Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

1 100 invånare per läkare?

Vårdcentralers läkarbemanning

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

INNEHÅLL

Sammanfattning **3**

Läkarförbundets förslag **4**

Inledning **6**

Pågående omställning till en god och nära vård 6

Vikten av en fast läkare 7

Riktvärdet 1 100 invånare per läkare 8

Antal invånare per läkare varierar stort mellan regioner **11**

Ett ökat antal ST-läkare 12

Flera regioner är hyrläkarberoende 12

Ju högre läkartäthet, desto nöjdare patienter **14**

Små, läkarledda enheter kommer bäst ut 17

Få vårdcentraler begränsar antalet invånare som de ansvarar för **19**

En del verksamheter har svårt att rekrytera läkare **21**

Personalbrist avskräcker nya läkare 22

Resursbrist omöjliggör nyrekrytering på andra håll 22

Satsning på ST-läkare kan underlätta rekrytering 23

Svårt att sia om när riktvärdet kan uppnås **24**

Högre ersättning och fler utbildade specialister i allmänmedicin efterfrågas **25**

Regioner behöver säkerställa en rättvis ersättning 26

Referenser **28**

Bilaga 1: Om undersökningen **31**

Bilaga 2: Läkarförbundets bemanningsenkät **36**

Författare: Sara de Haas, Anna Liljenberg och Björn Floderus

Stockholm, september 2025

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Sammanfattning

I den här rapporten presenteras resultaten av Läkarförbundets bemanningsenkät som förbundet har skickat till verksamhetscheferna för landets samtliga vårdcentraler och motsvarande enheter.

Resultaten visar att en läkare i primärvården idag ansvarar för 1 750 patienter, i genomsnitt. Det är långt över Socialstyrelsens rekommendation om i genomsnitt 1 100 patienter per specialist i allmänmedicin. Vi ser också att antalet listade per läkare skiljer sig mycket åt mellan olika regioner – från knappt 1 300 till drygt 2 300.

Vi ser också att ju fler invånare läkare i genomsnitt ansvarar för, desto sämre vård upplever sig patienter få. Det framkommer när vi samkör uppgifterna om läkarbemanningen med resultat från Nationell patientenkät (NPE).

Privata vårdcentraler som inte tillhör en koncern eller ett större företag har högst läkarbemanning. De kommer också bäst ut vad gäller patientnöjdhet.

Få vårdcentraler (7 procent) har ansökt om listningsbegränsning. Det är förmodligen på grund av att vårdcentraler i regel måste ha fler invånare listade än deras läkarstyrka är dimensionerad för, för att verksamheten ska gå runt ekonomiskt.

Om målen om fast läkare till hela befolkningen ska nås måste fler läkare anställas på landets vårdcentraler. För det behövs höjda ersättningar till vårdcentraler och satsningar på att utbilda fler specialister i allmänmedicin.

Ansvar för ett rimligt antal patienter skulle attrahera fler och få fler att orka arbeta heltid. Om alla specialister i allmänmedicin som arbetar på vårdcentraler skulle arbeta heltid, skulle det innebära ett tillskott om ungefär 750 årsarbetare. Det motsvarar en ökning med närmare 20 procent. Det skulle också kunna locka tillbaka specialister i allmänmedicin som idag arbetar inom andra verksamheter än vårdcentraler.

Läkarförbundet föreslår därför följande åtgärder:

- **Möjliggör fler små, läkarägda och läkardrivna vårdcentraler**
- **Lagstifta om att patienter ska listas på en fast läkare**
- **Tillskjut långsiktiga medel för primärvårdens utbyggnad**
- **Ställ krav på regionerna att jobba strategiskt för att nå målet om 1 läkare på 1 100 invånare**
- **Dimensionera och samordna läkares utbildningstjänster på nationell nivå**

Mer information om förbundets förslag följer i nästa avsnitt.

Enkäten skickades till samtliga vårdcentraler och över 70 procent svarade. Svarsfrekvensen är hög i alla undersökta undergrupper. Svaren är representativa för både offentliga och privata enheter, för alla regioner och för alla typer av vårdcentraler oavsett om de är belägna i en storstad eller på landsbygden.

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Läkarförbundets förslag

I rapporten förklaras hur ett fastläkarsystem leder till en bättre och mer resurseffektiv vård. För att säkra allas rätt till en fast läkare och därigenom förbättra kontinuiteten och tillgängligheten i primärvården och för att omställningen till en god och nära vård ska bli verklighet anser Läkarförbundet att följande fem åtgärder är nödvändiga.

1. **Möjliggör fler små, läkarägda och läkardrivna vårdcentraler**

   De läkare som äger och driver sin vårdcentral har större incitament att arbeta länge på samma plats, vilket möjliggör långvarig kontinuitet mellan läkare och patient, en viktig kvalitetsindikator för god primärvård.

   Regionerna bör erbjuda bättre förutsättningar för fler små, professionsägda aktörer att etablera sig inom deras vårdval för primärvård. Kraven behöver anpassas beroende på var i regionen etableringen sker. Det kan åstadkommas genom att utnyttja hälso- och sjukvårdslagens möjlighet att dela in regionen geografiskt i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem. I glesbygd bör kraven på personalens samlade kompetensbredd vara mindre omfattande, då patientunderlaget är mindre.

2. **Lagstifta om att patienter ska listas på en fast läkare**

   För att säkra allas rätt till en fast läkare, liksom för att synliggöra läkares arbetsbörda och hur den utvecklas över tid, behöver riksdagen skärpa lagstiftningen gällande rätten till fast läkarkontakt. Förbundet anser att det bör vara ett lagkrav att patienter också listar sig eller listas på en fast läkare, på den vårdcentral de tillhör. Dagens lagstiftning innebär att patienter bara behöver listas på en vårdcentral.

3. **Tillskjut långsiktiga medel för primärvårdens utbyggnad**

   Regeringen behöver tillskjuta ytterligare medel under en längre övergångsperiod för att målet om en utbyggd primärvård ska bli verklighet. På sikt kommer regionerna själva kunna bekosta en större del, då ett fastläkarsystem leder till en mer resurseffektiv vård. Med en utbyggd primärvård kan regionerna minska sina kostnader för exempelvis akutsjukvården.

4. **Ställ krav på regionerna att jobba strategiskt för att nå målet om 1 läkare på 1 100 invånare**

   De statliga medlen som går till omställningen för en god och nära vård måste villkoras så att de kommer vårdcentralerna till del. Regeringen behöver ställa krav på att regionerna antar mål och arbetar strategiskt och aktivt för att riktvärdet 1 100 invånare per specialistläkare ska nås. En fast

läkare är den enskilt viktigaste faktorn för en god och nära vård och alla invånares rätt till en fast läkare måste säkras.

5. **Dimensionera och samordna läkares utbildningstjänster på nationell nivå**

   För att råda bot på att det i Sverige utbildas för få specialister i allmänmedicin och andra bristspecialiteter behöver staten ta över ansvaret för dimensioneringen och samordningen av läkares utbildningstjänster (allmäntjänstgöring, bastjänstgöring och specialiseringstjänstgöring).

Inledning

I den här rapporten kartlägger och analyserar Läkarförbundet läkarbemanningen och rekryteringssituationen på landets vårdcentraler, hälsocentraler, husläkarmottagningar, familjeläkarmottagningar och motsvarande verksamheter. Fortsättningsvis används termen vårdcentraler.

Vi samkör också våra bemanningssiffror med uppgifter om patienters upplevelser av vården på respektive vårdcentral. De senare uppgifterna har hämtats från en nationell patientenkät, samordnad av Sveriges kommuner och regioner, kallad NPE.[1]

Rapporten bygger på en bemanningsenkät som Läkarförbundet skickade till verksamhetschefer för landets samtliga vårdcentraler under hösten 2024. Över 70 procent svarade och svarsfrekvensen är hög i alla undersökta undergrupper. Svaren är representativa för vårdcentraler i alla regioner, för både offentliga och privata enheter och för alla typer av vårdcentraler oavsett om de är belägna i en storstad eller på landsbygden. Undersökningen beskrivs närmare i rapportens bilaga.

Pågående omställning till en god och nära vård

Regering och riksdag har fattat flera beslut om både lagändringar och ekonomiska satsningar för att få till en hälso- och sjukvårdsreform, en omställning till en god och nära vård. Syftet är att utveckla en jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården[2].

Det råder en bred politisk enighet om att reformen ska leda till att primärvården ska få mer ekonomiska resurser. Det krävs för att stärka vårdcentraler och andra verksamheter som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd.[3]

Nuvarande regeringsunderlag är överens om att det ska ske en omfattande utbyggnad av primärvården under den närmsta tioårsperioden, bland annat genom att anställa fler specialister i allmänmedicin.[4] Det krävs för att säkerställa att den lagstadgade rätten till en fast läkare för alla Sveriges invånare blir verklighet och att hälso- och sjukvården fungerar effektivt.

Den politiska enigheten till trots går utvecklingen trögt. Sedan 2018 har regeringen satsat drygt 31 miljarder kronor på omställningen, men vårdcentralerna har ändå

---

[1] Nationell patientenkät (NPE) är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Sedan 2009 deltar samtliga regioner. Arbetet samordnas av Sveriges kommuner och regioner (SKR).

[2] Jfr. Kommittédirektiv (2017:24).

[3] Jfr. Kommittédirektiv (2017:24).

[4] Moderaterna, Kristdemokraterna, Liberalerna och Sverigedemokraterna (2022).

samma andel av sjukvårdens resurser nu som de hade då. Andelen svenskar som uppger sig ha en fast läkarkontakt har legat runt 30 procent sedan Vård- och omsorgsanalys första mätning 2019.[5] I den senaste mätningen uppger fortsatt endast 3 av 10 svenskar att de har en fast läkare.[6] Bristen på resultat av den pågående hälso- och sjukvårdsreformen har förbundet tidigare beskrivit i rapporten *Läkarförbundet granskar: God och nära vård*.[7]

Vikten av en fast läkare

Det finns ett positivt samband mellan att ha en fast läkare och samtliga av de mål som finns för omställningen till en god och nära vård. Målen för omställningen är ökad delaktighet, tillgänglighet, kontinuitet och samordning. Personer med en fast läkare upplever att de är mer delaktiga i sin vård och har en bättre kommunikation med läkare.[8] De har också en bättre upplevelse av vårdsamordningen, kontinuiteten och vårdens tillgänglighet.[9]

Att ha en fast läkare som har tillräckligt med tid skapar trygghet. I första hand för patienten, men också för läkaren och övrig personal inom hela hälso- och sjukvården och omsorgen. Det blir tydligt för patienten vem hen kan vända sig till med frågor om sin vård och för sjukvårdspersonalen blir det tydligt vem som har helhetsansvaret för patienten. Patienten slipper upprepa sin sjukdomshistoria och läkaren kan ägna mindre tid åt att fråga om och läsa in sig på densamma, liksom åt tidskrävande dokumentation.

