

Redovisning av 2025 års
uppdrag att fördela
statsbidrag till regionerna för
att öka antalet
allmäntjänstgöringstjänster
S2025/00584 (delvis)

Förord

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag under 2025 fördelat ett prestationsbaserat statsbidrag till regionerna i syfte att stimulera dessa till att utöka antalet allmäntjänstgöringstjänster. Regeringsuppdraget består av flera delar som redovisas i denna rapport.

Projektledare har varit Thea Eriksson. I arbetet har också utredarna Christina Strååt, Oskar Kindberg, Petra Westin och Samuel Westberg deltagit. Vi tackar även Magnus Hultin, för värdefulla bidrag i rollen som expert i deluppdrag 2 om att stödja regionerna i övergången till en ny utbildningsstruktur.

Björn Eriksson

Generaldirektör

Innehåll

Förord	2
Sammanfattning	5
Bakgrund.....	6
Regeringsuppdraget.....	6
Genomförande av uppdraget	7
Del 1 – Resultat av 2025 års bidragsomgång.....	8
Fördelningsmodell	8
Anmälan och inrapportering av data	8
Utfall och medlens fördelning.....	9
Kommentarer.....	10
Utfall av statsbidraget 2022–2025	11
Del 2 – Socialstyrelsens arbete med att stödja regionerna i övergången till en ny utbildningsstruktur.....	12
Flera vägar till läkarlegitimation under övergångsperioden.....	12
Metod och arbetssätt	16
Identifierade behov	20
Nationell samordning under övergångsperioden	20
Kompletterande finansiering av läkares utbildningstjänster	21
Likvärdiga tolkningar av reglering	22
Utbildningsuppdrag i relation till vårdproduktion och varierande förutsättningar	22
Underlag för planering och dimensionering	24
Kvalitetssäkring av bedömning av måluppfyllelse.....	24
Tillräcklig kapacitet för handledning med hög kvalitet.....	25
Slutsatser och förslag.....	26
Ett nationellt forum för samordning av läkares utbildningstjänster	26
Kompletterande finansiering genom statsbidrag.....	27
Underlag för planering med data och stöd för dimensionering	28
Förstudie om utveckling av ett nationellt dokumentations- och uppföljningssystem.....	30
Stöd för kvalitetssäkring av utbildningstjänsterna	31
Slutdatum för allmäntjänstgöringen	32
Del 3 – Prognos för behov av AT- BT- och ST-platser.....	34

Redovisning av 2025 års uppdrag att fördela statsbidrag till regionerna för att öka
antalet allmäntjänstgöringstjänster

Allmäntjänstgöring (AT)	35
Bastjänstgöring (BT)	37
Specialiseringstjänstgöring (ST).....	38
Referenser.....	40
Bilagor	42
Bilaga 1	42
Bilaga 2	45
Bilaga 3	46

Sammanfattning

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen fördelat totalt 226 000 000 kronor till 20 regioner. Syftet med statsbidraget var att stimulera till fler tjänster för allmäntjänstgöring (AT). Statsbidraget har fördelats proportionellt till regionerna utifrån andel AT-tjänster 2025 per 100 000 invånare. Regionerna har även tilldelats medel för att de inkommit med en prognos för antal ny tillsatta allmän-, bas- och specialiseringstjänstgöringar per år för 2026–2030.

Inom ramen för uppdraget ingick även att samordna och stödja regionerna i övergången till den nya utbildningsstrukturen för läkare, som bland annat innebär att AT fasas ut samtidigt som bastjänstgöring (BT) etableras som en del av specialiseringstjänstgöringen (ST).

För att identifiera regionernas behov bjöds företrädare från alla regioner in till en workshop. Det samlade resultatet visar på behov av nationell samordning, kompletterande finansiering och samsyn i tolkningen av regelverket för ST. Regionerna efterfrågade även mer ändamålsenliga data för att planera för och följa upp utbildningstjänster. Man uttryckte även behov av stöd för kompetensbedömning och handledning.

Socialstyrelsens förslag syftar till att möta dessa behov. Ett nationellt forum under ledning av Socialstyrelsen föreslås bildas för dialog och samordning mellan nationella, regionala och privata aktörer. Utöver att stödja övergången syftar forumet till att främja en hållbar och jämlik kompetensförsörjning samt lärande mellan vårdgivare. Myndigheten föreslår även att en förbättrad datainfrastruktur utvecklas för planering och uppföljning av utbildningstjänster. Till denna föreslås en förstudie om ett nationellt dokumentationssystem genomföras som ett underlag. I förslagen ingår att se över behoven av stöd för kvalitetssäkring med fokus på kompetensbedömning och handledarkapacitet. För att möjliggöra regionernas utvecklingsarbete föreslås att statsbidrag utlyses för det.

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget tagit fram en prognos för AT-, BT-, och ST-tjänster åren 2025–2030. Av prognosen bedöms att för AT och ST överstiger behovet kapaciteten, medan kapaciteten för BT i större utsträckning ligger i linje med behovet.

Bakgrund

Sedan regeringens överenskommelse med SKR om *God och nära vård 2021* har Socialstyrelsen mellan åren 2022–2024 fått i uppdrag att fördela totalt 847 000 000 kronor till regionerna i syfte att öka antalet AT-tjänster.

Enligt Socialstyrelsens redovisning av bidragsåren 2022–2024 har det skett en ökning med 179 AT-tjänster i jämförelse med prognosen för AT-tjänster åren 2022–2024 som togs fram i samband med överenskommelsen 2021. Störst utökning skedde 2022 då regionerna utökade med 75 tjänster. För 2023 utökade de med 50,5 tjänster och under 2024 utökade de med 53,5 tjänster [1].

I och med nya bestämmelser för läkarexamen kommer läkarstudenter från år 2027 behöva ansöka om ST-tjänst med inledande BT-tjänst. Från år 2025 och framåt finns ingen prognos för regionernas antal AT-, BT- och ST-tjänster. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att utveckla planeringsunderlag för dimensionering av läkares AT-, BT- och ST-tjänster åren 2025–2030 samt fördela statsbidrag för att stimulera till ytterligare utökning av AT-tjänster.

Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att samordna och stödja regionerna i övergången till den nya utbildningsstrukturen. Målet är att säkerställa att det finns tillräckligt med specialistläkare i hela landet, både nu och på sikt.

Regeringsuppdraget

Socialstyrelsen ska under 2025 fördela 226 000 000 kronor till regionerna i enlighet med fördelningsmodell, Socialstyrelsen ska även utveckla planeringsunderlag för läkares AT-, BT- och ST-tjänster samt samordna och stödja regionerna vid övergången till ny utbildningsstruktur.

Slutredovisning av uppdraget ska lämnas till Regeringskansliet senast 28 februari 2026.

Genomförande av uppdraget

Regeringsuppdraget består av flera delar. Socialstyrelsen har valt att lämna en samlad redovisning enligt nedanstående disposition.

I den första delen redovisar myndigheten förutsättningarna för statsbidraget, medlens fördelning samt reflektioner kring utfallet.

I den andra delen ger Socialstyrelsens förslag på hur arbetet med att stödja regionerna i övergången till den nya utbildningsstrukturen kan utformas. Inledningsvis beskrivs de olika vägar som idag finns för att få en svensk läkarlegitimation. En central utgångspunkt för deluppdraget är det samlade regelverket för läkares utbildningstjänster. Detta var även en viktig utgångspunkt för den workshop som Socialstyrelsen anordnade för att identifiera regionernas behov av stöd och samordning under övergången. Resultatet från workshopen ligger till grund för deluppdragets förslag.

I den sista delen presenterar Socialstyrelsen den prognos som tagits fram för AT-, BT- och ST-tjänster 2025–2030. Prognosen redovisar och summerar regionernas planerade kapacitet och behov för AT-, BT- och ST-platser.

Del 1 – Resultat av 2025 års bidragsomgång

Fördelningsmodell

I regeringsuppdraget finns en modell för hur medlen ska fördelas. Medlen fördelas enligt följande två block:

1. Redovisa en prognos för antal tjänster för AT, BT och ST

44 000 000 kronor fördelas lika mellan regionerna. För att få ta del av medlen inom ramen för block 1 ska regionerna redovisa en prognos för planerat antal tjänster för AT, BT och ST under perioden 2026–2030 till Socialstyrelsen.

2. Antal tjänster för AT 2025

De regioner som redovisar antal tillsatta eller påbörjade tjänster för AT under 2025 får dela på 182 000 000 konor under detta block. Medel fördelas proportionellt till de regioner som har redovisat antal tjänster för AT utifrån andel AT 2025 per 100 000 invånare. Antal invånare baseras på den befolkningsmängd regionen hade den 1 november 2024.

Anmälan och inrapportering av data

Socialstyrelsen öppnade formulär för intresseanmälan (ansökan) och inrapportering av data till statsbidraget den 15 september 2025. Sista dag för regionerna att inkomma med ansökan var den 4 november 2025.

Socialstyrelsen informerade om statsbidraget via Socialstyrelsens hemsida för statsbidrag och i samband med en workshop tillsammans med regionerna 23 oktober 2025. I ansökan angav regionerna tillsatta samt påbörjade AT-tjänster 2025, även planerade antal nya/uppstartade AT-, BT- och ST-tjänster per år under 2026–2030. Totalt 20 av 21 regioner ansökte om statsbidraget och rapporterade in data.

Utfall och medlens fördelning

I beräkningen av fördelningen av block 2 valde Socialstyrelsen att använda sig av det högsta värdet av tillsatta eller påbörjade AT-tjänster varje region rapporterat in. Därefter gjordes beräkning på andel AT-tjänster per 100 000 invånare baserat på regionens befolkningsmängd 1 november 2024. I beräkningen av block 1 delades 44 000 000 lika mellan de 20 regioner som ansökt om statsbidraget. Samtliga 20 regioner som ansökt har inkommit med de uppgifter som krävdes för att få ta del av båda blocken.

Av Sveriges 21 regioner valde Sörmland inte att komma in med en ansökan för att ta del av medlen.

I tabell 1 framgår fördelningen av medel rangordnat efter högst till lägst beviljat belopp. Regionerna Dalarna, Skåne, Norrbotten och Gävleborg med en andel på 24 AT-tjänster (se tabell 2) per 100 000 invånare blev tilldelade mest medel.

