

Årsrapport Nationella planeringsstödet 2012

En analys av barnmorskors, sjuksköterskors,
läkares, tandhygienisters
och tandläkares arbetsmarknad

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2012-1-36

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2012

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen lämna bedömningar av tillgång och efterfrågan på barnmorskor, läkare och sjuksköterskor samt tandläkare och tandhygienister. I denna rapport uppgifter om tillgången på personal samt Socialstyrelsens bedömning av arbetsmarknadsläget för dessa yrkesgrupper.

Rapporten har utarbetats av Charlotta Bjerhem och Hans Schwarz. Ansvarig enhetschef för uppdraget har varit Eva Wallin. Inom ramen för uppdraget finns en referensgrupp för hälso- och sjukvården, som består av representanter från Högskoleverket, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Handikappförbundens samarbetsorgan, Praktikertjänst och Vårdföretagarna, som har haft möjlighet att lämna synpunkter på rapporten. Även referensgruppen för tandvårdspersonal, som består av Sveriges folktandvårdsförening, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandhygienistförening, Praktikertjänst samt Sveriges Privattandläkarförening har getts möjlighet att bidra med synpunkter. I referensgrupperna ingår både företrädare för de aktuella branscherna och de olika yrkesgrupperna.

Håkan Ceder

Ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	8
<i>Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare i hälso- och sjukvården</i>	9
Tillgång i Sverige	9
Specialistläkare	12
Specialistsjuksköterskor och legitimerade röntgensjuksköterskor	14
Regional tillgång	16
Personal utbildad utomlands	19
Framtida tillgång – prognosen 2009–2025	26
Internationell statistik	28
<i>Tillgång på tandhygienister och tandläkare i tandvården</i>	32
Tillgång i Sverige	32
Regional tillgång	35
Tandvårdspersonal utbildad utomlands	37
Framtida tillgång – prognosen 2009–2025	38
Internationell statistik	39
<i>Efterfrågan</i>	42
Efterfrågan på kort sikt	42
Arbetslöshet	42
Etablering på arbetsmarknaden	43
Migration	44
Rekryteringsläget – Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät	45
Andra organisationers bedömning av rekryteringsläget	48
Efterfrågan på lång sikt	49
<i>Diskussion</i>	51
Utbildning	51
Kompetenssammansättning	52
Migration	53
WHO:s deklaration om Etisk kod om rekrytering av internationell hälso- och sjukvårdspersonal	54
Socialstyrelsens bedömning	54
Barnmorskor	54
Sjuksköterskor	54
Läkare	55
Tandhygienister	55
Tandläkare	55
<i>Referenser</i>	57

<i>Bilaga 1. Enkät om rekryteringsläget i hälso- och sjukvården</i>	59
<i>Bilaga 2. Enkät om rekryteringsläget i tandvården</i>	62
<i>Bilaga 3. Definitioner, begränsningar och brister samt centrala termer</i>	64
Definitioner	64
Hälso- och sjukvård och tandvård	64
Privat och offentlig verksamhet	64
Geografisk indelning	64
Gruppering av läkarspecialiteter	66
Sekretess	67
Begränsningar och brister	67
Centrala termer	68
Tillgång och efterfrågan	68
Behov och brist	68
Termer i NPS arbete	69

Sammanfattning

Socialstyrelsen följer löpande tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare inom hälso- och sjukvården samt tandhygienister och tandläkare inom tandvården. Den senaste statistiken över sysselsatta i dessa sektorer från november 2009 visar att tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare och specialistläkare i hälso- och sjukvården samt tandhygienister inom tandvården ökat åren 1995–2009. Tillgången på tandläkare har under samma period minskat med 3 procent. Även tillgången på specialistsjuksköterskor har sjunkit. Den största tillgångökningen åren 1995–2009 har skett bland tandhygienister (77 procent), läkare (39 procent) och specialistläkare (34 procent). Statistiken visar dock att tillväxten är olika inom olika läkar-specialiteter. Inom psykiatri och allmänmedicin har exempelvis antalet ökat med cirka 30 procent per 100 000 invånare och inom kardiologi med 107 procent.

Personaltätheten varierar över landet. Högst läkartäthet fanns år 2009 i Stockholms sjukvårdsregion, högst sjukskötersketäthet i Norra sjukvårdsregionen och Västsvenska sjukvårdsregionen hade flest barnmorskor per 100 000 invånare. Den högsta tandläkartätheten återfanns i Västra Götalands län, följt av Stockholms län. I Gävleborgs och Värmlands län var tillgången på tandhygienister högst.

Inom framför allt läkarkåren finns en ökande andel personal med utländsk utbildning, år 2009 var andelen 22 procent. Migrationsflödena har på så sätt fått en ökad betydelse för den svenska läkartillgången. Det är också ett ökande antal personer med svensk bakgrund som studerat till läkare utomlands som får svensk läkarlegitimation varje år. Även på tandläkarsidan visar statistik från CSN att antalet som studerar utomlands ökar.

Samtliga indikatorer Socialstyrelsen använder för att bedöma efterfrågan på yrkesgrupperna pekar på att efterfrågan är lika stor eller större än tillgången. Etableringsgraden efter examen är hög, arbetslösheten är låg och nettoimmigrationen nära noll eller positiv. Utifrån dessa indikatorer bedömer Socialstyrelsen följande:

- Efterfrågan på barnmorskor är större än tillgången, dock finns det regionala variationer.
- Arbetsmarknaden för sjuksköterskor är i balans. Fler landsting än tidigare uppger dock rekryteringssvårigheter, så utvecklingen bör fortsatt följas. Landstingen har fortfarande svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor inom en eller flera inriktningar.
- Efterfrågan överstiger tillgången på läkare, framför allt specialistläkare. Landstingen bedömer dock att möjligheterna att rekrytera AT-läkare generellt är bättre.
- Arbetsmarknaden för tandhygienister är i balans.
- Efterfrågan överstiger tillgången på tandläkare, dock finns det geografiska skillnader vad gäller rekryteringsmöjligheterna.

Inledning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen göra bedömningar av tillgång och efterfrågan på barnmorskor, läkare och sjuksköterskor, samt tandläkare och tandhygienister. Uppdraget ska avrapporteras senast den 31 januari.

Sedan den 31 januari 2011 då föregående årsrapport avlämnades till regeringen har följande statistikunderlag tagits fram, som denna rapport i huvudsak bygger på:

- Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2009 [1]
- Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal – Officiell statistik om antal legitimerade (2010) och arbetsmarknadsstatus (2009) [2]
- Enkätundersökningar om landstingens bedömningar av rekryteringsläget inom hälso- och sjukvården och tandvården (bilaga 1–2).

Följande underlag är också under publicering:

- Tillgång på specialistläkare 2009 [3]
- Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2009 [4].

Sysselsättningsstatistiken som presenteras i rapporten avser senast tillgängliga data vilket är sysselsättningsåret 2009. Legitimationsstatistik utan uppgift om sysselsättning avser år 2010.

För en beskrivning av definitioner, brister och begränsningar i statistiken, samt centrala termer, se bilaga 3.

Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare i hälso- och sjukvården

I detta kapitel beskrivs tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare i den svenska hälso- och sjukvården. Avslutningsvis redovisas också viss internationell statistik på området. Fördjupad statistik över den svenska tillgången presenteras i följande rapporter:

- Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2009 [1]
- Tillgång på specialistläkare 2009 [3]
- Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2009 [4]
- Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2009–2025 [5]
- Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal – Officiell statistik om antal legitimerade (2010) och arbetsmarknadsstatus (2009) [2].

Tillgång i Sverige

Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare fortsätter att öka inom den svenska hälso- och sjukvården. Den största tillgångsökningen har skett bland läkare och specialistläkare. Tillväxten har dock varierat mellan enskilda år, och sett till barnmorskor och sjuksköterskor har den årliga tillväxten varit lägre de senaste tre till fyra åren än många av de tidigare åren.

Den enda grupp som minskat i tillgång över hela perioden är specialist-sjuksköterskorna. Detta förklaras delvis av att sjuksköterskornas specialistutbildning har haft olika utformning under åren, vilket inneburit att det under vissa tidsperioder varit en högre andel av sjuksköterskorna som också genomgått specialistutbildning [6, 7].

Tabell 1. Antal barnmorskor, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, läkare och specialistläkare inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i november 2009, samt procentuell förändring åren 1995–2009.

	Förändring 1995– 2009, totalt antal	Förändring 1995–2009, antal per 100 000 invånare	Antal
Barnmorskor	19 %	13 %	6 875
Sjuksköterskor	20 %	14 %	102 294
Specialistsjuksköterskor	-12 %	-17 %	48 862
Läkare*	39 %	31 %	35 357
Specialistläkare	34 %	27 %	24 929

*Gruppen läkare inkluderar både legitimerade läkare samt läkare utan legitimation (i de flesta fall individer som genomför AT-tjänstgöring eller auskultation i enlighet med legitimationsvillkor).

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Den allra största andelen av de yrkesverksamma i de aktuella grupperna är sysselsatta inom hälso- och sjukvårdssektorn, runt nittio procent. Statistiken tyder inte på någon förändring.

Tabell 2. Antal (andel av) sysselsatta barnmorskor, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, läkare och specialistläkare, fördelade på näringsgren, november 2009.

	Barnmorska	Sjuksköterska	Därav specialistsjuk- sköterska	Läkare	Därav specialistläkare
Hälso- och sjukvård	6 875 (91 %)	102 294 (88 %)	48 862 (86 %)	35 357 (91 %)	24 929 (92 %)
Utbildning och offentlig förvaltning	279 (4 %)	5 088 (4 %)	3 412 (6 %)	1 787 (5 %)	1 118 (4 %)
Annan näringsgren	440 (6 %)	9 017 (8 %)	4 772 (8 %)	1 550 (4 %)	1 196 (4 %)
Totalt	7 594 (100 %)	116 399 (100 %)	57 046 (100 %)	38 694 (100 %)	27 243 (100 %)

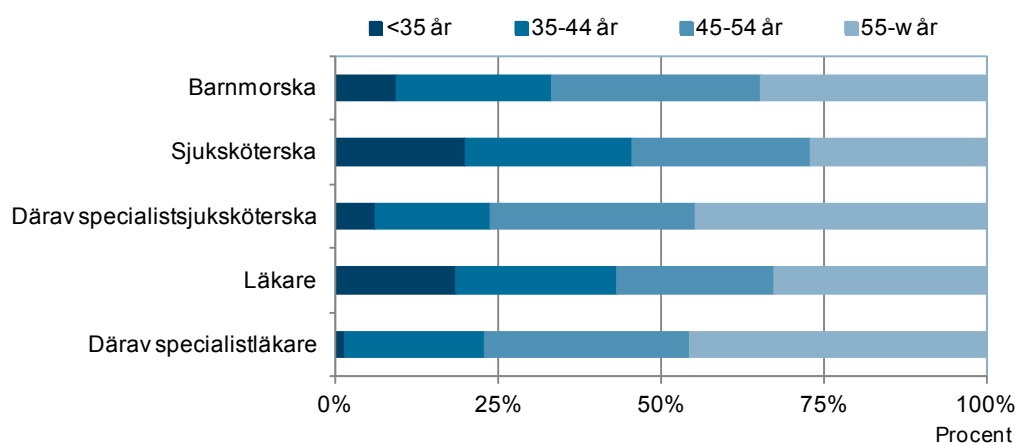
Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Åldersfördelningen är jämnast i gruppen sjuksköterskor. Specialistsjuksköterskor och specialistläkare är de två grupper med den högsta andelen yrkesverksamma över 55 år. En del av förklaringen till den högre medelåldern inom specialistläkaryrket är den långa utbildningstiden.

Inom samtliga yrken har dock gruppen över 55 år ökat sedan 1995. Diagrammen över ålder 1995–2009 visar att det har skett en omfördelning i åldersstrukturen. Bland barnmorskorna var exempelvis grupperna ”över 55 år” och ”under 35 år” de minsta år 1995. Andelen under 35 år år 2009 i stort sett oförändrad, medan andelen över 55 år vuxit med cirka 20 procentenheter. Trenden är också en ökande andel yrkesverksamma över 65 års ålder, framför allt inom läkarkåren. År 1995 var 3 procent av de yrkesverksamma läkarna över 65 år, en andel som ökat till 7 procent år 2009.

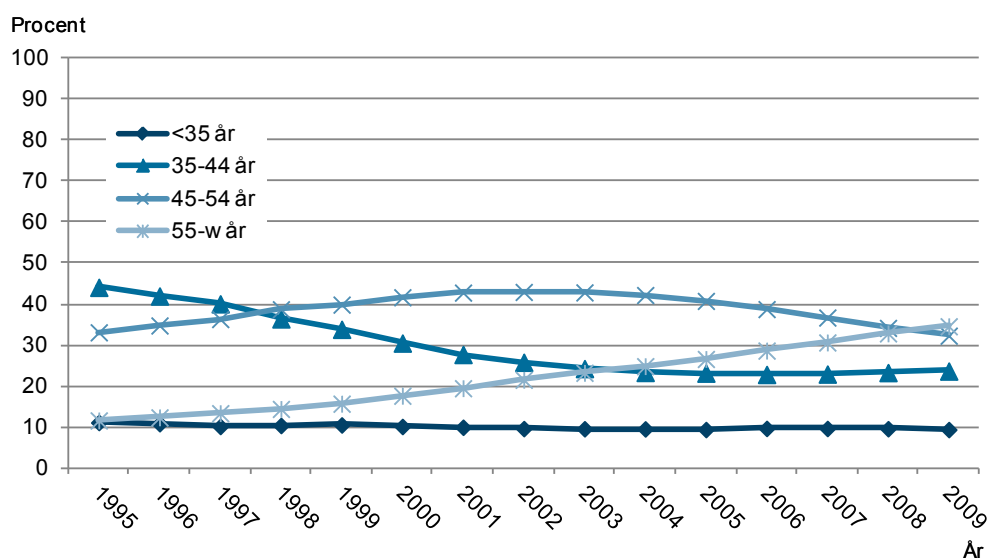
Genomsnittsåldern har för barnmorskor förändrats från 44 till 49 år under perioden 1995–2009. För läkare är motsvarande förändring från 45 till 47 år och för sjuksköterskor från 43 till 46 år.

Figur 1. Procentuell åldersfördelning per yrkesgrupp, sysselsatta inom hälso- och sjukvården, november 2009.



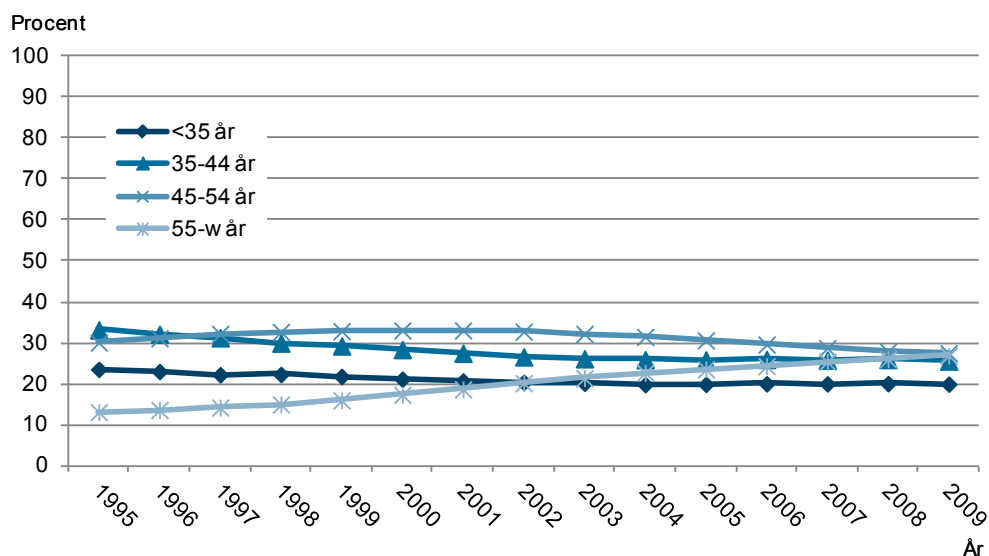
Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Figur 2. Procentuell åldersfördelning för barnmorskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården, 1995–2009.



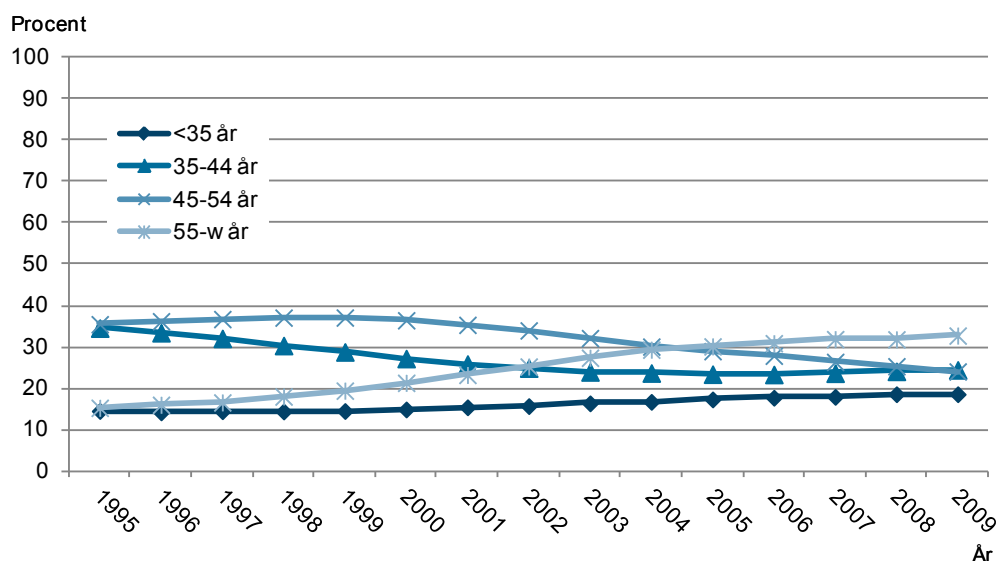
Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Figur 3. Procentuell åldersfördelning för sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården, 1995–2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Figur 4. Procentuell åldersfördelning för läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården, 1995–2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

I stort sett samtliga barnmorskor är kvinnor, och det finns i statistiken inga tecken på att detta håller på att förändras. Inom sjuksköterskeyrket syns dock en tendens till en ökande andel män. Andelen har ökat från 8 till 10 procent åren 1995–2009.

Läkarkåren har historiskt sett varit mansdominerad. Andelen kvinnor har dock ökat och numera är könsfördelningen relativt jämn, med cirka 45 procent kvinnor bland de yrkesverksamma. Andelen kvinnliga specialistläkare var 40 procent år 2009.

Specialistläkare

Den stora huvuddelen av läkarkåren är specialister – drygt 70 procent av alla läkare i hälso- och sjukvården har minst en specialistkompetens. Även bland de läkare som arbetar inom andra sektorer är andelen ungefär densamma.

Om man tittar på de största specialiteterna inom hälso- och sjukvården, med mer än 450 specialister verksamma i hälso- och sjukvården, står det klart att högst täthet av specialister finns inom allmänmedicin, 63 per 100 000 invånare, följt av psykiatri (18 per 100 000 invånare) och anestesi och intensivvård (15 per 100 000 invånare). Tillväxten varierar dock. Inom exempelvis psykiatri och allmänmedicin har tillgången ökat med drygt 30 procent åren 1995–2009, medan kardiologi haft en tillgångsökning på 107 procent. Den enda av de jämförda specialiteterna som minskat under perioden är företagshälsövård, en minskning på 17 procent.

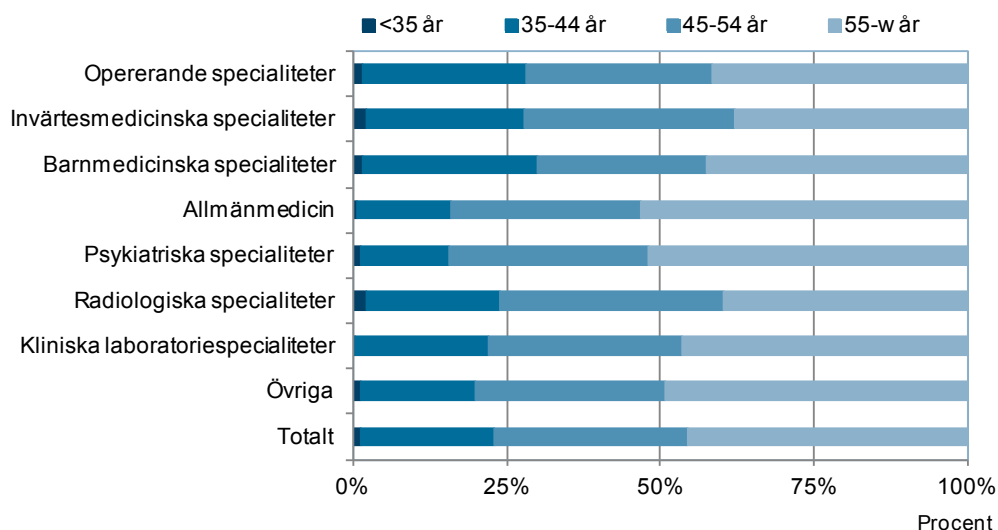
Tabell 3. Specialistläkare inom specialiteter med minst 450 sysselsatta inom hälso- och sjukvården, antal per 100 000 invånare november 2009 samt procentuell förändring 1995-2009.