Studier visar att för den enskilde patienten innebär en fast läkare en bättre och mer förebyggande vård och en minskad risk att dö i förtid.[10] Det är lättare för en läkare som redan har en relation till en patient att ställa diagnos. I regel gäller, att ju längre tid du haft din fasta läkare, desto bättre.[11] Det är inte bara personer med komplexa vårdbehov som har nytta av en fast läkare, utan även den stora gruppen unga vuxna.[12]

Ett fastläkarsystem leder också till en mer resurseffektiv vård. Forskning visar att personer med en fast läkare går på färre vårdbesök.[13] De behöver också färre

---

[5] Vård- och omsorgsanalys (2024b).

[6] Vård- och omsorgsanalys (2024a).

[7] Sveriges läkarförbund (2024).

[8] Katz et al. (2014); Rodriguez et al. (2007).

[9] Vård- och omsorgsanalys (2024a).

[10] Baker et al. (2020); Lin et al. (2010); Lustman et al. (2016); Pereira Gray et al. (2018); Sandvik et al. (2022); Statens beredning för medicinsk och social utbildning, SBU (2021).

[11] Sandvik et al. (2022).

[12] Engström et al. (2019).

[13] Kajaria-Montag et al. (2024).

laboratorieundersökningar. Dessa besparingar och effektivitetsvinster kommer primärvården till del direkt.

Fasta läkare i primärvården leder också till besparingar i andra delar av vården. Flertalet studier visar att en fast läkarkontakt i primärvården minskar risken för sjukhusinläggningar, leder till färre akutbesök, färre komplikationer och sammantaget leder det till lägre totala hälso- och sjukvårdskostnader.[14]

Figur 1. Effekter av fast läkare i primärvården

Ökad livskvalitet	Nöjdare patienter och nöjdare vårdpersonal	Ökad terapiföljsamhet
Mindre överdiagnostik	Färre besök på akutmottagning	Bättre preventiv vård
Färre vårdbesök och sjukhusinläggningar	Lägre samhällskostnader	Ökad överlevnad

Kommentar: Figuren är inspirerad av en illustration framtagen av Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF) och Svensk förening för allmänmedicin (SFAM).[15]

Att en utbyggd primärvård med fastläkarsystem är mer resurseffektivt innebär också en lägre klimatpåverkan.[16] I boken *Klimatmedicin* rekommenderas därför kliniker att eftersträva relationell kontinuitet.[17]

Riktvärdet 1 100 invånare per läkare

Alla i Sverige har en lagstadgad rätt till en fast läkare i primärvården.[18] Trots det har endast runt 30 procent av alla invånare i Sverige en fast läkare i praktiken. Andelen invånare som är listade på en fast läkare på pappret är i regel högre (i de regioner som kan redovisa uppgiften), men majoriteten av de invånarna har en läkare som

[14] Amjad et al. (2016); Engström et al. (2025); Engström et al. (2019); Hussey et al. (2014); Kohnke och Zielinski (2017); Lin et al. (2010); Lustman et al. (2016); Mainous och Gill (1998); Saultz och Lochner (2005); Sandvik et al. (2022).

[15] Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmänmedicin (2022).

[16] Jfr. Tennison et al. (2021).

[17] Persson Cofina (2024).

[18] SFS (2014:821) 3 kap. § 2; SFS (2017:30) 7 kap. 3 §.

ansvarar för allt för många invånare för att i praktiken kunna fungera som deras fasta läkare.

Nuvarande regering har som mål att rätten till en fast läkarkontakt ska säkras för hela befolkningen, vilket också tidigare regering har haft. På uppdrag av regeringen fastslog Socialstyrelsen år 2022 ett nationellt riktvärde för hur många invånare en specialist i allmänmedicin bör ansvara för som fast läkarkontakt.

Enligt Socialstyrelsens riktvärde bör en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin ansvara för i genomsnitt 1 100 invånare. Riktvärdet säger vidare att en läkare som genomgår sin specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin bör ansvara för ungefär hälften så många, 550 invånare, i mitten av sin specialistutbildning. Färre i början och fler i slutet.[19]

Riktvärdet 1 100 per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin är ett trubbigt mått på vårdcentralnivå, men på regionnivå fungerar det bra som referenspunkt för att bedöma läkarnas arbetsbörda. Riktvärdet ska varken ses som ett golv eller ett tak. Vad som är ett rimligt antal patienter beror mycket på patienternas sammantagna vårdbehov. En läkares lista behöver därför viktas beroende på förväntad så kallad vårdtyngd – beroende av patienternas kön, ålder och tidigare diagnoser, bland annat.

Ett nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården:

- 1100 invånare per specialistläkare i primärvården
- 550 invånare per läkare i specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin, i mitten av sin specialistutbildning.

Socialstyrelsen (2022)

För att svara mot Socialstyrelsens riktvärde behövs närmast dubbelt så många specialister i allmänmedicin i primärvården mot vad som finns idag. Det visar Läkarförbundets tidigare uträkning utifrån Socialstyrelsens och Sveriges kommuner och regioners siffror för 2019.[20]

Att sträva mot riktvärdet för hur många invånare en läkare i primärvården kan ansvara för är viktigt för att förbättra läkarnas arbetsmiljö. Läkare i primärvården arbetar deltid i större utsträckning än läkare inom andra verksamheter. En förklaring till det är den höga arbetsbördan i och med att läkarna i regel ansvarar för ett för

[19] Socialstyrelsen (2022).

[20] Sveriges läkarförbund (2024).

stort antal invånare. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är endast 85 procent bland specialistläkare inom primärvården, medan den är 93 procent bland läkare inom övrig regional verksamhet.[21]

Den höga arbetsbördan på vårdcentraler är ett resultat av att för få läkare arbetar i verksamheterna. Arbetsbördan i primärvården gör att många läkare inte upplever att de kan göra ett bra jobb för sina patienter. Det bidrar också till att många specialister i allmänmedicin – över en fjärdedel – väljer att arbeta utanför primärvården. Av alla specialistläkare inom allmänmedicin är endast 73 procent sysselsatta inom primärvården.[22]

Utvecklingen behöver vändas, kompetensförsörjningen säkras och arbetsmiljön förbättras, så att läkare i primärvården får fler kollegor och vill och orkar jobba kvar.

[21] Sveriges kommuner och regioner (2024).

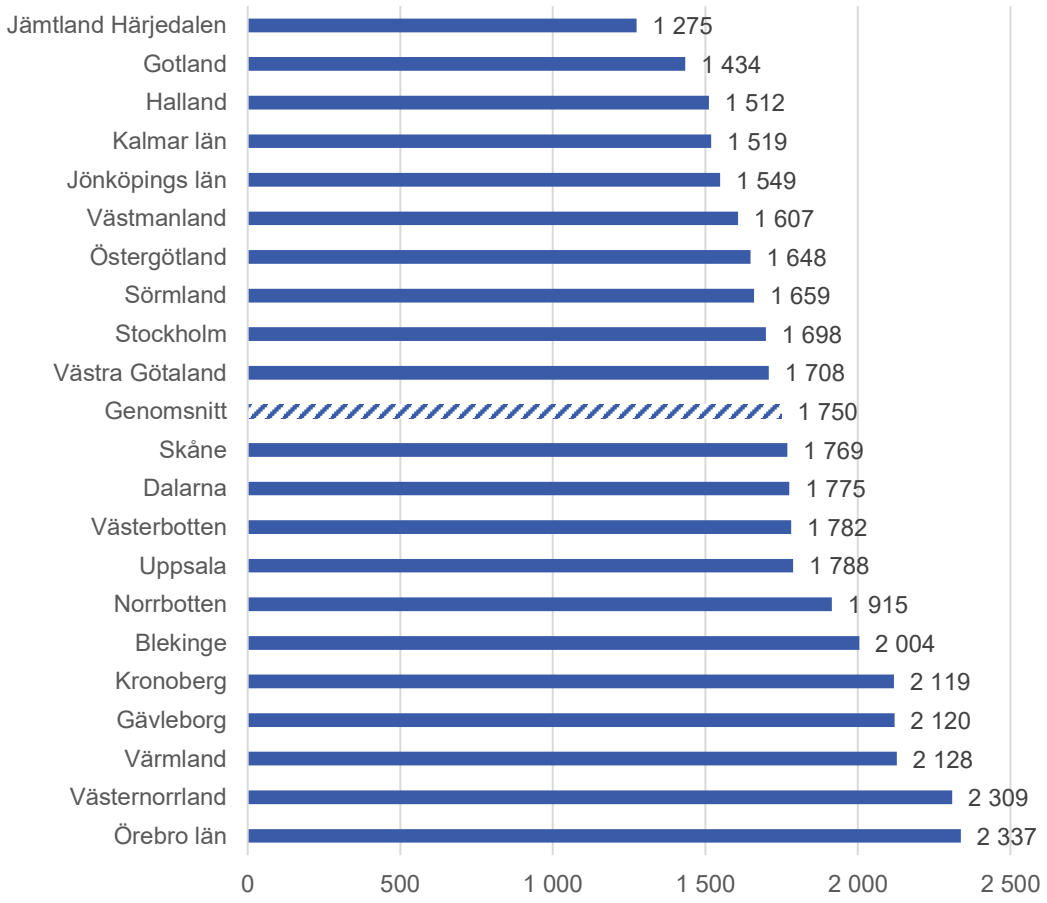
[22] Socialstyrelsen (2023).

Antal invånare per läkare varierar stort mellan regioner

Vår undersökning visar att en heltidsanställd specialist i allmänmedicin ansvarar för 1 750 invånare, i genomsnitt. Det är långt över riktvärdet 1 100. Antalet listade per läkare skiljer sig dock mycket mellan olika regioner, vilket illustreras i figur 2.