Tabell 1. Fördelning av medel störst-lägst belopp

Placering	Region	Total beviljat belopp
1	Region Dalarna	13 435 175
2	Region Skåne	13 396 138
3	Region Norrbotten	13 267 151
4	Region Gävleborg	13 175 324
5	Region Västerbotten	12 635 970
6	Region Blekinge	12 274 559
7	Region Gotland	12 137 309
8	Region Västernorrland	12 042 575
9	Region Jönköpings	11 781 533
10	Region Kalmar län	11 661 728
11	Region Jämtland Härjedalen	11 335 483
12	Region Östergötland	11 077 507
13	Region Örebro	10 967 305
14	Region Kronoberg	10 909 472
15	Region Värmland	10 259 630
16	Region Västmanland	10 155 851
17	Region Halland	9 905 448
18	Västra Götalandsregionen	9 879 372
19	Region Uppsala	7 918 560
20	Region Stockholm	7 783 910
Totalt		226 000 000

Tabell 2. Andel AT-tjänster per 100 000 invånare

Region	Antal AT-tjänster som kommer att påbörjas/tillsättas 2025 (maxvärde)	Per 100 000 invånare (avrundat)	Fördelning utifrån block 2
Region Dalarna	69	24	11 235 175
Region Västmanland	48	17	7 955 851
Region Halland	57	17	7 705 448
Region Gotland	13	21	9 937 309
Region Jämtland Härjedalen	26	20	9 135 483
Region Kronoberg	38	19	8 709 472
Region Västerbotten	63	22	10 435 970
Region Norrbotten	59	24	11 067 151
Västra Götalandsregionen	292	16	7 679 372
Region Gävleborg	67	24	10 975 324
Region Östergötland	90	19	8 877 507
Region Blekinge	34	22	10 074 559
Region Kalmar län	50	20	9 461 728
Region Västernorrland	51	21	9 842 575
Region Stockholm	296	12	5 583 910
Region Örebro	58	19	8 767 305
Region Jönköpings	76	21	9 581 533
Region Skåne	343	24	11 196 138
Region Uppsala	50	12	5 718 560
Region Värmland	49	17	8 059 630
Totalt			182 000 000

Kommentarer

Socialstyrelsen har enligt regeringens beslut fördelat 226 000 000 kronor till regionerna utifrån att de inkommit med en prognos för åren 2026–2030 samt andel AT-tjänster 2025 per 100 000 invånare.

De regioner med lägst andel AT-tjänster var regionerna Stockholm, Uppsala samt Västra Götaland. Region Stockholm och Västra Götaland är två av de tre regioner med en populationsnivå över en miljon invånare. Den tredje regionen med populationsnivå över en miljon är Skåne vilken också är en av de regioner som har haft högst andel AT-tjänster. Av beräkningen framgår därmed inget påtagligt samband mellan andelen AT-tjänster per 100 000 invånare och populationsnivå.

I uppdraget för 2024 fördelades medlen inom block 1 enligt samma principer som block 2 för år 2025. Utöver detta använde man 2024 även en prestationstrappa: ju större ökning av antalet AT-tjänster jämfört med planeringsunderlaget från överenskommelsen *God och nära vård 2021*, desto mer medel tilldelades regionen.

Eftersom fördelningslogiken skiljer sig mellan 2024 och 2025 blir även den totala fördelningen olika mellan åren. Trots detta ligger de regioner som

hade högst andel AT-tjänster 2024 fortfarande på placering 1–8 i tabell 1, vilket tyder på att de även 2025 haft en relativt hög andel. Den region som skiljer sig mest mellan åren är Region Skåne, som 2025 haft 136 fler AT-tjänster som påbörjats/tillsats än vad de uppgav bidragsåret 2024 vilket resulterat i höjning av andelen AT-tjänster per 100 000 invånare.

Utfall av statsbidraget 2022–2025

Sammantaget har Socialstyrelsen mellan åren 2022–2024 kunnat se en ökning av antalet AT-tjänster. Då det för år 2025 inte har funnits ett planeringsunderlag att utgå ifrån är det svårare att göra en jämförande bedömning mot tidigare bidragsår. Vad gäller antalet AT tjänster som påbörjats/tillsats år 2025 i relation till samma uppgifter år 2024 går det däremot att utläsa att det hos de flesta regioner inte skett någon större förändring i antal.

Del 2 – Socialstyrelsens arbete med att stödja regionerna i övergången till en ny utbildningsstruktur

Övergången till en ny utbildningsstruktur för läkare innebär betydande förändringar för regionernas planering av allmäntjänstgöring (AT), bastjänstgöring (BT) och specialiseringstjänstgöring (ST). Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att samordna och stödja regionerna i övergången. Målet är att säkerställa tillgången till specialistläkare i hela landet utifrån patienters och befolkningens behov.

I samband med att den svenska läkarutbildningen har förändrats kommer AT att fasas ut och upphöra som ett krav för läkarlegitimation. BT har införts för att säkerställa en enhetlig introduktion till svensk specialistutbildning, oavsett om man gått sin grundutbildning i Sverige eller utomlands.

Övergången från AT till BT påverkar både vägarna till legitimation för personer med svensk läkarexamen och för personer som har utbildats utanför Sverige. Regionernas prognoser visar att omställningen medför en risk för obalans mellan nyexaminerades behov av AT respektive BT i förhållande till tillgången till de utbildningstjänsterna. Det understryker behovet av nationell samordning.

Flera vägar till läkarlegitimation under övergångsperioden

Övergången startade med reformen av den svenska läkarexamen. Tidigare var utbildningsansvaret för de som utbildar sig till läkare i Sverige delat mellan lärosäten och regioner. Lärosätena ansvarade då för utbildning fram till läkarexamen, därefter ansvarade regionerna för allmäntjänstgöring innan ansökan kunde göras om läkarlegitimation. Nu ligger hela ansvaret fram till ansökan om legitimation hos lärosätena. Regionerna medverkar indirekt i lärosätenas utbildningar via *Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården* (ALF-avtalet). ALF-avtalet är föremål för omförhandling för att bättre möta kraven från den nya läkarutbildningen [2].

Sammantaget finns det idag fem olika vägar till en svensk läkarlegitimation. De regleras i olika regelverk. De fem vägarna är:

1. äldre svensk läkarexamen följt av allmäntjänstgöring
2. ny svensk läkarexamen
3. läkarexamen och/eller -legitimation/behörighet från EU, EES och Schweiz samt nödvändiga språkkunskaper
4. läkarexamen från land utanför EU, EES och Schweiz och godkänt kunskapsprov samt praktisk tjänstgöring
5. läkarexamen från land utanför EU, EES och Schweiz och kompletterande utbildning samt eventuell allmäntjänstgöring.

Läkare med äldre svensk examen måste genomföra allmäntjänstgöring

Fram till och med vårterminen 2021 var läkarutbildningen i Sverige 5,5 år. Efter examen behöver en underläkare genomföra allmäntjänstgöring för att kunna ansöka om legitimation. Därefter kan den legitimerade läkaren gå vidare till specialiseringstjänstgöring.

Under en övergångsperiod ges den äldre utbildningen parallellt med den nya utbildningen som beskrivs i nästa avsnitt. För dem med en äldre läkarexamen kommer AT fortsatt behövas under en tid framöver. Men behovet av AT kommer att minska och AT kommer successivt att fasas ut. Det är möjligt för lärosätena att erbjuda studenter att slutföra utbildning enligt de äldre bestämmelserna fram till och med 2029, men det finns inget beslut om när AT ska upphöra.

Läkare med ny svensk examen kan ansöka om legitimation efter utbildningen

Från och med höstterminen 2021 gäller en ny läkarexamen som omfattar 6 års heltidsstudier. Utbildningen bedrivs idag på sju lärosäten. Lärosätena ska säkerställa att studenterna har uppnått examensmålen och examen ligger till grund för ansökan om legitimation. Det innebär att examinerade läkare kan ansöka om legitimation direkt och att lärosätena med den nya regleringen har fått ett utökat ansvar för att säkerställa läkarnas kompetens.

De första läkarna från den nya utbildningen tar examen 2027. Om de vill bli specialistläkare inleds specialiseringen med bastjänstgöring (4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen [2010:1369]). Bastjänstgöringen är en del av specialiseringstjänstgöringen. Övergången medför att efterfrågan på AT kommer att minska samtidigt som regionerna parallellt behöver bygga upp verksamhet för BT.

Läkare med examen från länder i EU, EES och Schweiz kan i de flesta fallen ansöka om legitimation

Läkare med examen från länder i Europeiska unionen (EU), Europeiska ekonomiska samarbetet (EES) och Schweiz omfattas oftast av den så kallade sektorsordningen. Det innebär att länderna i EU kommit överens om en miniminivå för utbildningen. Har personen den utbildning som finns listad i bilaga V till Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer (det så kallade yrkeskvalifikationsdirektivet) får man i regel sina yrkeskvalifikationer automatiskt erkända. Läkaren behöver inte genomföra AT eller någon annan tjänstgöring för att kunna få legitimation för yrket i Sverige.

Läkare med examen från länder utanför EU, EES och Schweiz har två vägar till legitimation

Förutsättningarna för personer med läkarexamen från länder utanför EU, EES och Schweiz att få svensk läkarlegitimation regleras i 5–10 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [2017:80] om legitimation och annat behörighetsbevis vid utbildning från tredjeland. Först måste de antingen ha genomfört ett kunskapsprov följt av praktisk tjänstgöring eller den kompletterande utbildningen för läkare (KUL).

Ansökan om legitimation efter godkänt kunskapsprov

Kunskapsprovet ska säkerställa att personer med examen från tredjeland har motsvarande kunskaper och färdigheter som läkare som har en svensk examen.

Socialstyrelsen granskar först personens utländska utbildning och jämför den med den svenska utbildningens nivå, längd och innehåll. Därefter kan myndigheten fatta beslut om att personen kan göra kunskapsprovet för läkare. Det är Umeå universitet som på uppdrag av Socialstyrelsen anordnar provet, som består av ett teoretiskt och ett praktiskt delprov. Båda delproven måste ha klarats av inom fem år från det första provtillfället.

Innan läkaren kan ansöka om legitimation behöver hen också ha genomfört en praktisk tjänstgöring motsvarande sex månaders heltidstjänstgöring. För att få en legitimation måste läkaren ha nödvändiga språkkunskaper i svenska, danska eller norska.

Ansökan om legitimation efter kompletterande utbildning för läkare

Den kompletterande utbildningen för läkare (KUL) erbjuds av fyra lärosäten. Syftet är att säkerställa att personer med examen från tredjeland har motsvarande kunskaper som läkare som har en svensk examen. Beroende på när KUL genomförts måste läkaren också göra AT innan hen kan ansöka om legitimation (se punkt 2 i ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till Socialstyrelsens föreskrifter [2021:10] om ändring i föreskrifterna och allmänna råden [HSLF-FS 2017:80] om legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården vid utbildning från tredjeland). För att få en legitimation måste de även ha nödvändiga språkkunskaper i svenska, danska eller norska.

