸⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:4). Primärvården i Europa. v

primärvården.¹⁹⁰ Finland har liksom Sverige en stor andel offentliga vårdgivare¹⁹¹. De privata hälsovårdstjänsterna står för cirka 25 procent av alla social- och hälsovårdstjänster i Finland¹⁹².

Storbritannien

I Storbritannien är ansvaret för det statligt skattefinansierade National Health Service (NHS) uppdelat mellan de fyra länderna England, Skottland, Wales och Nordirland. Utformningen av organisation och styrning är förhållandevis lika mellan de olika NHS när det gäller primärvård. Sedan juli 2022 har ansvaret för bland annat primärvården övergått från de tidigare s.k. Clinical Commissioning Groups (CCG:s) till s.k. Integrated care systems (ICS:s) med syftet att bättre möta behoven hos hela befolkningen i alla åldrar med rätt instans oavsett om vårdbehovet är fysiskt, psykiskt eller socialt. Samverkan mellan aktörer ska identifiera vårdklyftor och variationer i hälso- och sjukvård och bidra till gemensamma behovsbedömningar över professionsgränser.¹⁹³ I Storbritannien är en majoritet av vårdgivarna inom primärvården privata GP:s (general practitioners). Under senare tid har andelen GP:s som arbetar vid offentligt finansierade mottagningar ökat men det är fortfarande en tydlig majoritet (cirka 60 procent) som arbetar inom privatfinansierad vård.¹⁹⁴ På en mottagning arbetar GP:s, som kan vara antingen delägare eller anställda, tillsammans med sjuksköterskor och administrativ personal. Ungefär en femtedel av alla GP:s är egenföretagare.¹⁹⁵

Kanada

I Kanada vilar ansvaret för hälso- och sjukvården i huvudsak på landets tio provinser och tre territorier. Regeringen ansvarar för att besluta om lagstiftning och nationella principer för de provinsiella och territoriella hälsosystemen. Utöver detta ansvarar regeringen för primärvård för patienter som tillhör särskilda grupper, så som personer som lever i reservat, som tillhör kanadensiska beväpnade styrkor, veteraner med flera. I Kanada är majoriteten av allmänläkarna egenföretagare. 2014 arbetade 45 procent av Kanadas allmänläkare på gruppraktiker, 19 procent arbetade på tvärprofessionella praktiker och 15 procent arbetade på ensampraktiker.¹⁹⁶

Valfrihets- och ersättningsystem

De nordiska länderna, Storbritannien och Kanada har någon form av valfrihetssystem i primärvården, men det varierar mellan länderna hur dessa är utformade, till exempel i fråga om patienten listar sig på en primärvårdsenhet eller hos en enskild läkare.

¹⁹⁰ Folktinget (2021). Välfärdsområdesval – vad är det och varför berör det just dig?

¹⁹¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:4). Primärvården i Europa; En översikt av finansiering, struktur och målpåfyllelse.

¹⁹² EU-hälsovård.fi. Hälso- och sjukvårdssystemet i Finland. <https://www.eu-halsovard.fi/till-finland-for-varld/halso-och-sjukvardssystemet-i-finland/>.

¹⁹³ National Health Service, 2022/23. Priorities and operational planning guidance. Version 3, februari 2022.

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/20211223-B1160-2022-23-priorities-and-operational-planning-guidance-v3.2.pdf>.

¹⁹⁴ Commonwealth Fund (2020). International healthcare profiles – England. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>.

¹⁹⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:3). Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien.

¹⁹⁶ Government of Canada (2019). Canada's health care system.

Danmark

I Danmark har befolkningen möjlighet att välja mellan två olika alternativ. Antingen väljer patienten att lista sig hos en namngiven licenserad läkare i almen praksis (allmänläkare i primärvården) för ett år, och får därefter avgiftsfria besök hos denna läkare och även avgiftsfri specialistvård efter remiss från densamma. Eller så avstår patienten från listning och besöker specialister utan krav på remiss. Patienten får då en större valfrihet men betalar själv för hela besöket och blir subventionerad motsvarande två tredjedelar av utgifterna i efterhand. Cirka 99 procent av befolkningen väljer det första alternativet. För att kunna lista sig hos en läkare måste läkaren ha utrymme på sin lista, något som delvis avgörs av läkaren själv. En läkare är skyldig att lista minst 1 600 individer men kan därefter välja att införa ett listningstak. Det går inte att lista över 2 700 individer utan att söka om tillstånd för detta. Det finns även geografiska begränsningar som innebär att medborgarna har ett fritt val inom 15 km. Ersättningen baseras till 70 procent på en rörlig ersättning för olika aktiviteter som mottagningsbesök, diagnostik, telefonkonsultation, e-postkonsultation, hembesök och verksamhet under jourtid. Resterande 30 procent består av en kapiteringsersättning som är en fast ersättning per listad individ¹⁹⁷.