Specialitet	Antal per 100 000 invånare	1995–2009 per 100 000 invånare
Allmänmedicin	63	31 %
Anestesi och intensivvård	16	37 %
Barn- och ungdomsmedicin	10	8 %
Företagshälsovård	5	-17 %
Geriatrisk	5	15 %
Internmedicin	14	17 %
Kardiologi	7	107 %
Kirurgi	13	2 %
Medicinsk radiologi	11	13 %
Obstetrik och gynekologi	14	16 %
Ortopedi	12	36 %
Psykatri	18	31 %
Ögonsjukdomar	7	18 %
Öron-, näs- och halssjukdomar	6	10 %

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Statistiken visar att cirka 50 procent är över 55 år bland av de yrkesverk-samma i specialitetsgrupperna psykiatri, allmänmedicin samt ”övriga” (se bilaga 3 för definition av grupperna). Detta kan jämföras med invärtesmedi-cin där andelen är 38 procent.

Figur 5. Procentuell åldersfördelning per grupp av specialistutbildade läkare sys-selsatta inom hälso- och sjukvården, november 2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Inom flera specialiteter utfärdades fler nya specialistbevis under början av 2000-talet jämfört med 1995. Detta gäller till exempel specialiteterna medi-cinsk radiologi, anestesi och intensivvård samt barn- och ungdomsmedicin.

Inom andra specialiteter har inflödet av antalet nya specialister legat mer konstant. Det är dock inte bara inflödet som påverkar tillgången, utan också utflödet. Av statistiken går att utläsa att andelen specialister över 65 år satsade inom hälso- och sjukvården har ökat. I genomsnitt är cirka 9 procent av specialistläkarna som arbetar i hälso- och sjukvården över 65 år, jämfört med 3 procent år 1995. Högsta andelarna på runt 11 till 12 procent återfinns år 2009 inom specialitetsgrupperna laboratoriemedicin, psykiatri, barnmedicin och övriga.

Sedan den 1 juli 2006 finns en ny specialitetsstruktur för läkare, med tre helt nya specialiteter: kärnkirurgi, akutsjukvård samt barnonkologi. Det är fortfarande relativt få som har utbildat sig i någon av dessa tre specialiteter, i november 2009 var 23 specialister i akutsjukvård, 43 specialister i barnonkologi samt 116 specialister i kärnkirurgi yrkesverksamma inom svensk hälso- och sjukvård.

Specialistsjuksköterskor och legitimerade röntgensjuksköterskor

Knappt hälften av samtliga sjuksköterskor som arbetar i hälso- och sjukvården har också en specialistutbildning. Andelen minskar dock, år 1995 var den cirka 65 procent. Även tillgången i absoluta tal har minskat. Bryter man ner statistiken på olika inriktningar syns det att det är vissa grupper som står för denna minskning, medan andra inriktningar ökat i antal inom hälso- och sjukvården åren 1995–2009. Som nämnts innan kan det minskande antalet specialistsjuksköterskor och variationen mellan olika inriktningar delvis förklaras av hur utbildningen utformats under åren [6].

Den tidigare inriktningen mot röntgen har sedan ett par år tillbaka ersatts av ett eget legitimerat yrke, röntgensjuksköterska, vilket innebär att antalet med den äldre specialistsjuksköterskeutbildningen minskar, medan antalet legitimerade röntgensjuksköterskor ökar. Antalet legitimerade röntgensjuksköterskor som arbetar inom hälso- och sjukvården uppgick år 2009 till 895 stycken, jämfört med drygt 2 500 sjuksköterskor med den äldre specialistutbildningen inom röntgen.

Vård av äldre är den inriktning som ökat allra mest i procent under de aktuella åren. Det beror på att det är en ny inriktning som därför hade väldigt få utexaminerade 1995. Totalt finns idag 391 personer med denna inriktning inom hälso- och sjukvården. Detaljerad statistik för de olika grupperna finns i rapporten Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2009 [4].

Tabell 4. Antal specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, november 2009 samt procentuell tillväxt per 100 000 invånare åren 1995–2009.

	Antal per 100 000 invånare	1995–2009 per 100 000 invånare
Anestesisjukvård och/eller intensivvård	105	25 %
Operationssjukvård	39	-8 %
Ambulanssjukvård	9	-*
Internmedicin och/eller kirurgi	118	-56 %
Onkologi	10	6 %
Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar	40	25 %
Vård av äldre	4	-*
Psykiatrisk vård	57	-20 %
Distriktssköterska	147	8 %
Specialistsjuksköterskor totalt	524	-17 %
Sjuksköterska med röntgenutbildning	27	-30 %
Legitimerad röntgensjuksköterska	10	-*
Röntgensjuksköterska totalt**	37	-5 %

*Nyare utbildning, procentuell förändring över tid ej jämförbar

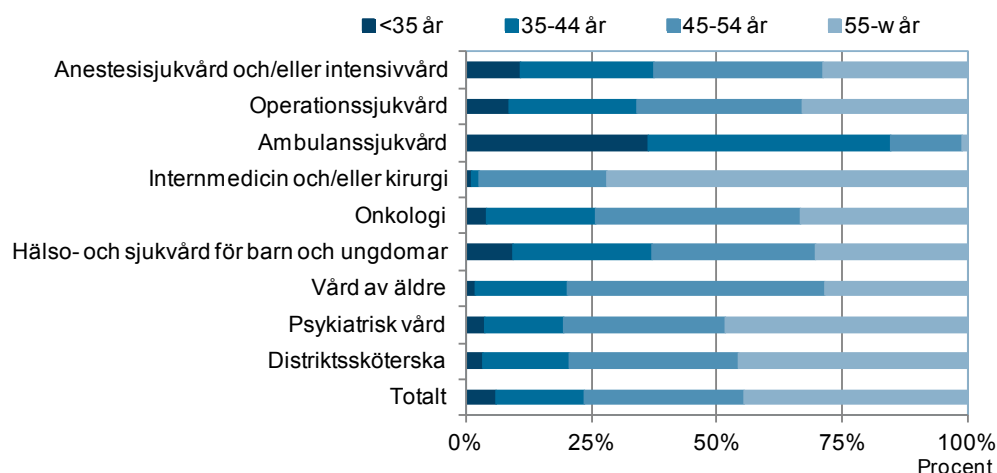
**Sjuksköterskor med röntgenutbildning samt legitimerade röntgensjuksköterskor

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Från 1960-talet och framåt så har nivåerna varierat vid olika tidpunkter avseende antalet nyutexaminerade specialistsjuksköterskor, vilket alltså till viss del beror på hur utbildningen varit utformad [7]. Flest examina utfärdades under början av 1980-talet. Under perioden från 1995 och framåt har antalet examina legat på mellan 1 300 och 1 500 examina per år, för att under åren 2007–2009 öka till omkring 1 800 per år. Jämfört med början av 2000-talet har också något fler påbörjat en specialistutbildning varje år.

I figuren nedan visas åldersstrukturen för olika specialinriktningar. Bland annat visar statistiken att nyare inriktningar tenderar att ha en yngre genomsnittsålder. Drygt 70 procent av sjuksköterskorna inom internmedicin och/eller kirurgi är över 55 år. I genomsnitt uppgår andelen till 45 procent.

Figur 6. Procentuell åldersfördelning per grupp av specialistutbildade sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården, november 2009.



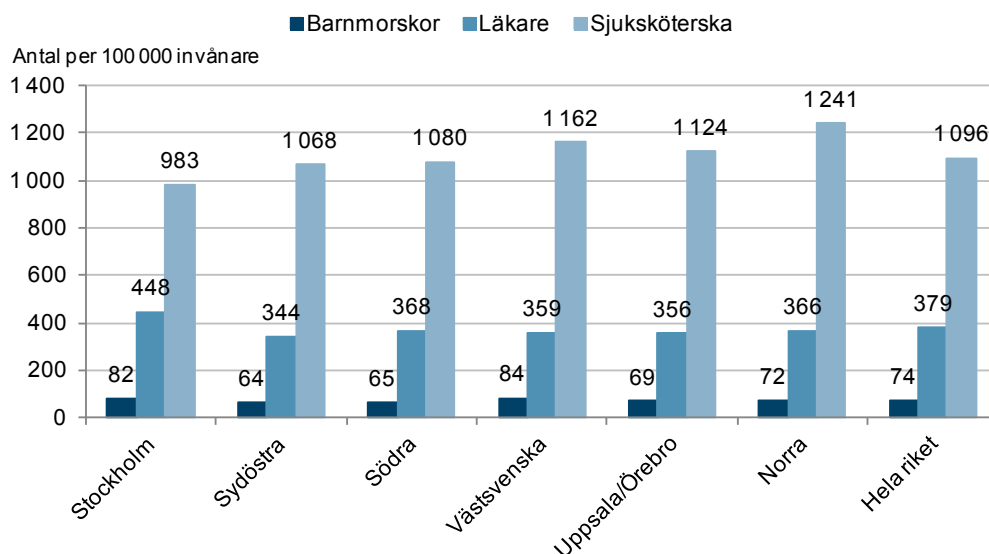
Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Andelen yrkesverksamma specialistsjuksköterskor som är över 65 års ålder var år 2009 cirka 5 procent, vilket kan jämföras med under 1 procent år 1995. Inom inriktningen internmedicin och/eller kirurgi var 11 procent av de yrkesverksamma över 65 år gamla, medan andelen inom några andra inriktningar var mellan 0 och cirka 1 procent.

Regional tillgång

Tillgången på personal ser fortsatt olika ut i landets sjukvårdsregioner. Exempelvis hade Stockholms sjukvårdsregion år 2009 en högre läkartäthet än resterande Sverige, vilket gällt hela perioden 1995-2009. Norra sjukvårdsregionen hade motsvarande den högsta tätheten av sjuksköterskor, och högsta tätheten av barnmorskor fanns år 2009 i Västsvenska sjukvårdsregionen.

Figur 7. Antal barnmorskor, sjuksköterskor och läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, fördelat på sjukvårdsregioner, november 2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

I princip samtliga regioner har, precis som riket i helhet, haft en ökande tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare under perioden 1995–2009, men utvecklingen har sett olika ut beroende på region och yrkesgrupp. Sydöstra regionen har till exempel haft störst procentuell tillväxt av läkare i förhållande till befolkningen, men har trots det fortfarande lägst läkartäthet. Undantaget från ökande tillgång gäller barnmorskor i Norra sjukvårdsregionen, där tätheten av barnmorskor i förhållande till befolkningen inte ökat under perioden.

Tabell 5. Procentuell förändring åren 1995–2009 av antalet barnmorskor, sjuksköterskor och läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, fördelat på sjukvårdsregioner.

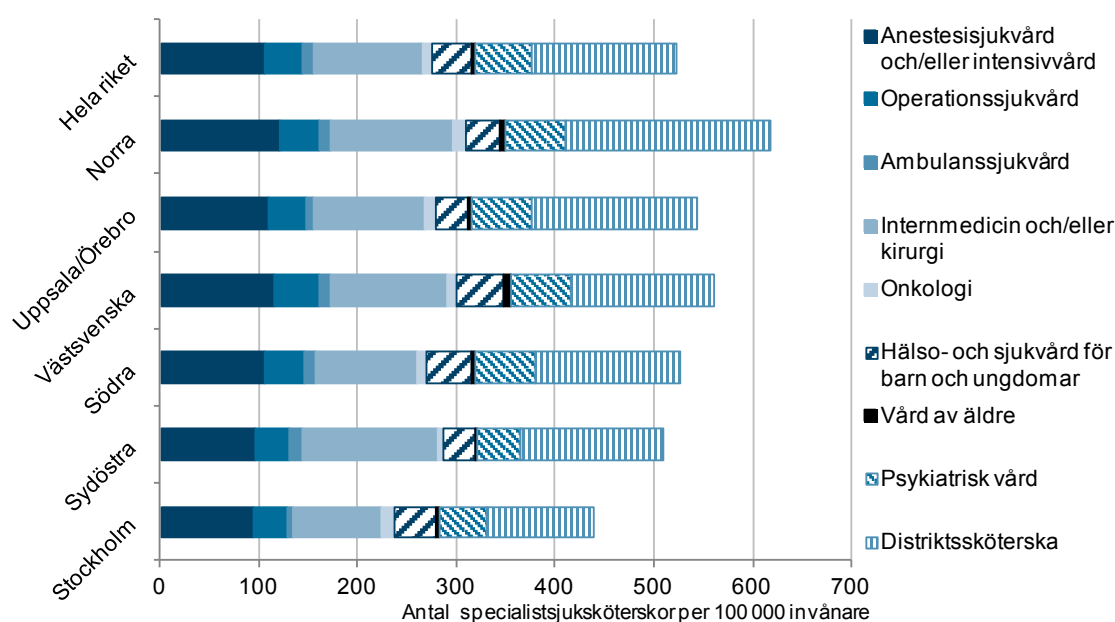
1995–2009 per 100 000 invånare			
	Barnmorskor	Sjuksköterskor	Läkare
Stockholm	18	7	31
Sydöstra	12	17	38
Södra	18	13	30
Västsvenska	14	20	30
Uppsala/Örebro	10	15	28
Norra	1	16	31
Hela riket	13	14	31

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Andelen som arbetar inom privat hälso- och sjukvård varierar beroende på region och yrke. Sett till riket som helhet är det mest förekommande bland läkare (18 procent) att arbeta inom privat sektor, följt av sjuksköterskor (13 procent) och barnmorskor (10 procent). På sjukvårdsregionsnivå är det vanligast med sysselsättning i privat sektor i Stockholms sjukvårdsregion, där arbetar exempelvis 35 procent av läkarkåren inom den privata sektorn, jämfört med 7 procent i norra sjukvårdsregionen och 8 procent i sydöstra sjukvårdsregionen.

Den regionala tillgången på läkare och sjuksköterskor återspeglar sig i tillgången på specialistutbildade läkare och sjuksköterskor. Stockholms sjukvårdsregion har högst täthet av specialistläkare, och norra sjukvårdsregionen har högst täthet av specialistsjuksköterskor. Fördelningen mellan olika inriktningar av specialistsjuksköterskor i sjukvårdsregionerna visas i diagrammet nedan.

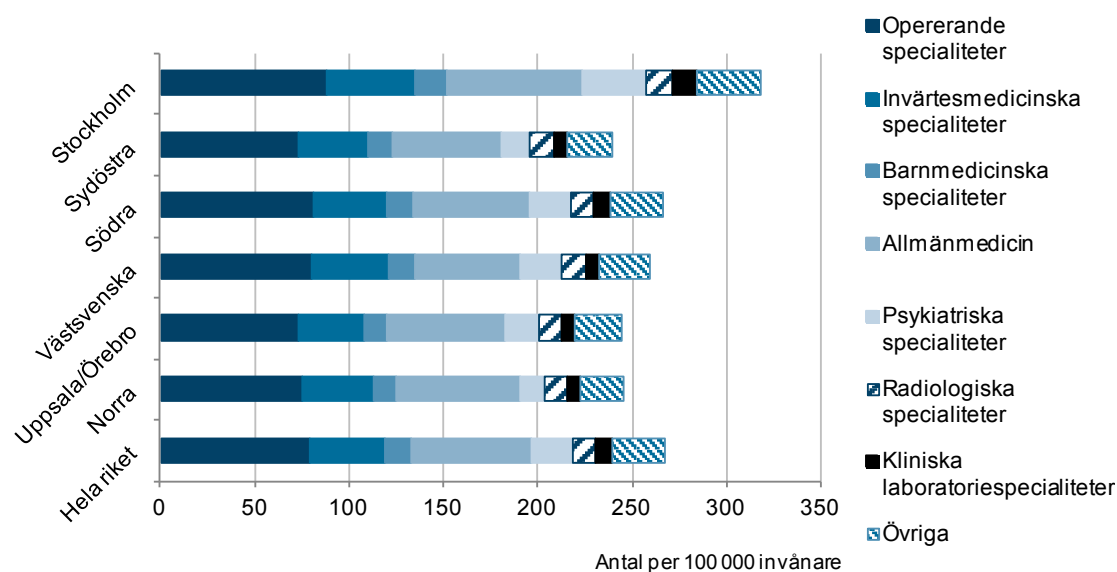
Figur 8. Specialistutbildade sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare fördelat på sjukvårdsregion samt riket, november 2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Vad gäller skillnader i tillgången på olika grupper av specialitetsläkare ser det olika ut beroende på specialitet. Inom exempelvis radiologiska specialiteter är skillnaderna små mellan regionerna. Inom psykiatriska specialiteter varierar tillgången mer, där Stockholms sjukvårdsregion har en betydligt högre täthet än övriga regioner, framför allt jämfört med norra och sydöstra sjukvårdsregionen. Inom allmänmedicin är tillgången relativt jämn mellan regionerna, om man bortser från Stockholmsregionen som har en högre tillgång i förhållande till befolkningsmängd.

Figur 9. Specialitetsläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, fördelat på hälso- och sjukvårdsregion och riket efter specialitetsgrupp, november 2009.

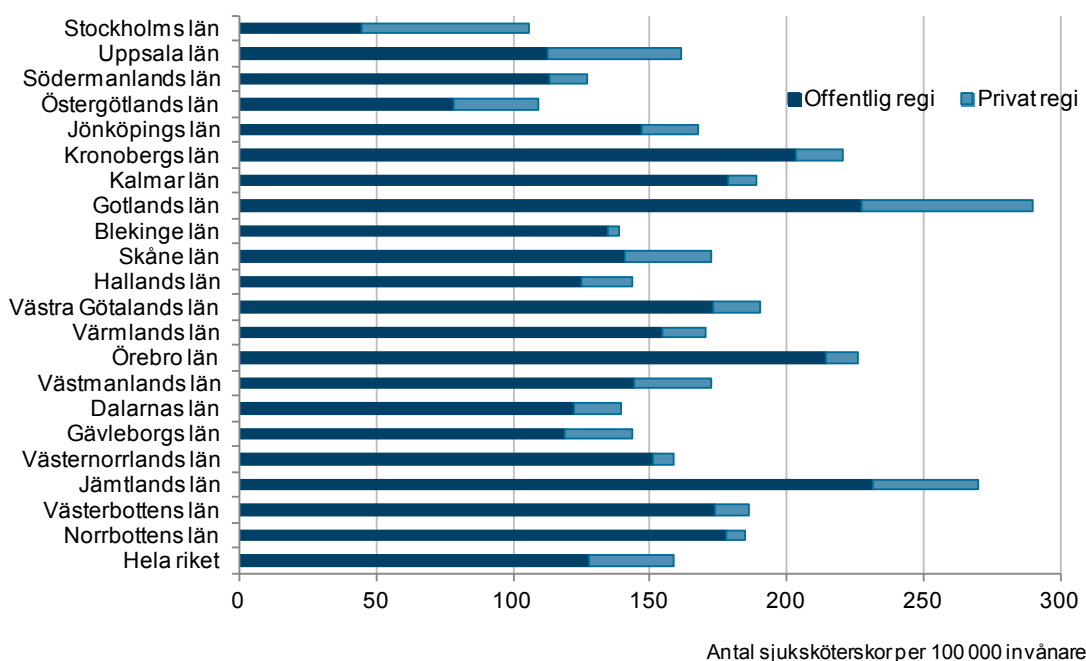


Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Sjuksköterskor inom omsorgsverksamhet

Cirka 14 800 sjuksköterskor är sysselsatta inom den kommunala vård- och omsorgssektorn, varav knappt 7 000 med någon form av specialistsjuksköterskeutbildning. Av dessa är drygt 2 500 distriktssköterskor och drygt 2 800 utbildade inom internmedicin och/eller kirurgi. I förhållande till befolkningens mängd är det stora skillnader i tillgång över landet. Gotland med högst täthet har ungefär 2,7 gånger så många sjuksköterskor inom kommunal verksamhet som Stockholm, med lägst täthet. Även Jämtland har en hög sjukskötersketäthet i denna sektor jämfört med övriga Sverige.