Lärosätena genomför nu en omställning av KUL, för att den kompletterande utbildningen ska bli direkt legitimationsgrundande. Omställningen av KUL innebär att de som gått den förändrade nya kompletterande utbildningen från och med vårterminen 2027 direkt får behörighet att ansöka om svensk legitimation. Omställningen påbörjades 2025. Det gör att KUL under en kort period kommer att ha två olika slutmål: AT respektive direkt behörighet att ansöka om svensk läkarlegitimation. Även för läkare utbildade i tredjeland kommer det därför under en tid framöver att finnas behov av allmäntjänstgöring.

Det är oklart hur många KUL-läkare som behöver AT-tjänster

Det är oklart hur många personer som i dagsläget har slutfört den kompletterande utbildningen för läkare som leder till behörighet att göra allmäntjänstgöringen, men som ännu inte har gjort sin AT. En uppföljning från 2016 visar att en tredjedel av dem som hade genomgått KUL vid Karolinska institutet under perioden 2009–2014 inte hade gjort AT år 2016 [3]. Med det som grund kan man uppskatta att behovet av AT för denna grupp gäller ett hundratal personer.

Bastjänstgöring krävs inte för att få legitimation som läkare

Legitimerade läkare som av någon anledning inte vill utbilda sig vidare och bli specialister måste inte genomföra bastjänstgöringen för att verka inom hälso- och sjukvården, eftersom BT är en del av ST. Att bastjänstgöring inte krävs innebär att en ny kategori av läkare kommer att etablera sig i sjukvården som förvisso har gjort utbildningarna som leder till läkarexamens verksamhetsförlagda utbildning, men inte genomfört någon klinisk utbildningstjänstgöring.

Metod och arbetssätt

För att samla in underlag om regionernas behov av stöd och samordning genomförde Socialstyrelsen en workshop med AT-, BT- och ST-chefer, centralt placerade utbildningschefer samt studierektorer på olika nivåer i regionerna, Sveriges läkarförbund, Sveriges yngre läkares förening, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Workshoppen omfattade tre övergripande områden:

1. behov av stöd och samordning vid minskad dimensionering av AT
2. behov av underlag för planering och ökad dimensionering av BT
3. förslag på stöd och samordning på olika organisatoriska nivåer.

Deltagarnas diskussioner i mindre grupper och i helgrupp dokumenterades av såväl deltagarna själva som av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har genomfört en analys med en kvalitativ ansats av dokumentationen.

Utgångspunkter och underlag

Workshoppen utgick från en gemensam grund som bestod i

- regelverket för specialiseringstjänstgöringen
- regionernas ansvar för utbildningsuppdraget
- begreppet god vård
- ett systemperspektiv utifrån hälso- och sjukvårdens flernivåstyrning
- Nationella vårdkompetensrådets rekommendationer inför avvecklingen av allmäntjänstgöringen.

Utgångspunkterna beskrivs övergripande nedan.

Regelverket för utbildningstjänsterna

Specialiseringstjänstgöringen för läkare regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientsäkerhetsförordningen. Regleringen ska fungera som kvalitetsgaranti i förhållande till patienter och allmänhet. Den ska garantera kunskapsnivån hos specialistläkare och tillgodose befolkningens framtida behov av specialiserad vård.

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter med målbeskrivningar för AT och ST (inklusive BT).^{1, 2} Föreskrifterna reglerar bland annat hur

¹ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSF 1999:5) och allmänna råd om allmäntjänstgöring för läkare.

² Socialstyrelsens föreskrifter (HSL-FS 2021:8) och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (även de tidigare föreskrifterna [SOSFS 2015:8] om läkarnas specialiseringstjänstgöring tillämpas enligt övergångsbestämmelser).

specialiseringstjänstgöringen ska organiseras och bedrivas och vilka krav på kompetens som gäller för AT, BT och ST.

Med införandet av BT följer regeln att både den huvudansvariga handledaren och en extern bedömare ska göra en bedömning av om läkaren uppfyller målbeskrivningens kompetenskrav. Den externa bedömaren ska vara läkare och ha bevis om specialistkompetens. Hen ska också ha kunskaper och färdigheter i kompetensbedömning. Den externa bedömaren får inte samtidigt ha tjänstgjort vid samma vårdenhets och inte heller på något annat sätt haft del i BT-läkarens bastjänstgöring, enligt 1 kapitlet 5–6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (HSL-FS 2021:8).

Regionernas ansvar för utbildningsuppdraget

Regionerna ska erbjuda AT-tjänster så att alla som har avlagt läkarexamen enligt de tidigare bestämmelserna, då utbildningen var 5,5 år lång, och alla med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att få legitimation som läkare (14 a § hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80], jmf. 10 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen i lydelsen före 1 juli 2021). Det finns ingen bortre tidsgräns för regionernas ansvar att erbjuda AT-tjänster.

När det gäller specialiseringstjänstgöring, inklusive bastjänstgöring, ansvarar regionerna för att det ska finnas möjlighet till anställning i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet (10 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen). Regionerna måste alltså inte se till att samtliga legitimerade läkare får göra ST inklusive BT.

Bastjänstgöringen ska omfatta minst sex månaders tjänstgöring på heltid eller motsvarande deltid (4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen och 3 kap. 2 § HSLF-FS 2021:8). Normtiden för en genomsnittlig läkare som inte kan tillgodoräkna sig någon kunskap sedan tidigare, i propositionen *Bastjänstgöring för läkare* (prop. 2017/18:274, s. 31) som ligger till grund för regelverket.

Begreppet God vård

Begreppet God vård och omsorg kan användas för uppföljning av kvalitet och speglar de kvalitetsperspektiv eller egenskaper som god vård inom hälso- och sjukvården ska innehålla. Vården som ges ska vara

- kunskapsbaserad
- patientsäker
- individanpassad
- effektiv
- tillgänglig

- jämlik.

Under workshopen betonades särskilt aspekterna patientsäker respektive jämlik vård. Med jämlik vård menas bland annat att vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla oavsett var man bor [4]. Begreppet God vård utgår från 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.³

Ett systemperspektiv utifrån hälso- och sjukvårdens flernivåstyrning

Hälso- och sjukvårdens flernivåstyrning är en utgångspunkt för att åskådliggöra hälso- och sjukvårdens komplexa styrning på olika nivåer. Från den nationella nivån, till den regionala och lokala.

Flernivåstyrningens huvudsakliga syfte är att skapa en balans mellan centraliserad och decentraliserad styrning. Det innebär att vissa beslut fattas på nationell nivå för att säkerställa exempelvis jämlik vård eller likvärdiga vårdinsatser i alla delar av landet, medan andra beslut fattas på regional eller lokal nivå för att ta hänsyn till lokala förhållanden samt befolkningens eller patienters behov.

Regionerna har genom den kommunala självstyrelsen bland annat ett ansvar för produktion och finansiering av hälso- och sjukvården. De har möjlighet att anpassa sin verksamhet efter regionala förutsättningar. På verksamhetsnivån sker sedan ytterligare anpassningar utifrån de förutsättningar och behov som kopplas till patientgrupper och den enskilda patienten [5].

Flernivåstyrning är viktig att uppmärksamma, bland annat när nya arbetssätt och metoder ska implementeras eller förändras. I förändringsprocesser behöver man även ta hänsyn till olika handlingslogiker till exempel politisk, administrativ och vårdprofessionell logik samt patientens agerande [6].

Nationella vårdkompetensrådets rekommendationer

Nationella vårdkompetensrådet har tagit fram *Rekommendationer och prognos inför avveckling av allmäntjänstgöring för läkare* [7].

Rekommendationernas syfte är att säkerställa att läkare med äldre examen ska få möjlighet att genomföra AT. Nationella vårdkompetensrådet rekommenderar att

- samtliga regioner ska erbjuda AT till och med 2027

³ Vården ska:

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen

vara lätt tillgänglig, enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

Redovisning av 2025 års uppdrag att fördela statsbidrag till regionerna för att öka antalet allmäntjänstgöringstjänster

- 1–2 regioner per samverkansregion ska erbjuda AT från 2028, men att övriga regioner fortsatt har möjlighet att erbjuda det vid behov
- 1–2 regioner har ett nationellt uppdrag att fortsätta ha kompetens och kapacitet för AT, finansierat av statsbidrag, från 2032.

Identifierade behov

Socialstyrelsen har analyserat de behov och förslag som deltagarna vid workshoppen beskriver och efterfrågar. Analysen fokuserar på gemensamma ståndpunkter och behov. Övergången till den nya utbildningsstrukturen för läkare innebär både möjligheter och utmaningar för hälso- och sjukvården.

Behoven av stöd och samordning kan sorteras i sju olika teman:

1. nationell samordning under övergångsperioden
2. kompletterande finansiering
3. likvärdiga tolkningar av reglering för att uppnå nationell samsyn i kvalitetssäkring av bedömning av måluppfyllelse
4. utbildningsuppdrag i relation till vårdproduktion och varierande förutsättningar
5. underlag för planering och dimensionering
6. kvalitetssäkring av bedömning av måluppfyllelse
7. tillräcklig kapacitet för handledning med hög kvalitet.

I de kommande avsnitten beskriver vi vår analys av de behov som deltagarna på workshoppen anger att regionerna har.

Nationell samordning under övergångsperioden

För att övergången ska kunna ske på ett ordnat och resurseffektivt sätt är den samlade bilden från workshoppen att regionernas och de privata vårdgivarnas genomförande av utbildningsuppdraget behöver samordnas nationellt. Workshopresultaten visar på en viss osäkerhet kring övergången till den nya utbildningsstrukturen, bland annat om när allmäntjänstgöringen kan avvecklas brett och vilka regioner som ska fortsätta att erbjuda AT så länge som övergången pågår.

Det framfördes önskemål om att en nationell aktör ska samordna dessa frågor ur ett nationellt perspektiv och att samordningen ska ske på nationell nivå för att

- få tydlighet om ansvar och tidplan för utfasningen av AT
- undvika att regionerna gör olika och påverkar varandra negativt
- stödja regioner med sämre förutsättningar
- säkerställa att dimensioneringen av utbildningstjänsterna blir balanserad i hela landet.

Utgångspunkten för samordningen bör vara regionernas förutsättningar och behov. Det framkom också önskemål om att arbetet ska bygga vidare på befintliga strukturer för kompetensförsörjning.