Norge

Sedan 2001 gäller fastlegeordningen i Norge som innebär att alla medborgare har möjlighet att lista sig hos en fast läkare. Fastlegeordningen infördes i syfte att förbättra tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet i primärvården och för att stärka läkarens personliga ansvar för kontinuitet och tillgänglighet gentemot patienten. Reformen innebär även att kommunerna fick möjlighet att ställa krav på läkares insatser inom kommunens vård. Före reformen uppgav två tredjedelar av invånarna att de hade en fast läkare¹⁹⁸. Parallellt med denna förändring tillfördes 300 nya tjänster, vilket motsvarade en kapacitetsförstärkning av läkare i primärvården med ungefär 10 procent. Första året efter reformen valde 94,6 procent av befolkningen att lista sig varav 87 procent blev listade på sitt förstahandsval. I slutet av 2015 fanns sammanlagt 4 585 fastläkare vilket motsvarar 1 132 invånare per läkare¹⁹⁹. Det finns ingen geografisk begränsning i Norge som påverkar vilken läkare som patienten listar sig hos. Däremot finns det begränsningar för hur många patienter som kan lista sig hos en och samma läkare, ett maxantal på 2 500 och ett minimum på 500.²⁰⁰ Även i Norge baseras ersättningen på en kombination av fast ersättning per listad individ och en rörlig besöks- och aktivitetsersättning. Kapiteringen ersätts av kommunerna och utgör sammantaget ungefär 30 procent av fastläkarens inkomst. Det finns extra kapitering i kommuner med färre än 5 000 invånare och i kommuner där läkare i genomsnitt har färre än 1 200 invånare listade.²⁰¹

¹⁹⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:3). Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. (2017).

¹⁹⁸ Ibid.

¹⁹⁹ Ibid.

²⁰⁰ Ibid.

²⁰¹ Ibid.

Finland

I Finland har patienten möjlighet att lista sig på en hälsostation för sin primärvård inom sin kommun. I vissa fall samarbetar flera kommuner och det finns då möjlighet att välja hälsostation inom hela samarbetsområdet²⁰². Patienten kan ansöka om att få byta hälsostation efter ett år. I det finländska systemet är det vanligast med fast ersättning²⁰³.

Storbritannien

I Storbritannien listar patienten sig på en primärvårdsenhet och valfriheten är begränsad till patientens geografiska bostadsområde. En primärvårdsenhet kan neka att lista en patient, med hänvisning till att det inte finns ledig kapacitet. Det är även möjligt att neka en patient, eller avlista en befintlig patient, om bedömningen är att det gynnar patienten. En enhet kan även bli tilldelad patienter genom NHS och då är det inte möjligt att neka patienten.²⁰⁴ Ersättningen, som förhandlas fram på nationell nivå mellan NHS och representanter för GP:s, går numera till mottagningen istället för till enskilda GP:s, vilket har bidragit till att allt fler GP:s arbetar som anställda vid en mottagning snarare än som partner och ägare. Mottagningen ersätts genom en kombination av fast belopp, utifrån sammansättningen av de listade invånare efter exempelvis ålder, kön, sjukdomstyngd, samt en rörlig ersättning. Den rörliga ersättningen består sedan 2004 till stor del av en målrelaterad ersättning, som baseras på att vårdgivarna uppnått vissa i förväg uppställda kvalitetsmål där såväl bonus som viten och böter kan utgå.²⁰⁵

Kanada

Valfrihetssystemet i Kanada innebär att patienten har möjlighet att lista sig hos valfri allmänläkare, förutsatt att läkarens lista inte är fulltecknad.²⁰⁶ Serviceavgiften utgör den primära ersättningen för allmänläkarna och baseras på den service som ges. Vissa allmänläkare har börjat röra sig mot alternativa former av ersättningsmodeller, exempelvis kapitering.²⁰⁷

²⁰² Social- och hälsovårdsministeriet. Val av vårdenhet. <https://stm.fi/sv/val-av-vardenhet>.

