

# Personalstatistik inom primärvården

Delrapport 1 - en förstudie

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2023-3-8459

# Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utveckla och presentera statistik avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt annan relevant personal, verksam inom primärvården. Särskilt fokus ska ligga på personal som arbetar med psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Uppdraget ska slutredovisas den 31 mars 2026 med årsvisa delleveranser varje år 2023–2025.

Det finns ett behov att kunna följa omställningen till en god och nära vård, där primärvården har en viktig roll bland många andra aktörer och där det idag råder en brist på data och statistik inom flera områden.

I rapporten till den första leveransen den 31 mars 2023 presenteras en nulägesbild samt en kartläggning av tillgänglig statistik och uppgifter som kan användas till att framställa statistik.

Statistiken ska vara ett underlag för att följa och bedöma personaltillgången samt att analysera hur omställningen till en god och nära vård påverkat primärvårdens tillgång till både legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och annan relevant personal.

Utredaren Camilla Jomer har varit projektledare och utredarna, Åsa Lefèvre, Sofi Nordmark och Camilla Salomonsson, statistikern Hans Schwarz samt folkhälsorådet Iréne Nilsson Carlsson har bidragit till arbetet. Ansvarig Enhetschef har varit Almir Cehajic.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

|  |    |
|--|----|
| Förord .....   | 3  |
| Sammanfattning .....   | 7  |
| Uppdrag om personalstatistik inom primärvården .....   | 9  |
| Verksamhetsåret 2022 .....   | 9  |
| Uppdragets genomförande.....   | 9  |
| Samverkan och samarbeten .....   | 10 |
| Primärvårdens uppdrag .....  | 10 |
| Utgångspunkter och avgränsningar .....   | 10 |
| Syftet med statistiken är att ge en relevant bild av verkligheten .....  | 12 |
| Kompetens, resurser och demografi är alla viktiga beståndsdelar .....  | 12 |
| Kompetens och erfarenhet kompletterar varandra .....   | 12 |
| Antal personal och antal arbetade timmar kan tillsammans ge viktig information om kontinuitet, arbetsmiljö eller deltidsarbete ..... | 12 |
| Den demografiska sammansättningen bidrar till en nyanserad bild .....  | 13 |
| Index kan användas för att identifiera demografiska skillnader .....   | 13 |
| Tillgång till digital vård ökar flexibiliteten inom primärvården .....   | 13 |
| Digifysisk vård kan på sikt påverka behov och sammansättning av personal.....  | 14 |
| Nulägesbild .....  | 16 |
| Brist på många yrkeskategorier inom primärvården.....  | 16 |
| Det finns många olika yrkeskategorier i primärvården .....   | 16 |
| Undersköterskor som skyddad yrkestitel.....  | 17 |
| Det kan finnas anledning att följa yrkesgrupper som traditionellt inte är primärvård .....   | 17 |
| Tillgången till allmänläkare inom primärvården understiger efterfrågan .....   | 17 |
| Befintliga datakällor för personal inom hälso- och sjukvården .....  | 18 |
| LOVA-förteckningen .....   | 18 |
| Brist på aktualitet i LOVA gör det svårt att följa utvecklingen i närtid .....   | 19 |
| SKR:s register innehåller både information om legitimerad och icke legitimerad personal.....   | 20 |
| Genomlysning av SNI-områden för att särskilja primärvård.....  | 20 |
| Antalet allmänläkare väntas öka .....  | 26 |
| Lägesbild och bedömning av behov framöver utifrån NPS .....  | 27 |
| Resultat av kartläggning om tillgång .....   | 27 |
| Resultat av kartläggning om efterfrågan.....   | 27 |
| Referenser .....   | 28 |



# Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram statistik över hälso- och sjukvårdspersonal som ska innehålla uppgifter om både legitimerad personal och annan relevant personal inom primärvården. Slutredovisningen som lämnas den 31 mars 2026 ska även innehålla en analys av hur förflyttningen mot en god och nära vård har påverkat kompetensförsörjningen i primärvården. Vad som redovisas i detta uppdrag skiljer sig således från det Nationella Planeringsstödet (NPS) där en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på legitimerad personal och det långsiktiga behovet av specialistläkare presenteras[1]. Syftet med statistiken är att ge en så korrekt och relevant bild som möjligt för att underlätta möjligheten att följa kompetensförsörjningen och bidra till analysen av omställningen mot en god och nära vård.

Primärvård är ett centralt område inom hälso- och sjukvård där det idag finns begränsad tillgång till data och statistik på nationell nivå. Vad som ska räknas till vård på primärvårdsnivå är en komplex fråga där det i vissa fall inte finns någon tydlig avgränsning. Definitionen i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL ger en viss vägledning, men ger inte en heltäckande bild av vad primärvården omfattar.

I denna första delrapport undersöker Socialstyrelsen olika sätt att producera statistik utifrån befintliga datakällor, samt för ett resonemang kring vilka parametrar som är relevanta för att på ett träffsäkert sätt belysa primärvårdens kompetensförsörjning. Resultatet av kartläggningen visar att det idag finns begränsat med uppgifter som är ändamålsenliga för att skapa statistik om personal inom primärvården. Vissa uppgifter över yrkesverksamma inom primärvården återfinns i LOVA-registret som förvaltas av Socialstyrelsen. I dagsläget finns vissa begränsningar i LOVA som gör att det inte är optimalt för ändamålet i det här uppdraget. Därför har myndigheten inom ramen för uppdraget inlett en utredning av hur LOVA-registret kan förbättras och hur SNI-koder (ASTSNI2007) på en mer detaljerad nivå kan användas för att identifiera personal inom primärvård.

Vanliga yrken inom primärvården utöver läkare och sjuksköterskor är undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, biomedicinska analytiker, medicinska sekreterare, farmaceuter, logopedier, naprapater med flera. Även yrkesgrupper som utför insatser inom psykisk och psykosocial hälsa är vanliga, såsom psykologer, psykoterapeuter samt hälso- och sjukvårdskuratorer. De flesta yrkeskategorier, utom läkare, återfinns såväl i den regionalt drivna som den kommunalt drivna primärvården. Beroende på hur vården är organiserad förekommer vissa skillnader mellan regioner. I flera regioner hör till exempel ungdomsmottagningar till primärvårdens verksamhet även om detta åtagande är frivilligt[2].

Idag råder brist på både legitimerad personal och övrig personal på många håll i landet[1], men enligt uppgifter från LOVA-registret har ökning inom flera yrkesgrupper i primärvården noterats mellan åren 2010 och 2020. Bland annat har antalet sysselsatta sjuksköterskor ökat och antalet psykologer i

primärvården har ökat med nära 60 procent, om än från en låg nivå. Hur stor andel av yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården i stort som arbetar inom primärvården varierar. Andelen sjuksköterskor uppskattas till 28 procent och distriktsjuksköterskor till 64 procent. Icke legitimerade yrkesgrupper, som exempelvis undersköterskor inom primärvården, är svåra att bedöma tillgången på eftersom det i många fall saknas data på området. Den 1 juli 2023 blir dock undersköterska en skyddad yrkestitel, vilket innebär att denna yrkesgrupp kommer att bli lättare att följa framöver. För att bedöma tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal har Socialstyrelsen tagit fram ett nationellt riktvärde för antal invånare som en läkare i primärvården kan vara fast läkar-kontakt för. Riktvärdet är 1 100 invånare per specialistläkare. Under perioden 2022–2035 förväntas bristen på specialistläkare i primärvården bestå, men differensen mellan tillgång och efterfrågan förväntas att minska något över tid[3].