Kompletterande finansiering av läkares utbildningstjänster

Regionerna har ansvar för att finansiera AT, BT och ST. Regeringen har tidigare förstärkt dem i det ansvaret genom att ge statsbidrag. Enligt regionerna är statsbidrag ett välkommet tillskott, men det kan också leda till en ryckighet i finansieringen av läkares utbildningstjänster. Regionerna lyfter att statsbidragen ofta utlyses för sent för att de ska kunna ingå i planering och budgetprocess. Konsekvensen blir att regionerna inte kan använda statsbidraget. Regionernas företrädare pekar även på ett behov av mer långsiktig kompletterande finansiering för att säkerställa att medlen kan användas till utbildningstjänsterna.

En samlad bedömning från workshopen visar att det kommer att finnas ett fortsatt behov av statsbidrag för de regioner som åtar sig att erbjuda allmäntjänstgöring i samband med övergången. De regioner som kommer att erbjuda AT även efter 2027 kommer att bära större kostnader för handledning, eftersom AT är längre än BT. Det finns även en farhåga för att den grupp av läkare som sökt AT under en längre tid, men som inte lyckats få en tjänst i konkurrens med andra sökanden, kan behöva särskilt stöd för att slutföra AT. Att slutföra AT och klara AT-provet kan även vara särskilt svårt för utlandsutbildade läkare, både de som gått KUL som förberedelse inför AT och de som fått beslut om att göra AT efter utbildning i Polen [8]. Regionföreträdarna lyfter vikten av att man resursmässigt tar höjd för de kostnaderna och anser att detta behöver mötas med långsiktiga och öronmärkta statsbidrag. Samtidigt varierar förutsättningarna och incitamenten för regionerna att åta sig utbildningsuppdrag kopplade till övergången. Det finns till exempel skillnader i handledarkapacitet, rekryteringsmöjligheter, ekonomi, volymer och geografiska förutsättningar som gör att regionernas möjligheter och motivation varierar.

Som komplement till regionernas egen finansiering av utbildningstjänsterna efterlyses statsbidrag för att

- stödja regionerna som åtar sig att erbjuda AT utifrån en gemensam nationell fördelning i enlighet med Nationella vårdkompetensrådets rekommendationer
- stödja regionerna som erbjuder utbildningstjänster till läkare med ett större behov av stöd och utbildning under AT än de som slutför AT med genomsnittligt stöd.

- göra utbildningstjänsterna mer attraktiva i glesbygdsregioner genom högre löner i syfte att bättre upprätthålla en hållbar kompetensförsörjning av läkare.

Likvärdiga tolkningar av reglering

Under workshopen beskrevs det att Socialstyrelsens föreskrifter och målbeskrivningar för AT, BT och ST upplevs som otydliga och svåra att tolka. Det kan leda till att olika vårdgivare gör på olika sätt.

Avsikten med att föreskrifterna och målbeskrivningarna har en lägre grad av detaljering och innehåller mer övergripande formuleringar är dock att varje region ska ges ett tolkningsutrymme för att kunna utforma utbildningstjänsterna utifrån sina regionala förutsättningar och möjligheter. Detta syftar även till att föreskrifterna ska vara mer hållbara över tid.

Det finns en enighet om att bedömningen av BT-läkarens kompetens behöver ske på ett så likvärdigt sätt som möjligt över hela landet. Anledningen till det är att regionerna ska kunna lita på varandras bedömningar av läkares kompetens. Det finns också en osäkerhet kring den så kallade normtiden och hur tillgodoräknanden kan göras för olika läkare.

Workshopresultatet visar på ett behov av nationell samsyn kring flera delar av regleringarna för att underlätta övergången till den nya utbildningsstrukturen.

Utbildningsuppdrag i relation till vårdproduktion och varierande förutsättningar

Under workshopen beskrevs en risk för att en obalans kan uppstå mellan regionernas utbildningsuppdrag och vårdproduktionen när AT trappas ned samtidigt som BT byggs upp. Övergången kan skapa ett tillfälligt glapp i tillgången till läkare i vårdproduktionen, särskilt under perioden 2027–2028 när systemen överlappar i högre grad. Risken uppstår om antalet AT-tjänster minskar för snabbt jämfört med uppbyggnaden av BT. Den kan också uppstå av att två system belastar handledarkapaciteten samtidigt och osäkerhet gör att regionerna får svårt att planera volymerna.

Det finns en samsyn om att utbildningstjänsterna inte kan planeras isolerat från vårdens kapacitetsfrågor. Utbildning och vårdproduktion måste ses som ett sammanhängande system. Regionerna behöver både kunna planera utifrån sitt nuvarande bemanningsläge och det framtida behovet av specialistkompetens.

Man efterfrågar därför nationell samordning av utbildningstjänsternas dimensionering för att undvika att vissa regioner minskar antalet AT-platser för tidigt, eller att bastjänstgöringen byggs upp i för långsam takt. Det finns också önskemål om att Socialstyrelsen ska skapa en struktur för kontinuerlig dialog mellan staten, regionerna och lärosätena för att balansera utbildningsvolym och vårdbehov.

Regionerna har varierande förutsättningar för sitt utbildningsuppdrag för läkare. Inför omställningen till den nya utbildningsstrukturen varierar även utgångsläget för övergången. Vissa regioner har en specifik organisation för uppdraget och har redan etablerat bastjänstgöring för läkare utbildade i utlandet, medan andra befinner sig i planeringsfas. Några regioner belyste under workshopen svårigheten att hitta placeringar för läkares utbildningstjänster. Mindre och glesbefolkade regioner lyfte särskilt svårigheter med rekrytering till utbildningstjänsterna och tillräcklig handledarkapacitet. För dessa regioner kan också tillgången till ett ändamålsenligt patientunderlag variera, vilken kan försvåra för läkaren att få de erfarenheter och färdigheter som hen behöver.

Under workshopen diskuterades frågan om BT-läkare eventuellt kommer att vara mer rörliga än AT-läkare, eftersom bastjänstgöringens beräknade normtid är kortare än tiden för AT. Läkarna kan därför välja att tillfälligt flytta för att göra en fristående BT och sedan söka fristående ST i en annan region. Denna rörlighet bedöms kunna leda till utmaningar för den långsiktiga kompetensförsörjningen i de regioner som erbjuder fristående BT, men som inte kan attrahera läkaren att fortsätta med ST i regionen. Man föreslår därför att statsbidrag kan användas för att motverka detta genom att göra utbildningstjänsterna mer attraktiva. Högre löner kan vara ett sätt att öka tjänsternas status, men även att erbjuda möjlighet till forskning på arbetstid eller andra kompetenshöjande åtgärder. Att göra utbildningstjänsterna i dessa regioner mer attraktiva kan bidra till att upprätthålla en fungerande kompetensförsörjning av läkare i alla delar av landet.

En relaterad fråga som diskuterades var om platser för fristående bastjänstgöring kommer att utlysas i högre grad än platser för BT som är integrerade med ST. Ett av skälen till att utlysa fristående BT är att vårdgivaren får möjlighet att bedöma om den enskilda individen passar in i den egna verksamheten eller inte. Utifrån den bedömningen kan vårdgivaren avgöra om den sedan vill erbjuda anställning under resterande del av specialiseringstjänstgöringen. Den här möjligheten kan göra arbetsgivarna mindre benägna att utlysa integrerade BT- och ST-tjänster. Det är oklart i vilken mån de nyutexaminerade läkarna själva kommer föredra en fristående eller integrerad BT.

En oro uttrycktes under workshopen för att individer som bedöms ha mer omfattande behov av stöd och utbildning än andra läkare kan ha svårt att få

en anställning för BT och ST. Detta trots att utbildningen är målstyrd och ska utgå från en individuell utbildningsplan. Den legitimerade läkaren kan också göra ett eget val att enbart genomföra grundutbildningen. Frågan ställdes om hälso- och sjukvården därmed kan räkna med en ny kategori av läkare som inte går vidare till BT eller ST och vilken betydelse det i så fall får för vårdens kompetensförsörjning.

Underlag för planering och dimensionering

Under workshopen lyftes att regionerna i dagsläget saknar tillgång till aktuella och tillförlitliga nationella data för att kunna veta

- hur många som påbörjar och avslutar BT och ST
- hur många läkare som finns i olika steg av utbildningstjänsterna
- i vilka verksamheter de befinner sig
- hur flödena ser ut mellan de olika utbildningstjänstestegen AT och ST respektive BT och ST
- hur flödena ser ut per region och specialisering.

Den data om olika kategorier av läkare som Socialstyrelsen publicerar idag beskrivs som otillräcklig för att vara användbar som underlag för att fatta välgrundade beslut om dimensionering utifrån regionernas kompetensförsörjningsbehov.

Det finns en samsyn om att ett nationellt digitalt system, där regionerna kan registrera och följa samtliga utbildningstjänster, skulle underlätta planering, uppföljning och kvalitetssäkring.

Det finns också önskemål från regionerna om ett digitalt dokumentationssystem för utbildningstjänsterna. Det ska kunna användas för att följa individers kompetensmässiga utveckling. Dokumentationssystemet bör enligt deltagarna kunna bygga vidare på befintliga datakällor med fokus på förbättrad kvalitet, förbättrad uppdateringsfrekvens och analysfunktioner.

Kvalitetssäkring av bedömning av måluppfyllelse

Kvalitetssäkring av BT och ST lyftes som en viktig fråga under workshopen. Bland annat ser man risker med att bedömningen av läkares kompetens varierar mellan regionerna. Bedömningen av utlandsutbildade läkares kompetens upplevs som särskilt svår och stödmaterial för att kunna göra mer enhetliga bedömningar efterfrågas.

Under workshopen lyftes också frågor om den externa bedömarens kompetens för rollen, som uppges variera. Regionerna saknar en nationell samsyn om vilken kompetens som rollen kräver och efterfrågar en tydligare beskrivning av vilka krav som ska gälla. Man efterfrågar även stöd för bedömning som kan användas av regionerna.

Tillräcklig kapacitet för handledning med hög kvalitet

Tillgången till handledare och handledarnas kompetens beskrivs som en nyckelfråga för övergången till den nya utbildningsstrukturen. Ett skäl till det uppges vara att handledaruppdraget har blivit alltmer omfattande och att behovet av stöd från handledare har ökat hos läkare med utbildningstjänst.

Webbplatsen *Klinisk handledning*, som finns på www.kliniskhandledning.se, anses i sin nuvarande utformning inte täcka de behov som regionerna har. Med det som fond lyfter deltagarna ett behov av nationella utbildningar och mer praktisk vägledning för handledare, som svarar mot den ökade komplexiteten och de ökade kraven på handledarna.