²⁰³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:4). Primärvården i Europa. En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse. (2017).

²⁰⁴ Ibid.

²⁰⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:3). Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. (2017).

²⁰⁶ The Commonwealth Fund. *Canada*.

²⁰⁷ Ibid.

Bilaga 6 – prognoser för vissa hypotetiska åtgärder

Läsanvisning för hypotetiska prognoser och scenarier

I bilagan redovisas prognoser för vissa hypotetiska åtgärder i syfte att åskådliggöra hur tillgång och efterfrågan på ST-tjänster och specialistläkare potentiellt kan påverkas vid ett antal åtgärder.

Prognoserna för de hypotetiska åtgärderna åskådliggörs i fyra olika scenarier. Scenarierna är inte analyserade utifrån huruvida det är realistiskt att vidta de beskrivna åtgärderna. Rådet tar därför inte ställning till om åtgärderna bör genomföras eller inte utan vill i första hand åskådliggöra hypotetiskt vad som skulle krävas för att uppnå balans i efterfrågan och tillgång på ST-tjänster och specialister i allmänmedicin under perioden 2022–2035. Antagandena är gjorda utifrån prognosunderlaget i föreliggande rapport med skillnaden att rådet, som sagt, valt att beskriva ett antal scenarion. Det bör noteras att vi endast kortfattat beskriver vissa konsekvenser som skulle kunna uppstå vid ett genomförande av åtgärderna.

Första scenariot visar prognosen för tillgång och efterfrågan på ST-tjänster och specialister i allmänmedicin under perioden 2022–2035 om inga åtgärder vidtas.

Andra scenariot visar effekterna av en ökad tjänstgöringsomfattning bland befintliga specialister i allmänmedicin.

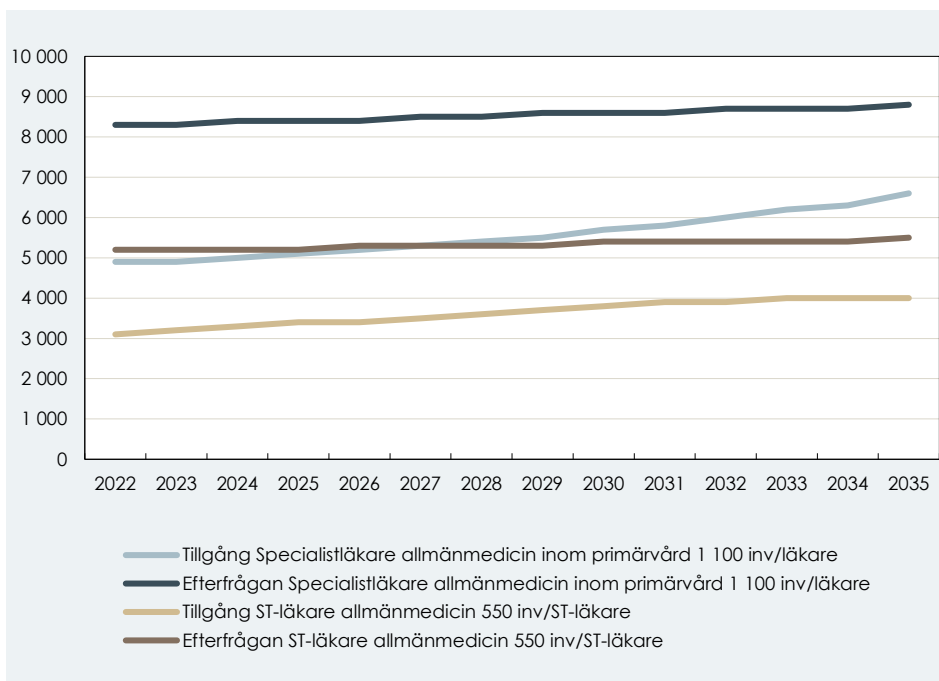
Tredje scenariot visar effekterna av ett ökat antal nybörjarstudenter på läkarutbildningen med 50 procent per år under perioden 2023–2035.