# Uppdrag om personalstatistik inom primärvården

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram och tillgängliggöra statistik över hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Uppdraget ska slutredovisas 31 mars 2026, med delrapportering årsvis åren 2023–2025. Slutredovisningen ska innehålla en analys om hur förflyttningen mot en god och nära vård påverkar kompetensförsörjningen i primärvården.

## Verksamhetsåret 2022

Under 2022 har Socialstyrelsen arbetat med ett antal olika uppdrag inom kompetensförsörjning, statistik om primärvård, tillgänglighet samt god och nära vård inom hälso- och sjukvård. Myndigheten tar fortlöpande fram underlag för analys av tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal i det nationella planeringsstödet (NPS). Där redovisar myndigheten en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialisläkare inom samtliga specialiteter. Detta uppdrag är avgränsat till personalstatistik inom primärvården och omfattar både legitimerad och icke legitimerad personal. Inom ramen för det här uppdraget har Socialstyrelsen initierat ett arbete med att dels undersöka möjligheten att med hjälp av SNI-koder<sup>1</sup> (ASTSNI2007) på en mer detaljerad nivå ta fram personalstatistik specifikt för primärvården, dels utreda på vilket sätt LOVA-registret kan utvecklas för att underlätta framställning av en mer ändamålsenlig personalstatistik. Arbetet med utvecklingen av LOVA förväntas fortgå under hela 2023.

## Uppdragets genomförande

I denna första delrapport undersöker Socialstyrelsen olika sätt att producera statistik på utifrån dagens förutsättningar, samt för ett resonemang kring vilka parametrar som behövs för att på ett träffsäkert sätt belysa primärvårdens kompetensförsörjning och den omfattande förflyttning mot nära vård som hälso- och sjukvården står inför. Kartläggningen blir ett utgångsläge för vidare utveckling av personalstatistiken inom primärvården som till exempel förslag på variabler, aggregeringsnivå och olika sätt att tillgängliggöra statistiken. I kommande leveranser kommer vi även att undersöka förutsättningarna att hämta in nya uppgifter samt att väga nyttan med att samla in uppgifterna mot den administrativa bördan att skicka in dem. Slutligen, i den sista leveransen, kommer en analys över hur förflyttningen av hälso- och

---

<sup>1</sup> SNI står för Standard för svensk näringsgrensindelning. SNI används för att klassificera företag och arbetsställen efter vilken verksamhet de bedriver. SCB ansvarar för klassifikationen SNI, men det är Skatteverket som ansvarar för inhämtandet av SNI-koder. Det sker i samband med att företagen registrerar sina verksamheter hos Skatteverket. Källa: SCB Inrapportering av SNI-kod görs av företagen/verksamheterna själva.

sjukvården mot en nära vård har påverkat kompetensförsörjningen inom primärvården presenteras.

Underlaget i denna förstudie har tagits fram genom litteratursökning samt workshops där statistiker, utredare och medarbetare med expertkunskap inom god och nära vård och primärvård har deltagit.

## Samverkan och samarbeten

Många uppdrag pågår parallellt och det har förekommit löpande kontakter under arbetets gång, bland annat med utredare och statistiker om arbetet med NPS och arbetet med uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Socialstyrelsen har inom ramen för den första delleveransen i uppdraget samverkat med Nationella vårdkompetensrådet. Framöver kommer myndigheten även att samverka med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), regioner och kommuner, privata vårdgivare samt berörda professions- och patientorganisationer. Längre fram kan det också finnas behov av samverkan med ytterligare myndigheter och externa aktörer.

## Primärvårdens uppdrag

Att definiera primärvård är en komplex fråga. Med primärvård avses, enligt 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, hälso- och sjukvårdsverksamhet som inte begränsas av sjukdomar, ålder eller patientgrupp. Primärvården ska svara för behov medicinsk bedömning, behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser. I 2 kap. 2 § HSL framgår att regioner och kommuner tillsammans ska ansvara för primärvården, och primärvård utgörs följaktligen av vård under både regionala och kommunala hälso- och sjukvårdshuvudmäns ansvar.

## Utgångspunkter och avgränsningar

För att tydliggöra att kommunal hälso- och sjukvård är en del av vården på primärvårdsnivå tar myndigheten avstamp i regeringens proposition *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164)[4]. Där framgår det att kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, bland annat sådan hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller som efter avtal med regionen i patienternas egna hem, huvudsakligen är vård som ges på primärvårdsnivå. Enkelt uttryckt kan man säga att vård utförd på primärvårdsnivå, oavsett huvudman, är primärvård. Den 1 juli 2021 trädde också en ändring i 2 kap. 6 § och i 13a kap. 1 § HSL, i kraft som tydliggör primärvårdens uppdrag.

De verksamheter som tydligast utgör del av primärvården enligt definitionen i föregående stycke, *primärvårdens uppdrag*, är hälso- och vårdcentraler, husläkarmottagningar, kommunal hälso- och sjukvård i särskilt boende samt kommunal (eller primärvårdsansluten) hemsjukvård. Även barnvårds- och mödravårdscentraler (BVC/MVC) räknas traditionellt till primärvården även om de i viss mån är begränsade till vissa patientgrupper. Det finns dock

områden där definitionen inte riktigt räcker till för att klassificera verksamheter som primärvård respektive annan vård. En bedömningsgrund för att utesluta vård från primärvården är att den är privat finansierad. Det gäller till exempel företagshälsovård eller försäkringssjukvård. Dessa kan exkluderas mot bakgrund av att de inte utgör en del av det offentliga åtagandet för hälso- och sjukvård gentemot invånarna. Även förekomst av remisskrav (från annan vårdgivare eller egeninitierad) kan utgöra ett kriterium för att exkludera verksamhet från primärvård eftersom krav på remiss innebär att patienten behöver uppfylla vissa kriterier och att vården därför inte ”ges utan avgränsning”.

Inom utvecklingen mot en mer nära vård kan det vara av intresse att även följa andra verksamheter som lever upp till de flesta, men kanske inte alla kriterier för att utgöra primärvård men som i stor utsträckning är att betrakta som ”första linjen”. Detta i ljuset av att de utgör en första kontakt för personer att vända sig till vid ohälsa och/eller har ett tydligt hälsofrämjande eller förebyggande uppdrag gentemot befolkningen eller bredare grupper. Det kan handla om hälso- och sjukvårdsupplysning, som i ett antal regioner fått en utökad och mer integrerad roll med bland annat hälso- och vårdcentralernas verksamhet. De senaste årens Covid-19 pandemi har delvis skyndat på den digitala utvecklingen främst för tjänster som underlättar kontakten med vården. En första väg in till vården är via 1177 som visar en stor ökning av antalet inloggningar<sup>2</sup>. Dessa funktioner tar både personal i anspråk och avlastar andra delar av vården som till exempel vårdcentraler.

Elevhälsa och digital psykolog- och kuratorsverksamhet utgör andra exempel på sådana verksamheter. För att få en mer heltäckande bild av vilka personalresurser som finns till hands för primärvård eller första linjen-vård kan det finnas en poäng att inkludera personalgrupper inom dessa verksamhetsområden när man följer utvecklingen inom primärvården, oavsett om dessa formellt kallas primärvård eller ej.