Slutsatser och förslag

Under övergången till den nya utbildningsstrukturen för läkare har regionerna behov av både nationell samordning och olika former av stöd. Förslagen svarar mot de behov av nationell samordning, kompletterande finansiering och samsyn i regleringar som regionerna uttryckt och som vi beskrev i analysen av workshopen. Förslagen svarar också mot behov av utvecklade och tillförlitliga data, ett system och verktyg för planering och uppföljning samt stöd för kvalitetssäkring.

Socialstyrelsen föreslår följande för att stödja regionerna:

1. ett nationellt forum för samordning av läkares utbildningstjänster
2. kompletterande finansiering genom statsbidrag
3. underlag för planering med data och stöd för dimensionering
4. förstudie om utveckling av ett nationellt dokumentations- och uppföljningssystem
5. översyn av behov av stöd för kvalitetssäkring av utbildningstjänsterna.

För vissa förslag kan Socialstyrelsen relativt omgående erbjuda stöd och underlätta samordning mellan regionerna utifrån deras behov, i andra fall behöver stöden först utvecklas för att kunna svara mot regionernas behov.

Ett nationellt forum för samordning av läkares utbildningstjänster

Ett tidsbegränsat nationellt forum föreslås skapas under ledning av Socialstyrelsen. Forumet ska finnas under övergången till den nya utbildningsstrukturen. Ambitionen är att påbörja arbetet under 2026.

Forumet ska fungera som en arena för dialog, erfarenhetsutbyte och samordning av sjukvårdens arbete med AT, BT och ST samt av frågor som påverkar hela utbildningsstrukturen inklusive reglering.

Forumet ska kunna samla berörda nationella, sjukvårdsregionala, regionala, och privata aktörer. I forumet ska dessa aktörer kunna utbyta information, identifiera gemensamma utmaningar och behov av förbättringar samt bidra till erfarenhetsutbyte och lärande. Socialstyrelsen kan inte som normgivande myndighet tolka regleringen åt regionerna, men kan underlätta dialogen för att möjliggöra samsyn.

Forumet bör också samverka med befintliga organisationer och grupperingar som arbetar med läkares utbildningstjänster. Några exempel på det är nätverk för studierektorer respektive utbildningschefer för AT, BT och ST

och företrädare för fackliga organisationer och professionsföreningar. Samverkan ska syfta till att gemensamt stärka kompetensförsörjningen genom att forumet får ett brett underlag med olika perspektiv.

Socialstyrelsen kommer att leda forumet och ansvara för dess administration. Aktörerna i forumet ska bistå Socialstyrelsen med regionala perspektiv och behov samt erfarenheter och expertkunskap i arbetet med att ta fram olika former av stöd utifrån olika förslag.

En initialt viktig uppgift för forumet är att samordna utfasningen av AT och uppbyggnaden av BT och ST för att underlätta övergången. Målet är att stödja att läkares utbildningstjänster håller en jämn och hög kvalitet samt en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning i hela landet. Det är fortsatt regionerna som ansvarar för läkares utbildningstjänster och som ska se till att det framtida behovet av specialistläkare i klinisk verksamhet möts.

Kompletterande finansiering genom statsbidrag

För att övergången till den nya utbildningsstrukturen ska vara hållbar och för att samordningen ska kunna realiseras behöver regionerna ha förutsättningar för att delta aktivt i arbetet och genomföra nödvändiga förändringar. En del i det är en tillräcklig finansiering för arbetet med läkares utbildningstjänster.

Regionerna beskriver ett tydligt behov av kompletterande finansiering under övergångsperioden. Regionerna ansvarar för att finansiera utbildningstjänsterna, men statsbidrag kan bidra till att säkerställa en hållbar övergång till den nya utbildningsstrukturen genom att möta merkostnader som uppstår i samband med övergången. Samtidigt kvarstår behovet av en långsiktigt hållbar finansiering av regionernas utbildningsuppdrag som säkerställer att kompetensförsörjningen inte äventyras på sikt, vilket är en uppgift för regionerna att hantera inom ramen för deras utbildningsuppdrag.

Socialstyrelsen kan, på regeringens uppdrag, stödja övergången genom utlysning och fördelning av statsbidrag. Det kan riktas till samtliga regioners arbete med utbildningstjänster och särskilt till de regioner som kommer att erbjuda platser för allmäntjänstgöring så länge behovet av det kvarstår. Regionerna kan också ha behov av finansiering för att genomföra utvecklingsarbetet i samband med omställningen.

Underlag för planering med data och stöd för dimensionering

Socialstyrelsen tar årligen fram bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom ramen för det nationella planeringsstödet (NPS) [9]. Statistiken beskriver tillgången på personal såväl nationellt som lokalt och inom olika vårdformer. Socialstyrelsen tillhandahåller också uppgifter om utfärdade legitimationer och specialistbevis [10].

Regionerna beskriver trots det att den nuvarande statistiken inte ger ett tillräckligt underlag för att planera och dimensionera läkares utbildningstjänster på ett samlat och långsiktigt sätt. Avsaknaden av samlade individdata som är sammanställd i ett gemensamt register försvårar analyser av hela utbildningskedjan och begränsar möjligheterna till träffsäkra prognoser på nationell och regional nivå. Ett nationellt register föreslås därför utvecklas, med stegvis datautveckling och i nära samarbete med regionerna, för att stärka planeringen av kompetensförsörjningen.

Utveckling av ett register för planering av läkares utbildningstjänster

Socialstyrelsen har en begränsad mängd data om läkares utbildningstjänster och saknar en datainfrastruktur som omfattar läkares utbildningstjänster. Dessa brister försvårar analyser av hela utbildningskedjan, från antagning till högskolan till färdig specialist. Ett angeläget perspektiv i sammanhanget är även det livslånga lärandet för läkare.

Myndigheten saknar idag rättsligt stöd för att samla in alla uppgifter som regionerna ser behov av. Socialstyrelsen har i sin delredovisning av uppdraget att ta fram riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården föreslagit en utveckling av data för specialiseringstjänstgöring [11]. Det är ett uppdrag som ligger nära detta och Socialstyrelsen bedömer att datautvecklingen bör samordnas inom myndigheten för att uppnå största möjliga nytta.

Det finns ett tydligt behov av att utveckla en infrastruktur för att kunna samla data om läkares utbildning och utbildningstjänster från olika datakällor. Syftet med en sådan infrastruktur är att förbättra förutsättningarna för prognoser, analyser och dimensionering på både nationell och regional nivå. Datautvecklingen förutsätter ett nytt register med individdata. Idag finns delar av den individdata som regionerna har uttryckt att de har behov av utspridd i olika register, men inte samlade gemensamt så att man kan skapa en god överblick över läkares utbildningstjänster. Innan utvecklingen av ett nationellt stöd för planering av

läkares utbildningstjänster påbörjas behöver de juridiska förutsättningarna för registret utredas och tas hänsyn till.

Ett register som täcker alla utbildningstjänster med individuppgifter skulle göra det möjligt att följa läkares kompetensförsörjning samt variationer i genomströmning både för läkare utbildade i Sverige och utomlands. Utvecklingen bör ske stegvis med hänsyn till regionernas uppgiftslämnarbörda och deras kapacitet att lämna uppgifter. I första hand bör uppgifter tas fram internt inom myndigheten eller inhämtas från befintliga register hos Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån (SCB). Om uppgifter behöver hämtas från regionerna bör det göras samordnat inom myndigheten och med hänsyn till den totala uppgiftslämnarbördan. I bedömning av uppgiftslämnarbördan bör det även vägas in att regionerna, om ett nationellt register inte utvecklas, behöver fortsätta hantera manuella moment, som att söka information i lönesystem och att återkommande besvara enkäter. Samtidigt behöver de utveckla egna system för att planera och följa utbildningstjänsterna. Om ett nationellt register inte utvecklas väntar därmed en dubbel börda för regionerna: manuellt arbete idag och egen systemutveckling.

För att säkerställa hög datakvalitet behöver Socialstyrelsen inleda en dialog med regionerna parallellt med det juridiska arbetet. Både för att ta fram gemensamma definitioner och för att testa och utvärdera insamlingsmodeller i mindre skala innan implementering i större skala.

Stöd för dimensionering av utbildningstjänsterna

Planeringshorisonten för läkares utbildningstjänster skiljer sig delvis åt mellan olika organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. På den nationella och regionala nivån kan planeringshorisonten vara längre, medan det på verksamhetsnivån i högre grad handlar om operativ årlig planering.

Resultatet av dimensionering av utbildningstjänster uppstår dessutom först efter flera år, både för utbildningssystemet och för den övergripande kompetensförsörjningen. En utbyggnad av utbildningstjänsterna idag innebär fler specialister och en större handledarkapacitet först flera år senare.

Regionerna uttrycker behov av stöd för dimensionering. Dimensionering och hur utbildningstjänsterna fördelas över landet har betydelse för en hållbar kompetensförsörjning av läkare. För att nå dit behöver planeringen ske utifrån ett helhetsperspektiv där hela utbildningssystemet beaktas. Från lärosätenas utbildning, till färdig specialist, till fortsatt fortbildning, eftersom beslut i de olika utbildningsstegen påverkar varandra.

En modell som kan användas för att på sikt utveckla ett stöd för planering och dimensionering har tagits fram inom ramen för uppdraget att ta fram riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården. Den dynamiska modellen som beskrivs i delredovisningen kan användas som ett underlag i utvecklingsarbetet med att analysera faktorer som påverkar tillgången och behovet av ST-läkare på regional och nationell nivå. För att göra det krävs först datautveckling [11]. Fram till dess att utvecklingen har genomförts kan ett tillfälligt stöd för planering och dimensionering utformas i dialog med regionerna och anpassas efter deras varierande förutsättningar genom det nationella forumet för samordning av läkares utbildningstjänster som vi föreslår ska finnas under övergångsperioden.

Förstudie om utveckling av ett nationellt dokumentations- och uppföljningssystem

Ett nationellt digitalt dokumentations- och uppföljningssystem av läkares utbildningstjänster och fortbildning har länge efterfrågats av såväl ST-läkare som av andra aktörer som arbetar med läkares utbildningstjänster. Motivet är bland annat att modernisera intygshantering, möjliggöra uppföljning av läkares kompetensutveckling under utbildningstjänster, att få underlag för kvalitetsförbättringar och möjliggöra transparens. Även under workshopen lyftes önskemålet om ett sådant system av regionerna.