Det fjärde och sista scenariot visar effekterna av ett ökat antal ST-tjänster i allmänmedicin med 50 procent per år under perioden 2023–2035.

Scenario 1 – Inga åtgärder genomförs

Vid ett scenario utan åtgärder nås inte balans mellan tillgång och efterfrågan på ST-läkare och specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården under prognosperioden 2022–2035, vid riktvärdet 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin. Se även huvudrapportens avsnitt Jämförelse mellan tillgång och efterfrågan.

Diagram 1. Tillgång och efterfrågan utan åtgärder vid 1 100 invånare per specialisläkare i allmänmedicin i primärvården



I de två tabellerna nedan redovisas tillgång och efterfrågan per år 2022–2035 specifikt för riktvärdet 1 100 invånare per specialisläkare i allmänmedicin i primärvården och 550 invånare per ST-läkare i allmänmedicin. Tabellerna visar att differensen mellan tillgång och efterfrågan, det vill säga bristen, på specialisläkare består under perioden. Denna brist minskar från 3 400 de närmsta tre åren till 2 200 år 2035. För ST-läkare i allmänmedicin minskar bristen från omkring 2 000 de närmsta åren till 1 500 år 2035.

Tabell 1. Tillgång och efterfrågan på specialisläkare i allmänmedicin vid 1 100 invånare per specialisläkare

1 100 invånare per specialisläkare i allmänmedicin i primärvården			
År	Tillgång	Efterfrågan	Differens
2022	4 900	8 300	-3 400
2023	4 900	8 300	-3 400
2024	5 000	8 400	-3 400
2025	5 100	8 400	-3 300
2026	5 200	8 400	-3 200
2027	5 300	8 500	-3 200
2028	5 400	8 500	-3 100
2029	5 500	8 600	-3 100
2030	5 700	8 600	-2 900
2031	5 800	8 600	-2 800
2032	6 000	8 700	-2 700
2033	6 200	8 700	-2 500
2034	6 300	8 700	-2 400
2035	6 600	8 800	-2 200

Tabell 2. Tillgång och efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin vid 1 100 invånare per specialisläkare och 550 invånare per ST-läkare

550 invånare per ST-läkare i allmänmedicin			
År	Tillgång	Efterfrågan	Differens
2022	3 100	5 200	-2 100
2023	3 200	5 200	-2 000
2024	3 300	5 200	-1 900
2025	3 400	5 200	-1 800
2026	3 400	5 300	-1 900
2027	3 500	5 300	-1 800
2028	3 600	5 300	-1 700
2029	3 700	5 300	-1 600
2030	3 800	5 400	-1 600
2031	3 900	5 400	-1 500
2032	3 900	5 400	-1 500
2033	4 000	5 400	-1 400
2034	4 000	5 400	-1 400
2035	4 000	5 500	-1 500

Scenario 2 – Ökad tjänstgöringsomfattning bland befintliga specialister i allmänmedicin

Specialister i allmänmedicin i primärvården har en tjänstgöringsomfattning på i genomsnitt 86 procent år 2020 (vilket är de senaste tillgängliga registeruppgifterna), medan övriga specialiteter i genomsnitt arbetar 94 procent. Det outnyttjade arbetskraftsutbudet i antal timmar, om alla specialister i allmänmedicin inom primärvården skulle ha samma tjänstgöringsomfattning som övriga specialister, uppgår till 15 000 timmar per vecka, eller 782 000 timmar per år. Det motsvarar 400 tjänster med 94 procents tjänstgöringsgrad.

Då dessa potentiella tjänster motsvarar 8,5 procent av utbudet av specialister i allmänmedicin år 2020, skulle en sådan ökning av tjänstgöringsomfattningen bland befintliga specialister i allmänmedicin i primärvården innebära en relativt stor skillnad gällande tillgången på specialisläkare i allmänmedicin jämfört med idag.