Socialstyrelsen ser utmaningar i att fånga data för att belysa den personal som finns inom primärvården enligt HSL och ser därför skäl till att i första hand fokusera på områden där det finns befintlig data eller där data med relativt enkla medel kan samlas in. Myndigheten ser också utmaningar med att särskilja personal som behandlar exempelvis psykiska besvär om den behandlande hälso- och sjukvårdspersonalen till exempel är allmänläkare. Detta då befintliga register över personal inte innehåller mer specifik information om personens befattning eller faktiska arbetsuppgifter. I rapporten *Uppföljning av primärvården och omställning till en mer nära vård* föreslår Socialstyrelsen att ett nationellt primärvårdsregister inrättas vid Socialstyrelsen[2]. Där föreslås bland annat att Socialstyrelsen ska samla in uppgifter om diagnos och yrkeskategori från primärvården. Uppgifter om yrkeskategori i samband med diagnos skulle till exempel kunna ge oss information om hur vanligt förekommande det är att psykiatriska diagnoser sätts av läkare i primärvården. Även om ett register med uppgifter från primärvården inrättas kvarstår utmaningen med att särskilja personal som behandlar psykiska besvär på en detaljerad nivå. Ytterligare information om arbetsplatser skulle potentiellt också kunna tillföras från ett heltäckande nationellt vårdgivar- och

---

<sup>2</sup> Inera/statistik. sökning gjord 2023-02-02 från <https://www.inera.se/tjanster/statistik-for-ineras-tjanster/statistik-for-1177-e-tjanster/invanare/>

vårdenhetsregister, men frågan behöver utredas vidare och kommer att behandlas under arbetets gång.

## Syftet med statistiken är att ge en relevant bild av verkligheten

Tillgång till personal inom primärvården behöver öka i paritet med det ökade antalet patienter som väntas i och med omställningen till en stärkt och utvecklad primärvård. Som en del i förflyttningen mot en nära vård är personalstatistik inom primärvården ytterligare en pusselbit som kan bidra till att följa omställningen. Den statistik som kommer att presenteras vid kommande leveranser ska bidra till en så korrekt och relevant bild som möjligt, både nationellt och regionalt. För att uppnå syftet kan det vara betydelsefullt att beakta flera olika parametrar i samband med framtagandet av statistiken. Det är önskvärt att statistiken tolkas tillsammans med uppgifter om ålderssammansättning och uppskattning av vårdbehov hos befolkningen. Parallellt med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan det också vara relevant att följa utvecklingen för andra yrkesgrupper såsom undersköterskor, vårdbiträden och administrativ personal. Generellt gäller också att antalsmätt vad gäller tillgången till olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården behöver följas tillsammans med andra mer kvalitativa mått som handlar om kompetens, utbildning, arbetsmiljö med mera för att ge en mer komplett bild av kompetensförsörjningen av olika yrkesgrupper i primärvården.

## Kompetens, resurser och demografi är alla viktiga beståndsdelar

För att få en så korrekt och relevant bild som möjligt av tillgången till personal inom primärvården kan flera parametrar behöva beaktas. Ett sätt att gruppera de olika variablerna på är att dela in dem i kategorierna; kompetens, resurser och demografiska bakgrundsfaktorer.

### Kompetens och erfarenhet kompletterar varandra

Kompetens är en grundläggande beståndsdel för att följa personaltillgången. Det är viktigt eftersom det kan ge en indikation på om det till exempel finns ett systematiskt över- eller underskott på viss kompetens eller erfarenhet i hälso- och sjukvården. Med kompetens menar vi till exempel vilken specialistkompetens som finns eller vilken yrkeserfarenhet personalen har, såsom tid från examen eller tid från legitimation.

### Antal personal och antal arbetade timmar kan tillsammans ge viktig information om kontinuitet, arbetsmiljö eller deltidsarbete

För att kunna bilda sig en uppfattning om resurstillgången är både antal personer inom olika yrkesgrupper och antal arbetade timmar av betydelse. Kombinationen av dessa två mått ger information om viktiga parametrar som exempelvis resurser i relation till vårdtyngd, som i sin tur kan ge en indikation

på möjlighet till kontinuitet, arbetsmiljö eller deltidarbete. Detta i synnerhet om det går att kombinera med information om orsak till deltidarbete, till exempel sjukskrivning eller forskning. Även tillgång till annan vård som öppen specialiserad vård och avstånd till sjukhus kan ha betydelse för behovet av vårdinsatser från primärvården och därmed resursbehovet.

## Den demografiska sammansättningen bidrar till en nyanserad bild

Olika geografiska områden har olika demografisk sammansättning i befolkningen. Därför är det önskvärt att tillsammans med tillgång på kompetens och resurser också veta något om de demografiska förutsättningarna såsom ålder, kön, socioekonomi och sjukdomsburda. Till exempel ökar besök hos sjuksköterskor och undersköterskor med stigande ålder i befolkningen, medan läkarbesöken minskar. Antalet listade patienter och besök på olika vårdcentraler varierar också beroende på vårdcentralens geografiska läge samt den demografiska sammansättningen i befolkningen[5].

## Index kan användas för att identifiera demografiska skillnader

Demografiska skillnader mellan områden kan fångas med hjälp av olika index. Ett exempel är segregationsbarometern vid Bolagsverket<sup>3</sup>. Syftet med Segregationsbarometern är att öka kunskapen kring segregation och dess utveckling över tid. Den ger oss möjlighet att ta fram en samlad bild av segregationen på olika geografiska nivåer. Segregationsbarometern utgår från socioekonomisk boendesegregation, det vill säga att personer och grupper bor på olika geografiska platser utifrån sina socioekonomiska förutsättningar, till exempel inkomstnivå och utbildningsnivå. Ett annat exempel är Care Need Index (CNI)<sup>4</sup> som kan användas för att identifiera risk för ohälsa relativt riket i stort för till exempel en kommun eller region. I SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet* konstateras att det föreligger skillnader i hälsa beroende på sociala och ekonomiska förutsättningar[6]. För att motverka negativa konsekvenser av boendesegregation kan hälso- och sjukvården i det här fallet behöva kompensera för det för att bidra till att alla människor får samma möjlighet till god hälsa.

## Tillgång till digital vård ökar flexibiliteten inom primärvården

I och med förflyttningen mot en God och nära vård är en övergripande inriktning hos både kommuner och regioner att vård och omsorg i allt större omfattning ska ske nära den enskilde, bland annat i hemmet. En förutsättning för den utvecklingen är att nya former för vård och omsorg genom egenvård, behandlingsstöd och monitorering på distans utvecklas och implementeras.

<sup>3</sup> Boverket. Om segregationsbarometern. Hämtad 2023-01-19 från <https://segregationsbarometern.boverket.se/om-segregationsbarometern/>

<sup>4</sup> SCB. Care Need Index. Hämtad 2023-01-24 från <https://www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/regionala-statistikprodukter/care-need-index-cni/>

Staten har tillsammans med SKR tagit fram Vision e-hälsa 2025<sup>5</sup>. Med Vision e-hälsa 2025 som utgångspunkt erbjuder regionerna allt fler digitala vårdtjänster, som ett komplement till sitt traditionella vårdutbud[7]. Sett över en tioårsperiod har utvecklingen inneburit utveckling och implementering av lösningar som har underlättat vårdarbetet och tjänster som har möjliggjort en mer självständig roll för patienten och en större delaktighet i den egna vården. De flesta regioner erbjuder idag självservice-tjänster för exempelvis receptförskrivning, avboka eller omboka vårdbesök, tillgång till provsvar och den egna journalen. Digitalisering av hälso- och sjukvården möjliggör en bättre och smidigare samverkan mellan primärvårdsnivån och specialistnivån. Ett exempel är där primärvården och specialistmottagningar samverkar genom konsultuppdrag via videokonferenssystem. Primärvårdsläkaren kan tillsammans med patienten koppla upp sig mot en specialistläkare för att gemensamt komma överens om patientens fortsatta vård och behandling. Primärvårdsläkaren fortsätter vara patientansvarig läkare och sköter uppföljning. Det kan alltså också vara av intresse att beakta en regions, kommuns, eller geografiska områdes digitala utveckling vid uppföljning av kompetensförsörjning och invånarnas tillgång till primärvård.

