



Kompetensförsörjningspolicy

Förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans

SVERIGES LÄKARFÖRBUND 2025



**Sveriges
läkarförbund**

Den medicinska professionens organisation

För alla
läkare
under hela
karriären

Inledning

För att nå målet om en god och jämlik vård i hela landet behöver vi säkra den framtida kompetensförsörjningen av specialistläkare.

Bristen på specialistläkare har genomsyrat svensk hälso- och sjukvård under lång tid och har bidragit till en ansträngd arbetsmiljö i såväl primärvården som i akut-, sluten- och öppenvården. Regionerna har misslyckats med sitt lagstadgade uppdrag¹ att säkra kompetensförsörjningen av specialistläkare i hälso- och sjukvården, eftersom de tillsatt för få utbildningstjänster². Utmaningar med kompetensförsörjningen av specialistläkare märks även bland de specialiteter som inte har en region som huvudman till exempel inom arbetsmedicin och skolhälsovård. Svensk hälso- och sjukvård behöver därför en nationellt ansvarig aktör för kompetensförsörjningen av läkare.

Sveriges läkarförbund anser att det är staten som ska ha det lagstadgade ansvaret för kompetensförsörjningen av specialistläkare.

1 Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), 10 kap., 5 §.

2 AT-, BT- och ST-tjänster.

Kompetensförsörjning definition – ”att på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens”

Rikstermbanken, Institutet för språk och folkminnen, 2024.

Läkares utbildning

Idag skiljer sig tillgången på specialistläkare åt såväl inom som mellan regioner samt från specialitet till specialitet. Bristen på specialistläkare beror framför allt på att regionerna tillsatt för få utbildningstjänster i kombination med stora pensionsavgångar. För att lyckas nå en kompetensförsörjning i balans måste vi utbilda tillräckligt många läkare, under samtliga delar av läkares utbildning. Antalet grundutbildningsplatser och utbildningstjänster behöver dimensioneras och samordnas nationellt. I planeringen behöver även hänsyn tas till de individer som kommer till Sverige med en utländsk läkarexamen eller läkarlegitimation.

Sveriges läkarförbund vill att staten tar ett helhetsansvar för samtliga delar i läkares utbildning och att regionerna i stället får en renodlad utförarroll. Det vill säga, regionerna ska, utifrån en statlig dimensionering och samordning, tillhandahålla utbildningstjänster i en omfattning som motsvarar det framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk tjänst.

Grundutbildningen

Från och med höstterminen 2021 gäller en sexårig legitimationsgrundande läkarutbildning i Sverige. I och med att det nya programmet är legitimationsgrundande bör en nationell slutexamination införas som krav för läkarlegitimation. Grundutbildningen måste dimensioneras och samordnas utifrån en nationell behovsanalys. Staten genom Socialstyrelsen ska ansvara för att ta fram årliga prognoser av tillgång och efterfrågan på grundutbildningsplatser. Vid dimensioneringen av läkarutbildningen behöver dessutom både lärosätenas och regionernas utbildningskapacitet beaktas, för att säkerställa en god utbildningskvalitet i såväl de prekliniska som kliniska delarna av grundutbildningen.

Läkarstudenter ska under studietiden ha möjlighet att arbeta i sjukvården. Den som har slutfört termin tio³ med godkända kurser ska kunna erbjudas anställning som underläkare för att erhålla klinisk kompetens/erfarenhet och underlätta bemanningen under semesterperioder. Som underläkare ska man utföra läkares arbetsuppgifter under handledning och instruktion. Övriga läkarstudenter ska kunna erbjudas läkarassistenttjänster. För att motverka risken för avhopp, förlängd studietid eller psykisk ohälsa på grund av ekonomisk stress ska läkarstudenter ha möjlighet att ansöka om studiemedel för 280 veckor i stället för 240 veckor.