En del regioner närmar sig riktvärdet, medan andra fortfarande ligger långt över det. I Region Jämtland Härjedalen ansvarar en läkare för knappt 1 300 patienter, i snitt. I Region Örebro län är samma siffra uppe i drygt 2 300.

Figur 2. Genomsnittligt antal listade invånare per läkare, per region



Kommentar: Antalet listade per läkare utgår från antalet heltidstjänster. Vi har räknat med tillsvidareanställda och vikarierande specialister i allmänmedicin samt ST-läkare i allmänmedicin. En ST-läkare motsvarar i beräkningen 0,5 specialister i allmänmedicin. Det enligt Socialstyrelsens riktvärde för fast läkarkontakt.

Vi räknar inte med AT-läkare och legitimerade läkare utan pågående eller avklarad specialistutbildning i allmänmedicin på grund av att de inte bör ha egna, listade patienter enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Ett ökat antal ST-läkare

I en tidigare uträkning som förbundet genomförde 2024 (som byggde på uppgifter från SKR, Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet) hade en specialist i allmänmedicin ansvar för cirka 2 100 invånare, vilket var nästan dubbelt så många som riktvärdets 1 100 invånare.[23]

Att vi får ett lite bättre resultat i den här bemanningsundersökningen är glädjande. Det kan bero på att antalet ST-läkare i allmänmedicin har ökat sedan 2019.[24] Att specialistläkarbemanningen i primärvården skulle ha blivit bättre motsägs nämligen av resultat i andra undersökningar. Enligt Vård- och omsorgsanalys minskade antalet specialister i allmänmedicin anställda i primärvården per capita under perioden 2017–2022.[25]

Jämförelsen med siffror från 2019 bör tolkas med försiktighet då siffrorna inte har tagits fram på samma sätt. Skillnader kan också bero på att vi den här gången har ett bortfall på runt 30 procent av vårdcentralerna. Det kan vara så att många vårdcentraler med dålig läkarbemanning ingår i bortfallet.

Ett bättre resultat skulle också till en liten del kunna förklaras av att vi räknar med vikarierande specialister i allmänmedicin. Det gör vi för att vikarier är ett måste och att de, om de vikarierar en längre tid, kan ha egna listade patienter. Det är oundvikligt att några tillsvidareanställda är föräldralediga, sjuka eller dylikt. Andelen vikarierande allmänspecialister på vårdcentralerna varierar mellan 0 och 15 procent, vilket framgår av tabell 1.

Flera regioner är hyrläkarberoende

Bland de specialister i allmänmedicin som arbetar på landets vårdcentraler är 85 procent tillsvidareanställda och 4 procent vikarier, i genomsnitt. Andelen hyrläkare uppgår till 11 procent i genomsnitt, men variationen är stor mellan regionerna. Störst andel hyrläkare har regionerna Gävleborg, Norrbotten, Västernorrland och Blekinge, vilket framgår av tabell 1. De har alla 25 procent eller fler hyrläkare.

Det här resultatet stämmer ganska väl med det resultat Vård- och omsorgsanalys fick när de genomförde en liknande enkätundersökning bland cheferna för samtliga vårdcentraler i Sverige år 2022. Av deras undersökning framkom att 81 procent av de specialistläkare i allmänmedicin som tjänstgjorde vid vårdcentralerna (omräknat till heltidstjänster) var tillsvidareanställda, medan resterande arbetade som vikarier heller hyrläkare.[26]

---

[23] Sveriges läkarförbund (2024).

[24] Sveriges kommuner och regioner (2022).

[25] Vård- och omsorgsanalys (2023).

[26] Vård- och omsorgsanalys (2023).

Tabell 1. Andel tillsvidareanställda, vikarier respektive hyr-/stafettläkare bland vårdcentralernas specialister i allmänmedicin, i procent

Region	Tillsvidareanställda	Vikarier	Hyrläkare
Halland	95	5	0
Östergötland	91	5	4
Stockholm	91	4	5
Uppsala	90	5	5
Västra Götaland	92	2	6
Skåne	86	4	10
Västmanland	87	2	11
Västerbotten	84	5	11
Jönköpings län	86	2	12
Sörmland	81	5	14
Gotland	70	15	15
Örebro län	80	4	15
Kalmar län	78	5	17
Dalarna	80	2	18
Jämtland Härjedalen	73	7	19
Värmland	75	5	20
Kronoberg	79	0	21
Blekinge	71	4	25
Västernorrland	73	2	25
Norrbotten	63	7	29
Gävleborg	65	4	31
Totalt	**85**	**4**	**11**

En hög andel hyrläkare kan ibland vara nödvändigt för att avlasta de fasta läkarna, så att de får en rimlig arbetsbörda. Om en region eller verksamhet är hyrläkarberoende under längre tid riskeras dock kontinuiteten i patientkontakterna.

Ju högre läkartäthet, desto nöjdare patienter

Ju fler invånare en läkare på en vårdcentral ansvarar för i genomsnitt, desto sämre vård upplever patienterna att de får på vårdcentralen. Det kan tyckas ganska självklart men vi kan också visa det genom att jämföra de bemanningsuppgifter vårdcentralerna har rapporterat in – läkartätheten sett till antal listade – med resultat i Nationell patientenkät (NPE).

Hela 94 procent av de vårdcentraler som besvarat vår enkät finns också med i NPE.

Om Nationell patientenkät (NPE)

Nationell patientenkät Primärvård består av sju dimensioner. En dimension i NPE består av flera frågor. Frågorna viktas, det vill säga bidrar med en viss andel till det totala dimensionsvärdet, och utgör tillsammans det totala värdet på en så kallad frågedimension. Skalan går från 0 till 100 där värdet 100 är bäst.

Frågedimensionerna är:

- Kontinuitet och koordinering
- Tillgänglighet
- Helhetsintryck
- Delaktighet och involvering
- Information och kunskap
- Emotionellt stöd
- Respekt och bemötande

Kontinuitets- och koordineringsdimensionen i NPE bygger på svar på flera frågor, varav en är ”Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?”. Dimensionen avser att belysa patientens upplevelser av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering. Alltså hur väl patientens vård samordnas internt och externt.[27]

Tabell 2 visar att fler antal listade patienter per läkare korrelerar negativt med patienters upplevelse av vården vad gäller samtliga frågeområden. Starkast är sambandet när det gäller kontinuitet och koordinering. Sambandet mellan antal listade patienter per läkare och frågedimensionen *kontinuitet och koordinering*, den så kallade korrelationskoefficienten, är -0,7. Ett värde nära 0 skulle inte visa något

[27] Sveriges kommuner och regioner (2025).

samband alls, medan ju närmare värdet är -1 eller 1, desto starkare samband. Korrelationskoefficienten -0,7 indikerar ett starkt negativt samband.

Resultatet visar att ju fler patienter läkare ansvarar för inom en region, desto sämre upplever patienter kontinuiteten och koordineringen på sin vårdcentral. Det här betyder att resultaten av en tidigare undersökning som Läkarförbundet genomförde 2012[28] återupprepas.

Tabell 2. Sambandet mellan antalet listade per läkare och patienters upplevelser av vården

NPE:s frågedimensioner	Korrelation med antal listade per läkare
Kontinuitet och koordinering	-0,7
Helhetsintryck	-0,7
Tillgänglighet	-0,7
Delaktighet och involvering	-0,7
Information och kunskap	-0,6
Emotionellt stöd	-0,6
Respekt och bemötande	-0,5

Kommentar: Korrelationskoefficienten (Pearsons korrelation) visar det linjära sambandet mellan två variabler och kan anta ett värde mellan -1 och 1. Värden nära 0 visar inte något samband alls och ju närmare värdet är -1 eller 1, desto starkare samband.

Antalet listade per läkare utgår från antalet heltidstjänster. Vi har räknat med tillsvidareanställda och vikarierande specialister i allmänmedicin samt ST-läkare i allmänmedicin. En ST-läkare motsvarar i beräkningen 0,5 specialister i allmänmedicin enligt Socialstyrelsens riktvärde för fast läkarkontakt.

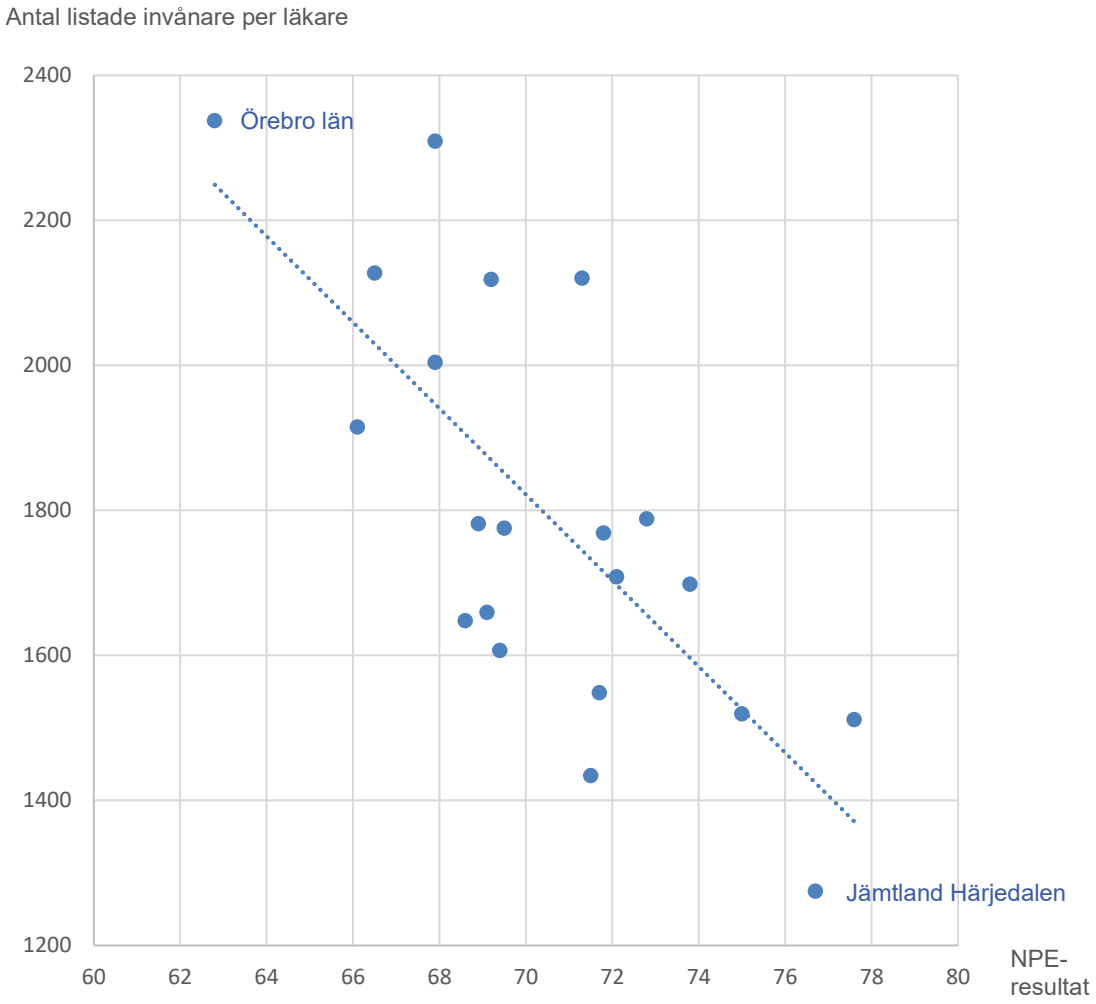
Kontinuitet och koordinering är den dimension i den nationella patientenkäten (NPE) som bäst speglar vårdens kvalitet och patientsäkerheten. Varför kontinuitet och koordinering är så avgörande för vårdens kvalitet framgår tidigare i den här rapporten, både i figur 1 och i avsnittet som föregår figur 1, där vi redogör för effekter av att ha en fast läkare i primärvården.