## Digifysisk vård kan på sikt påverka behov och sammansättning av personal

Begreppet digifysisk vård har blivit allt vanligare och avser att beskriva den sömlösa förflyttningen mellan den digitala och den traditionella fysiska vården[8]. Den digifysiska kontakten och digifysiska vården är central i överflyttningen till en god och nära vård. På sikt kan detta påverka behov och sammansättning av personal inom primärvården. Digital teknik ger möjlighet att hantera vårdärenden exempelvis via chatt eller digitalt möte men ger också möjlighet till bättre kontroll över en persons hälsotillstånd i realtid genom egenmonitorering. Det gör att gränsen mellan vårdnivåer också blir mer sömlös och vården ges möjlighet att vara mer personcentrerad. Samtidigt försvåras samordningen mellan vårdgivare av att digital vård benämns olika bland huvudmännen. Välfärdsteknik är ett begrepp som ofta används inom den kommunala verksamheten i Sverige. Den syftar till att bibehålla eller öka trygghet, delaktighet och aktivitet för personen och kan ges som bistånd, förskrivnas som hjälpmedel eller köpas på konsumentmarknaden. Inom regionerna används snarare begreppet e-hälsa för olika slags digitala tjänster och verktyg som syftar till att utbyta information och/eller uppnå och bibehålla hälsa, exempelvis har Regionerna enats om en definition av begreppet egenmonitorering<sup>6</sup>[9]. Egenmonitorering genomförs med stöd av digital eller analog teknik, anger objektiva mätvärden och/eller subjektiva skattningar. Dessa kan göras tillgängliga för såväl patienten själv som vårdenhet. Monitorering på distans kan också ske med stöd av sjuksköterskor inom kommunal primärvård, som tar mätvärden hemma hos patienten och skickar dessa till läkare på

<sup>5</sup> E-hälsa 2025. Hämtad från <https://ehalsa2025.se/>

<sup>6</sup> Löpande registrering, övervakning och bedömning av vården avseende en persons hälsotillstånd där personen själv utför registreringen.

vårdenheten. Vissa av dessa digitala lösningar klassas ibland även som medicinsk teknik (MT). I Finland och Danmark innefattar begreppet välfärdsteknik även e-hälsa. Det saknas således tydliga gemensamma definitioner vilket också försvårar uppföljning.

# Nulägesbild

## Brist på många yrkeskategorier inom primärvården

Enligt NPS för 2022 råder brist på flera legitimationsyrken såsom sjuksköterskor, distriktssköterskor, psykologer, fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter i hälso- och sjukvården i varierande grad. Tillgången på dessa yrkesgrupper utgörs till en övervägande del av kvinnor. Bristen är störst på psykologer och sjuksköterskor, där 19 respektive 18 av de 21 regionerna rapporterade brist<sup>[1]</sup>. Hur stor andel av yrkesgrupperna som arbetar inom primärvården varierar. För sjuksköterskor uppskattas det till 28 procent medan det för distriktssjuksköterskorna uppskattas till 64 procent som arbetade i primärvården år 2020. Antalet sjuksköterskor inom primärvård uppskattas ha öka från drygt 27 112 år 2010 till över 31 200 år 2020 medan antalet distriktssköterskor uppskattas ha minskat under tidsperiod 2019 till 2020, från 8 785 till 8 381, vilket motsvarar fem procent. Av fysioterapeuterna och psykologerna uppskattas andelen som år 2020 arbetade inom primärvården till 39 respektive 21 procent och för arbetsterapeuterna till 53 procent. Andelen psykologer inom primärvården uppskattas ha ökat med nästan 60 procent sedan 2010<sup>7</sup>. Andra yrkeskategorier, det vill säga icke legitimerade yrken, är svårare att bedöma tillgången på då det i många fall saknas data på området. Det gäller exempelvis undersköterskor som arbetar i primärvården.

## Det finns många olika yrkeskategorier i primärvården

Utöver läkare och sjuksköterskor med olika specialistkompetenser arbetar, som tidigare nämnts, även många andra inom primärvården exempelvis undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, biomedicinska analytiker, medicinska sekreterare, farmaceuter, logoped, naprapater med flera. Även yrkesgrupper som utför insatser inom psykisk och psykosocial hälsa vanliga, såsom psykologer, psykoterapeuter samt hälso- och sjukvårdskuratorer<sup>8</sup>[2]. I tillägg till detta ingår också delar av barnhälsovården (BHV) och mödravården (MHV). De flesta yrkeskategorier återfinns inom både den regionsdrivna och kommunalt drivna primärvården, förutom läkare som enbart arbetar inom den regionsdrivna vården.

I den kommunalt drivna primärvården arbetar även hjälpmedelsassistenter, rehabassistenter och anhörigkonsulenter. Listan kan göras lång över vilka professioner som arbetar inom primärvården och är bland annat beroende på hur man i olika delar av landet har valt att organisera den primära vården. I

<sup>7</sup> LOVA-registret. Stockholm: Socialstyrelsen. Sökning gjord 2023-02-13

<sup>8</sup> Observera att andelarna utgör uppskattningar baserat på SNI-koder där primärvårdspersonal ingår men av vilka vissa är under översyn inom ramen för det utvecklingsprojekt som beskrivs mer ingående i stycket Genomlysning av SNI-områden för att särskilja primärvård.



flera regioner hör till exempel ungdomsmottagningar till primärvårdens verksamhet, även om detta åtagande är frivilligt. Också andra typer av verksamheter kan lokalt helt eller delvis ingå inom vårdnivån primärvård. Exempel på sådana verksamheter är habilitering, medicinska mottagningar särskilt riktade till nyanlända, och mobila vårdteam[2].

## Undersköterskor som skyddad yrkestitel

Från och med den 1 juli 2023 är undersköterska en skyddad yrkestitel och därmed kan personer ansöka om legitimation hos Socialstyrelsen. Idag finns cirka 180 000 färdigutbildade undersköterskor i Sverige och Socialstyrelsen estimerar att det kommer att tillkomma cirka 10 000 färdiga undersköterskor per år de närmsta 10 åren. Myndigheten bedömer att många, både befintliga och nytutexaminerade undersköterskor, kommer att ansöka om legitimation de första åren för att sedan minska i takt med att befintliga undersköterskor får sin legitimation. Att undersköterskor får en skyddad yrkestitel innebär bland annat att det blir lättare att kunna följa utvecklingen av kompetensför-sörjningen för den yrkesgruppen. Fram till att ett register som innehåller legitimerade undersköterskor är på plats finns i dagsläget inget självklart sätt att samla in uppgifterna på.

## Det kan finnas anledning att följa yrkesgrupper som traditionellt inte är primärvård

I det första delbetänkandet, *God och nära vård - en gemensam färdplan och målbild* (SOU 2017:53), föreslås en förändring av vårdgarantin som innebär bland annat att patienters behov ska styra vilken yrkesgrupp patienten får träffa i primärvården[10]. Det kan därför förväntas att en förflyttning kommer att ske avseende kompetenser och yrkesgrupper som verkar i primärvården. Ett syfte med personalstatistik inom primärvården är att kunna följa utvecklingen av den nära vården. Det gör att det finns anledning att brett följa yrkesgrupper och kompetenser som kanske inte helt automatiskt räknas till vårdnivån primärvård idag. Exempel på sådana yrkesgrupper kan vara elevhälsan där till exempel kuratorer och skolsköterskor arbetar samt 1177.