Figur 10. Antal sjuksköterskor sysselsatta inom kommunal vård (offentlig respektive privat regi) per 100 000 invånare, fördelat per län och riket totalt, november 2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Personal utbildad utomlands

Den ökande internationella rörligheten av hälso- och sjukvårdspersonal är något som fått allt större uppmärksamhet [8-10]. Diskussionen har framför allt rört den emigration av kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal som skett från Asien och Afrika. Sveriges arbetskraftsinvandring har inte tagit sig riktigt samma uttryck, dels då en stor del är utbildade inom EU/EES, dels då det från länder utanför EU/EES i stor utsträckning har handlat om flykting- eller anhöriginvandring.

Det är svårt att göra internationella jämförelser av migration då det finns skillnader i statistiska metoder och definitioner. Till exempel kan statistiken redovisa hur många legitimationer som utfärdats till personer från andra länder, utan att ta hänsyn till om personerna faktiskt uppehåller sig i landet eller är sysselsatt där.

Andelen sjuksköterskor och barnmorskor med utländsk utbildning som arbetar i svensk hälso- och sjukvård har legat på mellan 2 och 3 procent under åren 1995–2009. Andelen läkare med utländsk utbildning som arbetar i sjukvården har däremot ökat betydligt. År 1995 uppgick andelen till 13 procent och var år 2009 uppe i 22 procent. Migrationsflödena har på så sätt fått allt större betydelse för den svenska tillgången på framför allt läkare.

Tabell 6. Antal sysselsatta inom hälso- och sjukvården efter yrkeskategori och utbildningsland, samt procentuell andel utlandsutbildade, november 2009.

Utbildningsland	Barnmorskor	Läkare	Sjuksköterskor
Sverige	6 691	27 578	99 467
EU/EES	102	5 270	1 347
Tredje land	82	2 509	1 478
Totalt	6 875	35 357	102 294
Andel utlandsutbildade	2,7	22,0	2,8

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

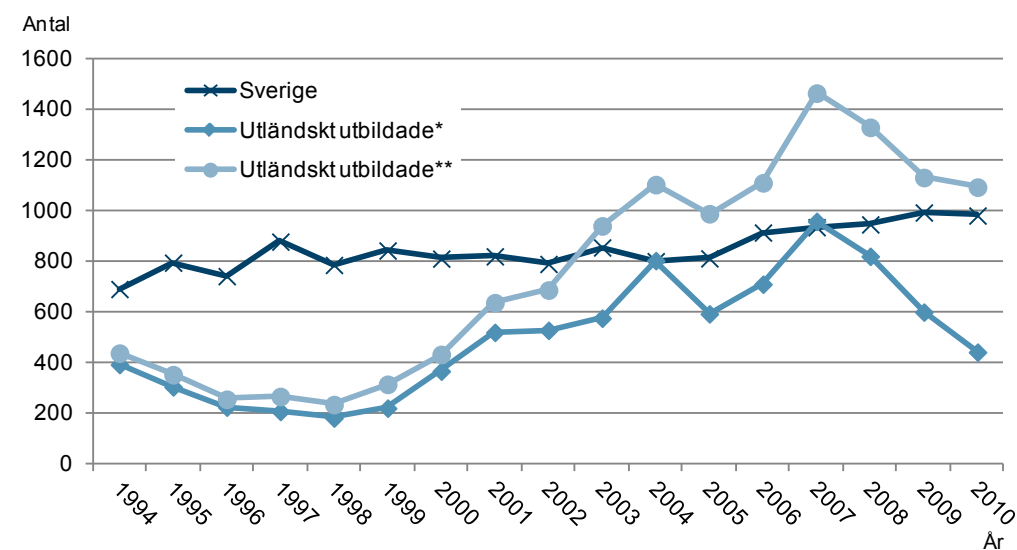
Det är ett fåtal barnmorskor som har utbildning utomlands. Av sjuksköterskorna är det knappt 3000 sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården som har utländsk utbildning, varav majoriteten börjat arbeta i Sverige efter 1995. Enskilt största utbildningsland bland dessa har varit Finland.

Läkare utbildade utomlands

Som redovisats ovan är nästan en fjärdedel av läkarkåren utbildad i ett annat land än Sverige. I detta avsnitt beskrivs gruppen närmare.

Mellan 1994 och 2009 beviljades svensk läkarlegitimation till totalt 11 702 personer med utländsk läkarutbildning eller läkarlegitimation. År 2003 beviljades för första gången fler legitimationer till utlandsutbildade än svenskutbildade, en trend som sedan fortsatt, med en topp år 2007. Diagrammet nedan visar antalet legitimationer/legitimationsvillkor som utfärdats till personer med svensk eller utländsk utbildning per år.

Figur 11. Antal nya läkare med svensk utbildning samt legitimationer /legitimationsvillkor utfärdare till läkare med utländsk utbildning, 1994–2010.



*Endast de personer som har svenskt personnummer, sysselsättningsstatus kan följas i NPS-databasen

**Inklusive de personer som saknar svenskt personnummer, sysselsättningsstatus för dessa kan ej följas i NPS-databasen

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Det är dock viktigt att skilja på antalet utfärdade legitimationer och antalet som faktiskt är sysselsatta i Sverige. Bland de som får legitimation finns en grupp som inte säkert migrerat till Sverige. Detta då många legitimationer till läkare med utländsk utbildning har beviljats på grund av EU:s läkardirektiv 1993/16/EEG. Direktivet innebär att läkare med legitimation och utbildning inom EU/EES och Schweiz får svensk legitimation kostnadsfritt. Därmed skaffar ett antal läkare antagligen svensk legitimation utan att ha för omedelbar avsikt att sysselsätta sig i Sverige. Att en läkare har en svensk legitimation innebär därför inte att han eller hon verkligen arbetar eller ens är bosatt i Sverige. För att det ska vara möjligt att följa en persons sysselsättningsstatus i statistiken krävs det att personen har ett svenskt personnummer.

Av de 17 216 personer med utländsk utbildning som fram till november 2009 hade fått svensk legitimation, exklusive deslegitimerade och avlidna, har Socialstyrelsen kännedom om svenskt personnummer för 13 262 personer. Av dessa var år 2009 cirka 7 800 sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård. Majoriteten av dem har beviljats svensk legitimation efter år 1993. Vidare hade 3 482 av dessa utvandrat och ytterligare 917 hade pensionerat sig.”

Hur dessa läkare fördelar sig på utbildningsland och sjukvårdsregion redovisas i tabellen nedan. För cirka 20 procent saknas dock utbildningsland i Socialstyrelsens register. I dessa fall antas utbildningsland vara lika med födelseland. Detta leder dock till en viss överskattning för vissa länder och underskattning för andra. För EU-länder innebär metoden en underskattning av utbildningsland då många läkare som är födda i tredje land har utbildats inom EU, men alltså felaktigt kodas som utbildade utanför EU. För länder som Ungern och Tyskland som utbildar många utländska läkare är underskattningen därmed ännu större. För de länder där många läkare utbildar sig i utlandet innebär skattningsmetoden en överskattning.

Tabell 7. Antal läkare* med svensk eller utländsk utbildning sysselsatta inom hälso- och sjukvården, fördelat per utbildningsland och sjukvårdsregion, november 2009.

	Stockholm	Sydöstra	Södra	Västsvenska	Uppsala/Örebro	Norra	Totalt
Sverige	7 560	2 571	4 974	4 659	5 165	2 646	27 578
Övriga Norden	172	119	375	212	201	92	1 171
EU25/EES**	800	590	936	923	1 119	431	4 799
EU27/EES**	919	641	1 044	997	1 218	451	5 270
Tredje land	800	219	370	422	583	115	2 509
<i>Därav</i>							
Polen	169	159	188	133	217	126	992
Tyskland	138	154	127	220	265	70	974
Danmark	44	99	260	87	105	46	641
Irak	147	55	79	78	171	24	554
Ryssland	129	28	54	72	97	25	405
Ungern	77	37	63	85	95	24	381
Rumänien	92	46	89	57	81	12	377
Grekland	48	36	36	94	114	23	351
Island	46	4	72	65	42	2	231
Norge	34	8	29	38	28	15	152
Totalt	9 279	3 431	6 388	6 078	6 966	3 212	35 357

*Exklusive personer utan känt personnummer, då sysselsättningsstatus för dessa är okänd.

**Inklusive Schweiz

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

För att få en uppfattning om vilka utbildningsländer som de senaste 15 åren blivit mer eller mindre vanliga redovisas också utbildningsland för de som legitimerats under denna period, efter första år för sysselsättning i Sverige. Det blir då tydligt att det först och främst är utbildningsländer inom EU/EES som står för den ökande andelen läkare med utländsk utbildning i den svenska hälso- och sjukvården, medan inflödet av personer utbildade utanför EU/EES varit relativt konstant.

Tabell 8. Läkare* med svensk eller utländsk utbildning legitimerade åren 1994–2009 och sysselsatta i hälso- och sjukvården, redovisat efter första sysselsättningsår, 1995–2009.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Totalt 95–09
Sverige	1 309	710	780	762	787	801	813	793	838	779	796	902	909	948	903	12 830
EU25/EES**, exkl. Sverige	176	65	48	59	85	147	291	310	343	437	375	403	504	543	477	4 263
EU27/EES**, exkl. Sverige	224	74	60	69	96	165	313	321	360	454	386	432	572	612	516	4 654
<i>Därav</i>																
<i>Tyskland</i>	19	10	11	13	19	49	116	127	120	97	91	84	112	86	75	1 029
<i>Polen</i>	32	6	4	10	12	10	53	52	89	147	72	83	73	89	49	781
<i>Grekland</i>	1	0	0	1	0	2	1	7	7	9	30	44	94	112	83	391
<i>Ungern</i>	13	1	3	4	0	1	8	9	12	37	33	40	52	68	82	363
<i>Rumänien</i>	38	6	4	6	8	11	20	8	15	13	11	23	53	57	30	303
<i>Island</i>	38	11	3	8	18	15	20	20	18	16	17	17	25	24	34	284
<i>Danmark</i>	6	4	3	6	4	9	9	7	11	15	25	16	38	46	49	248
<i>Norge</i>	14	5	3	1	7	2	12	12	12	15	17	14	13	14	6	147
<i>Finland</i>	15	9	9	6	10	14	14	16	13	9	5	8	2	3	3	136
Tredje land	201	116	121	151	114	145	146	166	142	145	167	236	180	199	203	2 432
<i>Därav</i>																
<i>Irak</i>	32	17	27	29	24	27	25	30	37	36	44	63	44	43	87	565
<i>Ryssland</i>	21	16	8	20	20	18	22	26	30	21	32	49	36	50	32	401
Totalt, exkl. Sverige	425	190	181	220	210	310	459	487	502	599	553	668	752	811	719	7 086
Totalt, inkl. Sverige	1 734	900	961	982	997	1 111	1 272	1 280	1 340	1 378	1 349	1 570	1 661	1 759	1 622	19 916

*Exklusive personer utan känt personnummer, då sysselsättningsstatus för dessa är okänd.

**Inklusive Schweiz

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Under senare år har också antalet svenska studenter som studerar till läkare i andra länder ökat kraftigt. Statistik från CSN visar att studierna sker bland annat i Polen, Danmark och Rumänien.

Tabell 9. Antal läkarstuderande utomlands med studiemedel från CSN, åren 2002–2010, totalt antal samt fördelat på studieländer med fler än 20 studenter år 2010 samt gruppen övriga utbildningsländer.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Totalt	763	874	1104	1463	1855	2296	2599	2938	3193
<i>Därav</i>									
Polen	59	78	139	277	454	642	747	845	987
Danmark	323	380	489	602	709	780	752	777	771
Rumänien	12	19	24	33	38	99	206	302	359
Ungern	74	86	122	161	208	268	346	370	358
Tjeckien	34	32	32	45	65	91	113	127	132
Storbritannien	35	47	56	70	85	92	98	115	117
Lettland	x	x	3	4	4	22	35	50	76
Norge	40	41	40	41	42	46	41	56	65
Slovakien	x	3	4	8	10	20	40	39	49
Tyskland	31	33	39	48	56	49	44	44	41
Serbien	4	4	12	14	13	19	23	28	35
Litauen	x	x	x	x	4	5	8	27	33
Övriga utbildningsländer	151	151	144	160	167	163	146	158	170

Källa: CSN

I dagsläget finns inte någon information om i vilken omfattning personer fullföljer sin utbildning utomlands eller kommer att vara sysselsatta i den svenska hälso- och sjukvården i framtiden. Det är därför svårt att säga vilken eventuell effekt de svenskar som i dagsläget studerar utomlands kommer att ha på den svenska tillgången.

De svenskar som studerat utomlands och sedan fått svensk läkarlegitimation återfinns dock i Socialstyrelsens statistik över läkare med utländsk utbildning. Det går inte att särskilja exempelvis personer som har fått studiemedel från CSN och studerat till läkare utomlands.

Till denna rapport har därför gruppen svenskar som studerat utomlands definierats som ”född i Sverige eller folkbokförd någon gång innan 16 års ålder, med utländsk läkarutbildning”. Till och med år 2010 har 1 127 personer med svensk bakgrund och utländsk utbildning fått svensk legitimation. Av dessa har majoriteten, legitimerats i Sverige efter 1993. I november 2009 var 776 utlandsutbildade läkare med svensk bakgrund sysselsatta inom hälso- och sjukvården i Sverige. Statistiken tyder alltså på att det finns en viss effekt på den svenska läkartillgången av att svenskar studerar till läkare utomlands, även om sambandet mellan antalet studenter utomlands och hur många som återvänder som läkare till Sverige fortfarande är oklart.

Tabell 10. Utlandsutbildade läkare med svensk bakgrund* under 65 år, redovisat efter år för svensk legitimation/legitimationsvillkor.

År för legitimation/legitimationsvillkor	Antal
<1994	335
1994	26
1995	10
1996	9
1997	12
1998	13
1999	18
2000	16
2001	21
2002	45
2003	33
2004	42
2005	41
2006	59
2007	65
2008	86
2009	122
2010	174
Samtliga	1 127

*Födda i Sverige eller folkbokförda någon gång innan 16 års ålder.
Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Hur de personer med svensk bakgrund och utländsk utbildning som någon gång fått svensk legitimation fördelar sig på utbildningsland redovisas nedan. De största utbildningsländerna över tid har varit Danmark, Tyskland, Polen och Ungern.

Tabell 11. Utlandsutbildade läkare med svensk legitimation/legitimationsvillkor och svensk bakgrund* under 65 år, redovisat efter utbildningsland.

Utbildningsland	Antal
Norden	354
EU25/EES	806
EU27/EES	835
<i>Därav</i>	
<i>Danmark</i>	237
<i>Tyskland</i>	131
<i>Polen</i>	80
<i>Ungern</i>	80
<i>Island</i>	59
<i>Norge</i>	46
<i>Storbritannien</i>	32
<i>Rumänien</i>	24
<i>Grekland</i>	10
<i>Finland</i>	12
<i>Nederländerna</i>	12
<i>Italien</i>	10
<i>Bulgarien</i>	5
Tredje land	292
<i>Därav Ryssland</i>	26
Samtliga	1127

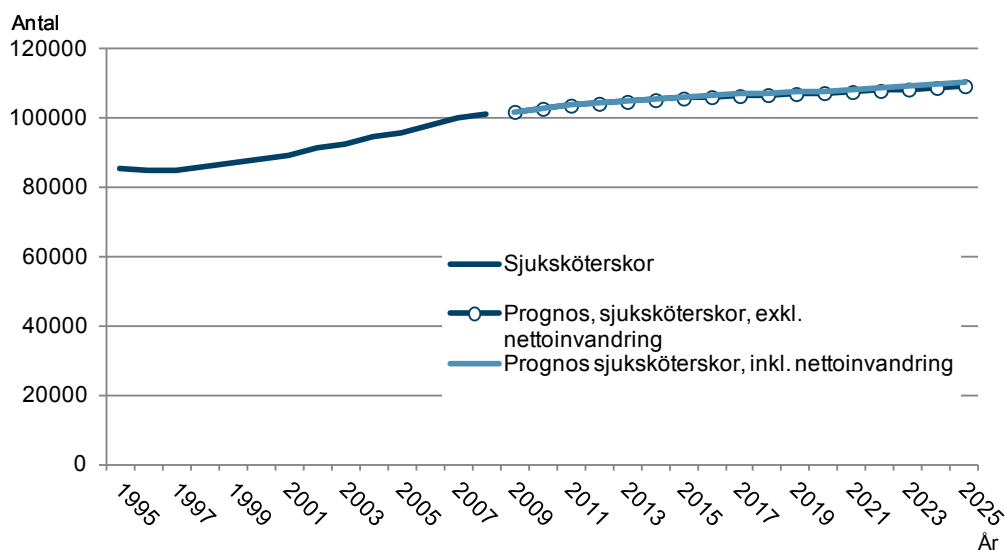
*Födda i Sverige eller folkbokförda någon gång innan 16 års ålder.
Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Framtida tillgång – prognosen 2009–2025

Socialstyrelsens senaste prognos över framtida tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare i hälso- och sjukvården publicerades i januari 2011 och sträcker sig fram till år 2025 [5]. Prognosen utgår från uppgifter om sysselsättning i november 2008 och utbildningsplatser enligt budgetpropositionen 2011.

Enligt denna prognos beräknas antalet sjuksköterskor öka med cirka 8 procent mellan åren 2008 och 2025, vilket kan jämföras med den faktiska tillgångsökningen på 20 procent åren 1995–2009.

Figur 12. Sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården åren 1995–2008 samt prognos 2009–2025.

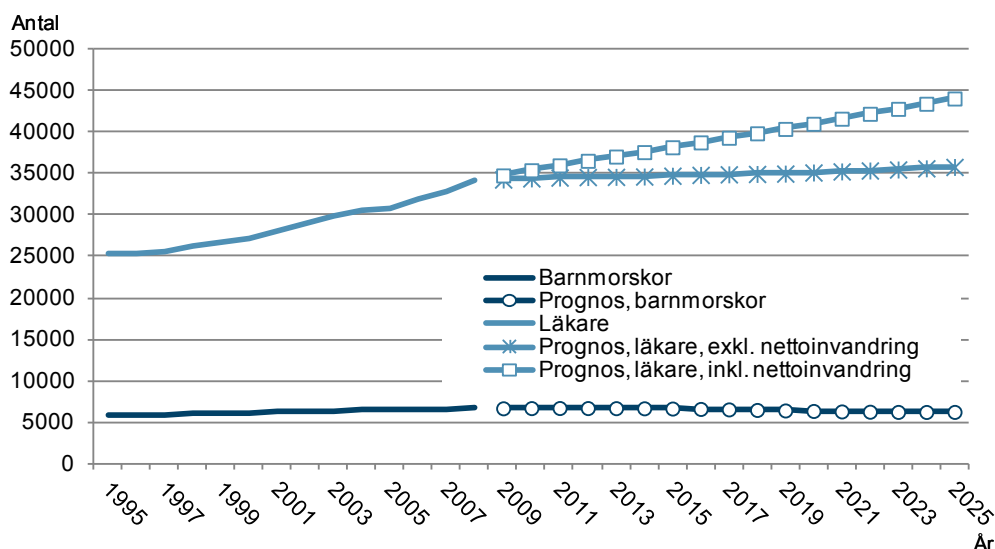


Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Tillgången på barnmorskor beräknas i prognosen att minska med 6 procent, till stor del beror minskningen på ökande pensionsavgångar. Tillgången, utan hänsyn till befolkningsökning, beräknas år 2025 vara ungefär lika hög som i början av 2000-talet. Vad gäller läkare har beräkningar gjorts utifrån två olika framtidsbilder, ett scenario där nettomigrationen är lika med noll och ett scenario med ett årligt nettoinflöde om knappt 500 läkare utbildade i andra länder. Utan nettoinvandring beräknas tillgången att öka med cirka 5 procent. Med nettoinvandring beräknas tillgången att öka med 29 procent, vilket skulle innebära cirka 44 000 läkare år 2025.

Metod och fördjupad beskrivning av prognosen återfinns i rapporten ”Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2009–2025” [5].

Figur 13. Barnmorskor och läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården åren 1995–2008 samt prognos 2009–2025.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Internationell statistik

Tillgången på personal inom hälso- och sjukvården är något som i hög grad diskuteras i internationella sammanhang, vilket bland annat innebär att flera internationella organisationer så som OECD, WHO och EUROSTAT tar fram internationell statistik på området och arbetar för att göra statistiken bättre och mer jämförbar. Sverige deltar också i ett nyligen påbörjat samarbete inom EU för att förbättra statistiken för att på så sätt möjliggöra bättre analyser av arbetsmarknaden för hälso- och sjukvårdspersonal.