Resultaten – den tydliga korrelationen – visar att fler läkare i primärvården är avgörande för att få till omställningen till en god och nära vård. När läkare har ansvar för ett rimligt antal invånare förbättras den relationella kontinuiteten och samordningen av patienters vård. Det främjar personcentrering och individuella anpassningar av vården utifrån invånares olika behov och önskemål. Med en fast läkare ges patienter en bättre möjlighet att delta i sin vård utifrån sina förutsättningar och preferenser. En fast läkare leder också till ett bättre hälsoutfall och bidrar till att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt.

[28] Sveriges läkarförbund (2015).

I figur 3 illustreras sambandet mellan antalet listade patienter per läkare och *kontinuitet och koordinering* tydligare. I figuren är Region Örebro län markerad. Örebro län har högst antal listade patienter per läkare (se även figur 2). De har också det sämsta utfallet vad gäller patienters upplevelse av kontinuitet och koordinering, i NPE. Region Jämtland Härjedalen har också märkts ut. Jämtland Härjedalen har bäst läkartäthet. De har också det näst bästa utfallet vad gäller kontinuitet och koordinering, enligt patienters omdömen i NPE.

Figur 3. Korrelation mellan kontinuitets- och koordineringsvärdet i NPE och antalet listade per läkare, per region



Kommentar: Varje enskilt värde representerar en region.

Korrelationskoefficienten = -0,7. Korrelationskoefficienten (Pearsons korrelation) visar det linjära sambandet mellan två variabler och kan anta ett värde mellan -1 och 1. Värden nära 0 visar inte något samband alls och ju närmare värdet är -1 eller 1, desto starkare samband.

Antalet listade per läkare utgår från antalet heltidstjänster. Vi har räknat med tillsvidareanställda och vikarierande specialister i allmänmedicin samt ST-läkare i allmänmedicin. En ST-läkare motsvarar i beräkningen 0,5 specialister i allmänmedicin enligt Socialstyrelsens riktvärde för fast läkarkontakt.

Små, läkarledda enheter kommer bäst ut

Privata vårdcentraler som inte tillhör en koncern eller ett större företag kommer bäst ut vad gäller patientnöjdhet. De är också bäst bemannade, vilket framgår av tabell 3. Många av de verksamheterna är både personalägda och läkarledda. Hit räknas bland andra vårdcentraler som ingår i vårdkooperativet *Praktikertjänst*.

Offentligt drivna verksamheter och privata verksamheter drivna av koncerner och större företag, så som *Aleris* och *Capio*, har inte lika bra läkartäthet och får inte lika bra betyg som mer småskaliga, privata verksamheter. Offentliga och koncerndrivna vårdcentraler är ganska lika både vad gäller läkartäthet och patientnöjdhet.

Idéburna verksamheter är få, varför det är svårt att dra några större slutsatser av deras resultat. Totalt sett är det bara 11 vårdcentraler med idéburna ägare som ingår i vår bemanningsundersökning, varav alla också ingår i NPE-undersökningen. Hit hör bland annat verksamheter inom *Bräcke Diakoni*. Om vi ändå tittar på dem separat så ser vi att de har allra bäst resultat, både vad gäller läkartäthet och patientnöjdhet.

Tabell 3. Läkarbemanning och NPE-utfall beroende på driftform

Vårdcentralernas driftform	Genomsnittligt antal listade per läkare	NPE Kontinuitet och ko-ordinering
Privata – koncerner/större företag	1 839	71
Offentliga	1 785	68
Privata – ej koncerner/större företag	1 640	76
Privata – ej koncerner/större företag, varav endast idéburna	*1 364*	*76*
Totalt	**1 750**	**71**

I vår undersökning är det ungefär lika stor andel av de listade invånarna som tillhör en offentlig vårdcentral, som en privat. Inom gruppen som är listade på en privat vårdcentral är störst andel listade på en vårdcentral som inte tillhör någon av de större koncernerna, vilket framgår av tabell 4.

Tabell 4. Andel listade per driftsform, i procent

Vårdcentralernas driftform	Andel listade (%)
Offentliga	55
Privata – koncerner/större företag	17
Privata – ej koncerner/större företag	28
Privata – ej koncerner/större företag, varav endast idéburna	*1*

Kommentar: Vår redogörelse av andel invånare som är listade på olika vårdcentraler, fördelade per driftsform, utgår för hur det ser ut på de vårdcentraler vars verksamhetschefer har svarat på vår bemanningsenkät.

Få vårdcentraler begränsar antalet invånare som de ansvarar för

En välbemannad och populär vårdcentral kan bli så efterfrågad att de får fler patienter som vill lista sig hos dem än personalen klarar av. Att rekrytera fler medarbetare tar tid och verksamhetens lokaler begränsar ofta möjligheten att utöka personalstyrkan.

För att förhindra att medarbetare på välfungerande verksamheter överbelastas med arbetsuppgifter och inte längre kan erbjuda sina listade en god vård, rimlig tillgänglighet och kontinuitet, antog riksdagen en lagändring som trädde ikraft den 1 juli 2022. Lagändringen innebär att regioner nu har en lagstadgad möjlighet att tillfälligt begränsa antalet listade patienter på en vårdcentral.

Lagändringen klubbades igenom tillsammans med andra lagändringar som en del i en pågående reform för en god och nära vård. I samband med lagändringen förtydligades också var och ens rätt till en fast läkare på den vårdcentral man är listad på.

Vår undersökning visar att relativt få verksamheter ansöker om listningsbegränsning, vilket framgår av tabell 5, och att de som ansöker i regel beviljas. Verksamhetscheferna för totalt sju procent av vårdcentralerna (59 av de 856 som besvarat frågan) vet med sig att deras vårdcentral har ansökt om listbegränsning. En majoritet av dem, 86 procent eller 51 vårdcentraler, har också beviljats listningsbegränsning.

Att inte fler nyttjar möjligheten till listningsbegränsning för att minska personalens arbetsbelastning är förmodligen för att verksamheten inte går runt om de inte har för många listade invånare och kanske dessutom har krav på avkastning. Vårdcentralerna ersätts till stor del beroende på hur många de har listade.

De privata vårdcentraler som inte är koncerndrivna, varav många är personalägda och ett fåtal idéburna verksamheter, ansöker om listningsbegränsning i högre utsträckning. Det kan bero på att de i högre utsträckning värderar en rimlig arbetsbörda högre än en skälig ersättning. Idéburna verksamheter kan gå med förlust och finansiera underskottet med stiftelsemedel, men bara på kort sikt. Det är naturligtvis inte hållbart i längden, då det egna kapitalet är ändligt.

Tabell 5. Andel som ansökt om listningsbegränsning beroende på driftform, i procent

Vårdcentralernas driftform	Andel som ansökt om listningsbegränsning (%)	Av antal svarande
Privata – koncerner/större företag	3	141
Offentliga	4	459
Privata – ej koncerner/större företag	14	266
Privata – ej koncerner/större företag, varav endast idéburna	*18*	*11*
Totalt	**7**	**866**

Bland de få som ansökt och nekats listningsbegränsning märks ett stort missnöje. En verksamhetschef, vars vårdcentral fått avslag, berättar att svaret dröjde flera månader. Under tiden sade en läkare upp sig och en annan sjukskrevs på grund av den orimliga arbetsmiljön, som uppstått till följd av för många listade.

[Regionen] *avslog den begäran efter 4 månaders väntetid. Arbetsmiljön var orimlig och en läkare slutade och en blev långtidssjukskriven.*

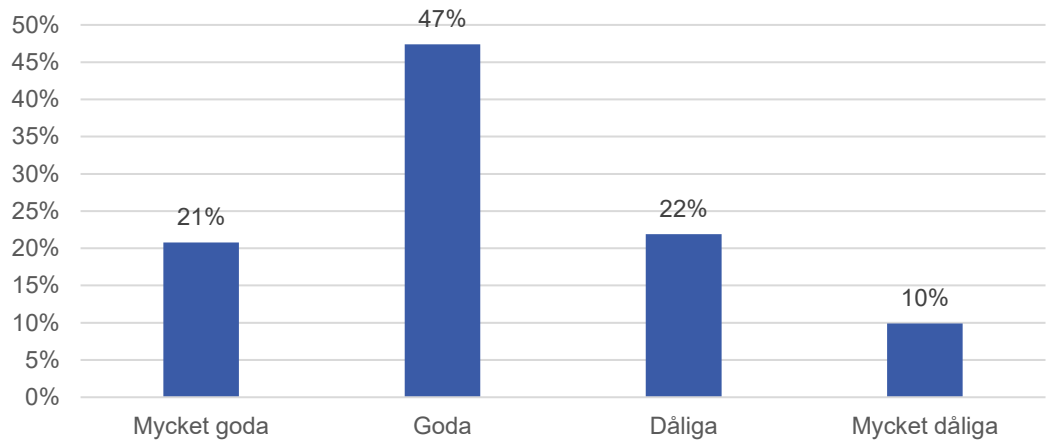
En del verksamheter har svårt att rekrytera läkare

En majoritet av de svarande verksamhetscheferna, 68 procent, upplever att deras vårdcentral har goda eller mycket goda förutsättningar att rekrytera och behålla läkare.