## Tillgången till allmänläkare inom primärvården understiger efterfrågan

För att bedöma tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag tagit fram ett nationellt riktvärde för antal invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för. Riktvärdet är 1 100 invånare per specialist i primärvården[11].

I tabell 1 nedan redovisas tillgång och efterfrågan per år 2022–2035 för riktvärdet 1 100 invånare per specialistläkare. Tabellen visar att bristen på specialistläkare består under perioden. Denna brist minskar från 3 400 de närmsta tre åren till 2 200 år 2035[3].

**Tabell 1. Prognos över tillgång och efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin i primärvården per år 2022–2035<sup>9</sup>, vid riktvärde 1 100 invånare/specialistläkare**

| 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin i primärvården |          |            |        |
|--|----------|------------|--------|
| År   | Tillgång | Efterfråga | 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 |

Källa: SCB, 2022.

Efterfrågan på allmänläkare understiger alltså tillgången i hela landet, särskilt i glesbygd och i socioekonomiskt utsatta områden. För att efterfrågan ska kunna tillgodoses år 2035 innebär detta att det antingen krävs en kraftig ökning av tillgången på specialistläkare i allmänmedicin i primärvården eller att antalet invånare som en specialistläkare kan vara fast läkarkontakt för ökar med 400 invånare[3]. Riktvärdet på 1 100 är ett grovt mått som ska tolkas med försiktighet. Det är många andra aspekter som behöver beaktas, såsom sysselsättningsgrad, vårdtyngd baserat på till exempel geografiskt läge, socioekonomiska status och ålder på befolkningen.

I Regeringens proposition från 2021, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, uppskattas ”överlistningen” av patienter, det vill säga antal patienter som överstiger det antal som en läkare bör ansvara för<sup>10</sup>, till 1 000 000 patienter. Det motsvarar cirka 600–700 heltidsläkartjänster[12].

## Befintliga datakällor för personal inom hälso- och sjukvården

### LOVA-förteckningen

Idag baserar Socialstyrelsen sin statistik och analys av hälso- och sjukvårdspersonal på förteckningen över Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA). Statistiken bildas genom att samköra Socialstyrelsens register över Hälso- Och SjukvårdsPersonal (HOSP) med bland annat SCB:s register Longitudinell integrationsdatabas för

<sup>9</sup> År 2022 är prognos då senast tillgängliga data var från år 2021 när prognosen senast uppdaterades.

<sup>10</sup> Beräkningen baseras på 1 500 patienter per läkare vilket är vad som presenterades i SOU 2018:39 God och nära vård En primärvårdsreform

Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA). LISA innehåller bland annat uppgifter om sysselsättningsstatus och näringsgren (ASTSNI2007). LOVA innehåller uppgifter om samtliga legitimerade yrkesgrupper. I LOVA finns bland annat följande uppgifter om dessa yrkesgrupper:

- Senaste legitimation, specialitet eller examen (inkl. datum för dessa)
- Utbildningsland
- Kön
- Ålder
- Arbetsställets näringsgren (SNI 2007)
- Sysselsättningsstatus<sup>11</sup>
- Arbetsställeskommun
- Arbetsställets regi (privat/offentligt)

Som underlag för att framställa LOVA-statistiken finns också exempelvis uppgifter om inkomst totalt respektive av arbetsmarknadsåtgärd, arbetslöshet. Dessa uppgifter är emellertid endast tillgängliga för framställning av LOVA-statistiken och utgör inte del av förteckningen. För tillgång till sådana uppgifter för framställande av personalstatistik krävs särskild prövning och beslut enligt gällande dataskyddslagstiftning.

Vissa av ovan nämnda variabler i LOVA kan användas som ingång för att göra särskild uppföljning eller analys av sysselsatt personal. Det gäller bland annat arbetsställeskommun som kan matchas med annan bakgrundsinformation på kommunnivå (eller annan geografisk nivå), såsom invånarnas socioekonomi och grad av glesbygdspromatik. Därigenom är det möjligt att på en övergripande nivå följa exempelvis bemanning i relation till uppskattade behov i ett visst geografiskt område.

Socialstyrelsen avgränsar idag hälso- och sjukvårdsområdet med hjälp av följande ASTSNI-näringsgrenar:

- Hälso- och sjukvård (SNI 86)
- Vård om omsorg med boende (SNI 87)
- Öppna sociala insatser (SNI 88)
- Förskoleutbildning (SNI 85.1)
- Grundskoleutbildning (SNI 85.2)
- Gymnasial utbildning (SNI 85.3), exklusive lärare
- Offentliga tjänster (SNI 84.2) (statliga arbetsgivare som försvaret, LFV, osv.)
- Konsulttjänster till företag (SNI 70.2) (bemanning)
- Arbetsförmedling, bemanning och andra personalrelaterade tjänster (SNI 78)

## Brist på aktualitet i LOVA gör det svårt att följa utvecklingen i närtid

En av LOVA:s begränsningar är att uppgifterna om sysselsatt personal kan publiceras först cirka två år efter aktuellt redovisningsår. Arbetsgivarna lämnar uppgifter om sina anställda i november varje år. Uppgifterna om till

---

<sup>11</sup> Sysselsättningsstatus skapas utifrån flera variabler från Statistiska centralbyrån (SCB) som visar individens inkomst-källor, och baseras på individens situation i november månad året före aktuellt redovisningsår.

exempel SNI, organisationsnummer och sysselsättningsstatus hämtas av SCB efter Skatteverkets kontroll av inlämnade uppgifter. Därefter uppdateras LISA på SCB med dessa uppgifter och då finns möjlighet för Socialstyrelsen att beställa, kontrollera och bearbeta data för publicering. Denna brist på aktualitet gör det svårt att följa och påverka utvecklingen i närtid för olika legitimerade grupper. En annan begränsning är att LOVA endast innehåller uppgifter om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, inte andra yrkesgrupper såsom exempelvis undersköterskor<sup>12</sup>. Vidare används endast yrkespersonernas senaste legitimationen respektive eventuella senaste specialitet (gäller läkare och sjuksköterskor). Legitimerad personal arbetar inte nödvändigtvis inom området för den senaste legitimationen. De kan ha fått andra arbetsuppgifter eller arbeta inom ett tidigare legitimations- eller specialitetsområde. LOVA innehåller inte heller någon information om befattning, det vill säga vad personen i fråga faktiskt arbetar med. Till exempel om en anställd sjuksköterska arbetar kliniskt eller som chef. Det går inte heller att via LOVA få fram uppgifter om personernas sysselsättningsgrad. Slutligen så saknar Socialstyrelsen personnummer för många utländska legitimerade. Personer från utlandet brukar vanligen söka legitimation direkt vid ankomst till Sverige innan de har hunnit få personnummer. Arbetsmarknadsstatus saknas därmed för de personer vars personnummer saknas.