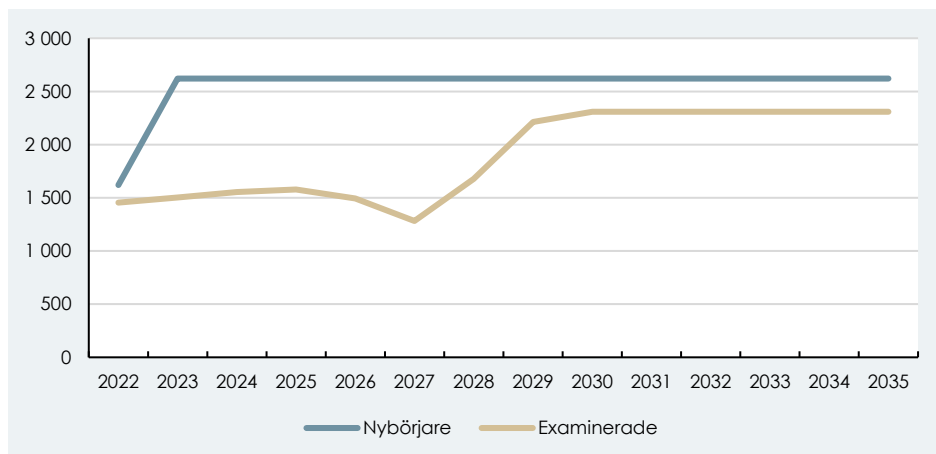
Scenario 3 – Ökning av antalet nybörjarstudenter på läkarutbildningen med 50 procent per år från och med 2023

Beräkningarna för ett scenario med en ökning av antalet nybörjarstudenter på läkarutbildningen med 50 procent per år från och med 2023, baseras på samma modell som övriga prognoser som återfinns i huvudrapporten (för ytterligare information om modellantaganden, se bilaga 3). Modellen avser läsår, vilket utgör både de som påbörjade studierna höstterminen året innan och de som börjar under vårterminen läsåret i fråga, motsvarande gäller även examinationsåren.

Om antalet nybörjarstudenter ökar med 50 procent per år på läkarutbildningen från och med 2023 skulle det innebära en ökning med i genomsnitt

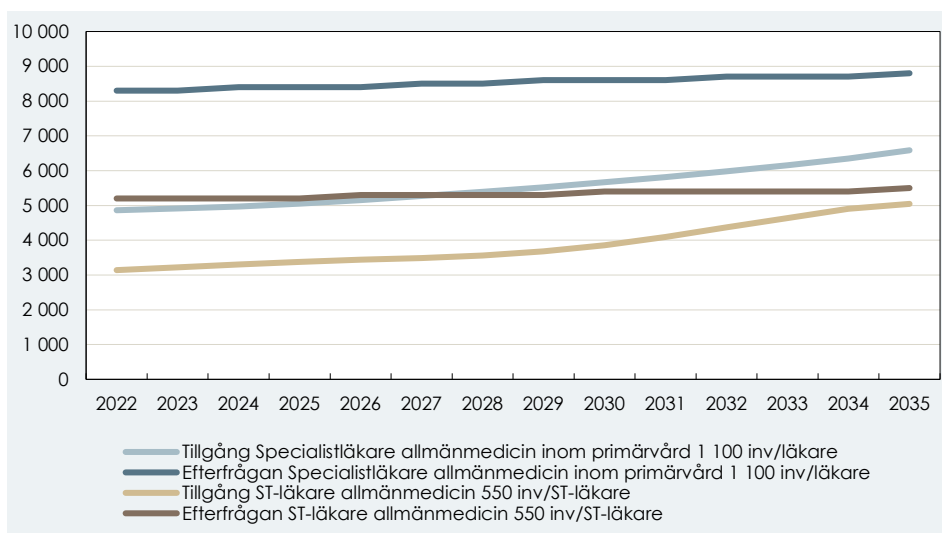
knäppt 900 studenter per år. Den totala examensfrekvensen för kvinnor och män är i genomsnitt 88 procent, varför denna åtgärd skulle resultera i drygt 2 300 examinerade läkare per år från och med 2029, då de beräknas ha avslutat sin 6-åriga utbildning. Det är en ökning med knäppt 800 examinerade läkare per år.