Förslag

- » En nationell slutexamination ska införas i slutet av grundutbildningen som krav för läkarlegitimation.
- » Socialstyrelsen ska ta fram årliga prognoser som ligger till grund för beslut om antalet platser vid grundutbildningen.
- » Vid dimensionering och samordning av grundutbildningen måste både lärosätenas och regionernas utbildningskapacitet beaktas.
- » Efter termin tio ska läkarstudenter kunna erbjudas tjänster som underläkare.
- » Läkarstudent som arbetar som underläkare ska utföra läkares arbetsuppgifter under handledning och instruktion.
- » Läkarassistenttjänster ska kunna erbjudas läkarstudenter fram till och med termin nio.
- » Möjlighet till studiemedel för läkarstudenter i 280 veckor.

3 I primärvården fortsatt som läkarassistent fram till läkarexamen/läkarlegitimation i enlighet med HSLF-FS 2022:20, Socialstyrelsen.

Allmäntjänstgöringen

I och med den nya grundutbildningen kommer AT på sikt att fasas ut. De med läkarexamen från den äldre utbildningen kommer dock att behöva genomgå AT. Regionerna har vid tillsättningen av antalet AT-tjänster inte tagit hänsyn till det nationella behovet av AT-tjänster. Staten genom Socialstyrelsen behöver därför ta över ansvaret för att dimensionera och samordna antalet AT-tjänster. Socialstyrelsen ska ansvara för att ta fram årliga prognoser av tillgång och efterfrågan på AT-tjänster. Vid dimensioneringen av AT-tjänsterna behöver hänsyn också tas till de individer som går kompletterande utbildning för läkare utbildade utanför Europeiska unionen (EU) eller Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) och de individer som studerat i annat EU/EES-land där utbildningen ej leder till legitimation.

För att korta tiden mellan grundutbildning och legitimation ska normtiden för AT vara 18 månader. Regionerna behöver även använda fler verksamheter och specialiteter för att ta emot AT-läkare samt implementera nya sätt att handleda och instruera för att på så sätt utöka kapaciteten i systemet.

Tillväxten av forskande läkare behöver säkras och möjligheten till forskning ska premieras tidigt i karriären genom att erbjuda så kallade Forskar-AT-tjänster, vilka även ska vara tillgängliga för disputerade läkare. För att säkerställa en god utbildningskvalité i AT ska den vart femte år, i likhet med BT och ST, granskas av en extern aktör utan organisatorisk koppling till arbetsgivaren.

Förslag

- » Staten ska ta över ansvaret för dimensioneringen och samordningen av AT-tjänster.
- » Socialstyrelsen ska ansvara för den nationella dimensioneringen och samordningen av AT-tjänster.
- » Normtiden för AT ska vara 18 månader.
- » Fler verksamheter och specialiteter ska användas för att ta emot AT-läkare.
- » Implementera nya sätt att handleda och instruera AT-läkare.
- » Antalet Forskar-AT ska öka.
- » AT ska granskas av en extern aktör vart femte år.



Bas- och specialiserings- tjänstgöringen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det i regionerna finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring inklusive bastjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

Idag finns inte någon nationell dimensionering eller samordning av BT- eller ST-tjänsterna. Tillsättning av BT- och ST-tjänster sker lokalt hos vårdgivarna, utan att ta hänsyn till det nationella behovet av specialistläkare. Staten genom Socialstyrelsen behöver därför ta över ansvaret för att dimensionera och samordna antalet BT- och ST-tjänster. Socialstyrelsen ska ansvara för att ta fram underlag för att kunna göra årliga prognoser av tillgång och efterfrågan på specialistläkare. Prognoserna behöver innehålla aktuella uppgifter om antal verksamma specialister och antal ST-läkare inom respektive specialitet samt dessas åldersfördelning och sysselsättningsgrad.

För att kunna göra träffsäkra prognoser över tillgång och efterfrågan på specialistläkare behöver Socialstyrelsen tillhandahålla ett nationellt dokumentationssystem för utbildningsläkare. Från ett sådant system skulle man i prognosarbetet kunna ta ut aggregerade data över antal ST-läkare och specialistläkare per specialitet och region. Vidare skulle ett nationellt dokumentationssystem avsevärt minska den administrativa bördan för både den enskilde utbildningsläkaren och Socialstyrelsen vid ansökan om läkarlegitimation, bas- eller specialistkompetensbevis.