De offentligt drivna vårdcentralerna sticker dock ut negativt. Bland deras verksamhetschefer är det endast 44 procent som upplever sig ha goda förutsättningar att rekrytera och behålla läkare. Det kan indikera att de offentligt drivna vårdcentralerna är sämre arbetsgivare. En annan trolig delförklaring till det är att offentligt drivna vårdcentraler oftare finns i gles- och i landsbygd, där det är svårare att rekrytera läkare och där få privata vårdgivare väljer att etablera sig.

För att fler privata vårdcentraler ska etableras i gles- och landsbygd, behöver kraven på verksamheterna anpassas och ersättningsnivåerna vara högre. Det är svårt att få en verksamhet att gå runt ekonomiskt med ett begränsat patientunderlag och läkare och annan personal kan behöva attraheras av högre löner.

Figur 4. Verksamhetschefers upplevelse av vårdcentralens förutsättningar att rekrytera och behålla läkare



Kommentar: De som svarade "Vet inte" är inte medräknade. De var 4 procent totalt.

Att verksamheter i landsbygdskommuner i regel har svårare att rekrytera läkare framgår av våra resultat. Undantag är verksamheter belägna i de landsbygdskommuner som har besöksnäring, det vill säga turistorter.

Våra resultat visar också att verksamheter i större städer har lättare att rekrytera och behålla personal än verksamheter i storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö. Det skulle kunna bero på att arbetsgivarna är fler och konkurrensen om läkarna är större i storstäderna.

Personalbrist avskräcker nya läkare

Av våra resultat att döma framstår det som att det finns två läger vad gäller huruvida det är lätt att rekrytera. De som redan är välbemannade har i regel inget problem att nyrekrytera, medan vårdcentraler som har brist på personal har svårare att rekrytera. Förväntningarna är förmodligen att arbetsbördan och inskolningen blir tuffare, i brist på kollegor. ”Folk söker sig dit det redan är folk”, som en verksamhetschef skriver.

En grupp svarande verksamhetschefer framhåller dock att frågan om hur deras förutsättningar att rekrytera respektive behålla läkare är två skilda frågor. Gemensamt för dem är att de har svårt att rekrytera nya specialistläkare, men att det däremot inte finns några problem att behålla de läkare som en gång valt att arbeta på mottagningen. Denna grupp finns framförallt i gles- och på landsbygd.

Det är stora svårigheter att rekrytera när man inte redan har fast bemanning. Folk söker sig dit det redan är folk.

Goda möjligheter att behålla läkare. Vi har dock svårare att rekrytera, vilket jag tror till viss del beror vårdcentralens läge.

Resursbrist omöjliggör nyrekrytering på andra håll

De verksamhetschefer som har lätt att rekrytera menar att de enkelt hade kunnat anställa fler läkare om verksamheten bara hade haft mer pengar. De önskar högre ersättning för vårdcentralens uppdrag.

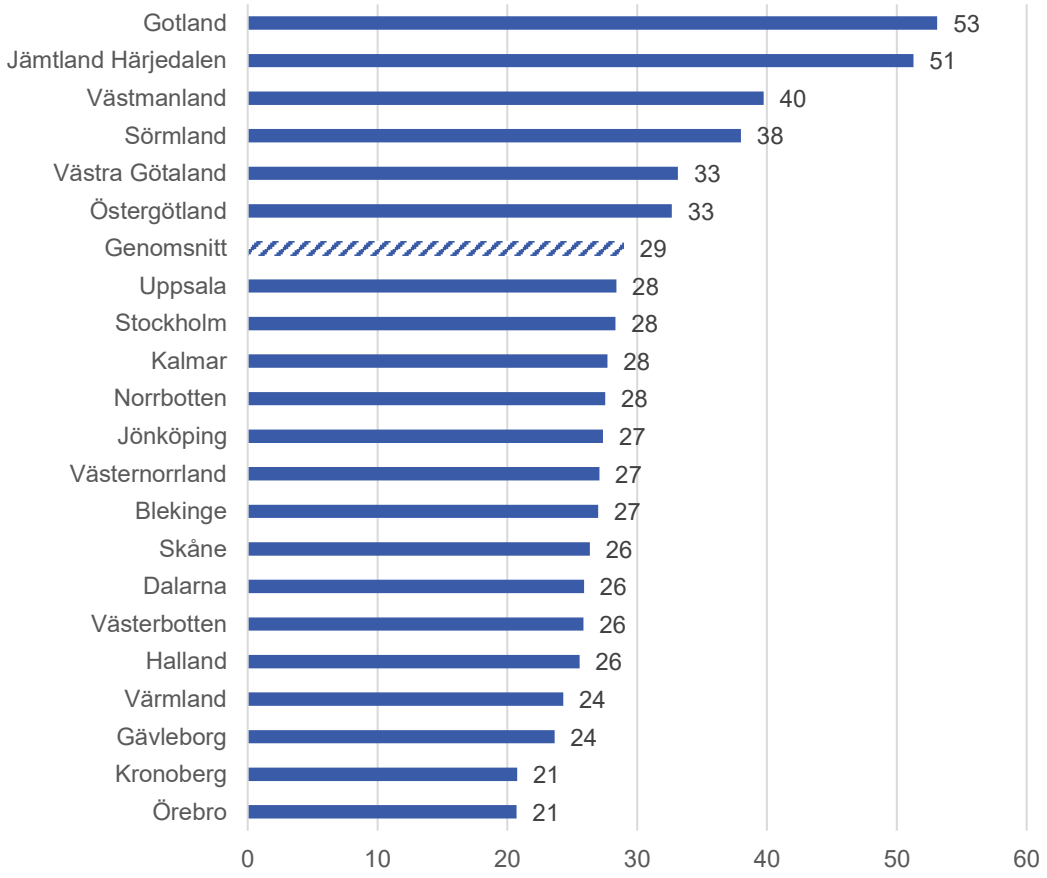
Att ekonomin sätter stopp framgår av flertalet fritextsvar, liksom av svaren på en fråga om vad som krävs för att verksamheten ska uppnå, alternativt fortsätta uppnå, Socialstyrelsens riktvärde 1 specialistläkare per 1100 listade invånare.

I vårt fall är det endast den ekonomiska ersättningen som begränsar, vi har inte råd att anställa fler specialister eller ST-läkare

Satsning på ST-läkare kan underlätta rekrytering

Några regioner sticker ut vad gäller hur många ST-läkare som finns anställda på deras vårdcentraler, jämfört med antal listade invånare. Region Gotland och Region Jämtland Härjedalen satsar stort på att rekrytera ST-läkare, vilket syns i figur 5. De regionerna har också en bättre läkarbemanning än genomsnittet, vilket framgår av figur 2.

Figur 5. Antal ST-läkare i allmänmedicin per 100 000 listade invånare, per region



Hälso- och sjukvårdslagen slår fast att regionerna ska tillhandahålla ST-tjänster som motsvarar det framtida behovet av specialistläkare. Trots det saknas det en nationell dimensionering och samordning. ST-tjänsterna tillsätts lokalt, utan hänsyn till behovet av ST-läkare och framtida specialister på nationell och övergripande nivå. Det har resulterat i att det under lång tid utbildats för få specialister i allmänmedicin.

Svårt att sia om när riktvärdet kan uppnås

Verksamhetscheferna fick frågan om när de bedömer att deras vårdcentral kan uppnå Socialstyrelsens riktvärde, alltså 1 specialistläkare per 1 100 listade invånare och 1 ST-läkare per 550 invånare. Den största delen svarande verksamhetschefer, 34 procent, anger att de inte vet. Det är förståeligt, då de själva har begränsad makt över förutsättningarna att rekrytera tillräckligt med läkare.

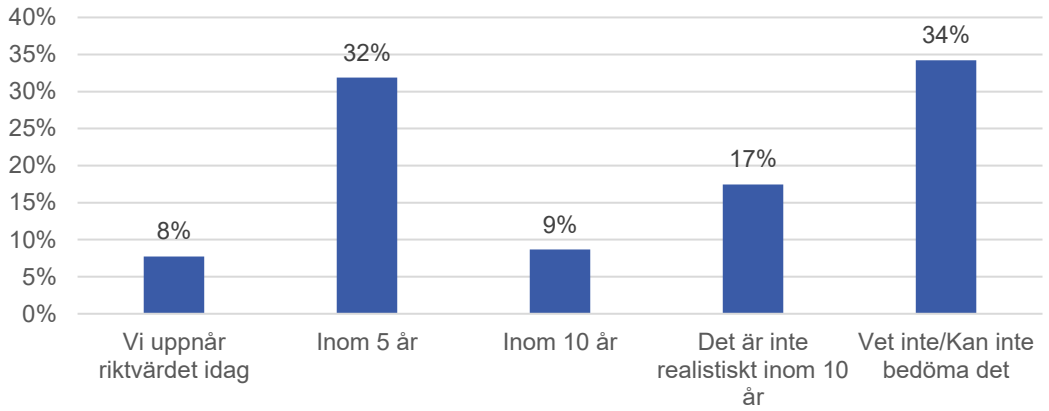
Bland de som vågade sig på en gissning är största delen ändå positiva och förutspår att de kan nå riktvärdet inom 5 år. En liten andel, 8 procent, uppger att de redan når riktvärdet.

En relativt stor andel, 17 procent, tror inte att det är realistiskt ens inom 10 år. De som är mest pessimistiska är de som är verksamma i mindre städer och tätorter, där svarar 24 procent att det inte är realistiskt inom 10 år.