## SKR:s register innehåller både information om legitimerad och icke legitimerad personal

Sveriges Kommuner och Regioner har ett register över samtliga offentligt anställda i kommuner och regioner. På senare år har även uppgifter från den privata sektorn börjat samlas in. I detta register finns variablerna yrkesbefattning och verksamhetsområde vilka skulle kunna användas för att göra statistik över vilka yrken de anställda är verksamma inom samt inom vilket verksamhetsområde. Källan kan användas för att skapa statistik över både legitimerade hälso- och sjukvårdsyrken och icke legitimerade yrken såsom undersköterskor och vårdbiträden. Inom ramen för aktuellt regeringsuppdrag kommer Socialstyrelsen under 2023 att vidare utreda möjligheterna att förbättra personalstatistiken med hjälp av uppgifter från SKR:s register och utveckling av befintlig LOVA-förteckning. En begränsning med SKR:s register över personer anställda inom hälso- och sjukvården i kommuner och regioner är att det fortfarande saknar uppgifter om en del mindre privata företag.

## Genomlysning av SNI-områden för att särskilja primärvård

Till nyligen har såväl den officiella statistiken på personalområdet såsom uppgifter i det nationella planeringsstödet inte fördelats på primärvård respektive annan vård. Detta baserat på en tidigare bedömning att kvaliteten på klassificeringen på den mer detaljerade SNI-nivån som krävs för detta (femställig nivå) inte gick att garantera. Till följd av bland annat god och nära

---

<sup>12</sup> Något som på sikt kommer att korrigeras avseende de undersköterskor som får legitimation som undersköterskor i framtiden.

vårdomställningen och dess starka fokus på primärvården har dock efterfrågan på uppgifter om sysselsatt personal i just primärvården ökat. Myndigheten har också presenterat vissa sådana uppgifter. Detta emellertid med en brasklapp för att det kan finnas felaktigheter i statistiken på denna nivå vilka behöver utredas närmare.

Under 2022 påbörjade Socialstyrelsen ett sådant utredningsarbete, vilket omfattar att granska kvaliteten i klassificeringen av sysselsatt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, liksom användbarheten i dagens SNI-indelning för att kunna särskilja primärvård från övrig hälso- och sjukvård. SNI-koden utgör utgångspunkt för om en verksamhet ska betraktas som primärvård eller ej. Inom SNI-klassificeringen på den mest detaljerade nivån finns det fem olika SNI-koder inom regionernas hälso- och sjukvård där primärvård bör kunna återfinnas. Detta förutsatt att klassificeringen är korrekt gjord. Dessa liksom aktuella SNI-koder som innehåller primärvård i kommunerna, finns listade i tabell två nedan.

**Tabell 2. SNI-koder inom regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård där primärvård bör kunna återfinnas.**

| SNI-kod                         | Namn på aktuellt vårdområde             | Exempel på verksamheter som ingår i aktuell SNI-kod   | Primärvård eller annan vård?*   |
|---------------------------------|---|---|---|
| Regionernas hälso- och sjukvård |   |   |   |
| 86.101                          | Sluten primärvård                       | Sjukstugor i glesbygden   | Utgör i sin helhet primärvård   |
| 86.211                          | Primärvårdsmottagningar med läkare m.m. | Allmänmedicinska mottagningar/läkarverksamhet vid hälso-/vårdcentral<br>Distriktsläkarverksamhet, Husläkarmottagningar<br>Primärvårdsansluten hemsjukvård, vård av sjuka i hemmet<br>Privatläkare inom allmänmedicin, Allmänmedicinsk konsultverksamhet<br>Uthyrning av sig själv som läkare/sjuksköterska/undersköterska till primärvård | Utgör i sin helhet primärvård   |
| 86.903                          | Primärvård, ej läkare                   | Distriktsköterskemottagning (DSM)<br>Barnvårdscentral (BVC), Barnmorskeverksamhet<br>Mödravård/Mödrahälsovård (MHV)<br>Hyra ut sig själv som barnmorska (ej förlossningsverksamhet)   | Utgör i sin helhet primärvård   |
| 86.905                          | Fysioterapeutisk verksamhet o.d.        | Fysioterapi, Sjukgymnastikverksamhet<br>Arbetsrapiverksamhet<br>Habilitering<br>Rehabiliteringskonsultverksamhet, Ergonomikonsultverksamhet<br>Kiropraktorverksamhet, Naprapatbehandlingar<br>Fotvård, fotbehandling  | Utgörs av såväl primärvård som specialiserad vård och övrig hälso- och sjukvård |
| 86.909                          |   | Sjukvårdsupplysning, sjukvårdsrådgivning  | Utgörs av såväl primärvård som  |

| SNI-kod                         | Namn på aktuell vårdområde                   | Exempel på verksamheter som ingår i aktuell SNI-kod  | Primärvård eller annan vård?*   |
|---------------------------------|--|--|---|
|                                 | Annan öppen hälso- och sjukvård, utan läkare | Företagshälsovård (ej läkare)<br>Skolhälsovård (ej läkare)<br>Psykologverksamhet, Kuratorsverksamhet, Samtalsterapi<br>Psyko-terapi, Kognitiv beteendeterapi (KBT)<br>Kostrådgivning, dietistverksamhet<br>Audionomverksamhet, Hörcentralverksamhet, Optikverksamhet<br>Logopedverksamhet, Dyslexipedagog<br>Vaccinationsmottagning (utan läkare), provtagning<br>Alternativ medicinsk behandling som akupunktur, zonterapi etc  | specialiserad vård och övrig hälso- och sjukvård  |
| Kommunernas hälso- och sjukvård |  |  |   |
| 87                              | Vård och omsorg med boende                   | Boende med sjuksköterskevård (87.100)<br>Boende med särskild service för personer med utvecklingsstörning eller psykiska funktionshinder (87.201)<br>Boende med särskild service för barn och ungdomar med missbruksproblem (87.202)<br>Boende med särskild service för vuxna med missbruksproblem (87.203)<br>Vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre personer (SÄBO) (87.301)<br>Vård och omsorg i särskilda boendeformer för personer med funktionshinder (87.302)<br>Heldygnsvård med boende för barn och ungdomar med sociala problem (87.901)<br>Omsorg och sociala insatser i övriga boendeformer för vuxna (87.902) | Utgörs av såväl primärvård som övrig hälso- och sjukvård. Den absoluta merparten utgörs emellertid av primärvård i form av hälso- och sjukvård i särskilt boende för äldre. |
| 88                              | Öppna sociala insatser                       | Öppna sociala insatser för äldre personer (Kommunal hemsjukvård) (88.101)<br>Öppna sociala insatser för personer med funktionshinder (88.102)<br>Dagbarnvård (88.910)<br>Öppna sociala insatser för barn och ungdomar med sociala problem (88.991)<br>Öppna sociala insatser för vuxna med missbruksproblem (88.992)<br>Övriga öppna sociala insatser för vuxna (88.993)<br>Humanitära insatser (88.994)<br>Drift av flyktingförläggning (88.995)  | Utgörs av såväl primärvård som övrig hälso- och sjukvård. Den absoluta merparten utgörs emellertid av primärvård i form av kommunal hemsjukvård för äldre.                  |

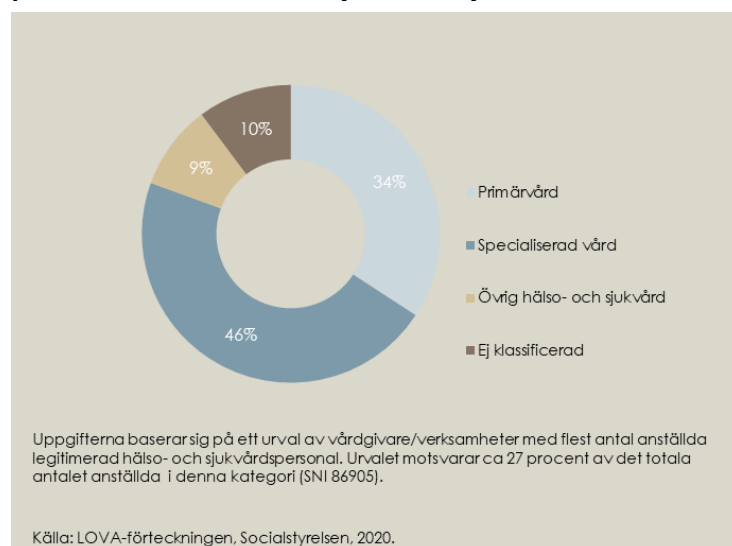
Källa: SCB, Standard för svensk näringsgrensindelning (SNI)