Diagram 2. Antalet nybörjare och examinerade 2022–2035 vid 50 procents ökning av antalet nybörjare från år 2023



Tidigast från och med 2029 kan de som påbörjar sin utbildning 2023, och således förväntas ta examen sex år senare, inleda sin ST. Då det i genomsnitt är 29 procent av ST-läkarna som väljer allmänmedicin resulterar det i drygt 200 extra ST-läkare i allmänmedicin per år fram till 2035. Det betyder att tillgången på specialister i allmänmedicin tidigast kan öka från och med 2034, då de som påbörjar sin ST 2029 kan ha blivit färdiga specialister.

Diagram 3. Tillgång och efterfrågan vid 50 procents ökning av antalet nybörjare på läkarutbildningen från och med år 2023, vid 1 100 invånare per specialitläkare i allmänmedicin i primärvården



Diagrammet ovan visar att tidsperioden är alltför kort för att en ökning av antalet nybörjare på läkarprogrammet 2023 ska resultera i ett ökat antal specialitläkare i allmänmedicin fram till år 2035. Åtgärden leder endast till ett

marginellt tillskott av nya specialistläkare i allmänmedicin för åren 2034 och 2035. För ST-läkare i allmänmedicin är ökningen tydligare. Beräkningarna baseras på historiska mönster som förutsäger en successiv övergång från läkarexamen till ST respektive från ST till färdig specialistläkare i allmänmedicin. Alla påbörjar inte ST direkt efter examen och alla blir inte färdiga med sin ST på fem år. Det är relativt vanligt förekommande att det tar längre tid (för ytterligare information se avsnittet Flödesanalys i bilaga 3).

En ökning av antalet nybörjare på läkarutbildningen med 50 procent per år från och med 2023 leder inte till balans mellan tillgång och efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin vid ett riktvärde på 1 100 invånare per specialistläkare i primärvården inom den prognosticerade perioden. Den relativt långa utbildningstiden gör att effekterna av ett ökat intag av studenter på läkarutbildningen inte får genomslag för populationen specialistläkare förrän tidigast efter 12 år. Tillgången beräknas vara 6 600 specialistläkare i allmänmedicin i primärvården år 2035 och efterfrågan 8 800. Åtgärden beräknas dock reducera bristen på ST-läkare i allmänmedicin med drygt 1 000, jämfört med utvecklingen utan denna åtgärd. Tillgången förväntas år 2035 vara drygt 5 000, istället för 4 000 utan åtgärd.

I förhållande till tiden som tas i anspråk innan effekten nås, samt att andra specialiteter där det inte råder brist ökar som en sidoeffekt av ökningen av antalet studenter, gör dock att en 50-procentig ökning av antalet nybörjare på läkarutbildningen inte bedöms vara adekvat i syfte att öka antalet specialister i allmänmedicin.

Scenario 4 – Ökning av antalet ST-tjänster i allmänmedicin med 50 procent per år från och med 2023

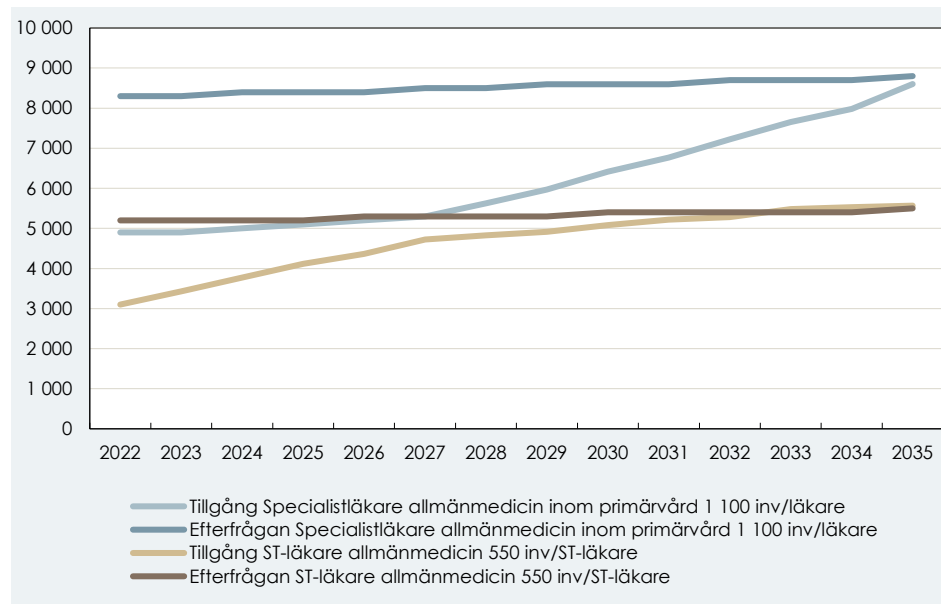
Beräkningarna som ligger till grund för ett scenario med en 50-procentig ökning av antalet ST-läkare utgår från befintligt prognosunderlag, men är till skillnad från modellen över samma procentuella ökning av antalet nybörjare inte baserade på samma antaganden som den initiala prognosmodellen.