I ett nationellt dokumentations- och uppföljningssystem dokumenteras de olika stegen i läkares utbildning, från grundutbildning till fortbildning efter utfärdat specialistbevis, även om fokus ligger på läkares utbildningstjänster. I systemet samlas olika bedömningar och intyg från utbildningsaktiviteterna. Dokumentationen följer individen i stället för att vara kopplad till kliniker eller regioner. För den enskilda läkaren kan systemet liknas vid en e-portfölj i vilken dessa intyg samlas. Liknande system med e-portföljer finns inom högskolan.

Systemet skulle innebära en förenklad intygshantering för alla som har en roll för att hantera intyg. Idag är det pappersintyg som ligger till grund för Socialstyrelsens prövning inför bastjänstgörings- och specialistbevis. I andra länder har denna typ av digitala dokumentationssystem redan funnits under flera år. Ofta har man e-portföljer i vilka intyg samlas. Det svenska förfarandet med hantering av pappersintyg som samlas in under den samlade utbildningstjänstgöringen kan beskrivas som föråldrat.

Uppgifterna i ett dokumentationssystem, som det beskrivs ovan, har en rad möjliga användningsområden som är centrala för planering, dimensionering samt uppföljning av olika kvalitets- och utvecklingsaspekter under läkares

utbildning. Utöver att olika aktörer lätt ska kunna registrera och även ta ut aktuella data kan uppgifterna i systemet användas som underlag för olika analyser. Exempelvis kan läkares rörlighet mellan olika tjänstgöringsställen i olika delar av landet följas, liksom olika typer av uppehåll i utbildningen. Kunskap om hur genomströmningen ser ut för läkare som har tagit olika vägar till läkarlegitimationen skulle utgöra ett värdefullt underlag för prognoser och analyser av kompetensförsörjning. Dokumentationssystemet skulle även behöva länkas samman med lärosätenas studieregister *Ladok* för att bättre kunna följa dem som gått vägen via läkarexamen, kompletterande utbildning för läkare eller kunskapsprovet. Detta är angeläget eftersom hela utbildningsansvaret för de svensktbildade läkarna fram till legitimation ligger hos lärosätena i det nya utbildningssystemet. Regionerna finns med indirekt via medverkan i den verksamhetsförlagda utbildningen.

Uppgifterna i systemet kan också användas för kvalitetssäkring och för att identifiera behov av att utveckla läkares utbildningstjänster. Ett digitalt dokumentationssystem skulle slutligen göra läkares utbildningssystem mer transparent och rättssäkert då det har förekommit att falska intyg har använts vid ansökan om specialistbevis. Detta är centralt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

En förstudie behöver göras innan ett dokumentationssystem kan tas fram. I ett första steg behöver de juridiska förutsättningar för insamling av individdata och hantering av dem utredas. Därefter behöver olika aspekter analyseras för att kunna bedöma nyttan i förhållande till de förutsättningar och kostnader som krävs. Förstudien behöver omfatta målgrupps- och behovsanalyser samt analys av andra länders dokumentationssystems uppbyggnad, funktioner, användning och förvaltning.

Erfarenheter och lärdomar från länder som redan har denna typ av dokumentationssystem är centrala liksom hur de svenska regionerna bedömer sin förmåga att etablera inrapportering och användning av systemet. Slutligen behöver kostnader för utveckling, implementering, målgruppernas användning samt förvaltning av systemet bedömas. Förstudien kan tas fram med stöd av aktörerna i det nationella forumet för samordning av läkares utbildningstjänster.

Stöd för kvalitetssäkring av utbildningstjänsterna

En hög och jämn kvalitet i läkares utbildningstjänster kräver både god handledning och ändamålsenliga bedömningsprocesser. Brist på handledarkapacitet är ett kvalitetsproblem och ett hinder för att erbjuda utbildningstjänsterna. Att säkerställa handledarkompetens är därför centralt för målet att uppnå en jämn och grundläggande kompetens hos läkare med BT-bevis och en hög och jämn kompetens hos specialistläkare.

Vårdgivaren ansvarar för att säkerställa handledning i tillräcklig omfattning och att handledaren har rätt kompetens för rollen. Vårdgivaren ansvarar också för att använda ändamålsenliga metoder för att bedöma läkares kompetens. Handledaren har en nyckelroll för att utbildningsläkaren ska få goda förutsättningar under sin kliniska vidareutbildning och stöd i det vardagliga kliniska arbetet.

Idag erbjuds handledarutbildningar av olika aktörer. Utbildningarnas utformning skiljer sig åt med inslag av såväl fysiska som digitala utbildningstillfällen och webbutbildning. Handledarutbildning arrangeras både i regional regi och av privata utbildningsföretag.

Socialstyrelsen föreslår att myndigheten ser över behovet av ett nationellt stöd som möter det som regionerna efterfrågade under workshopen, med syfte att stärka handledarkompetensen. Stödet skulle även kunna omfatta former för bedömning av BT-läkares kompetens. Det ska svara mot de ökade handledarbehoven och den ökade komplexiteten. Målgruppen kan vara handledare, studierektorer, verksamhetschefer och ledning.

I arbetet med att se över behovet kan Socialstyrelsen dra nytta av olika aktörers perspektiv, behov, erfarenheter och expertkunskap via det föreslagna nationella forumet. Även kompetens i bland annat pedagogik och juridik är viktiga om det finns behov av att ta fram ett stöd. Regionernas befintliga utbildningar och vägledningar, liksom berörda aktörers erfarenheter av handledning är centrala utgångspunkter för arbetet. Andra utgångspunkter är Socialstyrelsens stöd till handledarutbildning för läkarnas specialiseringstjänstgöring [12] samt webbplatsen *Klinisk handledning* som finns på www.kliniskhandledning.se.

Slutdatum för allmäntjänstgöringen

Regionerna har en skyldighet att erbjuda AT-tjänster så att alla som har avlagt läkarexamen enligt de tidigare bestämmelserna, då utbildningen var 5,5 år lång, och alla med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att få legitimation som läkare (14 a § hälso- och sjukvårdsförordningen jfr 10 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen i lydelsen före den 1 juli 2021). Det finns inte någon borte tidsgräns för regionernas ansvar att erbjuda AT-tjänster.

När det gäller möjligheten att få en läkarexamen enligt den tidigare exmansordningen som kräver AT för legitimation så har den som påbörjade sin utbildning före den 1 juli 2021 rätt att slutföra utbildningen för att få en läkarexamen enligt de äldre bestämmelserna, dock längst till och med utgången av december 2029 (punkt 4 i övergångsbestämmelserna till förordningen [2019:161] om ändring i högskoleförordningen [1993:100]).

Redovisning av 2025 års uppdrag att fördela statsbidrag till regionerna för att öka antalet allmäntjänstgöringstjänster

Socialstyrelsen ser därför ett behov av att följa utfasningen av AT, både under övergångsperioden och efter 2029.

Del 3 – Prognos för behov av AT-BT- och ST-platser

Enligt övergångsbestämmelserna för den nya läkarutbildningen kommer det att vara möjligt att slutföra sin utbildning enligt de äldre bestämmelserna till och med 2029 (punkt 4 i övergångsbestämmelserna till förordningen [2019:161] om ändring i högskoleförordningen [1993:100]). Vissa lärosäten tolkar bestämmelserna så att examen kan tas ut även senare, men att utbildningen ska vara slutförd senast 2029 [7].

Den första kullen på det nya läkarprogrammet tar examen 2027 men läkare utbildade utomlands har haft möjlighet att påbörja BT redan från 2021. Antalet läkare som gör AT och BT påverkar i sin tur behovet av ST-platser.

I Sverige finns bristfälliga uppgifter på regionnivå om antalet personer som gör AT, BT och ST. Uppdaterade uppgifter om inom vilken specialitet man gör ST saknas också. Uppgifterna nedan presenteras därför på riksnivå. I bilaga 1 (se tabell 2) finns uppgifter på hur många studenter som uppskattas ta examen från respektive lärosäte på det nya läkarprogrammet åren 2025–2030. I bilaga 1 finns även uppskattade uppgifter om tid från legitimation till utfärdat specialistbevis och tid från legitimation till första år som sysselsatt BT/ST-läkare.

Det är svårt att uppskatta exakt när läkarstudenterna och de legitimerade läkarna kommer vilja och ha möjlighet att göra AT, BT och ST men det finns ekonomiska incitament att påbörja respektive utbildningstjänstgöring så tidigt som möjligt. I prognosen redogörs för när läkarstudenterna och de legitimerade läkarna som tidigast estimeras att vara i behov av en AT-, BT- och ST-plats.

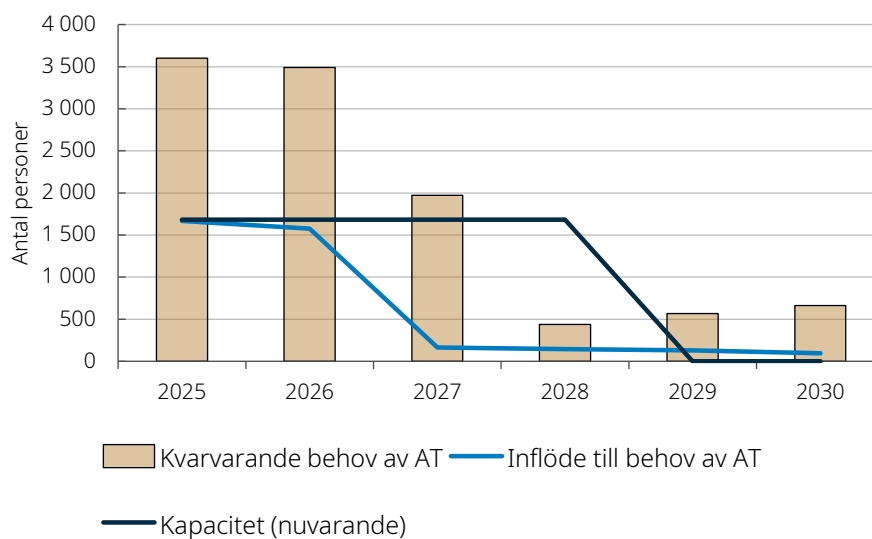
Allmäntjänstgöring (AT)

AT-prognosen kommer från Nationella vårdkompetensrådets rapport Rekommendationer och prognos inför avvecklingen av allmäntjänstgöring (AT) för läkare från juli 2025.

Nationella vårdkompetensrådets prognos över utbud och efterfrågan på AT-platser

Figur 1. Utbud och efterfrågan på AT-platser med nuvarande kapacitet av AT-platser, per år.

Kumulativ efterfrågan av AT-platser tillsammans med inflöde till AT och nuvarande kapacitet av AT-platser



Källa: Socialstyrelsen

Vid årsskiftet 2024/2025 estimeras drygt 3 600 personer med svensk examen vilja genomföra AT. En stor del av dessa hade vid den tidpunkten påbörjat AT. Mellan 2025 och 2030 estimeras att knappt 7 400 kommer att vilja genomföra AT, varav vissa redan har påbörjat AT.