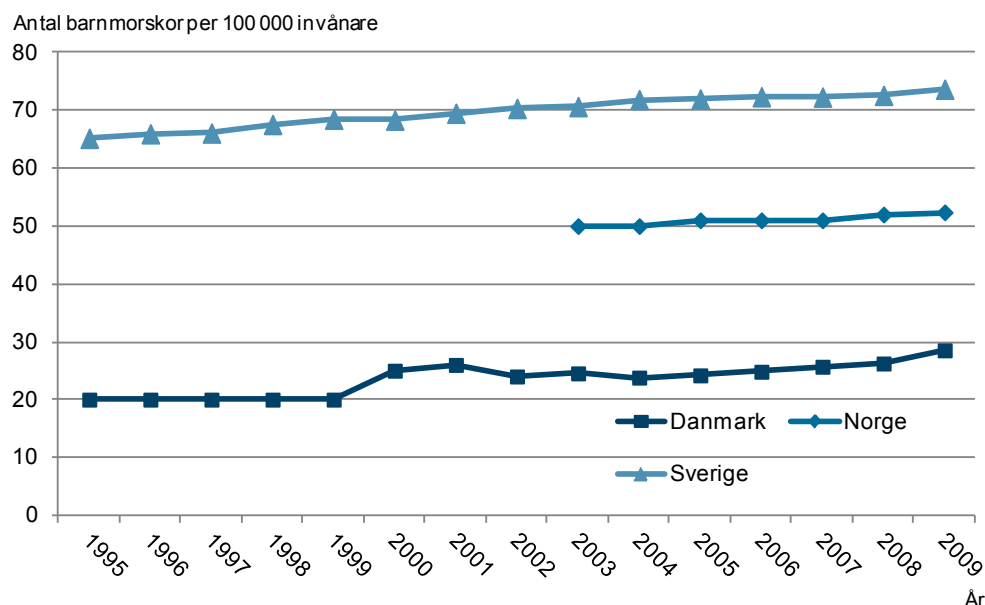
Det är dock fortfarande så att metoder och definitioner i olika länders statistik skiljer sig åt, vilket innebär att det är svårt att göra jämförelser av personaltillgång mellan olika länder. Exempelvis kan personaltäthet beskrivas som antalet utbildade, antalet sysselsatta, antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården eller antalet sysselsatta med patienter inom hälso- och sjukvården. Ett annat exempel är statistiken över sjuksköterskor, där definitionen av vad en sjuksköterska faktiskt är, skiljer sig åt mellan olika länder.

De nordiska länderna har under många år arbetat tillsammans för att få fram en enhetlig och jämförbar statistik på området. Denna statistik publiceras av Nomesco. Statistiken över personaltillgång i Danmark och Norge, som redovisas nedan, har i denna rapport hämtas från Nomesco och OECD. Statistik från Finland redovisas inte i denna rapport, eftersom det saknas uppgifter från sjukvården inom privat sektor i den finska statistiken.

Den jämförande statistiken mellan Norge, Danmark och Sverige visar bland annat att Sverige har betydligt fler barnmorskor i hälso- och sjukvården än framför allt Danmark. Detta ska dock tolkas med försiktighet, eftersom den svenska statistiken troligen överskattar antalet barnmorskor, då en del av dessa i praktiken förmodligen arbetar som sjuksköterskor. Det är inte möjligt att i statistiken läsa ut hur många det faktiskt rör sig om. Svenska barnmorskor har också i jämförelse ett delvis annorlunda och utvidgat ansvarsområde.

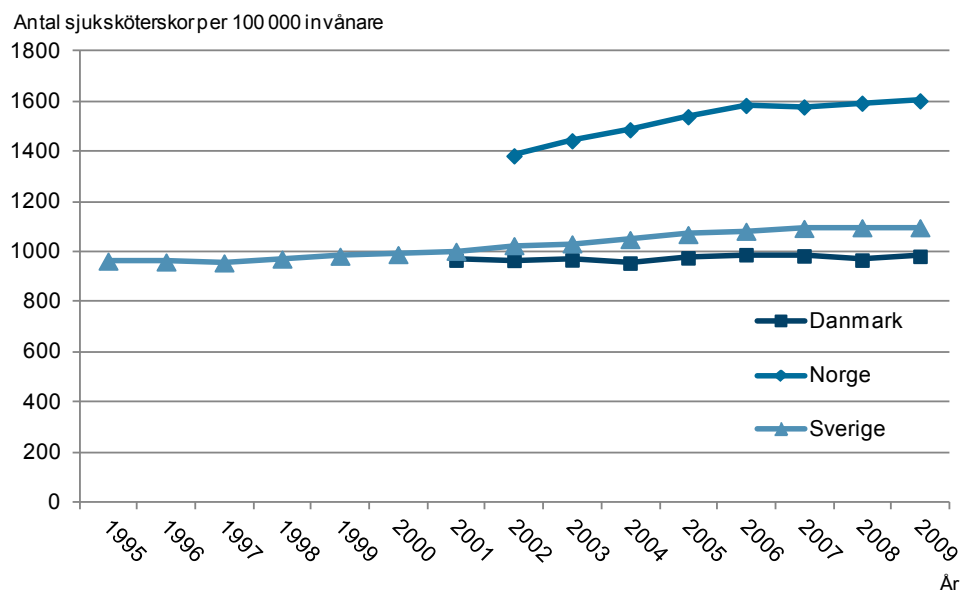
Enligt statistiken är Norge det land med högst täthet av sjuksköterskor. Detta kan också delvis förklaras av bakomliggande skillnader i statistiken där den norska och danska statistikens detaljeringsgrad skiljer sig från den svenska. Läkare är den personalgrupp där tillgången är jämnast fördelad mellan länderna. Norge hade år 2009 den högsta läkartätheten, 408 per 100 000 invånare, jämfört med Sveriges 379 stycken per 100 000 invånare.

Figur 14. Antal barnmorskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i tre nordiska länder, år 1995–2009 (uppgift saknas för Norge t.o.m. 2002).



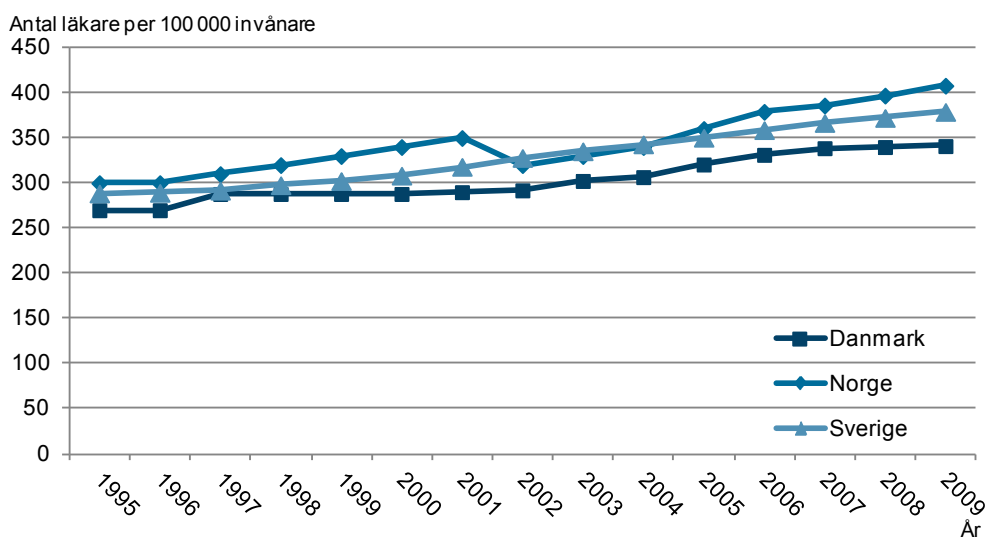
Källa: OECD, Socialstyrelsen (NPS-databasen) och Nomesco .

Figur 15. Antal sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i tre nordiska länder, åren 1995–2009 (uppgift saknas för Danmark t.o.m. år 2000, Norge t.o.m. 2001).



Källa: OECD, Socialstyrelsen (NPS-databasen) och Nomesco .

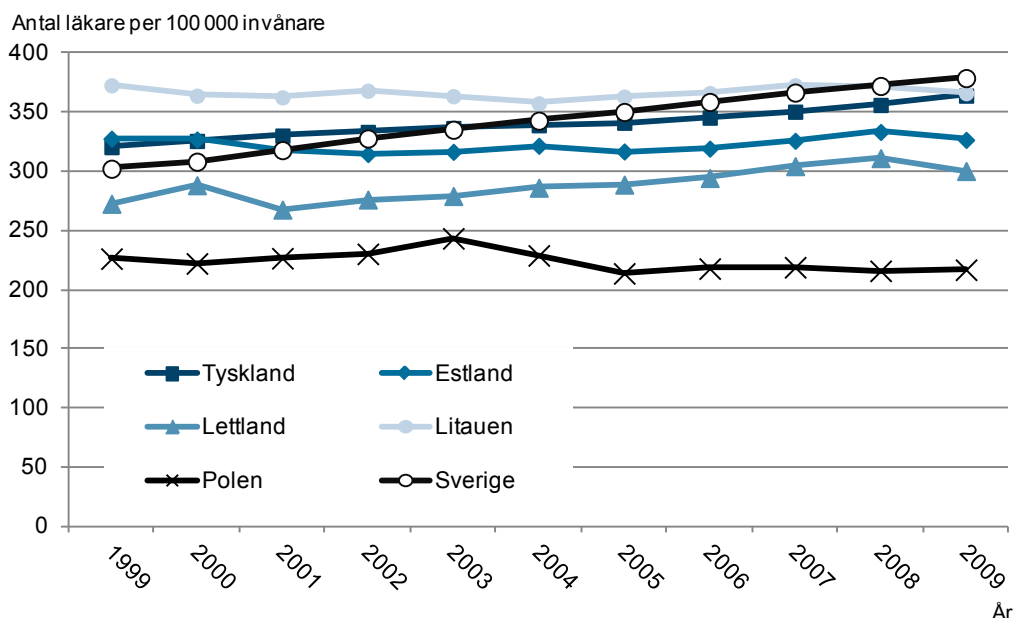
Figur 16. Antal läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i tre nordiska länder, åren 1995–2009.



Källa: OECD, Socialstyrelsen (NPS-databasen) och Nomesco.

Nedan presenteras också statistik för övriga länder kring Östersjön i den utsträckning den finns tillgänglig: Estland, Lettland, Litauen, Polen och Tyskland. Bland annat visar statistiken att tillgången på läkare minskat med cirka fem procent i Polen under åren 1999–2009, medan den ökat i Tyskland och Lettland. Polen är också det av de jämförda länderna med lägst tillgång på läkare under samtliga jämförda år.

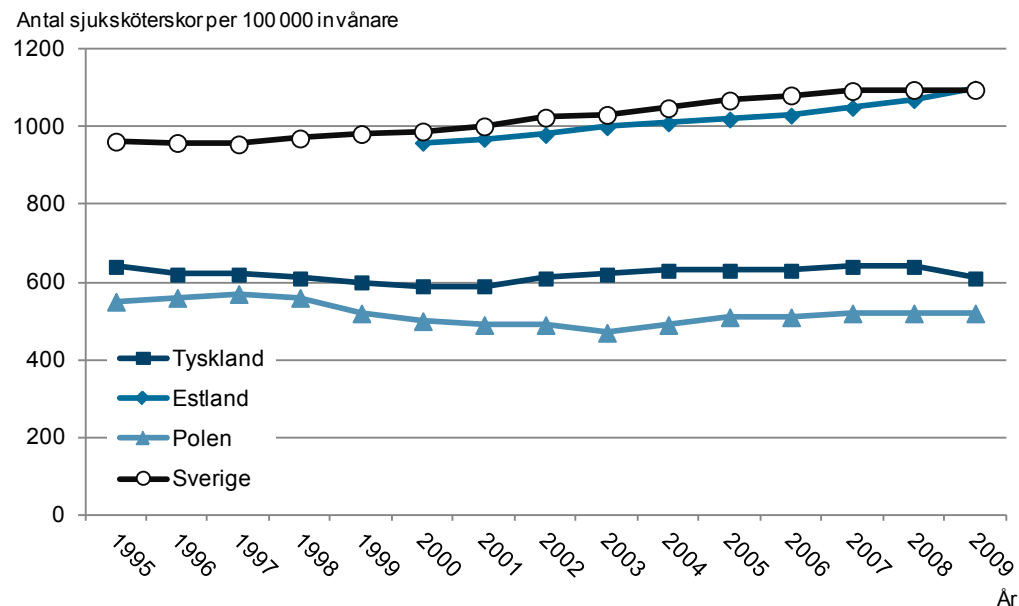
Figur 17. Antal läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i övriga Östersjöländer, åren 1999–2009.



Källa: Eurostat 2011 och Socialstyrelsen (NPS-databasen).

Estland och Sverige har högst täthet av sjuksköterskor av de länder som jämförs. Det är också bara i dessa två länder som tillgången ökat under perioden.

Figur 18. Antal sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i Tyskland, Estland, Polen och Sverige, åren 1995–2009.



Källa: OECD 2011 och Socialstyrelsen (NPS-databasen).

Tillgång på tandhygienister och tandläkare i tandvården

I detta kapitel beskrivs tillgången på tandhygienister och tandläkare i den svenska tandvården, samt också viss internationell statistik. Fördjupad statistik över den svenska tillgången finns att tillgå i följande rapporter:

- Tillgång på: barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2009 [1]
- Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2009–2025 [5].

Tillgång i Sverige

Tillgången på tandläkare fortsätter att minska inom svensk tandvård, 1995–2009 rörde det sig om en minskning på 3 procent. Det betyder en minskning om i genomsnitt cirka 14 tandläkare per år. Relaterat till befolkningsmängden var minskningen ännu större, minus 8 procent. Tillgångsförändringen har dock varierat mellan åren, men trenden är negativ.

På specialisttandläkarsidan har tillgången ökat med knappt 40 personer under samma period, men tätheten i förhållande till befolkningen har samtidigt minskat. Cirka 11 procent av samtliga tandläkare har någon specialistkompetens. Den största specialiteten inom tandvården är ortodonti, drygt 260 personer arbetade inom denna specialitet år 2009.

Tandhygienistkåren växer och har ökat både i absoluta tal och per 100 000 invånare under de aktuella åren.

Tabell 12. Procentuell förändring åren 1995–2009 av antalet tandhygienister och tandläkare inom tandvården, samt antal sysselsatta inom tandvården i november 2009.

	Förändring 1995–2009, totalt antal	Förändring 1995–2009, antal per 100 000 invånare	Antal
Tandhygienist	77 %	68 %	3 612
Tandläkare	-3 %	-8 %	7 457
<i>Därav specialisttandläkare</i>	4 %	-1 %	839

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Huvudsakligen arbetar både tandhygienister och tandläkare inom tandvårdsektorn. År 2009 uppgick antalet tandhygienister inom tandvården till drygt 3 600 personer och antalet tandläkare till knappt 7 500 personer. 42 procent av tandhygienisterna och 45 procent av tandläkarna inom tandvården arbetar i privat sektor.

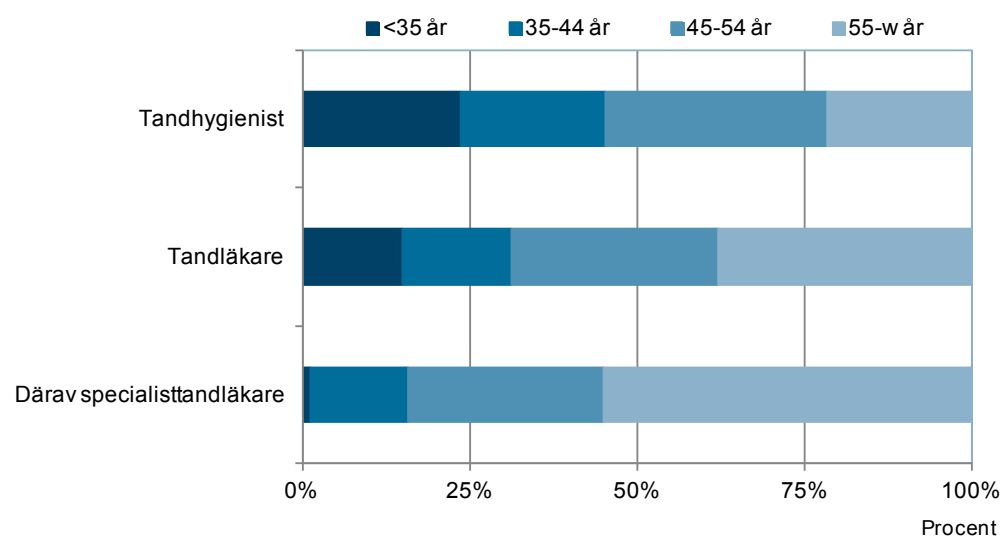
Tabell 13. Antal (andel av) sysselsatta tandhygienister, tandläkare och specialist-tandläkare, fördelade på näringsgren, november 2009.

Näringsgren	Tandhygienist	Tandläkare	Därav specialist-tandläkare
Hälso- och sjukvård	3 612 (87 %)	7 457 (89 %)	839 (83 %)
Utbildning och of-fentlig förvaltning	154 (4 %)	418 (5 %)	134 (13 %)
Annan näringsgren	403 (10 %)	522 (6 %)	36 (4 %)
Totalt	4 169 (100 %)	8 397 (100 %)	1 009 (100 %)

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Åldersfördelningen bland tandhygienister är relativt jämn och knappt hälften är under 45 år gamla. Bland tandläkarna är motsvarande andel cirka 30 procent.

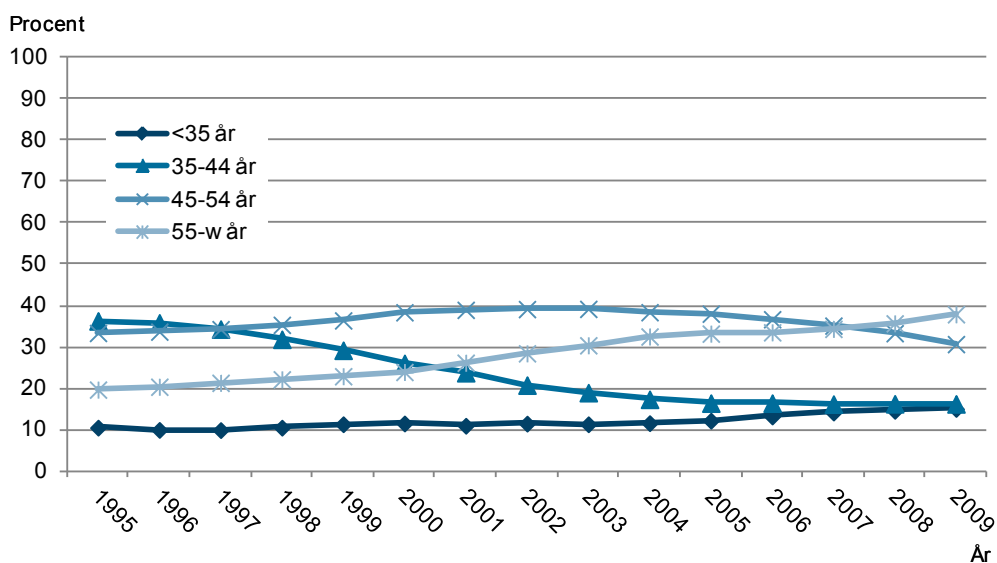
Figur 19. Procentuell åldersfördelning per yrkesgrupp, sysselsatta inom tandvården, november 2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

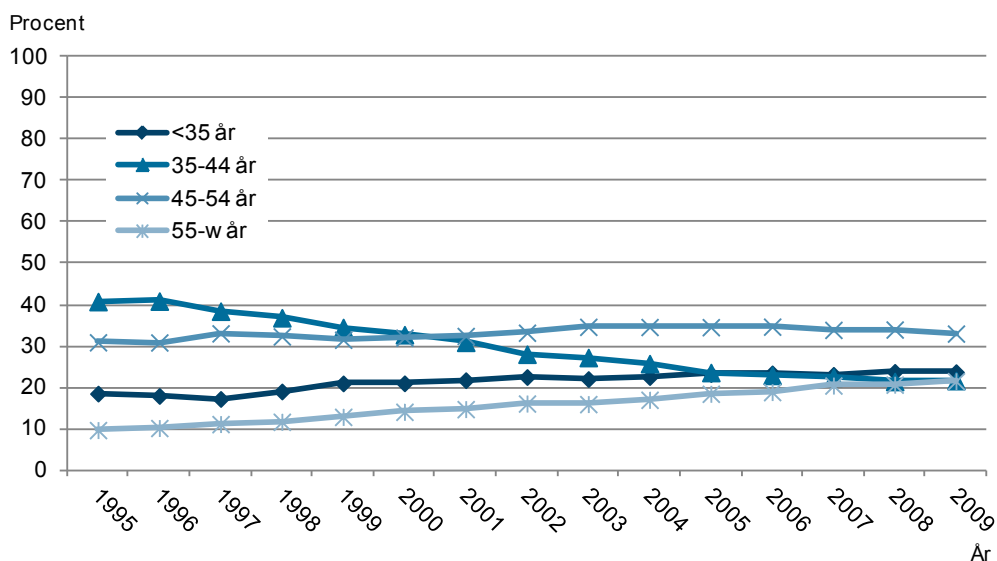
Medelåldern har ökat bland både tandhygienister och tandläkare under åren 1995–2009. Bland tandhygienisterna har medelåldern gått från 42 till 45 år under denna tidsperiod, medan medelåldern bland tandläkarna ökat från 46 till 49 år. En ökande andel bland de som är yrkesverksamma är över 65 år. Bland tandläkarna var det år 2009 drygt 6 procent av de yrkesverksamma inom tandvården som var över 65 år gamla, och bland tandhygienisterna knappt 2 procent. År 1995 var andelarna 2 respektive 0 procent.