De tre första ”vårdområdena” i tabellens del för regionernas hälso- och sjukvård bedöms i sin helhet utgöras av primärvård. De två sista områdena däremot, Fysioterapeutisk verksamhet respektive Annan öppen hälso- och sjukvård utan läkare, kan enligt definitionen innehålla såväl primärvård som specialiserad vård. I vilken utsträckning de består av primärvård respektive annan vård har dock inte granskats mer specifikt förrän nu. Nedan återfinns resultaten av Socialstyrelsens hittills genomförda genomlysning av dessa områden. Observera att arbetet ännu inte slutförts, varför resultaten är preliminära. Arbetet kommer att fortsätta under 2023.

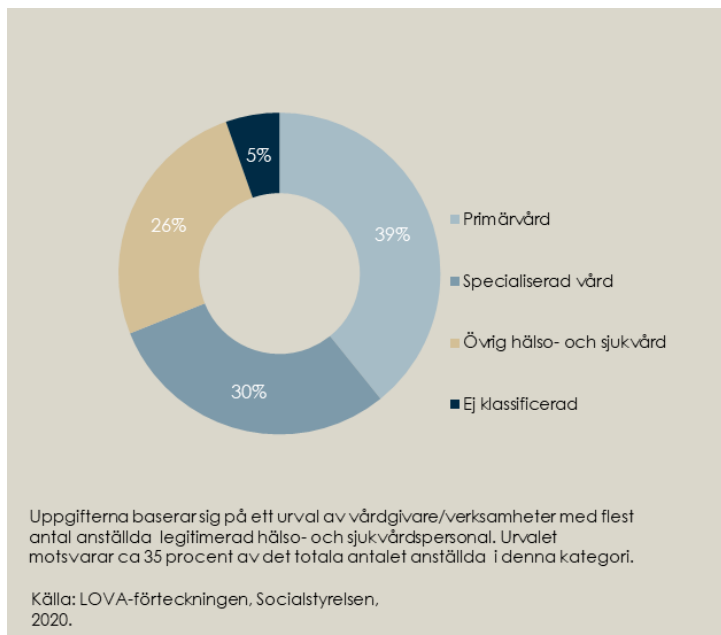
Figureerna nedan visar fördelningen mellan primärvård och övrig vård inom aktuella SNI-koder, baserat på Socialstyrelsens bedömning av vad som utgör primärvård visavi annan vård. Av de granskade uppgifterna framgår att omkring en tredjedel av de sysselsatta i verksamheterna under aktuella SNI-koder utgörs av primärvård. Då har inte alla verksamheter varit möjliga att klassificera, antingen för att information saknats eller för att vissa verksamheter omfattar såväl primärvård som övrig vård och därför inte renodlat kan kategoriseras som primärvård.

Vad gäller andel specialiserad vård skiljer sig fördelningen mer mellan de två SNI-koderna. Knappt hälften av den verksamhet som återfinns med denna kod bedöms utgöras av specialiserad vård (till övervägande del habilitering). Inom ”Annan hälso- och sjukvård” utgör däremot den specialiserade vården knappt en tredjedel. Samma resonemang kan föras här om att andelarna troligen är något högre i realiteten, på grund av att vissa verksamheter inte varit möjliga att klassificera.

**Figur 1. Fördelning mellan primärvård och annan vård inom "Fysioterapeutisk verksamhet o.d." (SNI 86905)**



**Figur 2. Fördelning mellan primärvård och annan vård inom "Annan öppen hälso- och sjukvård" (SNI 86909)**

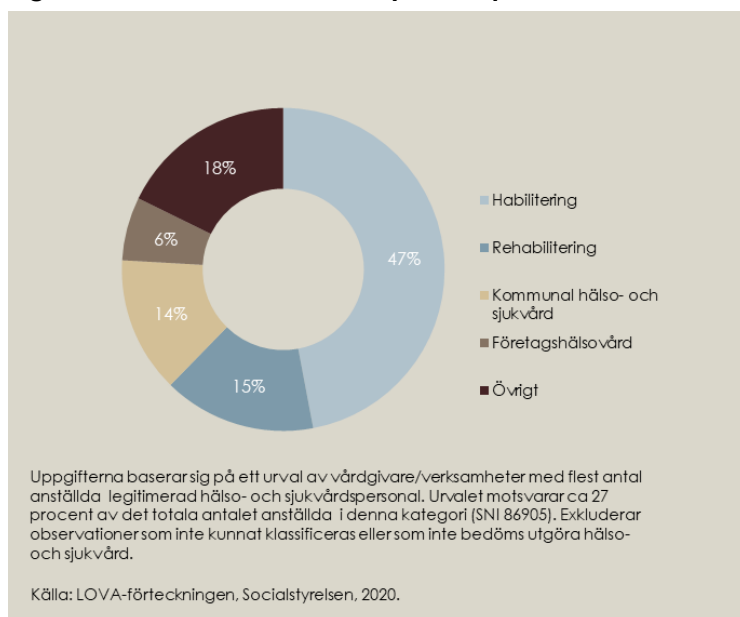


De två figurerna nedan visar en fördelning av de största verksamhetsområdena under respektive SNI-kod. Inom Fysioterapeutisk verksamhet (SNI 86.905) bedöms den största enskilda verksamheten utgöras av habilitering, vilket räknas som specialiserad vård. De andra stora posterna utgörs av rehabilitering (oftast primärvård) och kommunal hälso- och sjukvård (primärvård i sin helhet).

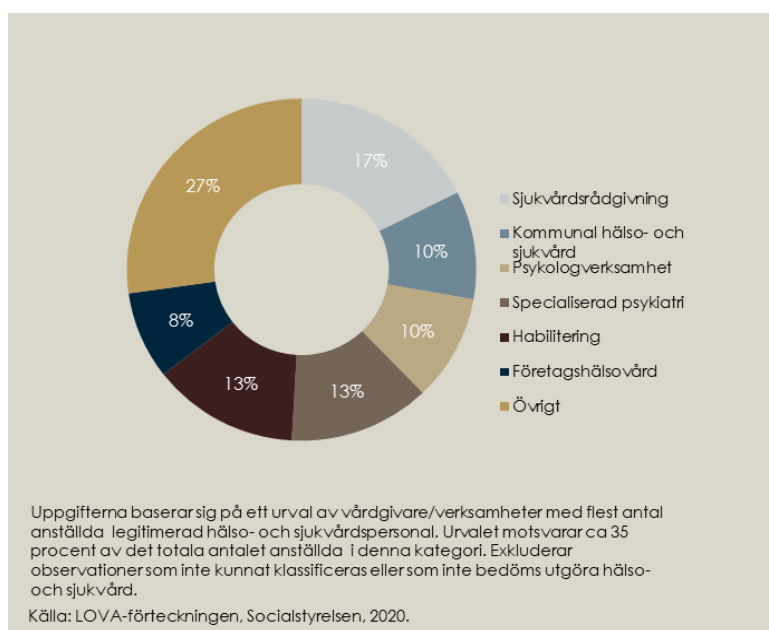
Inom annan hälso- och sjukvård (SNI 86.909) återfinns en rad olika verksamheter, bland annat kommunal hälso- och sjukvård och habilitering. Sjukvårdsrådgivning är den enskilt största gruppen (har i det här sammanhanget klassats som primärvård, se vidare resonemang nedan). Psykologverksamhet omfattar olika former av samtalsbehandling, inklusive digitala vårdkontakter med psykolog, kurator eller psykoterapeut. Specialiserad psykiatri omfattar exempelvis BUP eller psykosmottagningar.