Sambandet mellan när riktvärdet förväntas kunna uppnås är inte linjärt beroende på typ av kommun och dess befolkningstäthet. Verksamheter vars chefer är mest positiva är belägna i större städer, inte storstäder. Dessutom är verksamheter i landsbygdskommuner med besöksnäring mest positiva av alla. Fördelningen av svaren liknar de som rör verksamheternas förutsättningar att rekrytera och behålla läkare.

Verksamhetschefer verksamma på vårdcentraler som är ägda av en koncern eller ett större företag är i regel mer pessimistiska.

Figur 6. Verksamhetschefers bedömning av när deras vårdcentral kan uppnå Socialstyrelsens riktvärde för fast läkarkontakt

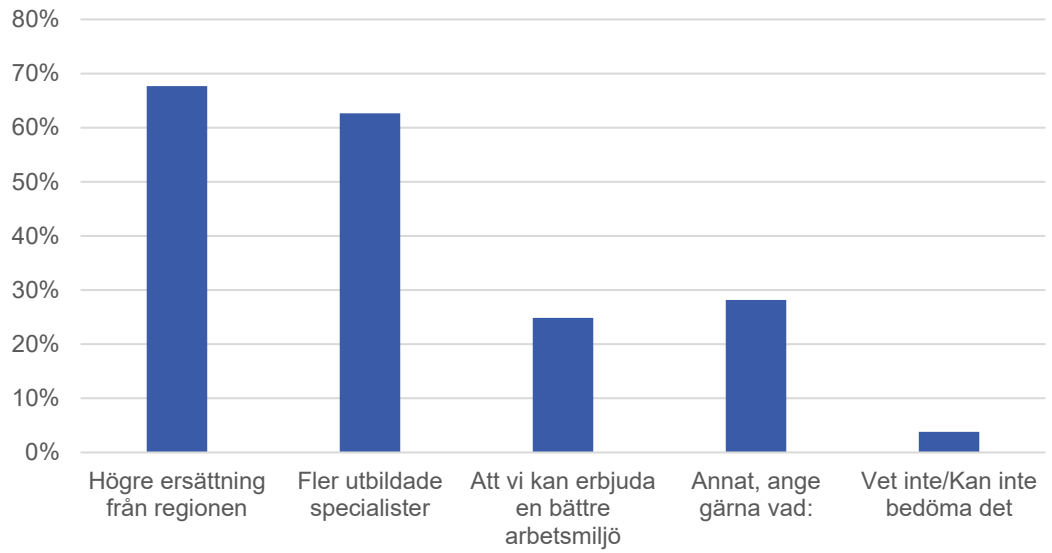


Kommentar: Socialstyrelsens riktvärde är 1 specialistläkare per 1 100 listade invånare och 1 ST-läkare per 550 invånare.

Högre ersättning och fler utbildade specialister i allmänmedicin efterfrågas

Majoriteten av verksamhetscheferna för landets vårdcentraler efterfrågar höjda ersättningar från regionerna för att de ska kunna anställa fler läkare. Majoriteten av verksamhetscheferna ser också att det behövs utbildas fler specialister i allmänmedicin. Det här framgår av figur 7.

Figur 7. Det verksamhetschefer ser krävs för att deras vårdcentral ska uppnå, alternativt fortsätta uppnå, Socialstyrelsens riktvärde



Kommentar: Socialstyrelsens riktvärde är 1 specialistläkare per 1 100 listade invånare och 1 ST-läkare per 550 invånare. Fler svarsalternativ var möjliga.

Många verksamhetschefer efterlyser också en förbättrad arbetsmiljö för att attrahera fler läkare, få fler att stanna i verksamheten och orka arbeta heltid. Flera svarande påpekar i fritextsvar att fler läkare skulle orka gå upp i heltid om de fick en rimlig arbetsbörda.

Vi har räknat på vad det skulle innebära om alla specialistläkare i primärvården skulle arbeta heltid. Det skulle motsvara en ökning med lite drygt 750 årsarbetare, eller närmare 20 procent. Om sysselsättningsgraden skulle vara som för övriga

specialistläkare, 93 procent, skulle det motsvara en ökning med 400 årsarbetare – en ökning om nästan 10 procent.[29]

Min uppfattning är att många allmänspecialister behöver fördela sin tid till andra uppdrag för att orka med ett helt arbetsliv.

Rimligare arbetsmiljö gör att specialisterna orkar jobba heltid, vilket de inte gör idag.

Regioner behöver säkerställa en rättvis ersättning

En högre grundersättning skulle också råda bot på det som nu är en konkurrensnackdel för privata aktörer. Regionernas egendrivna vårdcentraler går ofta med förlust, men backas då upp av respektive region så att de ändå kan fortsätta sin verksamhet. Privata vårdcentraler kan inte gå back på samma sätt, utan riskerar att behöva lägga ner sin verksamhet. För att inte riskera det uppger verksamhetschefer för privata vårdcentraler att de ofta tvingas att ytterligare belasta sin personal.

Något som ytterligare bidrar till en snedvriden konkurrenssituation är den så kallade vårdmomsen. Vårdtjänster är normalt sett momsbefriade, dock inte personaluthyrning. Den drabbar inte offentlig verksamhet, som ersätts, utan privata vårdgivare som inte kan räkna med att kompenseras i alla regioner. Det här behöver åtgärdas så att också privata vårdgivare kan ta in korttidsersättare när fast personal behöver ledighet eller avlastas.

[29] Enligt Sveriges kommuner och regioners statistik arbetar en specialistläkare i primärvården i genomsnitt 85 procent, medan samma siffra för övriga specialistläkare är 93 procent (Sveriges kommuner och regioner 2024). Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal arbetade drygt 5 000 specialister i allmänmedicin inom primärvården i november 2022, vilket är den senaste tillgängliga uppgiften (Socialstyrelsen 2025). I och med sysselsättningsgraden motsvarar det ungefär 4 250 årsarbetare.

Jag vill inte att momsfrågan faller i glömska … Orättvisa mot offentlig primärvård och risk att man sparar med konsekvens att ordinarie medarbetare bränns ut.

Referenser

Amjad, Halima, Donald Carmichael, Andrea M. Austi, Chiang-Hua Chang och Julie P. W. Bynum (2016). “Continuity of Care and Health Care Utilization in Older Adults With Dementia in Fee-for-Service Medicare” i *JAMA Internal Medicine,* vol. 176, nr. 9, s. 1371–1378.

Baker, Richard, George K. Freeman, Jeannie L. Haggerty, M. John Bankart och Keith H. Nockels (2020). “Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review” i *British Journal of General Practice*, vol. 70, nr. 698, s. e600–e611.

Engström, Sven Göran, Malin André, Eva Arvidsson, Carl Johan Östgren, Margareta Troein och Lars Borgquist (2025). ”Personal GP continuity improves healthcare outcomes in primary care populations: a systematic review” i *British Journal of General Practice,* vol. 75, nr. 757, s. e518–e525.

Engström, Sven, Lars Borgquist, Dennis Nordvall, Gunnar Albinsson och Eva Arvidsson (2019). “Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning: En populationsbaserad studie i Jönköpings sjukvårdsregion” i *Läkartidningen*, vol. 116, nr. 51–52.

Hussey, Peter S., Eric C.Schneider, Robert S. Rudin, D. Steven Fox, Julie Lai och Craig Evan Pollack (2014). “Continuity and the costs of care for chronic disease” i *JAMA Internal Medicine,* vol. 174, nr. 5, s. 742–748.

Kajaria-Montag, Harshita, Michael Freeman och Stefan Scholtes (2024). “Continuity of Care Increases Physician Productivity in Primary Care” i *Management Science*, vol. 70, nr. 11, s. 7345–8215.

Katz, David A., Kim McCoy och Mary Vaughan Sarrazin (2014). “Does improved continuity of primary care affect clinician-patient communication in VA?” i *Journal of General Internal Medicine,* vol. 29, s. 682–688.

Kohnke, Hannes och Andrzej Zielinski (2017). “Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study” i *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 35, nr. 2, s. 113–119.

Kommittédirektiv (2017:24). *Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.*

Lin, Wender, I-Chan Huang, Shu-Li Wang, Ming-Chin Yang och Chih-Liang Yaung (2010). “Continuity of diabetes care is associated with avoidable hospitalizations: evidence from Taiwan's National Health Insurance scheme” i *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 22, nr. 1, s. 3–8.

Lustman, Alex, Doron Camaneshter och Shlomo Vinker (2016). “Interpersonal continuity of care and type two diabetes” i *Primary Care Diabetes,* vol. 10, nr. 3, s. 165–170.

Mainous, Arch G. och James M. Gill (1998). “The IImportance of Continuity of Care in the Likelihood of Future Hospitalization: Is Site of Care Equivalent to a Prim'ary Clinician?” i *American Journal of Public Health*, vol. 88, nr. 10, s. 1539–1541.

Moderaterna, Kristdemokraterna, Liberalerna och Sverigedemokraterna (2022). *Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige.*

Pereira Gray, Denis J., Kate Sidaway-Lee, Eleanor White, Angus Thorne och Philip H. Evans (2018). “Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality” i *BMJ Open,* vol. 8, nr. 6, s. e021161.

Persson Cofina, Ida (2024). “Hållbar hälso- och sjukvård” kap. 13 i Vilhelmsson, Andreas (red.) *Klimatmedicin*: *Om klimatförändringar, extremväder och hälsa.* Lund: Studentlitteratur.

Rodriguez, Hector P., William H. Rogers, Richard E. Marshall och Dana Gelb Safran (2007). “The Effects of Primary Care Physician Visit Continuity on Patients’ Experiences with Care” i *Journal of General Internal Medicine,* vol. 22, s. 787–793.

Sandvik, Hogne, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg och Steinar Hunskaar (2022). “Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway” i *British Journal of General Practice*, vol. 72, nr. 715, s. e84–e90.

Saultz, John W. och Jennifer Lochner (2005). “Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review” i *Annals of Family Medicine,* vol. 3, nr. 2 s. 159–166.

SFS (2014:821) *Patientlag.*

SFS (2017:30) *Hälso- och sjukvårdslag.*

Socialstyrelsen (2022). *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården.* Art.nr: 2022-4-7896, publicerad 2022-04-28.

Socialstyrelsen (2023). *Personalstatistik inom primärvården: Delredovisning 2.*

Socialstyrelsen (2025). Uppgifter hämtade ur myndighetens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, 2025-05-09.