Det finns även specialiteter som inte har en region som huvudman för specialiserings-tjänstgöringen.⁴ Därför behövs en ändring i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) av innebörden att alla offentliga huvudmän⁵ ska dimensionera ST-tjänsterna utifrån det framtida behovet av specialistläkare. Likaså att samtliga vårdgivare, inklusive privata, ska delta i utbildningen av läkare på anmodan av den offentliga huvudmannen. Genom dessa ändringar skulle deltagande i läkares utbildning både understrykas och göras tvingande i lag för såväl huvudmän som vårdgivare.

Samtliga offentliga huvudmän ska fortsatt ha ett generellt utbildningsuppdrag. Men för att säkra kompetensförsörjningen av specialistläkare inom specialiteter där det råder en tydlig brist eller inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar ska offentliga huvudmän kunna få ett utökat utbildningsuppdrag av Socialstyrelsen. En sådan lösning innebär i praktiken att en eller flera offentliga huvudmän får ett gemensamt nationellt ansvar för att säkra kompetensförsörjningen i en specialitet. Till exempel skulle Region Stockholm och Västra Götalandsregionen kunna få ett gemensamt ansvar för att garantera det nationella utbildningsbehovet av allergologer. Förslaget behöver i delar utredas vidare av staten, men skulle kunna fungera genom riktade anslag liknande ALF-avtalet (avtal om läkarutbildning och forskning).

Det är viktigt att arbetsgivare säkerställer kunskapsöverföringen mellan seniora och juniora specialistläkare.

⁴ Till exempel bedriver kommuner ST-utbildning i skolhälsovård, Rättsmedicinalverket (staten) ST-utbildning i rättsmedicin och privata vårdgivare ST-utbildning i flera olika specialiteter.

⁵ Region, kommun och stat.

Det är positivt för hälso- och sjukvården att läkare breddar sin kompetens. Därför ska möjligheten att kombinera BT- och ST-tjänstgöringen med fördjupande utbildning inom andra områden såsom forskning, innovation, ledarskap eller teknik premieras för att möjliggöra en karriär som till exempel chef eller forskare. Så kallade Forskar- BT-tjänster och Forskar-ST-tjänster ska gå att söka även efter disputation.

För att säkerställa den långsiktiga tillgången av handledare som ska utbilda och handleda AT-, BT- och ST-läkare behöver samtliga ST-läkare erbjudas en formell handledarutbildning under sin tjänstgöring.

Det ska finnas tillräckligt många kurser för ST-läkare. Därför behöver bland annat Socialstyrelsen upphandla fler specialistkompetenskurser (SK-kurser) samt utöka upphandlingen till att även omfatta kurser för a- och b-delmål för att kursutbudet inte ska bli en flaskhals för ST-läkare. Kursutbudet för läkare behöver hålla en hög och jämn kvalitet. Därför bör samtliga kurser för utbildningsläkare certifieras genom en oberoende extern aktör.

Förslag

- » Staten ska ta över ansvaret för dimensioneringen och samordningen av BT- och ST-tjänster.
- » Socialstyrelsen ska ansvara för den nationella dimensioneringen och samordningen av BT- och ST-tjänster.
- » Socialstyrelsen ska tillhandahålla ett nationellt dokumentationssystem för utbildningsläkare.
- » Ändring i Hälso- och sjukvårdslagen om att alla offentliga huvudmän ska dimensionera ST-tjänsterna utifrån det framtida behovet av specialistläkare samt att samtliga vårdgivare, inklusive privata, ska delta i utbildningen av läkare.
- » Verka för att staten utreder ett system med offentliga huvudmän som kan få ett utökat utbildningsuppdrag.
- » Kunskapsöverföringen mellan seniora och juniora specialistläkare behöver säkerställas.
- » Införa en nationell modell för så kallad Ledarskaps-ST.
- » Var femte ST-tjänst ska vara en så kallad Forskar-ST.
- » Handledarutbildning ska erbjudas alla ST-läkare.
- » Socialstyrelsen behöver upphandla fler SK-kurser samt även upphandla kurser för a- och b-delmål.
- » Kursutbudet för läkare ska certifieras genom en oberoende extern aktör.