Figur 20. Procentuell åldersfördelning för tandläkare sysselsatta inom tandvården, åren 1995–2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

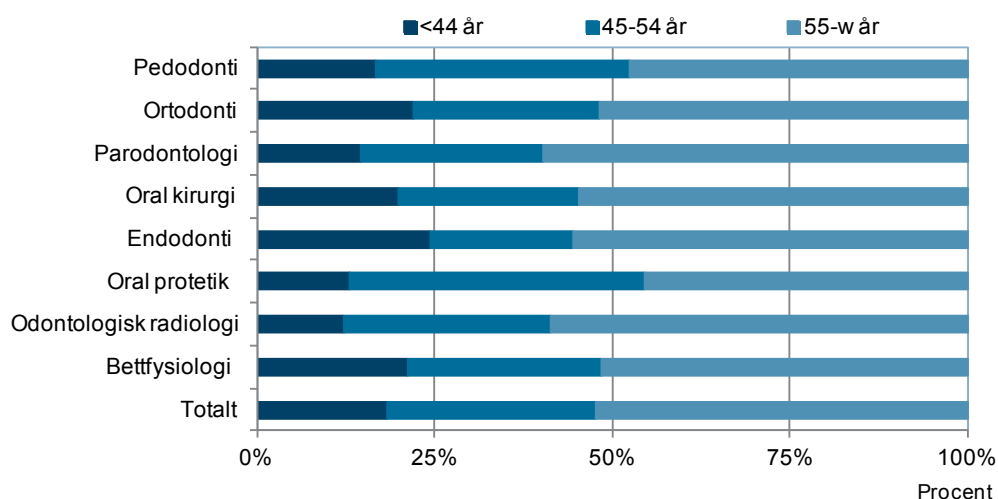
Figur 21. Procentuell åldersfördelning för tandhygienister sysselsatta inom tandvården, åren 1995–2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Specialisttandläkare har en högre andel verksamma över 55 år jämfört med tandläkargruppen som helhet, vilket delvis förklaras av att det är en lång utbildningstid. De har också, jämfört med tandhygienister och tandläkare i allmänhet, den högsta andelen yrkesverksamma som är över 65 år fyllda, knappt 13 procent. Åldersstrukturen ser dock olika ut inom olika specialiteter. Inom endodonti är exempelvis 22 procent av specialisterna som arbetar inom tandvården över 65 år, medan andelen är 6 procent inom pedodonti.

Figur 22. Procentuell åldersfördelning per grupp av specialistutbildade tandläkare sysselsatta inom tandvården, november 2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

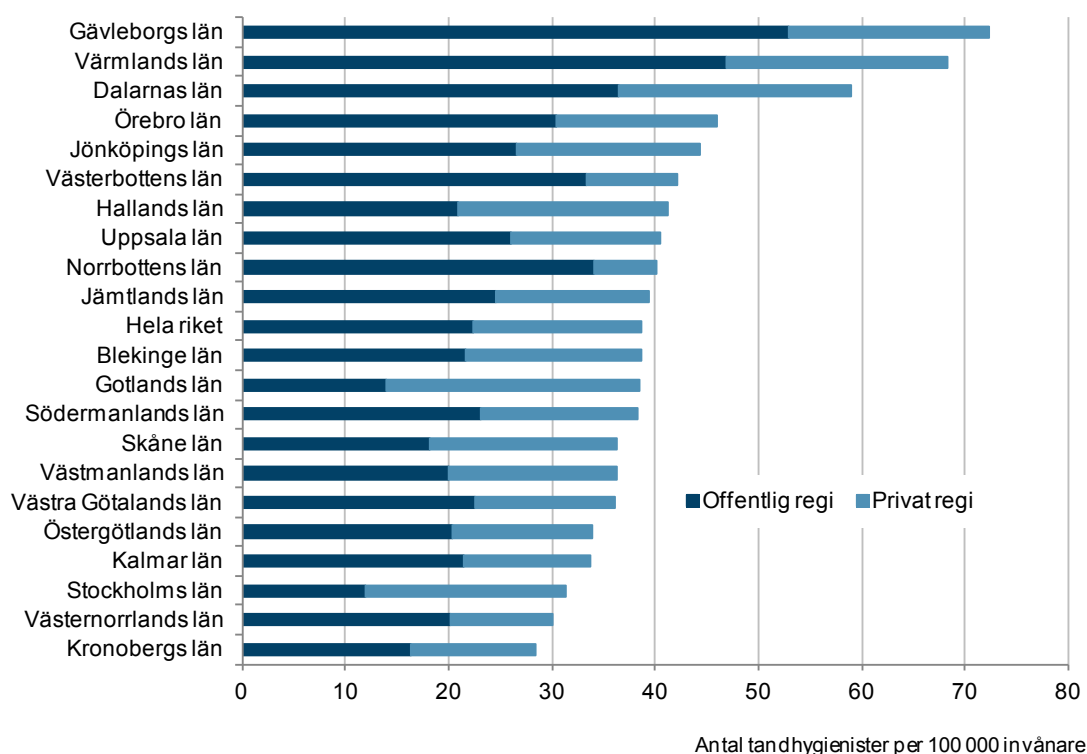
År 1995 var det fler män än kvinnor som var verksamma som tandläkare inom tandvården. Andelen kvinnor var då cirka 43 procent. Utvecklingen har sedan gått mot en ökande andel kvinnor, vilket har inneburit att det de senaste åren har funnits något fler kvinnor än män inom yrket. Andelen kvinnor uppgick till 52 procent år 2009, men könsfördelningen är alltså relativt jämn. Inom tandhygienistyrket är en övervägande majoritet, cirka 98 procent, fortfarande kvinnor.

Regional tillgång

Skillnaderna i tillgång på tandhygienister och tandläkare mellan vissa delar av landet är förhållandevis stora. I Gävleborgs län med högst täthet, 72 tandhygienister per 100 000 invånare fanns det år 2009 mer än 2,5 gånger så många tandhygienister som i Kronobergs län där tätheten var 28 per 100 000 invånare.

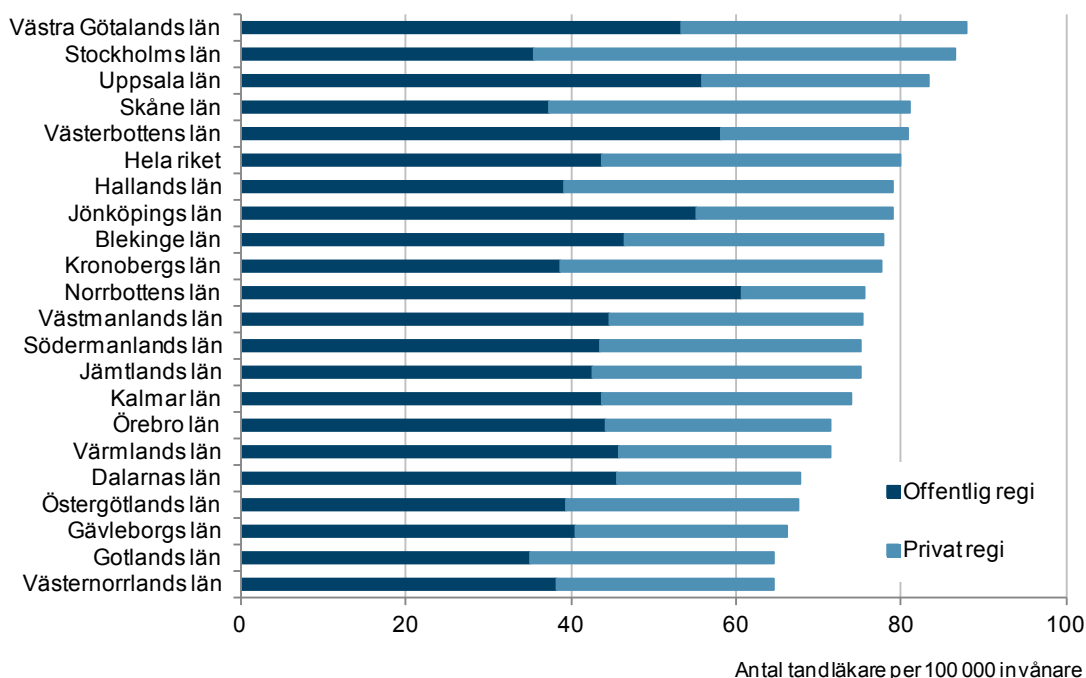
Vad gäller tandläkare fanns det samma år 88 tandläkare per 100 000 invånare i Västra Götalands län, och i Stockholms län var siffran 87. Detta kan jämföras med Gotlands och Västernorrlands län som hade ungefär 65 tandläkare per 100 000 invånare.

Figur 23. Antal tandhygienister sysselsatta inom tandvården (offentlig respektive privat) per 100 000 invånare, fördelat per län och riket totalt, november 2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Figur 24. Antal tandläkare sysselsatta inom tandvården (offentlig respektive privat) per 100 000 invånare, fördelat per län och riket totalt, november 2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Vissa av de län som har en högre täthet av tandhygienister har en jämförelsevis låg tillgång på tandläkare. Sambandet är dock inte entydigt, det finns också län som har relativt låg eller hög tillgång på båda grupperna. Eftersom personaltillgången varierar finns det i vissa län ungefär lika många tandhygienister som tandläkare, medan det i andra län finns betydligt fler tandläkare än tandhygienister. Ett antal tandsköterskor tillkommer också, dock saknas motsvarande statistik för denna grupp. Troligen har fördelningen mellan olika personalgrupper effekter på fördelningen av arbetsuppgifter, men i vilken omfattning som det i så fall handlar om är inte något som utretts inom ramen för detta uppdrag.

Tillgången på specialisttandläkare skiljer sig också åt över landet, i tabellen nedan visas tillgången fördelat på landets ST-regioner.

Tabell 14. Antal specialisttandläkare sysselsatta inom tandvården, fördelat per ST-region och specialitet, samt antal per 100 000 invånare, november 2009.

Specialitet	ST-region					Hela riket
	Mellersta	Norra	Stockholm	Södra	Västra Götaland	
Pedodonti	20	6	14	20	18	78
Ortodonti	79	24	54	62	45	264
Parodontologi	22	8	24	28	20	102
Oral kirurgi	44	11	31	31	29	146
Endodonti	9	x	17	8	x	45
Oral protetik	36	11	36	25	22	130
Odontologisk radiologi	12	6	6	9	8	41
Bettfysiologi	13	x	5	5	x	33
Totalt	235	71	187	188	158	839
Antal per 100 000 inv.	8,6	8,1	9,0	9,0	10,1	9,0

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Tandvårdspersonal utbildad utomlands

År 2009 var ungefär 35 procent, det vill säga knappt 130 personer, av de som under året fick svensk tandläkarlegitimation utbildade utomlands, medan det rörde sig om enstaka legitimationer bland tandhygienisterna. Det är också mycket låg andel tandhygienister av de som arbetar i svensk tandvård som har en utländsk utbildning, medan det bland de sysselsatta tandläkarna är ungefär 8 procent, en siffra som år 1995 låg på knappt 3 procent. Sett till det totala antalet utlandsutbildade tandläkare är majoriteten av dessa personer utbildade utanför EU/EES-området. Under senare tid har dock en större andel av de som sysselsatt sig inom svensk tandvård årligen varit utbildade inom EU/EES.

Tabell 15. Antal sysselsatta inom tandvården efter yrkeskategori och utbildningsland, samt procentuell andel utlandsutbildade, november 2009.

Utbildningsland	Tandhygienister	Tandläkare
Sverige	3 595	6 836
EU/EES	14	237
Tredje land	3	384
Totalt	3 612	7 457
Andel utlandsutbildade	0,5	8,3

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Statistik från CSN visar också att ett ökande antal svenskar studerar till tandläkare utomlands, bland annat i Rumänien, Polen och Ungern. Precis som i fallet med de studenter som läser till läkare utomlands, vilket diskuteras ovan, går det inte att säga i vilken utsträckning dessa studenter slutför sina studier och återvänder för att sysselsätta sig inom svensk tandvård. Det är därför svårt att säga hur stor påverkan det blir på den svenska tillgången på några års sikt. Ett antal studenter studerar dessutom i länder utanför EU/EES, av totalt 312 studenter år 2010 rörde det sig om ett fyrtiotal. Tandläkarförbundet har tidigare gjort bedömningen att sannolikheten för att dessa återvänder för att arbeta i Sverige är låg [11].

Tabell 16. Antal tandläkarstuderande utomlands med studiemedel från CSN, åren 2002–2010, totalt antal samt fördelat på studieländer med fler än 10 studenter år 2010 samt övriga.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Totalt antal	27	37	49	78	124	173	233	278	312
Därav									
Rumänien	3	5	6	9	10	16	39	53	60
Polen	x	x	x	6	20	31	41	50	58
Ungern	3	4	6	12	17	30	40	41	48
Danmark	3	6	10	15	23	26	29	41	46
Tjeckien	3	4	5	9	15	23	28	22	18
Lettland	x	x	x	x	3	3	x	9	12
Slovakien	x	x	x	x	x	4	10	10	11
Övriga	15	18	22	27	36	40	46	52	59

Källa: CSN

Framtida tillgång – prognosen 2009–2025

Den senaste prognosen från Socialstyrelsen över framtida tillgång på tandhygienister och tandläkare i tandvården publicerades i januari 2011 och utgår från uppgifter om sysselsättning november 2008 och utbildningsplatser enligt budgetpropositionen 2011 [5]. Prognosen sträcker sig fram till år 2025. Fördjupade resultat och detaljer samt bakomliggande antaganden finns i rapporten ”Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2009–2025” [5].

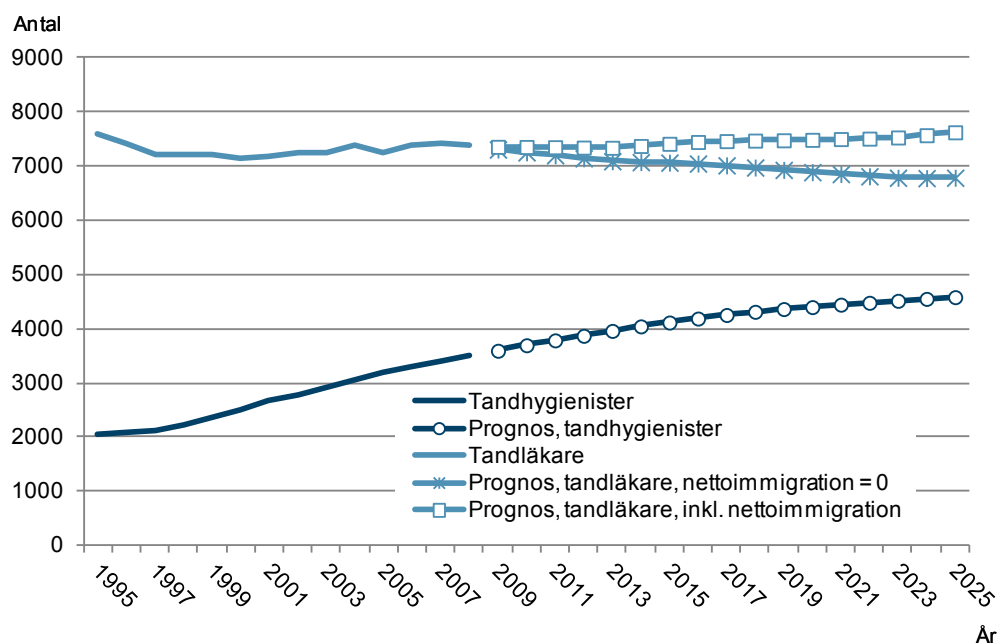
Beräkningarna visar att antalet tandhygienister kan förväntas att fortsätta öka inom tandvården, dock i en något långsammare takt än de senaste åren.

Den totala ökningen beräknas till 31 procent fram till 2025, vilket skulle innebära knappt 4 600 tandhygienister detta år.

Den framtida tillgången på tandläkare är något mer komplicerad att beräkna, bland annat med anledning av att det är osäkert i vilken utsträckning tandläkare med utländsk utbildning kan förväntas att börja arbeta i svensk tandvård de kommande åren. Därför har beräkningar gjorts utifrån två olika framtidsbilder, ett där nettomigrationen antas vara noll och ett där nettoimmigrationen antas vara 50 personer per år.

I det scenario där nettomigrationen satts till noll visar beräkningarna på en fortsatt minskande tillgång på tandläkare i tandvården om minus 8 procent, det vill säga att tillgången i tandvården är knappt 6 800 tandläkare år 2025. Med ett inflöde av utländskt utbildade tandläkare förväntas i stället tillgången öka med 3 procent, vilket innebär cirka 7 600 tandläkare sysselsatta i svensk tandvård år 2025. Det är ungefär lika många som det fanns inom tandvården år 1995.

Figur 25. Tandhygienister och tandläkare sysselsatta inom tandvården åren 1995–2008 samt prognos 2009–2025.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

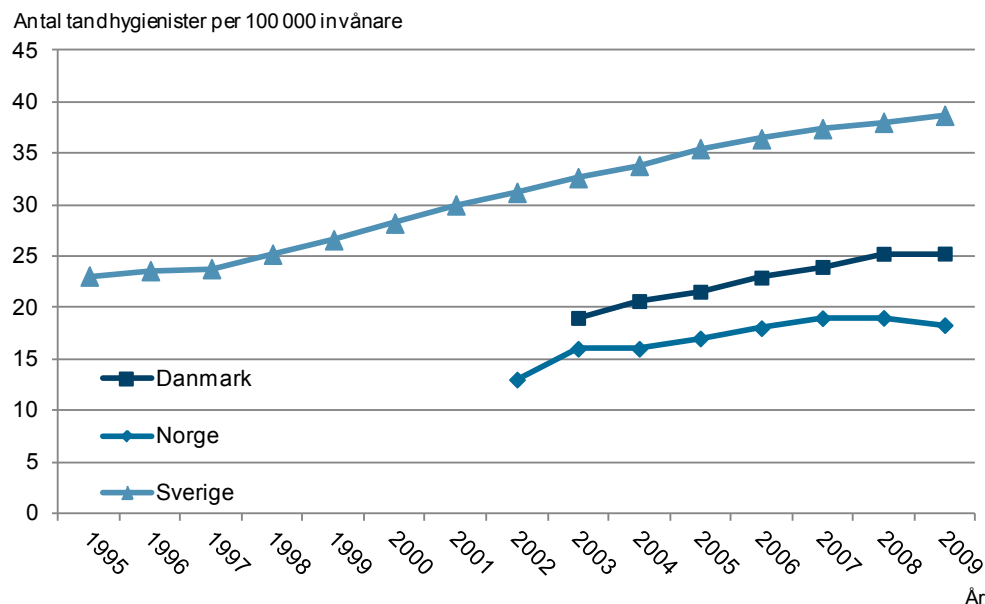
Internationell statistik

Den internationella statistiken för tandvårdspersonal innebär samma tolkningssvårigheter som beskrivits tidigare i rapporten vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal. Till exempel saknas personalgruppen tandhygienister i flera länder utanför Norden. Samarbetet kring statistik inom Nomesco möjliggör dock jämförelser mellan de nordiska länderna.