**Figur 3. Verksamheter inom "Fysioterapeutisk verksamhet o.d." (SNI 86905)**



**Figur 4. Verksamheter inom "Annan öppen hälso- och sjukvård" (SNI 86909)**



Genomlysningen visar att vissa verksamheter är felklassificerade. Det syns bland annat genom att samma typ av verksamhet (t.ex. habilitering och företagshälsovård) återfinns under flera olika SNI-koder (habilitering ska t.ex. enbart återfinnas under SNI 86.905 och företagshälsovården ska återfinnas under SNI 86.212 och 86.909). I det fortsatta arbetet med utveckling av personalstatistiken kommer kvaliteten i klassificeringen överlag, inte enbart på dessa till synes osäkra SNI-områden, att granskas närmare.

Överlag är viktigt att nämna att inom dessa undersökta områden arbetar många psykologer och psykoterapeuter. Inom SNI 86.909 är cirka 20 procent

psykologer och området är det största för denna yrkesgrupp. SNI 86.905 är största område för fysioterapeuter, vilket utgör en viktig yrkesgrupp inom primärvården. Eftersom dessa SNI-områden innehåller en blandning av primärvård och specialiserad vård är det viktigt att i så stor utsträckning som möjligt inkludera aktuella yrkespersoner från dessa SNI-koder i personalstatistiken. Detta för att kunna få en så rättvisande bild av personalutvecklingen inom primärvården, med särskilt fokus på yrkesgrupper som mer direkt antas arbeta med psykisk hälsa/ohälsa såsom psykologer, psykoterapeuter och hälso- och sjukvårdscuratorer. Socialstyrelsens fortsatta arbete med denna fråga under 2023 är tänkt att mynna ut i ett förslag för förbättrad statistik på personalområdet, med fokus på primärvård.

I genomlysningen av personalstatistiken under vissa SNI-koder som presenteras i den här rapporten, har sjukvårdsupplysning och allmänna psykologmottagningar (fysiska eller digitala) klassificerats som primärvård, medan elevhälsa tills vidare har klassificerats som övrig vård. Det hindrar dock inte att uppgifter om exempelvis elevhälsan presenteras för att komplettera bilden. Det kan exempelvis ske genom att parallellt med den traditionella primärvården följa antal sysselsatta personer per invånare i primärvården plus elevhälsa. Detta skulle också kunna bidra till att göra personalstatistiken mellan regioner mer jämförbar, då det skiljer sig åt mellan verksamheter om elevhälsan utgör en del av den egna utbildningsorganisationen eller om man har avtal med exempelvis regionen om tillgänglighet till sjuksköterskor och andra yrkesgrupper. Ett liknande resonemang kan även komma att gälla andra verksamheter framöver, när myndigheten mer noggrant haft möjlighet att granska kvaliteten i aktuella datakällor (LOVA respektive SKR:s register). Detta då vården är organiserad på olika sätt i olika delar av landet, och det inom ramen för specifika hälso- och sjukvårdsverksamheter kan vara svårt att särskilja statistik över personal som arbetar i primärvård från motsvarande statistik över personal i exempelvis specialiserad vård.

## Antalet allmänläkare väntas öka

Enligt Vårdkompetensrådets prognos över behovet av hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården väntas specialistläkare i allmänmedicin öka med cirka 40 procent (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 (7 400 personer). Det är framför allt en ökad examination av läkarutbildade som ger denna utveckling. Prognosen baseras på registeruppgifter från 2020. Under år 2020 förvärvsarbetade totalt 7 100 specialistläkare i allmänmedicin, av dessa uppskattades 4 700 (66 procent) arbeta inom primärvården. Specialistläkarna i allmänmedicin är i genomsnitt äldre än övriga specialistläkare och arbetar i större utsträckning deltid[3].

# Lägesbild och bedömning av behov framöver utifrån NPS

Av regleringsbrevet för 2021 framgår att Socialstyrelsen årligen, senast den 28 februari, ska redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska därutöver göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom samtliga specialiteter. Nedan presenterar Socialstyrelsen resultat och analys av regeringsuppdraget, *Nationella planeringsstödet*[1].

## Resultat av kartläggning om tillgång

- De två största yrkeskategorierna sett till antal sysselsatta var sjuksköterskor följt av läkare. De två minsta yrkeskategorierna var sjukhusfysiker och ortopedingenjörer.
- Utifrån ett internationellt perspektiv har Sverige en relativt god tillgång på läkare och sjuksköterskor. Samtidigt rapporterade 18 regioner om brist på sjuksköterskor och två regioner om brist på läkare utan specialistkompetens. Samtliga regioner uppgav att de hade brist på både läkare med specialistkompetens och specialistsjuksköterskor.
- Majoriteten av legitimationsyrkena uppvisar en jämn tillgång på antal sysselsatta i förhållande till befolkningen över tid, men variationerna är stora mellan länen.
- Andelen legitimationer som utfärdats till personer som utbildats i Sverige uppgick 2020 till 86 procent. Flest utfärdade legitimationer till utlandsutbildade fanns bland apotekare, läkare och tandläkare.

## Resultat av kartläggning om efterfrågan

- 14 av 21 regioner rapporterade att de hade brist på personal inom hälften eller fler av legitimationsyrkena, inklusive specialistsjuksköterska och läkare med specialistkompetens.
- Samtliga regioner rapporterade om brist på barnmorska, specialistsjuksköterska, läkare med specialistkompetens och röntgensjuksköterska.
- De främsta orsakerna till personalbrist var enligt regionerna brist på utbildande personer, hög konkurrens från andra arbetsgivare och pensionsavgångar.
- 18 regioner uppgav att de hade balans mellan tillgång och efterfrågan på läkare utan specialistkompetens och 17 regioner uppgav att de hade balans mellan tillgång och efterfrågan på apotekare.

# Referenser

1. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård : Nationella planeringsstödet 2022. 2022.
2. Socialstyrelsen. Uppföljning av primärvård och omställning till en mer nära vård 2021. 2022.
3. vårdkompetensrådet SoN. Kompetensförsörjning i primärvården – Slutredovisning – Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575 [Elektronisk resurs]; 2022.
4. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård ( Prop. 2019/20:164) 2020.
5. sjukvårdsförvaltningen H-o. Primärvårdens roll i sjukvårdssystemet. 2019.
6. En gemensam angelägenhet SOU 2020:46. Stockholm: Norstedts juridik; 2020.
7. IT-direktörer SnfS. IT och digitalisering i hälso- och sjukvården 2022. 2022.
8. Sveriges Kommuner och Regioner S. Hemmet – platsen för framtidens vård och omsorg med stöd av digitala tjänster och produkter. 2019.
9. Sveriges Kommuner och Regioner S. Digitala möjligheter som stöd i den nära vården. 2021.
10. God och nära vård : en gemensam färdplan och målbild SOU 2017:53. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
11. Socialstyrelsen. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården [Elektronisk resurs]; 2022.
12. Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (Prop 2021/22:72) [Elektronisk resurs]. 2021.