Fortbildningen

Kontinuerlig kompetensutveckling för specialistläkare är helt avgörande för att kunna kvalitetsutveckla hälso- och sjukvården. För att tydliggöra både arbetsgivares och arbetstagares ansvar för läkares fortbildning krävs en tydlig reglering av fortbildning och rätten till en fortbildningsplan. Det ska finnas tillräckliga budgeterade resurser till medicinska utbildningar och konferenser för samtliga specialistläkare inom respektive verksamhet, som motsvarar minst tio dagars extern fortbildning per läkare och år samt en halv dag i veckan för internutbildning och egen fortbildning. Fortbildningen ska därför redovisas i verksamhetsberättelsen för att underlätta granskning. En arbetsgivare som visar att de satsar på läkares fortbildning blir också en attraktiv arbetsgivare.⁶

Förslag

- » Staten måste reglera fortbildningen i en föreskrift.
- » Alla specialistläkare ska ha en individuell fortbildningsplan.
- » Fortbildningen ska ha en egen budget inom respektive verksamhet.
- » Fortbildningen ska redovisas i verksamhetsberättelsen för att möjliggöra extern granskning och uppföljning.
- » Specialistläkare ska ha möjlighet till minst tio dagars extern fortbildning per läkare och år samt en halv dag i veckan för internutbildning och egen fortbildning.

⁶ Åtgärder för en bättre fortbildning, Sveriges läkarförbund, 2017.



Prioriterade områden

Det finns områden som har särskilt stora utmaningar med kompetensförsörjningen. Ofta beror det på att det råder en brist på specialistläkare, vilket blir särskilt tydligt på glesbygden eller inom vissa specialiteter.

Bristspecialiteter

Bristen på specialistläkare leder till en ansträngd arbetsmiljö och ett osunt beroende av inhyrda läkare. Det behöver därför bli enklare för vissa specialistläkare att erhålla dubbelkompetens. Specialistläkaren ska erbjudas bibehållen specialistlön under den ytterligare ST-tjänstgöringen. Därutöver måste urvalet av vilka kurser som behöver genomföras anpassas till tidigare erfarenheter och kunskaper.

Därtill behövs riktade årliga satsningar inom specialiteter där det finns en tydlig brist⁷ på specialistläkare och inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar⁸. Det kan till exempel handla om utökade utbildningsvolymerna inom respektive bristspecialitet, vilket skulle kunna ombesörjas i ett framtida system med offentliga huvudmän som har ett utökat utbildningsuppdrag.

Förslag

- » Premiera dubbelspecialisering särskilt inom specialiteter där det råder en tydlig brist eller inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar.
- » Specialistlön vid dubbelspecialisering.
- » Riktade årliga satsningar inom specialiteter där det råder en tydlig brist och inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar.

⁷ Specialiteter där flest ST-tjänster behövs nationellt – allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri samt radiologi. Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvård samt tandvård, Socialstyrelsen, 2023.

⁸ Specialiteter där 50 procent eller fler av specialistläkarna är 55 år eller äldre – arbetsmedicin (93), socialmedicin och folkhälsa (79), smärtlinning (71), barn- och ungdomshematologi och onkologi (68), allergologi (66), skolhälsovård (64), gynekologisk onkologi (63), klinisk immunologi och transfusionsmedicin (62), klinisk farmakologi (59), hörsel- och balansrubbningar (57), ungdomsneurologi och rehabilitering (56), klinisk neurofysiologi (55), nuklearmedicin (55), thoraxkirurgi (54), klinisk kemi (54), rättspsykiatri (53), barn- och ungdomsallergologi (52), geriatrik (52) samt klinisk mikrobiologi (51), Socialstyrelsens statistikdatabas, 2021.



Glesbygd

Det krävs ekonomiska incitament för att säkra bemanningen av läkare i glesbygden⁹ och minska beroendet av inhyrda läkare. Läkare som bosätter sig och arbetar i glesbygd ska av staten kunna få sitt studielån nedskrivet. För att stimulera etablering av små och medelstora vårdgivare ska staten införa en särskild taxa vid nyetablering i glesbygd.

Läkare som arbetar i glesbygd och är bosatt minst fem kilometer från sitt arbete ska ges möjlighet att inkludera hela eller delar av res-tiden inom ramen för sin arbetstid.