Statistiken visar att det är en relativt stor skillnad i tillgång på tandhygienister mellan Sverige, som har högst täthet, och Danmark som har den näst största tillgången. Trenden visar inte några tecken på att denna skillnad är på

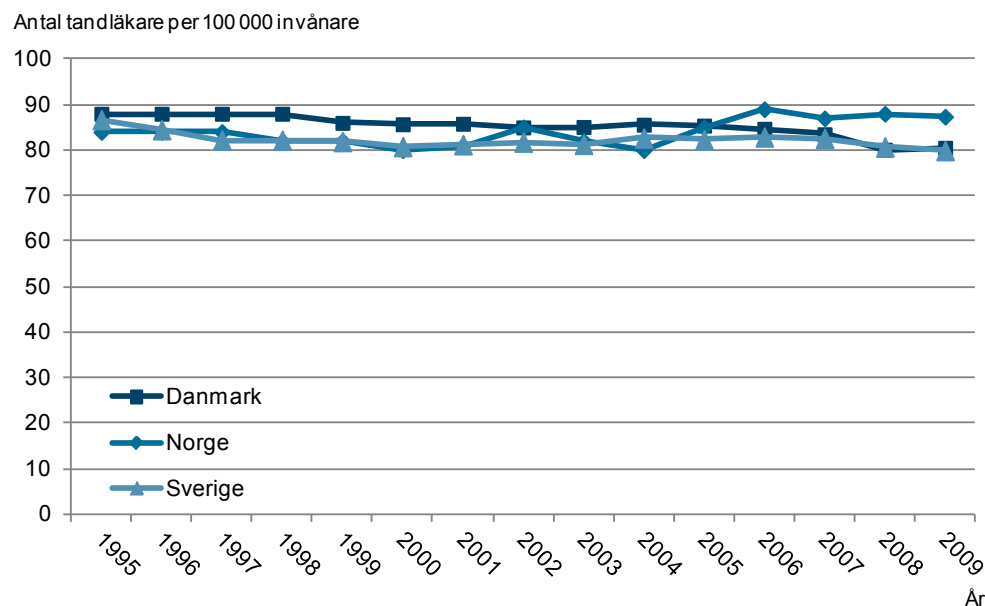
väg att minska. På tandläkarsidan har Sverige lägst tillgång av de tre länderna, men skillnaderna jämfört med Danmark är mycket liten.

Figur 26. Antal tandhygienister per 100 000 invånare i tre nordiska länder, åren 1995–2009 (uppgift saknas för Norge t.o.m. år 2001 och Danmark t.o.m. år 2002.)



Källa: Sundhedsstyrelsen (Bevægelsesregisteret), Socialstyrelsen (NPS-databasen) och Nomesco .

Figur 27. Antal tandläkare per 100 000 invånare i tre nordiska länder, åren 1995–2009.

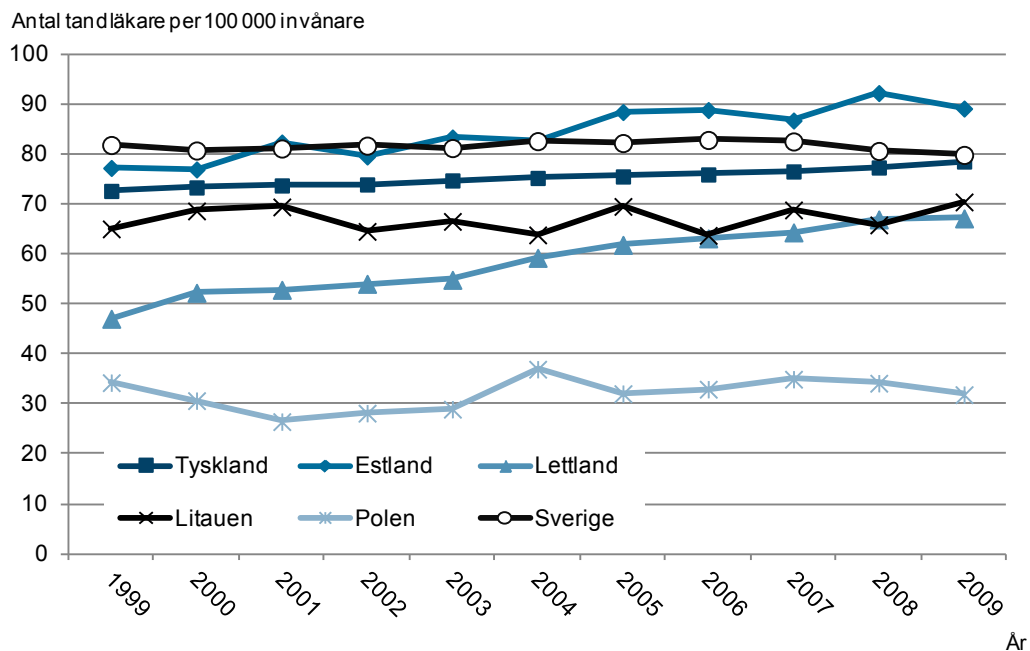


Källa: Sundhedsstyrelsen (Bevægelsesregisteret), Socialstyrelsen (NPS-databasen) och Nomesco .

För första gången presenteras också statistik som jämför tandläkartätheten med andra länder runt Östersjön. Statistiken visar bland annat att Estland har den högsta tillgången på tandläkare, följt av Sverige och Tyskland. Till-

gången, i relation till befolkningsmängden, har ökat i flera länder under de tio år som jämförs, dock inte i Sverige eller Polen.

Figur 28. Antal tandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i övriga Östersjöländer, 1999–2009.

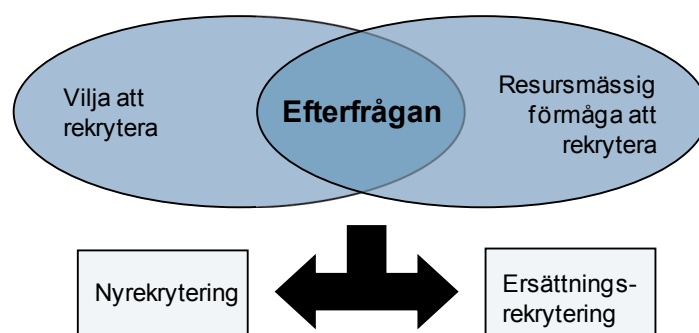


Källa: Eurostat 2011 och Socialstyrelsen (NPS-databasen).

Efterfrågan

Efterfrågan på kort sikt

Efterfrågan i denna rapport definieras som det sammantagna resultatet av en organisations vilja att rekrytera samt organisationens ekonomiska möjligheter att rekrytera. Saknas en av dessa två faktorer kommer inte någon rekrytering att ske. Efterfrågan kan i sin tur delas upp i två typer av rekrytering; ersättningsrekrytering samt nyrekrytering. Ersättningsrekrytering kräver en stabil tillgång av personal, medan nyrekrytering kräver en ökad personaltillgång.



Socialstyrelsen utgår från flera olika indikatorer när myndigheten bedömer efterfrågan på personal på kort sikt. Tillförlitliga data finns över arbetslöshet, etablering efter examen samt migration av personal mellan Sverige och andra länder. Tillsammans ger dessa tre indikatorer en bild av balansen mellan tillgång och efterfrågan. Vidare belyser enkätundersökningar rekryteringsläget i landsting och regioner ytterligare. Socialstyrelsen kompletterar dessa informationskällor med andra organisationers bedömningar av det aktuella läget.

Arbetslöshet

En hög arbetslöshet för en viss arbetsgrupp tyder på att tillgången är större än efterfrågan. I ett sådant fall fungerar arbetslösheten som en bra indikator för att analysera obalansen mellan tillgång och efterfrågan. När arbetslösheten är obefintlig eller mycket låg är måttet inte lika användbart, eftersom en låg arbetslöshet kan tyda både på ett läge där efterfrågan och tillgång är lika stora och ett läge där efterfrågan är större än tillgången. Det säger dock ingenting om hur stort gapet mellan tillgång och efterfrågan är.

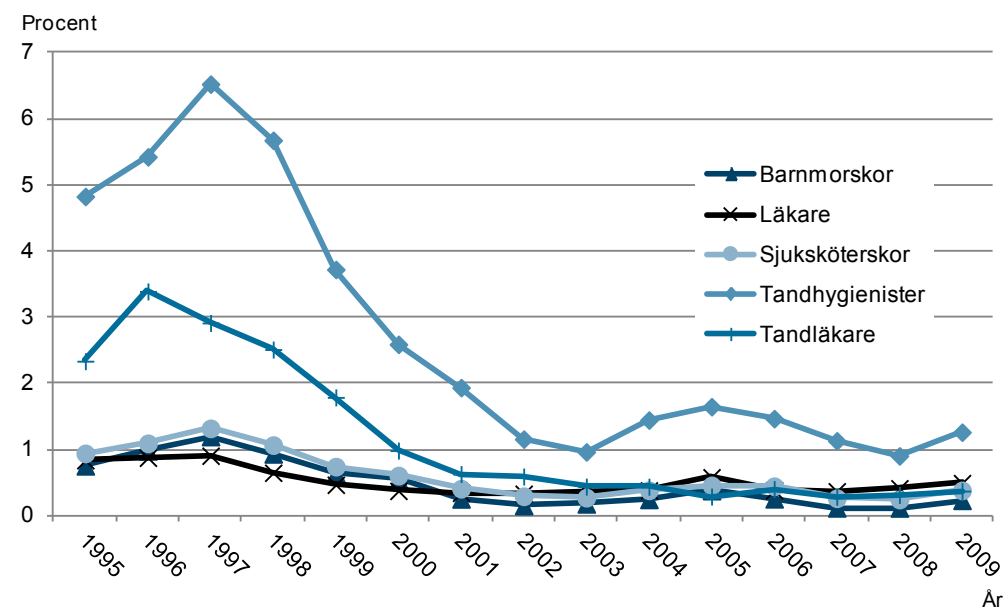
Arbetslöshetsstatistiken som används i denna rapport hämtas från Socialstyrelsens sysselsättningsdata. Statistiken redovisar endast de personer som har en legitimation i något av de aktuella yrkena, samt de läkare som erhållit legitimationsvillkor eller har svensk examen i medicin. Det innebär att Socialstyrelsens statistik skiljer sig åt från den statistik som Arbetsförmedlingen tar fram, då det i den statistiken inte finns någon information om huruvida

en arbetssökande har behörighet att arbeta inom något av de aktuella yrkena eller ej.

Under perioden 1995–2009 har arbetslöshetstalen för barnmorskor, sjuksköterskor och läkare legat stabilt på en mycket låg nivå. År 2009 låg arbetslösheten för dessa tre grupper på mellan 0,2 och 0,5 procent. För tandläkare och tandhygienister var arbetslösheten betydligt högre under mitten av 1990-talet, för att sedan sjunka betydligt. Arbetslösheten för tandhygienister var år 2009 1,3 procent och för tandläkare 0,4 procent.

Arbetslöshetsstatistiken tyder på att efterfrågan är lika stor eller större än tillgången.

Figur 29. Procentuell arbetslöshet för barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister samt tandläkare i Sverige, åren 1995–2009.



Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Etablering på arbetsmarknaden

Om en yrkesgrupp direkt efter examen har en hög etableringsgrad på arbetsmarknaden tyder det på att efterfrågan på denna grupp är minst lika hög som tillgången.

Enligt Socialstyrelsens statistik har samtliga aktuella yrkesgrupper en fortsatt hög etableringsgrad på arbetsmarknaden. Mellan 83 och 95 procent av alla nyexaminerade arbetar inom hälso- och sjukvården eller tandvården inom ett år efter examen. För samtliga grupper utom tandläkare har siffrorna varit relativt stabila över åren. Tandläkarnas låga etableringsgrad under slutet av 1990-talet berodde på att många valde att sysselsätta sig utomlands under dessa år. Arbetsmarknaden i Sverige har sedan förbättrats för denna grupp. Den aktuella statistiken tyder på att efterfrågan är lika stor eller större än tillgången.

Tabell 17. Procentuell andel sysselsatta inom hälso- och sjukvården/ tandvården inom ett år efter examensår i Sverige åren 2000–2009, redovisat efter första sysselsättningsår.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Genomsnitt 1996-2009	Genomsnitt 2000-2009
Barnmorskor	92	88	91	94	93	95	94	94	94	95	93	93
Läkare	88	90	92	95	95	93	95	95	96	95	93	94
Sjuksköterskor	93	95	94	95	95	95	95	95	95	95	94	95
Tandhygienister	87	85	94	93	91	83	85	88	87	83	81	87
Tandläkare	66	73	73	88	78	86	89	94	96	92	70	83

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Migration

Migrationen mellan sysselsättning inom svensk hälso- och sjukvård och tandvård och sysselsättning i andra länder inom EU/EES-området beror i huvudsak på hur arbetsmarknaden i Sverige och övriga länder ser ut. Därför kan uppgifter om migrationen användas som en indikator för läget på arbetsmarknaden. Immigrationen från länder utanför EU/EES handlar i stället ofta om flykting- och anhöriginvandring och ger därmed inte lika tydlig indikation på arbetsmarknadsläget. Lagstiftningen som rör arbetskraftsinvandring från länder utanför EU/EES förändrades dock under 2008 med syfte att underlätta rekrytering från tredje land [12].

Rörligheten av hälso- och sjukvårds och tandvårdspersonal har ökat under de senaste 15 åren. Framför allt har flödena av personal till och från sysselsättning i Sverige handlat om läkare, men också i viss utsträckning om sjuksköterskor och tandläkare. Nettoinvandringen har för samtliga grupper varit positiv eller nära noll under åren.

Tabell 18. Nettoimmigration till och från sysselsättning i hälso- och sjukvården/tandvården i Sverige per år och yrke, åren 1996–2009, samt genomsnitt.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Genomsnitt 1996-2009
Barnmorskor	16	-17	-7	21	13	27	13	29	10	14	7	5	4	-6	9
Läkare	42	-24	42	77	297	469	419	424	485	385	450	563	603	524	340
Sjuksköterskor	24	-120	146	278	298	294	300	164	70	85	-10	54	27	24	117
Tandhygienister	-8	2	1	5	2	-12	10	1	-2	7	-2	-1	-1	-7	0
Tandläkare	-46	-21	12	40	26	24	85	32	43	38	81	79	6	55	32

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Det är inom läkarkåren som nettoinflödet är som störst, och fortsatt ökande. Socialstyrelsens statistik tyder på att den immigration av läkare som Sverige möter består av både varaktig immigration och mer tillfällig sådan, som exempelvis kan utgöras av ett kortare vikariat. Sysselsättningens varaktighet bland läkare med utländsk utbildning och svensk legitimation beskrivs mer fördjupat i 2008 års rapport [13]. En närmare beskrivning av gruppen läkare med utländsk utbildning har också gjorts tidigare i denna rapport.

Tabell 19. Antal läkare med utländsk examen/legitimation sysselsatta inom hälso- och sjukvården efter år för svensk legitimation eller legitimationsvillkor, och därav andel sysselsatta åren 1995–2009.

År för legitimation/ legitimationsvillkor	Antal	Därav andel sysselsatta														
		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1994	370	68	69	69	67	67	66	67	66	65	64	63	61	61	61	60
1995	349	50	63	74	74	77	76	74	77	77	75	75	73	72	72	72
1996	222		41	57	77	81	81	82	80	80	80	80	79	78	76	76
1997	220			34	63	80	80	81	83	84	83	84	79	80	78	77
1998	168				50	71	81	82	85	82	83	82	78	74	76	73
1999	224					50	74	83	86	85	83	82	78	78	79	76
2000	340						64	80	86	86	84	84	81	79	77	76
2001	514							69	81	82	81	79	77	76	75	74
2002	505								65	81	82	82	82	81	79	78
2003	593									64	77	82	81	80	81	79
2004	764										58	76	82	81	80	79
2005	623											52	77	81	82	82
2006	685												57	76	80	80
2007	937													53	78	82
2008	825														54	78
2009	668															57
Totalt	7 339															77

Källa: Socialstyrelsen (NPS-databasen)

Rekryteringsläget – Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät

För att ytterligare belysa arbetsmarknaden för de studerade yrkesgrupperna går Socialstyrelsen inom ramen för detta uppdrag varje höst ut med en enkät om rekryteringsläget till samtliga landsting/regioner. Enkäten som ingår i denna rapport gick ut hösten 2011. Enkäterna ställde frågor om hur man bedömde efterfrågan och möjligheterna att rekrytera personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Svaren redovisas nedan. De är inte viktade efter befolkningsmängd i respektive landsting, utan endast sammanställda efter antalet landsting som svarat på de olika frågorna. Enkätfrågorna i sin helhet återfinns i bilaga 1 och 2.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Samtliga 21 landsting/regioner svarade hösten 2011 på enkäten om rekryteringsläget i hälso- och sjukvården. Enkätfrågorna avsåg en sammanvägd bedömning av läget i hela landstinget/regionen, men flera respondenter framhöll särskilt att rekryteringsmöjligheterna varierar inom det geografiska området, samt att det också kan variera mellan olika verksamheter.

Svaren påminner om de som lämnades hösten 2010. Ungefär hälften av landstingen anser att det i genomsnitt råder balans mellan tillgång och efterfrågan på barnmorskor, medan 9 landsting anser att efterfrågan är större än tillgången.

Vad gäller sjuksköterskor uppger fler landsting än i föregående rapport att efterfrågan är större än tillgången. Hälften anser dock fortfarande att det

råder balans, och två landsting anser att tillgången är relativt god. Tillgången på AT-läkare anses generellt vara god.

Specialistläkare inom psykiatri och allmänmedicin är två grupper som särskilt följts under åren. De anses fortfarande vara svåra att rekrytera. Dock tyder landstingens svar på att det är något lättare att rekrytera ST-läkare inom dessa specialiteter.

Tabell 20. Landstingens bedömning av balansen mellan efterfrågan och tillgång på personalgrupper i sitt landsting/region under oktober 2011.

	Efterfrågan — Tillgång				
	1	2	3	4	5
Barnmorskor	1	8	10	1	1
Sjuksköterskor	0	8	11	2	0
AT-läkare	0	0	8	5	8
Specialistläkare inom allmänmedicin	14	7	0	0	0
Specialistläkare inom psykiatri	17	3	1	0	0
ST-läkare inom allmänmedicin	5	9	7	0	0
ST-läkare inom psykiatri	7	9	5	0	0

Skalan anger: 1 – efterfrågan är mycket större än tillgången, 3 – balans mellan tillgång och efterfrågan, 5 – tillgången är mycket större än efterfrågan.

I enkäten ställs också frågor om särskilt lätt- och svårrekryterade specialistinriktningar, både för läkare och för sjuksköterskor. Svaren visar att generellt är det svårt att rekrytera personer med specialistkompetens. Spridningen är dock stor avseende vilka specialiteter som uppges, särskilt vad gäller specialistläkare. Det har bland annat att göra med att små specialiteter är mycket känsliga för förändringar på individnivå i landstingen.

Hälften av landstingen svarade att det fanns mer lättrekryterade läkarspecialiteter. Vanligast var att man nämnde kirurgiska och ortopediska specialiteter. Samtliga landsting ansåg att det fanns specialiteter som är mer svårrekryterade. De vanligaste svaren avseende svårrekryterade specialistläkare var hösten 2011, i fallande ordning: psykiatri, radiologi/bild- och funktionsmedicin och allmänmedicin. Även patologi var ett relativt vanligt förekommande svar. Sju landsting uppgav geriatriker som svårrekryterade. Några landsting har valt att kommentera frågan då man anser den vara komplicerad. Till exempel kan det vara svårt att veta om det är verksamheten i sig, det geografiska läget, eller själva specialiteten som gör att det är svårt att hitta personal.

Vad gäller ST-läkare menade 15 landsting att det var lättare att rekrytera inom bland annat kirurgi, ortopedi och barn- och ungdomsmedicin. 18 landsting menade att det också fanns specialiteter där det var svårare att rekrytera ST-läkare. Det handlade då framför allt om psykiatri, laboratorie-specialiteter (särskilt nämns patologi) och allmänmedicin men även radiologi/bild- och funktionsmedicin, det vill säga de specialiteter där många landsting också har svårt att rekrytera färdigutbildade specialister.

Några landsting kommenterar frågorna om lätt- och svårrekryterade ST-läkare med att det exempelvis kan röra sig om geografiskt läge men också

om att mindre specialiteter inte syns tydligt under grundutbildning och AT-tjänstgöring, och på så sätt har svårt att locka ST-läkare.

Ett mindre antal, sex stycken, av landstingen anser att det finns någon eller några specialistsjuksköterskeinriktningar som är mer lätta att rekrytera. Däremot menar 20 av 21 landsting att det finns inriktningar som är mer svåra att rekrytera. Nästan alla nämner här operation och psykiatri. Hälften nämner intensivvård och inriktningen mot barn och ungdomar. Något landsting menar att i stort sett samtliga inriktningar är svåra att rekrytera, medan något annat landsting nämner att den enda rekryteringsbas som finns är bland de som landstinget självt utbildar.

Svårigheterna att rekrytera framför allt specialistläkare men också specialistsjuksköterskor är något som diskuterats i flera år. Vissa satsningar görs, med bland annat förlängd AT-tjänstgöring inom psykiatri, för att förbättra situationen. Hälften av landstinget har uppgett att man under 2011 gjort förändringar i styrningen av ST-tjänster. Det handlar exempelvis om nya handlingsplaner eller riktlinjer, inventering av antalet pågående ST-tjänstgöringar eller särskilda satsningar på vissa specialiteter genom ökad tilldelning av medel.