Det beräknas att knappt 700 personer inte kommer att kunna tillgodoses en AT-plats givet tidigare års utbud av AT-platser (se figur 1). Detta motsvarar ungefär behovet av platser från personer med examen från EU/EES/Schweiz.

Inrapporterad kapacitet för AT

I Nationella vårdkompetensrådets prognos över utbud och efterfrågan på AT-platser fanns inte uppgifter om regionernas inrapporterade kapacitet. Den uppskattade kapaciteten i prognosen ovan är något högre jämfört med den rapporterade kapaciteten från regionerna (se bilaga 1, tabell 1). Eftersom

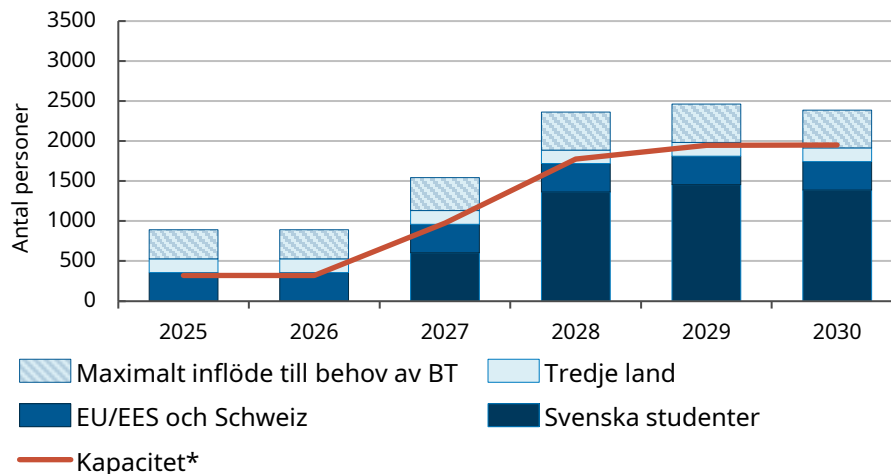
Redovisning av 2025 års uppdrag att fördela statsbidrag till regionerna för att öka antalet allmäntjänstgöringstjänster

den rapporterade kapaciteten är något lägre än kapaciteten i prognosen kommer det kvarvarande behovet av AT vara högre än tidigare prognostiserat, om regionernas planerade kapacitet inte ändras.

Bastjänstgöring (BT)

Figur 2. Behov av och kapacitet för BT-platser 2025–2030

Uppskattat behov av BT-platser uppdelat på utbildningsland och rapporterad kapacitet, åren 2025–2030



Källa: Socialstyrelsen, Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska; Regionerna, Enkät.

* Rapporterad enligt regionerna för åren 2026–2030. Kapaciteten år 2025 bygger på ett antagande om att kapaciteten är samma år 2025 och 2026. Se bilaga 1, tabell 1.

Det uppskattade behovet av BT-platser för läkare från svenska lärosäten och läkare utbildade utomlands motsvarar i överkant regionernas planerade kapacitet.

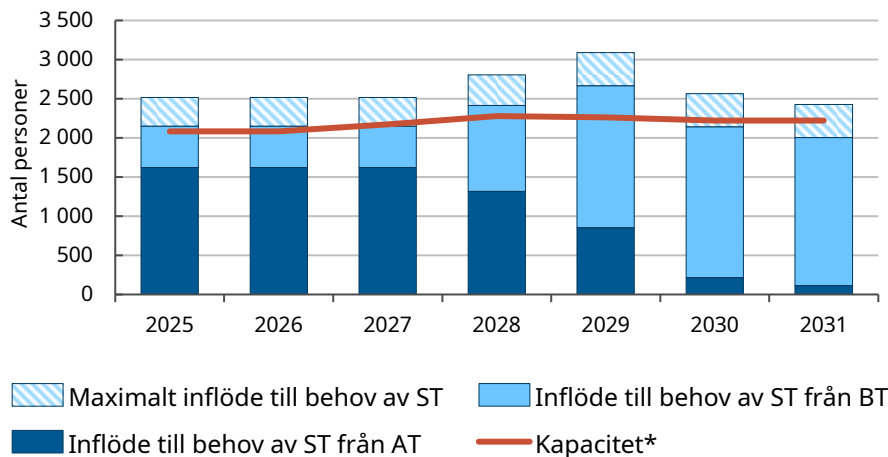
Av läkarna utbildade på svenska lärosäten estimeras nästan alla vilja söka en BT-plats (se bilaga 1, figur 4). Utöver dessa tillkommer läkare utbildade inom EU/EES och Schweiz samt tredjeland. Andelen av dessa som antas vara i behov av en BT-plats är lägre än för de svenskutbildade läkarna. Den streckade delen av stapeln motsvarar det maximala behovet.

I prognosen har inte utländska läkare i behov av BT innan 2025 inkluderats men en del av dessa kan antas vara i behov av BT åren 2025 och framåt. Det beror på att regionernas rapporterade kapacitet för åren 2025 och 2026 är lägre än det prognosticerade inflödet av utländska studenter till BT motsvarande år, och sannolikt även åren 2021–2024.

Specialiseringstjänstgöring (ST)

Figur 3. Behov och kapacitet för ST-platser 2025–2031

Uppskattat och maximalt behov av ST-platser och rapporterad kapacitet, åren 2025–2031. Det uppskattade behovet utgår från historiska siffror på andel läkare som gör ST (se bilaga 1). Det maximala behovet utgår ifrån att samtliga som gör AT och BT är i behov av ST.



Källa: Socialstyrelsen, Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska; Regionerna, Enkät.

* Rapporterad enligt regionerna för åren 2026–2030. Kapaciteten år 2025 bygger på ett antagande om att kapaciteten är samma år 2025 och 2026. Se bilaga 1, tabell 1.

I prognosen styrs läkarnas behov av ST-platser av regionernas rapporterade kapacitet för AT-platser de föregående åren och av prognosen för behovet av BT-platser. Normtiden för AT är 18–21 månader och 12 månader för BT. Utifrån detta prognosticeras de som går AT respektive BT vara tillgängliga för ST som tidigast 2 år respektive 1 år efter påbörjad AT eller BT. På grund av det förlängda läkarprogrammet och det slopade kravet på AT gör detta att det estimerade behovet av ST-platser 2028 och 2029 ökar. Efter 2028–2029 uppskattas behovet av antalet ST-platser återgå till liknande nivåer som innan 2028.

Den streckade delen av stapeln motsvarar det maximala behovet. Det uppskattade behovet av ST-platser motsvarar ungefär regionernas planerade kapacitet för åren 2025–2027. År 2028–2029 uppskattas behovet av ST-platser överstiga kapaciteten.

Legitimerade läkare utan specialistbevis 2025

Summan av antalet läkare som inte har hämtat ut ett specialistbevis kan beskrivas som det totala beståndet av läkare som kan vara i behov av en ST-plats. Det går inte att säga hur många av dessa läkare som kommer att söka en ST-plats men det ger en ungefärlig bild av totalt antal möjliga sökande.

Vid årsskiftet 2024/2025 fanns cirka 14 000 legitimerade läkare i arbetsför ålder (20–64 år) i Sverige som inte hämtat ut ett specialistbevis. Cirka 80% av dessa läkare har fått sin legitimation utfärdad mellan 2019 och 2024. Av dessa 14 000 läkare har majoriteten redan påbörjat sin ST men har inte hämtat ut ett specialistbevis än.

Sammanfattning prognos

Det finns skillnader mellan regionernas kapacitet och det uppskattade behovet av AT-, BT- och ST-platser. För AT och ST bedöms behovet överstiga kapaciteten, medan kapaciteten för BT i större utsträckning ligger i linje med behovet.

Det uppskattade behovet av AT-platser är högre än regionernas rapporterade kapacitet.

Det uppskattade behovet av BT-platser motsvarar däremot i överkant regionernas planerade kapacitet för åren 2025–2030. Utöver det finns sannolikt ett överskott av läkare i behov av en BT-plats innan år 2025. Läkare utbildade utomlands har möjlighet att påbörja BT redan från 2021 men regionernas kapacitet fram till 2027 är låg.

Det uppskattade behovet av ST-platser motsvarar ungefär regionernas planerade kapacitet för åren 2025–2027. År 2028–2029 uppskattas behovet av ST-platser överstiga kapaciteten.

Avslutningsvis är det viktigt att poängtera att om regionernas AT-kapacitet förändras kommer det att påverka det framtida inflödet till behovet av ST-platser.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Redovisning av 2024 års prestationsbaserade statsbidrag till regioner för att öka antalet allmäntjänstgöringstjänster. Hämtad 2025-12-23 från <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/globalassets/dokument/redovisning/statsbidrag-redovisning-2024-prestationsbaserade-statsbidrag-regioner-oka-allmantjanstgoringstjanster.pdf>
2. Promemoria U2024/01035. *Hållbar och högkvalitativ läkarutbildning och klinisk forskning – förslag till ett reviderat ALF-avtal*. Utbildningsdepartementet. Tillgänglig vid: <https://www.regeringen.se/contentassets/df1f5dbe085c43a89effa72f47bceab1/promemoria-hallbar-och-hogkvalitativ-lakarutbildning-och-klinisk-forskning--forslag-till-ett-reviderat-alf-avtal.pdf>.
3. Utvärdering och uppföljning: Kompletteringsutbildningen för läkare med examen från land utanför EU/EES samt Schweiz, 2009–2014. Stockholm: Karolinska institutet, enheten för utvärdering, 2015. Diarienummer 1-773/2015.
4. Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen, 2020. Artikelnummer 2020-8-6877.
5. Elg M, Lindmark J, Wiger M, Wihlborg E. Översättning av riktlinjer: Fallstudier av sjukdomsförebyggande metoders genomslag [Internet]. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2016. (HELIX working papers). Tillgänglig vid: <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-128098>
6. Implementering i vården. En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv [Elektronisk resurs]. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018.
7. Rekommendationer och prognos inför avveckling av allmäntjänstgöring för läkare. Stockholm: Nationella vårdkompetensrådet; 2025. Löpnummer 2025:2
8. Olsson D, Skoglund I, Östgren C-J, Carlborg A. Resultat på eAT-provet varierar stort beroende på examensland. Läkartidningen. 2021;118:20119.
9. Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet. Hämtad 2025-12-02 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/nationella-planeringsstodet/>.
10. Socialstyrelsen. Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal. Hämtad 2025-12-02 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/halso-och-sjukvardspersonal/>.
11. Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården – delredovisning december 2025. Stockholm: Socialstyrelsen, 2025. Artikelnummer 2025-12-9927.