Särskilda satsningar behöver göras för att stärka kompetensen och läkarbemanningen i glesbygden genom att inrätta fler ST-tjänster inom specialiteter där det råder en tydlig brist och inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar.

Kompetens inom glesbygdsmedicin behöver stärkas genom att inrätta fler ST-tjänster i allmänmedicin med inriktning glesbygdsmedicin. Specialistläkare som har genomgått ST i allmänmedicin med inriktning glesbygdsmedicin tenderar att i stor utsträckning bosätta sig och arbeta på tjänstgöringsorten efter avslutad specialiseringstjänstgöring. Detta bidrar till en stärkt kompetensförsörjning i glesbygd.¹⁰

⁹ Med glesbygd avses kommuner där hela befolkningen bor i rurala områden och har minst 90 minuters resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare, samt kommuner där mer än 50 procent av befolkningen bor i rurala områden och där majoriteten av befolkningen har mer än 45 minuters resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare. Totalt omfattas 97 kommuner av definitionen, fördelade över hela Sverige. Tillväxtverket, 2021.

Förslag

- » Nedskrivning av studielån vid arbete som legitimerad läkare i glesbygd.
- » Införa en taxa vid nyetablering i glesbygd.
- » Möjlighet att inkludera resa till och från arbetet inom ramen för arbetstiden.
- » Riktade årliga satsningar inom specialiteter där det råder en tydlig brist och inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar.
- » Fler ST-tjänster i allmänmedicin med inriktning glesbygdsmedicin.

Arbetsmiljö och villkor

Arbetsgivarna inom hälso- och sjukvården behöver förbättra arbetsmiljön för att fler läkare ska vilja och orka arbeta heltid. Det skulle även inverka positivt på kompetensförsörjningen om fler läkare arbetade heltid. Detta gäller särskilt inom primärvården där den genomsnittliga tjänstgöringsgraden är 85 procent jämfört med 93 procent för övriga specialistläkare.¹¹

Läkare bör få vara läkare. Nödvändig administration ska utföras så effektivt som möjligt, vilket ofta innebär att den ska utföras av vårdnära administratörer med tillgång till välfungerande IT-stöd. Onödig administration ska fasas ut. Det behövs fler vårdnära administratörer, och färre administratörer på toppen, i synnerhet färre av den typ av administratörer som skapar mer administrativt arbete för dem

¹¹ Sveriges kommuner och regioner, Partsgemensam statistik, 2023.

som arbetar nära vården. Detta är tid som hade kunnat ägnas åt vård.

I en komplex och kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvård är det självklart att arbetsuppgifter kan förändras över tid och uppgifter växlas från en grupp till en annan. Uppgiftsväxling måste dock alltid ske på medicinska grunder och med fokus på kvalitet och patientsäkerhet.

Läkare måste även kunna kombinera det kliniska arbetet med särskilda forsknings- eller utbildningsuppdrag under ordinarie arbetstid. Uppdragen ska ses som lika meriterande och läkaren ska erhålla ett rimligt lönetillägg för respektive uppdrag.

Läkares kompetens ska tillvaratas även inom andra samhällssektorer. Det kan vara inom akademien, industrin eller vid myndigheter. Därför måste läkare kunna kombinera deltidsanställningar inom och mellan olika samhällssektorer, utan att det för med sig negativa konsekvenser för pensionen. Om man i sin anställning utför arbete på mer än en arbetsplats ska resor till och från arbetet på annan plats än ordinarie tjänstgöringsställe inkluderas i arbetstiden.

Läkare behöver finnas i ledning och styrning av hälso- och sjukvården på samtliga nivåer i betydligt högre utsträckning än idag. Fler chefer ska vara läkare och inte minst verksamhetschefer. Chefskap och kliniskt arbete ska kunna kombineras.

IT-system ska underlätta arbetet för läkare. Vid upphandling av nya IT-system till hälso- och sjukvården ska användarvänlighet specificeras även ur ett läkarperspektiv. Nya IT-system i hälso- och sjukvården ska underlätta administration och det vardagliga läkararbetet.