Tandvårdspersonal

19 landsting svarade hösten 2011 på enkäten om rekryteringsläget i Folk tandvården. Landstingen ombads också att bedöma läget generellt i länet. Svaren liknar de som lämnats tidigare år. Efterfrågan bedöms av de flesta vara större än tillgången vad gäller tandläkare, men sex landsting har svarat att det är balans inom Folktandvården. 7 av 19 landsting har aktivt utlandsrekryterat ett mindre antal tandläkare under det senaste året.

På tandhygienistsidan svarar en majoritet att det antingen är balans mellan tillgång och efterfrågan inom Folktandvården eller att tillgången överstiger efterfrågan. Ett fåtal har uppgett att det är svårt att rekrytera tandhygienister.

Några landsting har kommenterat svaren med att rekryteringsmöjligheterna är helt ortsberoende både vad gäller tandläkare och tandhygienister.

Tabell 21. Folktandvårdens bedömning av balansen mellan efterfrågan och tillgång på personalgrupper inom såväl Folktandvården som privattandvården i det aktuella länet under oktober 2011.

	Efterfrågan		Tillgång		
	1	2	3	4	5
Tandläkare	7	8	3	1	0
Tandhygienister	0	4	12	3	0
Tandsköterskor	0	2	10	5	2

Skalan anger: 1 – efterfrågan är mycket större än tillgången, 3 – balans mellan tillgång och efterfrågan, 5 – tillgången är mycket större än efterfrågan.

Tabell 22. Folk tandvårdens bedömning av möjligheten att rekrytera olika personalgrupper till Folk tandvården under oktober 2011.

	Dåliga ————— Goda				
	1	2	3	4	5
Tandläkare	5	8	6	0	0
Tandhygienister	0	3	9	7	0
Tandsköterskor	0	2	6	8	3

Skalan anger: 1 – mycket dåliga möjligheter, 5 – mycket goda möjligheter.

Andra organisationers bedömning av rekryteringsläget

Flera organisationer gör regelbundet analyser av arbetsmarknaden för en eller flera av de yrkesgrupper som också ingår i Socialstyrelsens uppdrag. Några av dessa tas upp nedan.

I årets arbetskraftsbarometer från Statistiska centralbyrån (SCB)[14] görs bedömningen att efterfrågan är större än tillgången vad gäller samtliga yrkesgrupper, som är aktuella i denna rapport, om man ser till personal med erfarenhet.

SCB tittar också på arbetsmarknadsläget för nyutexaminerade. Där visar undersökningen på att det råder balans för i princip alla yrkesgrupperna, bortsett vissa sjuksköterskor med specialistutbildning, där efterfrågan är större än tillgången.

Tabell 23. Rekryteringsläget år 2010 och 2011 enligt SCB:s arbetskraftsbarometer [14, 15].

	2010		2011	
	Nyutexaminerade	Erfarna	Nyutexaminerade	Erfarna
Barnmorskor	Balans	Brist	Balans	Brist
Sjuksköterskor	God	Brist	Balans	Brist
Specialistsjuksköterskor	Brist/Balans*	Brist	Brist/Balans**	Brist
Läkare	Balans	Brist	Balans	Brist
Tandhygienister	God	Brist	Balans	Brist
Tandläkare	Balans	Brist	Balans	Brist

* Beroende på typ av specialistutbildning. Balans: Anestesi-, intensiv-, operationssjukvård. Brist: övriga

**Beroende på typ av specialistutbildning. Balans: Distriktsjuksköterskor. Brist: Anestesi-, intensiv-, operationssjukvård.

SCB frågar också ett antal arbetsgivare om hur de bedömer utvecklingen av antalet anställda på ett och tre års sikt. Vad gäller barnmorskor, tandhygienister och tandläkare bedöms läget vara oförändrat under denna tidshorisont, medan antalet anställda läkare och specialistutbildade sjuksköterskor bedöms att öka [14].

Arbetsförmedlingen gjorde under våren 2011 en bedömning av rekryteringsläget för barnmorskor, läkare, sjuksköterskor, tandhygienister och tandläkare som sträcker sig fram till första halvåret 2012 [16]. I rapporten rangordnas olika yrken utifrån hur stort underskottet av sökande är till lediga tjänster. På denna lista kommer läkare som ett av yrkena i toppen. I fallande ordning klassas också barnmorskor, sjuksköterskor med vissa typer av specialistutbildning (operation, geriatrik, akutsjukvård och psykiatri) och tand-

läkare som yrken med få sökande i förhållande till jobben. Vad gäller grundutbildade sjuksköterskor är det något fler sökande. Tandhygienister är den enda av de aktuella yrkeskategorierna som ligger på gränsen till vad Arbetsförmedlingen beskriver som balans mellan tillgång och efterfrågan på sökande.

Läkarförbundets senaste prognos över den framtida arbetsmarknaden för läkare publicerades år 2010. Där konstateras att det för närvarande råder en god arbetsmarknad för läkare [17]. I prognosen mot år 2025 görs beräkningar utifrån två olika efterfrågescenarier, ett scenario (A) där efterfrågan på antalet läkare i förhållande till befolkningen ökar och ett scenario (B) där samma läkartäthet som idag efterfrågas. I alternativ A visar prognosen på ett ökande underskott på läkare fram till 2025. I alternativ B blir resultatet initialt större efterfrågan än tillgång, för att 2020–2025 i stället resultera i cirka 3 500 fler läkare än vad som efterfrågas. I prognosen antas att 800 läkare med utländsk utbildning årligen blir sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård.

Hösten 2011 publicerade SACO en sammanställning av prognoser för arbetsmarknaden avseende nyutexaminerade i vissa yrkesgrupper fram till år 2016 [18]. Bedömningen är att det år 2016 kommer vara balans mellan tillgång och efterfrågan på nyutexaminerade läkare, vilket också anses vara nuläget. Däremot räknar man med ett fortsatt underskott på erfarna läkare. Arbetsmarknaden för både nyutexaminerade och erfarna tandhygienister menar SACO präglas av balans både idag och om fem år, medan efterfrågan överstiger tillgången på nyutbildade och erfarna tandläkare både idag och år 2016.

Tidigare har Högskoleverket årligen publicerat planeringsunderlag för högskoleutbildningarna nästkommande år. I år publiceras inte något sådant underlag, så den senaste rapporten är från 2010 [19]. Högskoleverket bedömde då att de senaste årens utökning av nybörjarplatserna på läkarprogrammet inte varit tillräcklig för att Sverige ska vara självförsörjande på läkare, och förordar därför ytterligare 350–400 utbildningsplatser. I prognosen ingår en årlig nettoimmigration om 200 läkare. Vad gäller sjuksköterskor visar prognosen på ett underskott fram till år 2025, då efterfrågan antas öka mer än tillgången.

Högskoleverket menar att arbetsmarknaden för tandläkare är särskilt svårbedömd, bland annat på grund av utformningen av de ekonomiska subventionssystemen inom tandvården. Mot år 2025 visar dock prognosen på en minskande tillgång och en oförändrad efterfrågan, vilket innebär ett underskott på tandläkare.

Efterfrågan på lång sikt

Efterfrågan på längre sikt är mycket svår att bedöma. Genomgående kan tre typer av faktorer sägas ha betydelse: befolkningsfaktorer, politiska faktorer och sjukvårds- eller tandvårdsfaktorer. Dessa områden handlar bland annat om demografi, förändrat sjukdomspanorama, målsättningar inom hälso- och sjukvården och tandvården, organisation, teknisk utveckling samt personalanvändning.

Den enskilt viktigaste faktorn för den framtida personalefterfrågan är dock de ekonomiska förutsättningarna för hälso- och sjukvården och tand-

vården. Förändringar i exempelvis sjukdomspanorama innebär inte automatiskt en ökad efterfrågan på viss personal, då eventuella krav på nyrekrytering inte kan tillgodoses om inte de ekonomiska ramarna tillåter det. Världsekonomin har den senaste tiden präglats av turbulens. Den senaste ekonomirapporten från Sveriges kommuner och landsting (SKL), publicerad i oktober 2011 förutspår att SKL:s sektor får sjunkande resultat mellan år 2010 och 2011, från 18 till 2 miljarder kronor [20]. I novembers skatteunderlagsprognos gör SKL vidare bedömningen att den svenska tillväxten stannar upp, men att den börjar öka igen under 2012. Trots att SKL bedömer att tillväxten bromsar och sysselsättningen generellt går ner menar SKL att effekterna i skatteunderlagsprognosen är små [21]. Klart är att läget är osäkert.

Hälso- och sjukvården är dock en bransch som är mindre konjunkturkänslig och arbetsmarknaden för de aktuella personalgrupperna berörs troligen i en relativt liten utsträckning av konjunktursvängningar jämfört med många andra yrkesgrupper. Rådande konjunkturläge kan emellertid komma att påverka arbetsmarknaden för vissa av yrkesgrupperna.

Efterfrågan på tandvård skiljer sig dock till viss del från efterfrågan på annan hälso- och sjukvård i Sverige. Orsaken är att en större del av kostnaderna finansieras av patienten själv. Därför borde denna efterfrågan också i större utsträckning vara beroende av den allmänna ekonomiska utvecklingen och hur denna påverkar personers privatekonomi, men också av hur ersättningssystemet utformas. Samtidigt spelar också individens egna prioriteringar in.

På längre sikt spelar politiska prioriteringar och satsningar inom hälso- och sjukvården en viktig roll, framför allt när det gäller hur efterfrågan fördelas mellan yrkesgrupper och specialistinriktningar. Tandvårdsstödet utformning kan komma att ha effekter på hur efterfrågan fördelas mellan bland annat reparativ och förebyggande tandvård. Socialstyrelsens riktlinjer för tandvård förespråkar den förbyggande tandhälsan vilket kan ge tandhygienister ett allt viktigare uppdrag inom svensk tandvård. En möjlig utveckling som också syns är att samarbetet mellan hälso- och sjukvård och tandvård ökar, exempelvis screening för vissa hälsoproblem hos tandläkaren.

Diskussion

Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare och tandhygienister har ökat de senaste 15 åren, medan tillgången på tandläkare sjunker. De senaste prognosberäkningarna visar för yrkena sjuksköterska och tandhygienist på fortsatt tillgångsökning fram till år 2025, om än inte i samma takt som tidigare. För barnmorskor och tandläkare ses en svag tillgångsminskning. Beräkningarna visar på en ökande läkartillgång. Utan nettoinvandring bedöms dock tillväxten bli betydligt lägre än tidigare. Den framtida nettoinvandringen är svår att bedöma.

Nedan följer en diskussion kring de åtgärder Socialstyrelsen anser vara mest betydelsefulla när det gäller balansen mellan tillgång och efterfrågan på arbetsmarknaden. Dessa är utbildning, kompetenssammansättning och migration.

Utbildning

De yrkesgrupper som beskrivs i denna rapport har en grundutbildningstid på mellan två och sex år. Därtill kommer tid för specialistutbildning. Tandläkare och läkare har den längsta utbildningstiden, vilket innebär att förändringar i utbildningsdimensioneringen ger effekter först många år framåt i tiden.

Vad gäller specialistutbildade läkare och tandläkare krävs ännu bättre framförhållning. Det tar exempelvis minst sju år av studier och allmän-tjänstgöring innan en läkarstuderande kan ansöka om legitimation. Det krävs sedan ytterligare cirka fem års tjänstöring som läkare innan specialistbevis kan utfärdas. Det är därför extra angeläget att prognostisera den framtida tillgången och efterfrågan på dessa grupper. Tandhygienister, barnmorskor och sjuksköterskor har kortare utbildningstid vilket innebär att det är lättare att anpassa antalet antagna till rådande arbetsmarknadsläge.

Både över- och underdimensionering av grundutbildningen kan ge negativa effekter på arbetsmarknaden. Överdimensionering kan leda till undanträngningseffekter av exempelvis personal med kortare utbildning samt arbetslöshet, medan en underdimensionering kan leda till svårigheter för hälso- och sjukvården samt tandvården att fullgöra sitt uppdrag eller blir beroende av att rekrytera personal som utbildats i andra länder.

I budgetpropositionen för 2012 aviseras en ökning av antalet nybörjarplatser på läkarutbildningen med 50 platser till höstterminen 2012 [17]. Samtidigt utökas tandläkarutbildningen med 12 nybörjarplatser. Socialstyrelsen har i sin senaste prognos över den framtida tillgången på personal utgått från den utbildningsdimensionering som angavs i budgetpropositionen för år 2011 [22]. Utifrån den dimensioneringen visade prognosen på en minskande tillgång på tandläkare mot år 2023, och för läkare beräknades tillgången utifrån 2011 års planerade utbildningskapacitet vara något större år 2025 jämfört med år 2008.

Effekterna på den framtida tillgången på läkare och tandläkare med hänsyn till den förändrade dimensioneringen av tandläkar- och läkarutbildningarna är osäker. Troligen påverkas prognosen de kommande 15 åren i relativt liten utsträckning. Detta beror framför allt på att en förändrad utbildningsdimensionering ger effekter först på 6–12 års sikt efter det att utbildningens nya dimensionering trätt i kraft. Tillgången torde dock öka något jämfört med vad prognosen visar, jämför exempelvis med den alternativa prognosberäkningen med en nettoimmigration om 50 tandläkare per år. I budgetpropositionen redogörs också för överväganden kring att i framtida budgetpropositioner ytterligare utöka läkarutbildningen med 250 nybörjarplatser och tandläkarutbildningen med 40 utbildningsplatser. Det är i sådana fall en relativt stor utökning som på längre sikt borde öka inflödet av personal till hälso- och sjukvården och tandvården. Dessutom aviseras en utbyggnad av sjuksköterskeutbildningen hösten 2013 [23]. Med anledning av utbyggnaden av antalet nybörjarplatser kan det bli aktuellt att uppdatera prognoserna över framtida tillgång.

Avseende specialister inom hälso- och sjukvården så har sjuksköterskor möjligheten att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor vid universitet eller högskola. Regeringen föreslår också i budgetpropositionen för 2012 att medel ska tilldelas för en utökning av specialistsjuksköterskeutbildningarna med motsvarande 100 nybörjarplatser från och med våren 2012 [23].

För läkare sker specialistutbildning genom ST-tjänster som utlyses av landstingen. Landstingen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) utbilda specialister i en omfattning som motsvarar landstingens framtida planerade rekryteringsbehov.

Det är, förutom utbildningarnas dimensionering, också viktigt att utbildningarna till sitt innehåll motsvarar arbetsgivarnas behov. Flera av de aktuella utbildningarnas innehåll utreds eller har utretts på flera håll. Exempelvis presenterades under år 2010 ett antal förslag från Behörighetsutredningen [24]. En särskild utredare hade i uppdrag att utreda vissa frågor som rör behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bland annat föreslogs att specialistsjuksköterskeutbildningen bör bli mer flexibel så att den bättre motsvarar vad som efterfrågas i vården. Ett annat förslag är att tandhygienistutbildningen förlängs till 180 högskolepoäng, det vill säga från två till tre år. Högskoleverket avrapporterade också ett regeringsuppdrag om utformningen av specialistsjuksköterskexamen under år 2010. En av slutsatserna är att högskolan och vårgivarna behöver samarbeta bättre kring både utformningen av utbildningen och behovet av specialistsjuksköterskor [6]. Under hösten tillsatte regeringen också en utredning av läkarutbildningen och allmäntjänstgöringen, som ska redovisas i december 2012. Uppdraget syftar bland annat till att få en utbildning med ett innehåll som bättre motsvarar vårdens behov [25].

Kompetenssammansättning

I dagsläget är det relativt få av alla arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården som juridiskt sett är reserverade för en specifik yrkeskategori. Till exempel är inte rätten att ställa diagnos reglerad i någon författning, utan det är snarare möjligheterna att vidta åtgärder utifrån diagnosen

som skiljer olika yrkesutövare åt. En sjuksköterska har exempelvis inte samma vida rätt att ordinera behandlingar som en läkare. Det samma gäller tandhygienister och tandläkare.

Det finns alltså författningsmässigt sett idag stora möjligheter för verksamhetschefen att på ett flexibelt och effektivt sätt använda den befintliga personalen för att organisera verksamheten och underlätta arbetet med att uppnå en tillgänglig och säker vård. Vid en situation där efterfrågan är större än tillgången på en viss yrkesgrupp kan man därmed anpassa verksamheten genom att förändra personalsammansättningen och på så sätt arbeta mot att uppfylla verksamhetens mål. I detta sammanhang är fördelning av arbetsuppgifter centralt.

På många håll i landet har man på olika sätt arbetat medvetet för att förändra personalsammansättningen i tandvården och/eller hälso- och sjukvården. Eventuella effekter av omfördelningar av uppgifter mellan olika yrkeskategorier är önskvärt att utvärdera vidare. Historiskt sett så har också denna typ av förändringar skett kontinuerligt. Ett exempel på breddning av yrkesrollen är då sjuksköterskor genom fördjupning av sin kompetens har breddat sin yrkesroll och övertagit vissa läkaruppgifter genom exempelvis sjuksköterskeledda mottagningar inom specifika vårdområden, till exempel kroniska sjukdomar som astma och diabetes.

Vilken kompetens en verksamhet behöver, och hur den ska användas, måste dock bestämmas utifrån verksamhetens egen kontext. En omfördelning av arbetsuppgifter får heller aldrig ske på bekostnad av patientsäkerheten.

Migration

Framför allt läkare, men också sjuksköterskor och tandläkare, rör sig mellan Sverige och andra länder. Denna arbetskraftsrörlighet beror på ekonomiska, kulturella, geografiska, politiska och legala förhållanden som samverkar. Är den inhemska arbetsmarknaden ofördelaktig med exempelvis hög arbetslöshet och låga relativlöner kan individer söka sig till andra länder med en mer fördelaktig arbetsmarknad ur individens synvinkel. En arbetsmarknad ter sig fördelaktig om exempelvis efterfrågan på arbetskraft är hög, relativlönerna är högre och det sker aktiv utlandsrekrytering.

Migration av personal är ett sätt att jämna ut tillfälliga obalanser mellan tillgång och efterfrågan på arbetsmarknaden. På längre sikt är dock migration en osäker strategi för att kompensera för en tillgång som är mindre än efterfrågan då en rörlig personalstyrka och en öppen arbetsmarknad, som inom EU/EES-området, innebär att länder konkurrerar med varandra om tillgänglig kompetens. Det innebär exempelvis att läkarnas arbetsmarknad i övriga Norden, Tyskland och Polen är av stor betydelse för Sveriges tillgång på läkare. Sveriges konkurrenskraft om utbildad personal jämfört andra länder är svår att bedöma på längre sikt.

WHO:s deklaration om Etisk kod om rekrytering av internationell hälso- och sjukvårdspersonal

I maj 2010 antog Världshälsoorganisationen (WHO) en deklaration om internationell rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal [26]. Bakgrunden till förslaget är att det sker en rörlighet på arbetsmarknaden för hälso- och sjukvårdspersonal som missgynnar tredje land och fattigare delar av världen. Länder från huvudsakligen Afrika, söder om Sahara, utbildar bland annat läkare som direkt efter examen börjar arbeta i USA och Europa. Det finns ett flertal faktorer som leder fram till ett sådant mönster, bland annat att andra länder kan erbjuda bättre lön och bättre arbetsmiljö.

Det är därför viktigt att WHO följer utvecklingen avseende fattiga länders möjligheter till försörjning av hälso- och sjukvårdspersonal. Som en del i arbetet med att sjösätta deklarationen ska samtliga medlemsländer gemensamt upprätta ett register med indikatorer på rörlighet inom gruppen. Sverige deltog i en workshop i juni 2010 för att diskutera vilka indikatorer som skulle kunna ingå som minimum i ett sådant dataset och rapporteringssystem. Första uppföljningen ska göras efter två år, det vill säga år 2012. Sverige levererar uppgifter med utgångspunkt från Socialstyrelsens register om hälso- och sjukvårdspersonal, HOSP och NPS.

Socialstyrelsens bedömning

Barnmorskor

Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan på barnmorskor överstiger tillgången något, men att det finns regionala skillnader. Ungefär hälften av landstingen uppger att tillgången motsvarar efterfrågan.

Arbetsmarknaden för barnmorskor fortsätter att kännetecknas av hög etableringsgrad efter examen, låg arbetslöshet och låg migration. Tillgången på barnmorskor har ökat de senaste 15 åren. Framöver förväntas dock tillgången att minska, till följd av pensionsavgångar. Arbetsmarknaden bör fortsatt följas.

Sjuksköterskor

Socialstyrelsen bedömer att arbetsmarknaden för sjuksköterskor med grundutbildning präglas av balans. Dock uppger nästan hälften av landstingen att gruppen är svår att rekrytera hösten 2011, vilket är fler än hösten 2010. Regionalt verkar alltså efterfrågan vara större än tillgången. Arbetslösheten är låg, etableringsgraden efter examen hög och migrationen låg, vilket tyder på att efterfrågan är minst lika stor som tillgången. Socialstyrelsens prognos visar också på en svagare tillgångsökning än vad som varit de senaste 15 åren framöver. Utvecklingen på arbetsmarknaden bör därför fortsatt följas.