Statens beredning för medicinsk och social utbildning, SBU (2021). *Kontinuitet i vården: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter.* SBU Utvärderar 329.

Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmänmedicin (2022). *Fast läkare, detta innebär det i praktiken.* Policydokument antaget 2022-03-14.

Sveriges läkarförbund (2015). *Stabil läkarbemanning är avgörande för kontinuitet och vårdkvalité i primärvården: Analys av sambandet mellan stabiliteten i vårdcentralernas läkarbemanning och den patientupplevda kvaliteten.*

Sveriges läkarförbund (2024). *Läkarförbundet granskar: God och nära vård.*

Sveriges kommuner och regioner (2022). *Läkartillgång i primärvården.* PM 2022-01-30.

Sveriges kommuner och regioner (2024). Partsgemensam statistik för 2023, egen bearbetning av Sveriges läkarförbund.

Sveriges kommuner och regioner (2025). ”Dimensionering och viktning” på *Nationell Patientenkät, Sveriges regioner i samverkan*, (patientenkat.se). Publicerad 16 april 2024, hämtad 2024-03-03.

Tennison, Imogen, Sonia Roschnik, Ben Ashby, Richard Boyd, Ian Hamilton, Tadj Oreszczyn, Anne Owen, Marina Romanello, Paul Ruyssevelt, Jodi D. Sherman, Andrew Z. P. Smith, Kristian Steele, Nicholas Watts, Matthew J. Eckelman (2021). ”Health care’s response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England” i *Lancet Planet Health,* vol. 5, s. e82–92.

Vård- och omsorgsanalys (2023). *Ordnat för omställning?* Rapport 2023:2.

Vård- och omsorgsanalys (2024a). *Fast läkarkontakt i primärvården 2024: Behov och tillgång ur befolkningens perspektiv*. PM 2024:5

Vård- och omsorgsanalys (2024b). *Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023*. PM 2024:3

Vård- och omsorgsanalys (2025). *Omtag för omställning.* Rapport 2025:1.

Bilaga 1: Om undersökningen

Vår bemanningsenkät till vårdcentralernas verksamhetschefer innehöll frågor om läkarbemanningen på vårdcentralerna, hur många invånare de har listade och vad som krävs för att de ska nå riktvärdet 1 100 listade invånare per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin, respektive 550 listade invånare per ST-läkare.

Verksamhetscheferna ombads svara på hur bemanningen såg ut hos dem i slutet av augusti 2024. De som är verksamhetschef för flera vårdcentraler ombads svara flera gånger, en gång för varje vårdcentral. Se enkäten i sin helhet i rapportens *Bilaga 2. Läkarförbundets bemanningsenkät*.

Enkäten skickades till samtliga vårdcentraler

Läkarförbundets bemanningsenkät var digital och skickades via e-post till verksamhetschefer för landets samtliga vårdcentraler, hälsocentraler, husläkarmottagningar, familjeläkarmottagningar och motsvarande verksamheter. Verksamhetschefernas e-postadresser erhöll vi genom att tillfråga respektive region.

Över 70 procent svarade

Totalt fick 1 224 enskilda vårdcentraler enkäten. Verksamhetschefen för 866 av vårdcentralerna svarade på enkäten och svarsfrekvensen uppgår till 71 procent, vilket framgår av figur 8 och tabell 6.

Regionerna kunde inte alltid förse oss med namn på och aktuell e-postadress till respektive vårdcentrals verksamhetschef. Vi försökte då söka upp ansvarig verksamhetschef ändå, men lyckats inte alltid. Av de 1 224 tillfrågade nådde vi inte 39 vårdcentraler, där e-postmeddelanden vi skickade till dem ”studsade tillbaka”. Svarsfrekvens med “studsar” borträknade uppgår till 73 procent.

Hög svarsfrekvens i alla grupper

Vi bedömer att de svarande är representativa för landets vårdcentraler. Den totala svarsfrekvensen på 71 procent är tämligen jämnt fördelad mellan regionerna. I samtliga regioner svarade över 50 procent av vårdcentralerna. Svarsfrekvensen är också hög både bland offentliga och privata vårdcentraler – totalt svarade 71 procent i båda grupper. (Se figur 8 och tabell 6.)

Svarsfrekvensen är hög också oberoende av kommungrupp – bland vårdcentraler belägna i större städer liksom bland verksamheter i landsbygdskommuner (se tabell 7 och 8). Svarsfrekvensen var över 60 procent i samtliga undergrupper – från 63 procent bland vårdcentraler i pendlingskommuner nära mindre tätort, till 84 procent i verksamheter i landsbygdskommuner (se tabell 8).

Svarsfrekvensen varierar dock beroende på region. Västra Götalandsregionens offentligt drivna vårdcentraler sticker ut med en relativt låg svarsfrekvens, 35

procent (se tabell 6). Det kommer sig av att många offentligt drivna vårdcentraler i Västra Götaland endast svarade på några av våra frågor, men inte på de inledande frågorna som rör antal listade och vårdcentralens bemanning. Vi räknar endast med de vårdcentraler som lämnade uppgifter om antal listade och läkarbemanningen, när vi räknar svarsfrekvensen.

Viktiga bakgrundsvariabler

Tack vare bakgrundsuppgifter så som vårdcentralernas driftsform, vilken region de tillhör samt vilken typ av kommun de ligger i, kunde enkäten hållas kort.

Bland bakgrundsvariablerna har vi också majoriteten av vårdcentralernas resultat i Nationell patientenkät (NPE), där patienter fått svara på frågor om sina erfarenheter och upplevelser av vården på sin vårdcentral. 94 procent av de vårdcentraler vi har fått in svar ifrån ingår också i NPE-data.

Ungefär lika stor andel bland de offentligt drivna vårdcentralerna ingår i NPE (95 procent) jämfört med privata vårdcentraler (92 procent). Skillnaden mellan privata som drivs av en koncern eller ett större företag och andra, mindre privata utförare är inte heller stor (89 respektive 93 procent).

Uppdelningen mellan de privata utförarna

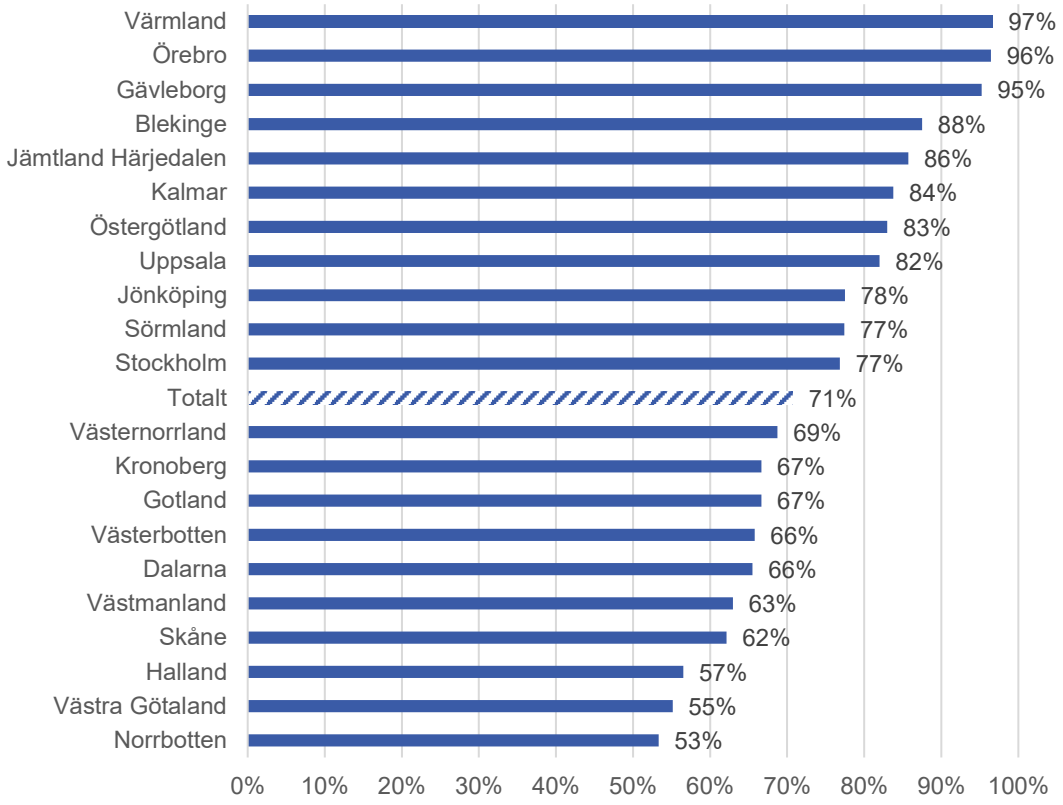
När vi gjort uppdelningen av privata, mellan de som tillhör koncerner eller större företag å ena sidan och de som inte gör det å den andra, har vi gått på om det framgår av en vårdcentrals namn att den tillhör ett större företag, exempelvis *Aleris*, *Capio* eller *Din doktor*. Det har vi gjort då vi inte har uppgifter om och har därmed inte kunnat undersöka ägarförhållandena för samtliga privata vårdcentraler,

Vi har dock gjort ett stickprov bland de vårdcentraler som vi klassat som *Privata – ej koncern eller större företag* för att se vilka som äger de verksamheterna. Vi valde slumpmässigt ut 10 procent av vårdcentralerna i den gruppen, vilket motsvarar 28 vårdcentraler.

En större del av vårdcentralerna i stickprovet, runt 40 procent, tillhör *Praktikertjänst*. Det är ett personalkooperativ, vars mottagningar ägs av de som arbetar på dem. Också de flesta övriga vårdcentraler i stickprovet är medarbetarägda. Stickprovet innehåller också en del mindre, lokala privata företag, som vi inte vet om de är medarbetarägda eller ej. Knappt 10 procent, eller 2 vårdcentraler tillhör ett större företag eller koncern, trots att det inte framgår av vårdcentralens namn.

Slutligen ingår en vårdcentral i stickprovet som tillhör *Familjeläkarna AB*, vilka innebär en klurig gränsdragning för oss men som vi kategoriserat bland *Privata – ej koncern/större företag*. Företaget startades av två distriktsläkare som öppnade en första vårdcentral 2008, men har sedan dess vuxit och finns nu enligt sin hemsida på femton orter.