Redovisning av 2025 års uppdrag att fördela statsbidrag till regionerna för att öka antalet allmäntjänstgöringstjänster

12. Stöd till handledarutbildning – Läkarnas ST. Stockholm: Socialstyrelsen, 2021. Artikelnummer 2021-10-7609.

Bilagor

Bilaga 1

Regionernas inrapporterade kapacitet på riksnivå 2026–2030

Tabell 1. Regionernas inrapporterade kapacitet

År	AT	BT	ST
2026	1 371	318,5	2 085
2027	890	975,5	2 173
2028	226	1 776,5	2 278
2029	121	1 947,5	2 261
2030	88	1 949,5	2 221

Källa: Regionerna, enkät

Anm. I de fall regionerna har rapporterat ett intervall för sin kapacitet har mittenvärdet valts.

Läkarstudenter examinerade från svenska lärosäten 2025–2030

Tabell 2. Examinerade från läkarprogrammet

Uppskattat antal läkarstudenter examinerade från svenska lärosäten 2025–2030

Termin	GU	KI	LIU	LU	ORU	UMU	UU	Summa
VT27	90	118	82	110	42	78	84	604
HT27	88	135	99	102	51	94	81	650
VT28	128	129	86	115	61	99	94	712
HT28	120	144	97	99	47	108	85	700
VT29	132	144	98	122	69	103	89	757
HT29	116	119	100	106	53	99	89	681
VT30	117	134	95	112	61	98	89	706
HT30	115	126	94	108	59	99	87	688

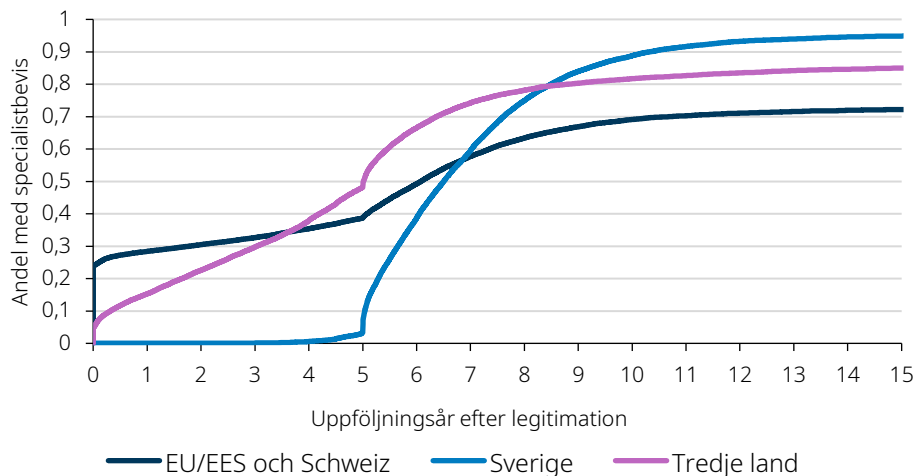
Källa: Karolinska institutet, Uppsala universitet, Göteborgs universitet, Linköpings universitet, Örebro universitet, Umeå universitet, Lunds universitet.

Uppskattningen av antalet examinerade från svenska lärosäten bygger på siffror inrapporterade från svenska lärosätena om antal studenter i respektive årskurs höstterminen 2025. Genomströmningen mellan terminer är uppskattningsvis 98 procent.

Tid från legitimation till utfärdat specialistbevis och tid från legitimation till första år som sysselsatt ST-läkare

Figur 4. Andel legitimerade läkare med specialistbevis per uppföljningsår efter legitimation

Andel legitimerade läkare med ett utfärdat specialistbevis per uppföljningsår efter legitimationsdatum uppdelat på utbildningsland

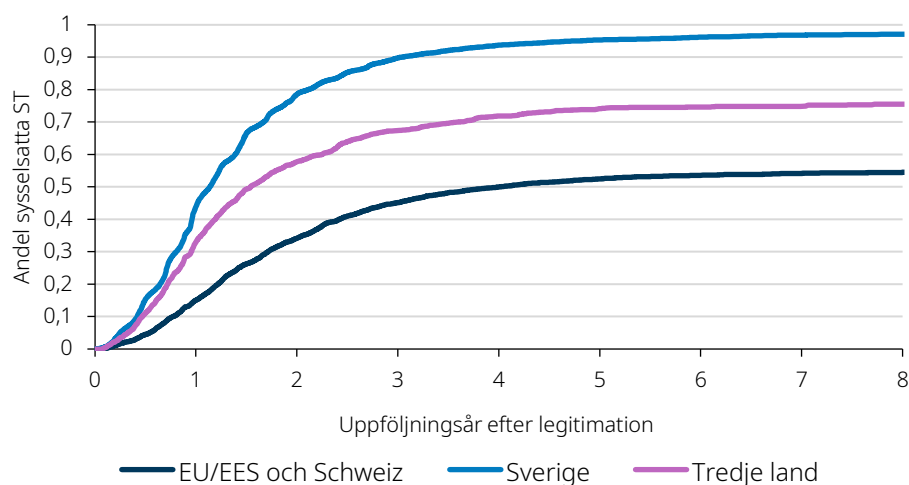


Källa: Socialstyrelsen, Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska

Tid från legitimation till uthämtat specialistbevis skiljer sig åt beroende på läkarens utbildningsland. Majoriteten av läkarna utbildade i Sverige har ett specialistbevis cirka 6,5 år efter sitt legitimationsdatum. En del av läkarna utbildade i EU/EES och Schweiz samt tredjeland har redan specialistkompetens när de ansöker om legitimation i Sverige och behöver därför inte genomföra ST innan de hämtar ut sitt specialistbevis. Efter cirka 5–6 år har majoriteten av läkarna utbildade i EU/EES och Schweiz samt tredjeland ett specialistbevis.

Figur 5. Andel sysselsatta legitimerade ST-läkare per uppföljningsår efter legitimation

Andel sysselsatta legitimerade ST-läkare per uppföljningsår efter legitimationsdatum uppdelat på utbildningsland



Källa: Socialstyrelsen, Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska; SCB, Yrkesregistret.

Tid från legitimation till första år som sysselsatt ST-läkare skiljer sig åt beroende på läkarens utbildningsland. Majoriteten av läkarna utbildade i Sverige har varit sysselsatt som ST-läkare cirka 1 år efter legitimationsdatum. För läkare utbildade i EU/EES och Schweiz samt tredjeländ har majoriteten varit sysselsatt efter cirka 3,5 år respektive 1,5 år.

Bilaga 2

Fördelning av medel och antal AT-tjänster.

Region	Antal AT-tjänster som kommer att påbörjas/tillsättas 2025 (maxvärde)	Fördelning utifrån block 1	Fördelning utifrån block 2	Total summa
Region Dalarna	69	2 200 000	11 235 175	13 435 175
Region Västmanland	48	2 200 000	7 955 851	10 155 851
Region Halland	57	2 200 000	7 705 448	9 905 448
Region Gotland	13	2 200 000	9 937 309	12 137 309
Region Jämtland Härjedalen	26	2 200 000	9 135 483	11 335 483
Region Kronoberg	38	2 200 000	8 709 472	10 909 472
Region Västerbotten	63	2 200 000	10 435 970	12 635 970
Region Norrbotten	59	2 200 000	11 067 151	13 267 151
Västra Götalandsregionen	292	2 200 000	7 679 372	9 879 372
Region Gävleborg	67	2 200 000	10 975 324	13 175 324
Region Östergötland	90	2 200 000	8 877 507	11 077 507
Region Blekinge	34	2 200 000	10 074 559	12 274 559
Region Kalmar län	50	2 200 000	9 461 728	11 661 728
Region Västernorrland	51	2 200 000	9 842 575	12 042 575
Region Stockholm	296	2 200 000	5 583 910	7 783 910
Region Örebro	58	2 200 000	8 767 305	10 967 305
Region Jönköpings	76	2 200 000	9 581 533	11 781 533
Region Skåne	343	2 200 000	11 196 138	13 396 138
Region Uppsala	50	2 200 000	5 718 560	7 918 560
Region Värmland	49	2 200 000	8 059 630	10 259 630
Totalt		44 000 000	182 000 000	226 000 000

Bilaga 3

Prognos Bastjänstgöring (BT)

Det uppskattade inflödet till behov av BT-platser består av antalet inskrivna studenter på läkarprogrammet från höstterminen 2021 till höstterminen 2025 och antal utfärdade legitimationer till läkare från EU/EES och Schweiz samt tredjeland. Antal studenter från svenska universitet och antal utfärdade legitimationer till läkare utbildade utomlands multipliceras sedan med andelen sysselsatta BT/ST-läkare, som återfinns i bilaga 1 figur 5, för att beräkna det uppskattade inflödet till behovet av antal BT-platser. För inskrivna studenter på läkarprogrammet har den nominella studietiden använts i prognosen för att svara på när i tiden de förväntas vara i behov av en BT-plats.

I det uppskattade maximala inflödet till behov av BT-platser antas att alla som kan söka en BT-plats söker en BT-plats (andelarna från bilaga 1 figur 5 används inte i detta fall).

För att uppskatta efterfrågan på BT har andelen legitimerade läkare som påbörjar ST inom åtta år efter legitimation beräknats. Denna andel används som proxy för andelen legitimerade läkare som avser att genomföra BT.

Andelarna har beräknats med hjälp av Kaplan–Meier-metoden, vilket möjliggör hantering av varierande uppföljningstider. Beräkningarna har genomförts separat för läkare utbildade i Sverige, inom EU/EES och Schweiz samt i tredjeland. I analysen följs individerna från legitimationsdatum fram till dess att de registreras som sysselsatt ST-läkare eller tills uppföljningsperiodens slut.

Siffrorna i prognosen avser när läkarna som tidigast kan tänkas vara i behov av en BT-plats.

Prognos Specialiseringstjänstgöring (ST)

Det uppskattade inflödet till behov av ST-platser består av regionernas rapporterade kapacitet för AT-platser åren innan ST-prognosen och uppgifterna från BT-prognosen. Normtiden för AT är 18–21 månader och 12 månader för BT. Utifrån detta prognosticeras de som går AT respektive BT vara tillgängliga för ST som tidigast 2 år respektive 1 år efter påbörjad AT eller BT.

Det maximala inflödet till behovet av ST-platser beräknas på samma sätt som i BT-prognosen.

Siffrorna i prognosen avser när läkarna som tidigast kan tänkas vara i behov av en ST-plats.