Föreliggande beräkningar bygger på antalet ST-läkare i allmänmedicin utifrån det totala antalet skattade nya ST-läkare 2022–2035. I genomsnitt väljer 29 procent av ST-läkarna allmänmedicin som specialitet, det betyder i genomsnitt knappt 600 nya ST-läkare i allmänmedicin per år under prognosperioden om inga åtgärder genomförs. Antalet beräknas öka från knappt 500 i år till knappt 600 år 2035 om samma förhållanden råder som idag. Vid en ökning av antalet ST-läkare i allmänmedicin med 50 procent från och med år 2023 uppgår antalet till drygt 700 samma år och beräknas öka till drygt 900 år 2035. En 50-procentig ökning leder i genomsnitt till knappt 300 extra ST-läkare i allmänmedicin per år under perioden 2023–2035.

Antagandena som ligger till grund för dessa beräkningar är att alla i populationen genomför och slutför ST inom utsatt tid, det vill säga arbetar heltid och får specialistbevis 5 år senare. Det är, som tidigare nämnts, dock inte fallet i praktiken. Dessa antaganden betyder att tillgången på specialister i allmänmedicin beräknas öka från och med 2028, då de som påbörjar sin ST 2023 förväntas vara färdiga specialister. Tillgången på specialister fram till 2035 består av det initiala prognosticerade antalet plus det ackumulerade

antalet extra ST-läkare som får specialistbevis under perioden, det vill säga de som påbörjade ST under perioden 2023–2030. Beräkningen förutsätter att hela populationen av extra ST-läkare som blir specialister fortsätter arbeta som specialistläkare i allmänmedicin under hela tidsperioden.

Diagram 4. Tillgång och efterfrågan vid 50 procents ökning av antalet ST-läkare i allmänmedicin från och med år 2023, vid 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin i primärvården



Diagrammet ovan visar att med ett tillskott på 50 procent fler ST-läkare i allmänmedicin från och med 2023 kan en ungefärlig balans mellan tillgång och efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin nås från och med 2031, då den beräknade tillgången är drygt 5 200 ST-läkare och efterfrågan väntas vara 5 400 vid ett riktvärde på 1 100 invånare per specialistläkare i primärvården (och 550 invånare per ST-läkare). Från och med år 2033 beräknas tillgången, knappt 5 500 ST-läkare, överstiga efterfrågan, som väntas vara 5 400 vid samma riktvärde.

En ökning av antalet ST-läkare med 50 procent per år leder nästan till balans mellan tillgång och efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin vid ett riktvärde på 1 100 invånare per specialistläkare i primärvården. År 2035 beräknas tillgången vara 8 600 specialistläkare i allmänmedicin i primärvården och efterfrågan 8 800.

En effekt av denna åtgärd är att det eventuellt kan uppstå brist inom andra specialiteter om de befintliga blivande specialistläkarna skiftar mot att en större andel väljer ST i allmänmedicin. Vidare leder en ökning av antalet vakanta ST-platser i allmänmedicin inte nödvändigtvis till att alla dessa blir tillsatta, om intresset för ST i allmänmedicin inte samtidigt ökar.

Nationella vårdkompetensrådet är ett rådgivande organ med representanter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet, som har inrättats på uppdrag av regeringen.

Rådets uppdrag är att göra bedömningar av kompetensbehoven och att stödja och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå.

www.nationellavardkompetensradet.se

Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. Genom samarbete, oberoende experter och pålitlig kunskap styr, stödjer och utvecklar vi hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

www.socialstyrelsen.se