Figur 8. Svarsfrekvens per region, i rangordning



Kommentar: Bland de svarande som bidrar till svarsfrekvensen har vi här endast räknat de verksamheter som svarat på frågor om vårdcentralens bemanning, vilka återfinns i enkätens första frågedel.

Tabell 6. Antal tillfrågade vårdcentraler och svarsfrekvensen, per region och totalt, samt uppdelat på offentligt och privat drivna vårdcentraler

Region	Antal tillfrågade vårdcentraler			Svarsfrekvensen		
	Totalt	*Varav offentliga*	*Varav privata*	*Bland offentliga*	*Bland privata*	Totalt
Blekinge	16	*11*	*5*	*100%*	*60%*	88%
Dalarna	29	*23*	*6*	*65%*	*67%*	66%
Gotland	6	*4*	*2*	*50%*	*100%*	67%
Gävleborg	42	*26*	*16*	*100%*	*88%*	95%
Halland	46	*24*	*22*	*54%*	*59%*	57%
Jämtland Härjedalen	28	*21*	*7*	*86%*	*86%*	86%
Jönköpings län	40	*28*	*12*	*75%*	*83%*	78%
Kalmar län	37	*26*	*11*	*96%*	*55%*	84%
Kronoberg	30	*19*	*11*	*58%*	*82%*	67%
Norrbotten	30	*24*	*6*	*42%*	*100%*	53%
Skåne	177	*81*	*96*	*74%*	*52%*	62%
Stockholm	246	*71*	*175*	*90%*	*71%*	77%
Sörmland	31	*18*	*13*	*78%*	*77%*	77%
Uppsala	50	*24*	*26*	*88%*	*77%*	82%
Värmland	30	*22*	*8*	*95%*	*100%*	97%
Västerbotten	38	*33*	*5*	*64%*	*80%*	66%
Västernorrland	32	*20*	*12*	*65%*	*75%*	69%
Västmanland	27	*10*	*17*	*40%*	*76%*	63%
Västra Götaland	214	*106*	*108*	*35%*	*75%*	55%
Örebro län	28	*24*	*4*	*96%*	*100%*	96%
Östergötland	47	*33*	*14*	*88%*	*71%*	83%
Totalt	**1224**	*648*	*576*	*71%*	*71%*	**71%**

Kommentar: Bland de svarande som bidrar till svarsfrekvensen har vi här endast räknat de verksamheter som svarat på frågor om vårdcentralens bemanning, vilka återfinns i enkätens första frågedel. I tre regioner, Norrbotten, Västmanland och Västra Götaland, svarade under hälften av de tillfrågade regiondrivna vårdcentralerna på frågor om antal anställda läkare och antal listade invånare. Svarsfrekvensen för de regiondrivna vårdcentralerna i de regionerna är markerad med rött.

Tabell 7. Svarsfrekvens per kommungrupp – huvudgrupper

Kommungrupp – huvudgrupp	Antal tillfrågade	Antal svarande	Svars-frekvens
Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	315	218	69%
Större städer och kommuner nära större stad	482	359	74%
Storstäder och storstadsnära kommuner	427	289	68%
Totalt	**1224**	**866**	**71%**

Kommentar: Vilken kommun respektive vårdcentral var belägen i var en av våra bakgrundsvariabler. Vi har använt indelningar av kommungrupperna – både huvudgrupper och mer detaljerade grupper – som gjorts och används av Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Tabell 8. Svarsfrekvens per kommungrupp – undergrupper

Kommungrupp	Antal tillfrågade	Antal svarande	Svars-frekvens
Landsbygdskommun med besöksnäring	38	29	76%
Landsbygdskommun	67	56	84%
Pendlingskommun nära mindre tätort	73	46	63%
Mindre stad/tätort	137	87	64%
Lågpendlingskommun nära större stad	66	46	70%
Pendlingskommun nära större stad	119	88	74%
Större stad	297	225	76%
Pendlingskommun nära storstad	212	149	70%
Storstäder	215	140	65%
Totalt	**1224**	**866**	**71%**

Kommentar: Vilken kommun respektive vårdcentral var belägen i var en av våra bakgrundsvariabler. Vi har använt indelningar av kommungrupperna – både huvudgrupper och mer detaljerade grupper – som gjorts och används av Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Bilaga 2: Läkarförbundets bemanningsenkät

Hur ser bemanningen ut hos er?

Till dig som är verksamhetschef på [Vårdcentralens Namn], nedan kallad er vårdcentral.

I den här enkäten efterfrågar vi uppgifter om antalet läkare vid vårdcentralen, inklusive eventuella filialer, uppdelat på olika kategorier. Genomgående avses antalet läkare omräknat till heltidstjänster där en heltidstjänst räknas som 1,0. Antalet läkare kan därför summera till ett tal med decimaler, så som 4,6 exempelvis.

Vi ber dig att utgå från hur det såg ut hos er den 31 augusti 2024 när du besvarar enkäten.

Genomgående gäller:

• Räkna endast tid som kan läggas på arbete som normalt ingår för en läkare på en vårdcentral, så som mottagningsarbete, arbete på barnavårdscentral (BVC) och särskilt boende för äldre (SÄBO), handledning, administration och fortbildning, exempelvis.

• Räkna bort tid som läggs på särskilda uppdrag, så som chefsuppdrag, studierektorsuppdrag, undervisning (utöver handledning), arbete i särskilda projekt och forskning, exempelvis.

• Räkna med läkare med kortare frånvaro som semester eller kortare sjukdomsperiod.

• Räkna inte med läkare som är borta på längre föräldraledighet, sjukskrivning, tjänstledighet, eller forskningsledighet.

Stort tack på förhand!

1. Hur många invånare var listade på er vårdcentral den 31 augusti 2024?

.....invånare

2. Hur stor andel av era listade invånare har en fast, namngiven läkare på er vårdcentral?

- 100%
- 75–99%
- 50–74%
- 25–49%
- 1–24%
- 0%
- Vet inte

3. Hur många heltidstjänster utgjorde specialistläkarna vid er vårdcentral den 31 augusti 2024?

Räkna enbart färdiga specialistläkare. Nästa fråga handlar om ST-läkare.

Ange antal heltidstjänster uppdelat på kategorierna fast anställda, vikarier och hyr-/stafettläkare.

Om ni inte hade några specialistläkare inom respektive kategori uppger du 0 (noll).

• Ange antalet läkare omräknat till heltidstjänster där en heltidstjänst räknas som 1,0. Antalet läkare kan därför summera till ett tal med decimaler, så som 4,6 exempelvis.

• Räkna endast tid som kan läggas på arbete som normalt ingår för en läkare på en vårdcentral, så som mottagningsarbete, arbete på barnavårdscentral (BVC) och särskilt boende för äldre (SÄBO), handledning, administration och fortbildning, exempelvis.

• Räkna bort tid som läggs på särskilda uppdrag, så som chefsuppdrag, studierektorsuppdrag, undervisning (utöver handledning), arbete i särskilda projekt och forskning, exempelvis.

• Räkna med läkare med kortare frånvaro som semester eller kortare sjukdomsperiod.

• Räkna inte med läkare som är borta på längre föräldraledighet, sjukskrivning, tjänstledighet, eller forskningsledighet.

	Fasta anställda	Vikarier	Hyr-/stafettläkare
Allmänläkare			.....
Andra specialistläkare			.....
Summa			.....

4. Hur många ST-läkare i allmänmedicin hade sin huvudplacering vid vårdcentralen den 31 augusti 2024?

Ange antal heltidstjänster.

Om ni inte hade några ST-läkare i allmänmedicin uppger du 0 (noll).

• Ange antalet läkare omräknat till heltidstjänster där en heltidstjänst räknas som 1,0. Antalet läkare kan därför summera till ett tal med decimaler, så som 4,6 exempelvis.

• Räkna endast tid som kan läggas på arbete som normalt ingår för en ST-läkare på en vårdcentral.

• Räkna bort tid som läggs på särskilda uppdrag, så som arbete i särskilda projekt och forskning, exempelvis.

• Räkna med läkare med kortare frånvaro som semester eller kortare sjukdomsperiod.

• Räkna inte med läkare som är borta på längre föräldraledighet, sjukskrivning, tjänstledighet, eller forskningsledighet.

..... ST-läkare (heltidstjänster)

5. Har vårdcentralen vid något tillfälle efter den 1 juli 2021 begärt listningsbegränsning för att ni ska kunna klara av ert uppdrag?

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om Ja eller Vet inte på fråga 5:
6. Har ni för närvarande en beviljad listningsbegränsning?

- Ja - Ange för antal invånare: .....
- Nej
- Vet inte

Om Nej på fråga 6:
7. Har ni någon gång beviljats listningsbegränsning efter den 1 juli 2021?

- Ja, vi hade det tidigare men inte längre
- Nej
- Vet inte

Följande frågor riktar sig till dig som är vårdcentralens verksamhetschef.

8. Hur upplever du era förutsättningar att rekrytera och behålla läkare på er vårdcentral?

- Mycket goda
- Goda
- Dåliga
- Mycket dåliga
- Vet inte/Kan inte bedöma det

9. När bedömer du att ni kan uppnå Socialstyrelsens riktvärde (1 specialistläkare per 1 100 listade invånare och 1 ST-läkare per 550 invånare) på er vårdcentral?

- Vi uppnår riktvärdet idag
- Inom 5 år
- Inom 10 år
- Det är inte realistiskt inom 10 år
- Vet inte/Kan inte bedöma det

10. Vad ser du krävs för att ni ska uppnå, alternativt fortsätta uppnå, Socialstyrelsens riktvärde 1 specialistläkare per 1 100 listade invånare och 1 ST-läkare per 550 invånare?

Du kan ange flera alternativ.

- Högre ersättning från regionen
- Fler utbildade specialister
- Att vi kan erbjuda en bättre arbetsmiljö
- Annat, ange gärna vad: .....
- Vet inte/Kan inte bedöma det

11. Lämna gärna kompletterande uppgifter eller synpunkter på enkäten här:

.....

Stort tack för att du tog dig tid att besvara enkäten!

Fram till sista svarsdatum kan du komplettera eller ändra dina svar genom att klicka på länken i mejlet på nytt. Alla svar du tidigare avgett sparas.

[Du kan skriva ut eller spara ner dina svar som pdf genom att klicka på denna länk.].