Förslag

- » Fler vårdnära funktioner som avlastar läkarnas administration.
- » Uppgiftsväxling ska endast ske på medicinska grunder och med fokus på kvalitet och patientsäkerhet.
- » Forsknings- eller utbildningsuppdrag ska kunna utföras under ordinarie arbetstid med lönetillägg och vara lika meriterande.
- » Läkare måste kunna kombinera olika deltidsanställningar, utan negativa konsekvenser för pensionen.
- » Läkare som i sin anställning utför arbete på mer än en arbetsplats ska kunna inkludera restid i arbetstiden.
- » Läkare ska vara delaktiga i ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården på samtliga nivåer.
- » Fler chefer ska vara läkare och inte minst verksamhetschefer.
- » Vid upphandling av nya IT-system måste användarvänlighet i det vardagliga läkararbetet prioriteras.

Utlandsutbildade

Individer som varaktigt kommer till Sverige med en utländsk läkarutbildning är en resurs för den inhemska kompetensförsörjningen. Därför måste processen till svensk läkarlegitimation, oaktat utbildningsland, vara effektiv och säkra relevant kompetens.

För att förbättra förutsättningarna för läkare utbildade utanför EU/EES att klara kunskapsprovet, oberoende av bostadsort, behöver universiteten erbjuda nationella preparandkurser. Dessa preparandkurser ska finansieras långsiktigt och inte som idag med ettåriga medel som enbart kan sökas av arbetsgivar- eller arbetstagarorganisationer. Det ska i stället finnas riktade statliga medel för de universitet som erbjuder preparandkurser.

Därutöver behöver antalet platser vid de kompletterande utbildningarna utökas för att bättre motsvara behovet av alternativa vägar till läkarlegitimation för läkare utbildade utanför EU/EES. För många specialistläkare är det svårt att klara kunskapsprovets teoretiska del, eftersom kunskaperna erhöles långt tillbaka i tiden. En kliniskt inriktad kompletterande utbildning vore därför mer ändamålsenlig för denna målgrupp.

För att säkerställa kvalitén och en tillräcklig mängd teori och praktik vid samtliga läkarutbildningar inom EU/EES behöver utbildningarna granskas och ackrediteras på EU-nivå. Tills detta är på plats verka för att det ska vara möjligt att införa ett prov för läkare utbildade i annat EU/EES-land, där såväl teoretiska som praktiska kunskaper testas, innan utfärdandet av en svensk läkarlegitimation.

Även kurserna som ligger till grund för uppnådd språkkompetens C1 (GERS) för att erhålla svensk läkarlegitimation behöver granskas och godkännas för att säkerställa kvalitén.

Utlandsstudenter och läkare utbildade utanför EU/EES ska kunna erbjudas läkarassistent- och underläkartjänster för att komma in på den svenska arbetsmarknaden och för att erhålla klinisk kompetens/erfarenhet. Därför behöver Sveriges kommuner och regioner (SKR) tillhandahålla en webbsida med kontaktuppgifter till en regionalt ansvarig kontaktperson som kan upplysa om tillgängliga läkarassistent- och underläkartjänster för dessa individer.

Förslag

- » Nationella preparandkurser ska finansieras långsiktigt och med riktade medel till universiteten.
- » Utöka antalet platser vid de kompletterande utbildningarna.
- » Verka på europeisk nivå för att läkarutbildningarna inom EU/EES granskas och ackrediteras för att säkerställa kvalitén och en tillräcklig mängd av såväl teori som praktik i utbildningarna.
- » Verka för att det ska vara möjligt att införa ett prov för läkare utbildade i annat EU/EES-land, där såväl teoretiska kunskaper som praktiska färdigheter testas, innan utfärdandet av en svensk läkarlegitimation.
- » Verka för att kurserna som kan ligga till grund för uppnådd språkkompetens granskas och godkänns för att säkerställa kvalitén.
- » Bättre information om aktuella läkarassistent- och underläkartjänster för utlandsstudenter och läkare utbildade utanför EU/EES.



**Sveriges
läkarförbund**

Den medicinska professionens organisation

lakarforbundet.se

Växel **08-790 33 00**

Medlemsrådgivningen

- när du behöver råd och stöd kring din anställning

medlemsradgivningen@slf.se

08-790 35 10

Medlemsadministrationen

- när du har frågor om ditt medlemskap

medlem@slf.se

08-790 35 70