Landstingen uppger också att det är svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor, framför allt vissa inriktningar. Troligen skulle balansen förbättras om fler sjuksköterskor erhöll specialistkompetens. Med en god tillgång på sjuksköterskor finns det också goda möjligheter att uppmuntra sjuksköters-

kor till specialistutbildning inom de områden som är önskvärda för verksamheten.

Läkare

Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på läkare, framför allt specialistläkare. Landstingen menar dock att möjligheterna att rekrytera AT-läkare generellt är bättre.

Arbetslösheten för läkare är mycket låg, etableringsgraden efter examen är hög och inflödet av personal från andra länder är högt. Indikatorerna pekar på att efterfrågan är minst lika stor som tillgången. Läkarkåren består dock av en rad olika specialiteter och vissa är mer svårrekryterade än andra. Landstingen uppger också skillnader i rekryteringsmöjligheter mellan exempelvis stad och landsbygd, men också mellan olika verksamheter.

Perioden 1995–2009 ökade tillgången på läkare i hälso- och sjukvården med 39 procent. Motsvarande siffra för specialistläkare är 34 procent. Om det de kommande 15 åren är önskvärt med en motsvarande tillgångsökning visar Socialstyrelsens prognos att det i så fall krävs ett nettoinflöde av personal utbildad utomlands. Utan nettoinvandring beräknas tillgången öka med 5 procent fram mot år 2025.

Migration, kompetensanvändning och utbildningsdimensionering är som tidigare diskuterats tre viktiga komponenter för att få en bättre balans på arbetsmarknaden. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar dock huvudmännen för att utbilda specialistläkare i sådan utsträckning att det motsvarar den framtida efterfrågan. En god tillgång på grundutbildad personal borde dock förbättra möjligheterna att rekrytera även till specialisttjänstgöringen. Arbetsmarknaden för läkare bör fortsatt följas.

Tandhygienister

Socialstyrelsen bedömer att arbetsmarknaden för tandhygienister är i balans. Dock finns det geografiska skillnader mellan exempelvis stad och glesbygd. Tillgången på tandhygienister har ökat medan arbetslösheten har sjunkit. Samtidigt har etableringsgraden på arbetsmarknaden efter examen stigit. Ungefär hälften av landstingen bedömer att det är balans mellan tillgång och efterfrågan.

Socialstyrelsens prognos visar på en tillgångsökning fram mot år 2025. Huruvida den framtida ökningen i tillgång motsvaras av en ökande efterfrågan är osäkert. Bland annat beror det på hur arbetsuppgifter i framtiden fördelas mellan tandhygienister och annan tandvårdspersonal. Arbetsmarknaden för denna grupp bör därför fortsatt följas.

Tandläkare

Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på tandläkare, det vill säga att arbetsmarknaden är i obalans. Arbetslösheten är mycket låg bland tandläkare i dagsläget och etableringsgraden är hög. Nettoimmigrationen är fortfarande relativt låg, men flera landsting har samtidigt aktivt rekryterat tandläkare utomlands under 2011. En majoritet av landstingen har också gjort bedömningen att efterfrågan är större än tillgången på tandläkare,

även om det finns skillnader också inom enskilda landsting. Socialstyrelsens senaste prognos visar att det krävs antingen en utökning av antalet utbildningsplatser eller en nettoimmigration om cirka 50 tandläkare per år för att år 2025 nå ungefär samma tillgång som år 1995 om så skulle vara önskvärt. Det innebär att även med den aviserade utökningen på tandläkarprogrammet om 40 platser krävs i så fall även fortsatt ett visst inflöde av tandläkare utbildade utomlands om tillgången inte ska minska. Arbetsmarknaden bör fortsatt följas.

Referenser

1. Tillgång på: barnmorskor, sjuksköterskor läkare, tandhygienister och tandläkare 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal – Officiell statistik om antal legitimerade (2010) och arbetsmarknadsstatus (2009). Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. Tillgång på: specialistläkare 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; under utgivning 2012.
4. Tillgång på: specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; under utgivning 2012.
5. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2009-2025. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Sjuksköterskors specialistutbildning – vilket slags examen? Stockholm: Högskoleverket; 2010. Report No.: 2010:5 R.
7. Tillgång på: specialistsjuksköterskor och legitimerade röntgensjuksköterskor 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
8. International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to Address the Global Health Workforce Crisis. OECD Policy Brief. February 2010.
9. Wismar Matthias, MCB, Glinos Irene A., Dussault Gilles, Figueras Josep, editor. Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries: The European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
10. International Migration Outlook. Annual Report, 2007 Edition. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007.
11. Svenska tandläkarstudenter i Sverige och utomlands – en översikt över läsåren 2006/2007 t.o.m. 2010/2011. Stockholm: Sveriges Tandläkarförbund; 2011.
12. Socialförsäkringsutskottets betänkande 2008/09:SfU3, Nrfa.
13. Årsrapport NPS 2008. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
14. Arbetskraftsbarometern '11. Utsikterna på arbetsmarknaden för 72 utbildningar. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2011. Report No.: 2011:3.
15. Arbetskraftsbarometern '10. Utsikterna på arbetsmarknaden för 71 utbildningar. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2010. Report No.: 2010:3.

16. Rapport Ura 2011:16. Var finns jobben? Bedömning till och med första halvåret 2012. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2011.
17. Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna 2010. Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS); 2010.
18. Framtidsutsikter. Arbetsmarknaden för akademiker år 2016. SACO; 2011.
19. Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden. Ett planeringsunderlag inför läsåret 2010/11. Stockholm: Högskoleverket; 2010. Report No.: 2010:1 R.
20. Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi: oktober 2011. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2011.
21. Ekonominytt 25/11. Planeringsförutsättningar för åren 2011-2015. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2011.
22. Prop. 2010/11:1 Budgetpropositionen för 2011. .
23. Budgetpropositionen för år 2012 (prop. 2011/12:1).
24. SOU 2010:65 Kompetens och ansvar. Betänkande av 2009 års Behörighetsutredning.
25. En förändrad läkarutbildning (dir. 2011:96).
26. The WHO global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel WHA 63.16. Geneva: World health organization; 2010.
27. Dickson, H, Luukkainen, P, Sandelin, B. Termer i nationalekonomi : innebörd och sammanhang Malmö 1986.

Bilaga 1. Enkät om rekryteringsläget i hälso- och sjukvården

Landsting/Region:

Kontaktperson:

Fråga 1

Landstingsledningens bedömning av balansen mellan efterfrågan och tillgång på personalgrupper i ert landsting (alternativt er region) under oktober 2011.

Ange balansen mellan efterfrågan och tillgång för respektive personalgrupp på den femgradiga skalan nedan.

På skalan anger

1 - att efterfrågan är mycket större än tillgången

3 - balans mellan tillgång och efterfrågan

5 - tillgången är mycket större än efterfrågan

Personalgrupp	Efterfrågan ————— Tillgång				
	1	2	3	4	5
Barnmorskor					
Sjuksköterskor					
AT-läkare					
Specialistläkare inom allmänmedicin					
Specialistläkare inom psykiatri					
ST-läkare inom allmänmedicin					
ST-läkare inom psykiatri					

Fråga 2a

Finns det någon kategori av läkarspecialitet som är *lättare* att rekrytera **specialistläkare** till än andra specialiteter?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, i så fall vilken/vilka?

Fråga 2b

Finns det någon kategori av läkarspecialitet som är *svårare* att rekrytera **specialistläkare** till än andra specialiteter?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, så fall vilken/vilka?

Fråga 3a

Finns det någon kategori av läkarspecialitet som är *lättare* att rekrytera **ST-läkare** till än andra specialiteter?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, så fall vilken/vilka?

Fråga 3b

Finns det någon kategori av läkarspecialitet som är *svårare* att rekrytera **ST-läkare** till än andra specialiteter?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, i så fall vilken/vilka?

Fråga 4a

Finns det någon grupp specialistutbildade sjuksköterskor (specialistsjuksköterskeexamen i enlighet med Högskoleförordningen) som är *lättare* att rekrytera än andra grupper av specialistutbildade sjuksköterskor?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, i så fall vilken/vilka?

Fråga 4b

Finns det någon grupp specialistutbildade sjuksköterskor (specialistsjuksköterskeexamen i enlighet med Högskoleförordningen) som är *svårare* att rekrytera än andra grupper av specialistutbildade sjuksköterskor?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, i så fall vilken/vilka?

Fråga 5

Har landstingsledningen sedan oktober 2010 gjort någon förändring som påverkat planering eller styrning vid tillsättandet av ST-tjänster i landstinget?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, i så fall vad?

Övriga kommentarer:

Bilaga 2. Enkät om rekryteringsläget i tandvården

Landsting/Region:

Kontaktperson:

Fråga 1

Enligt din bedömning vad är landstingsledningens samlade bedömning av länets efterfrågan och tillgång på olika personalgrupper inom **såväl Folktandvården som privattandvården**, oktober 2011.

Ange efterfrågan/tillgång för respektive personalgrupp på den femgradiga skalan nedan:

På skalan anger

1 - att efterfrågan är mycket större än tillgången

3 - balans mellan tillgång och efterfrågan

5 - tillgången är mycket större än efterfrågan

Personalgrupp	Efterfrågan ——— Tillgång				
	1	2	3	4	5
Tandläkare					
Tandhygienister					
Tandsköterskor					

Fråga 2

Enligt din bedömning vad är tandvårdschefernas samlade bedömning av möjligheterna att rekrytera olika personalgrupper till **Folktandvården** i länet, oktober 2011.

Ange möjligheterna att rekrytera respektive personalgrupp på den femgradiga skalan nedan:

På skalan anger

1 – mycket dåliga möjligheter

5 – mycket goda möjligheter

Personalgrupp	Dåliga ——— Goda				
	1	2	3	4	5
Tandläkare					
Tandhygienister					
Tandsköterskor					

Fråga 3 a

Har man inom landstinget aktivt utlandsrekryterat tandläkare sedan oktober 2010?

☐ Ja

☐ Nej

Fråga 3 b

Om ja, från i huvudsak vilka länder?

Fråga 3 c

Om ja, ge exempel på hur man aktivt utlandsrekryterat tandläkare sedan oktober 2010

Bilaga 3. Definitioner, begränsningar och brister samt centrala termer

Definitioner

Hälso- och sjukvård och tandvård

Socialstyrelsen definierar i denna rapport hälso- och sjukvården och tandvården som arbetsplatser inom privat, kommunal och statlig verksamhet där de berörda yrkesgrupperna kan förväntas arbeta helt eller delvis med patienter. För fördjupad metodbeskrivning och ytterligare definitioner, se Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2009 [1].

Privat och offentlig verksamhet

Socialstyrelsen har kategoriserat samtliga arbetsställen i enlighet med SCB:s sektorsindelningssystem. Som offentlig regi klassas arbetsställen som hör till följande sektorer:

- statlig förvaltning
- statliga affärsverk
- kommunal förvaltning
- landsting
- statligt ägda företag och organisationer
- kommunalt ägda företag och organisationer
- övriga offentliga institutioner

Arbetsställen i följande sektorer klassas som privat regi:

- aktiebolag, ej offentligt ägda
- övriga företag, ej offentligt ägda
- övriga organisationer

Geografisk indelning

Socialstyrelsen har i huvudsak använt två skilda geografiska indelningar i denna rapport. För hälso- och sjukvården bygger indelningen på de sex sjukvårdsregionerna och för tandvården sker indelningen enligt de specialisttjänstgöringsregioner (s.k. ST-regioner) som används av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Tabell 1. Geografisk indelning i sjukvårdsregioner.

Region	Län/kommun
Stockholm	Stockholm och Gotland
Sydöstra	Östergötland, Jönköping och Kalmar
Södra	Kronoberg, Skåne, Blekinge samt Hylte kommun, Halmstads kommun och Laholms kommun
Västsvenska	Västra Götaland samt Falkenbergs kommun, Varbergs kommun och Kungsbacka kommun
Uppsala/Örebro	Uppsala, Södermanland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg
Norra	Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten

Tabell 2. Geografisk indelning av ST-regioner för tandvården.

Region	Län/kommun
Stockholms ST-region	Stockholm och Gotland
Södra ST-regionen	Kronoberg, Skåne, Blekinge, Kalmar och Halland
Västra Götalands ST-region	Västra Götaland
Mellersta ST-regionen	Uppsala, Södermanland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Östergötland och Jönköping
Norra ST-regionen	Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten

Gruppering av läkarspecialiteter

Socialstyrelsen redovisar ibland statistik över specialistläkare på grupperad nivå. Vilka specialiteter som ingår i respektive grupp redovisas enligt tabellen nedan.

Tabell 3. Gruppering av läkarspecialiteter.

Opererande specialiteter
Kirurgi
Ortopedi
Urologi
Barn- och ungdomskirurgi
Handkirurgi
Plastikkirurgi
Neurokirurgi
Thoraxkirurgi
Anestesi och intensivvård
Obstetrik och gynekologi
Gynekologisk onkologi
Öron-, näs- och halssjukdomar
Röst- och talrubbningar
Hörselrubbningar
Ögonsjukdomar
Invärtesmedicinska specialiteter
Internmedicin
Kardiologi
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi
Endokrinologi och diabetologi
Medicinska njursjukdomar
Lungsjukdomar
Hematologi
Allergisjukdomar
Reumatologi
Yrkes- och miljömedicin
Geriatrisk
Barnmedicinska specialiteter
Barn- och ungdomsmedicin
Barn- och ungdomsallergologi
Barn- och ungdomsneurologi med rehabilitering
Barn- och ungdomskardiologi
Neonatologi
Allmänmedicin
Psykiatriska specialiteter
Psykiatri
Rätt psykiatri
Barn- och ungdomspsykiatri
Radiologiska specialiteter
Medicinsk radiologi
Barn- och ungdomsradiologi

Kliniska laboratoriespecialiteter

Transfusionsmedicin
Koagulations- och blödningsrubbningar
Klinisk immunologi
Klinisk bakteriologi
Klinisk virologi
Klinisk fysiologi
Klinisk neurofysiologi
Klinisk kemi
Klinisk farmakologi
Klinisk genetik
Klinisk patologi
Klinisk cytologi
Rättsmedicin

Övriga

Socialmedicin
Företagshälsovård
Skolhälsovård
Hud- och könssjukdomar
Neurologi
Infektionssjukdomar
Rehabiliteringsmedicin
Onkologi
Klinisk nutrition
Smärtlindring
Nukleärmedicin
Akutsjukvård
Barnonkologi
Kärlkirurgi

Sekretess

Det är nödvändigt att i vissa fall dölja cellvärden för att bevara sekretessen enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Därför har cellinformation med värden avseende 1–3 individer dolts. Utöver de första dolda värdena har då även ytterligare ett värde, i regel det närmast lägsta värdet, dolts i rader och kolumner där enbart ett värde innehåller 1–3 individer. Detta för att värdet inte ska kunna beräknas med hjälp av kolumn- eller radsummor. De dolda tabellcellerna markeras med (x).

Ovanstående gäller dock enbart för uppgifter som fås genom samkörning. Uppgifter över personer som saknar personnummer är inte samkörda och redovisas även där det enbart finns 1–3 personer i kategorin.

Begränsningar och brister

Statistik innehåller ofta vissa svagheter, vilket även gäller det statistiska material som ligger till grund för denna rapport. Tillgångsstatistiken ger exempelvis uppgifter om vilken näringsgren en individ arbetar inom, men inte om vad personen verkligen har för arbetsuppgifter. I denna rapport har

individens antagits arbeta med det hon eller han senast utbildades till. Någon säkerhet finns dock inte i detta antagande. Statistiken tar inte heller hänsyn till sysselsättningsgrad, varför det inte går att jämföra antal personer med antalet fullt sysselsatta.

En ytterligare begränsning i arbetet är att Socialstyrelsens tillgångsstatistik beskriver arbetsmarknaden under november 2009. Anledningen är att det inte finns aktuellare statistik över individers sysselsättning att tillgå från Statistiska centralbyrån vid samkörningen med Socialstyrelsens register. Därför släpar delar av materialet efter i tid medan enkätsvaren från verksamheterna beskriver arbetsmarknaden i slutet av 2011. En mer omfattande metodbeskrivning av hur Socialstyrelsen tagit fram den statistik som utgör underlag för rapporten återfinns i Socialstyrelsens publikation Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2009 [1].

Centrala termer

Personalplanerings- och personalförsörjningsfrågor har en särskild terminologi. Två viktiga ord i sammanhanget är tillgång och efterfrågan, vilka är de termer som genomgående används i det nationella planeringsstödet (NPS) arbete. I många andra sammanhang används dessutom ofta orden behov och brist. Samtliga ord används dock ofta utan att närmare definieras, vilket lätt leder till förvirring och missförstånd.

Nedan presenteras vanliga definitioner av och synonymer till de nämnda termerna. Dessutom beskrivs och diskuteras översiktligt behovsanalys som grund för personalplanering. Slutligen motiveras varför Socialstyrelsen har valt tillgång och efterfrågan som centrala termer i NPS arbete.

Tillgång och efterfrågan

Termerna tillgång (i betydelsen utbud) och efterfrågan kommer från nationalekonomin där de har en relativt entydig betydelse. Med tillgång (i betydelsen utbud) menas där den mängd av en vara eller tjänst som under bestämda förhållanden är tillgänglig för försäljning på en marknad. Med efterfrågan menas den mängd av en vara eller en tjänst som köpare är villiga att köpa med hänsyn till priser och förhållanden på en marknad [27].

Ordet tillgång har dock flera betydelser och används på olika sätt i olika sammanhang. Det förefaller ändå som att det råder konsensus bland de aktörer som är involverade i personalförsörjningsfrågor om att tillgång syftar på befintlig tandvårdspersonal samt hälso- och sjukvårdspersonal.

Trots att termen efterfrågan är tämligen entydig är det i användningen av just detta ord som begreppsförvirring uppstår. Skälet är att termen behov blandas samman med efterfrågan eller används synonymt med efterfrågan.

Behov och brist

Behov och brist hänger samman begreppsmässigt. Båda termerna innebär att något fattas, eller att det finns ett gap eller råder obalans mellan ett givet och ett önskvärt tillstånd. ”Brist på” kan till exempel användas som synonym till ”behov (av)”. Både behov och brist är relativa begrepp.

Ett sätt att se på behov är som något målrelaterat. Det synsättet kan användas till exempel när man bedömer vårdbehov, och kan i förlängningen (teoretiskt) användas för att bedöma till exempel antalet nödvändiga läkare eller sjuksköterskor. En sådan tillämpning kan, starkt förenklat, gå till på följande sätt:

I den målrelaterade traditionen definieras behov som ett gap mellan ett aktuellt tillstånd hos en person eller en grupp, och ett önskvärt mål. Normalt slutar inte behovsbedömningen med att konstatera att ett behov existerar, utan personens eller gruppens behov bedöms. Denna bedömning kallas åtgärdsbedömning. Utifrån detta kan en modell tas fram som består av följande tre komponenter:

- aktuellt hälsotillstånd
- behovets mål
- nödvändiga åtgärder för att förverkliga behovets mål.

Den tredje punkten kan exempelvis precisera de personresurser som krävs för att utföra de nödvändiga åtgärderna. Detta innebär att man genom att bedöma ett aktuellt hälsotillstånd, och fastställa behovets mål får förutsättningar för att göra en åtgärdsbedömning, alltså förutsättningar för att fastställa vilka typer av åtgärder som krävs, och i vilken omfattning de krävs, för att förverkliga behovsmålen. Nästa steg blir då att omvandla åtgärdsbedömningen till nödvändiga insatser från hälso- och sjukvårdspersonal.

Enligt detta synsätt finns det alltså inte några absoluta behov. Behovens omfattning måste ses i relation till de fastställda målen.

Kärnan i en behovsanalys av den här typen är att fastställa vad behovets mål är, det vill säga – vad är målet och på vilken nivå målet ska ligga? Dessutom måste man fastställa inom vilken tidsram målet ska uppnås. Det är inte möjligt att göra en åtgärdsbedömning och beräkna nödvändiga insatser från hälso- och sjukvårdspersonalen innan denna information är tillgänglig.

I den svenska hälso- och sjukvården fastställs målen för befolkningens hälsa på politisk nivå. Det är politiker i landsting och regioner som fattar beslutet om vad målet är, på vilken nivå det ska ligga och när det ska verkställas.

Ibland används orden behov och brist i betydelsen efterfrågan när det gäller personal. Begreppen används alltså med en koppling till viljan att anställa samt till de ekonomiska förutsättningarna för att anställa. Men oftare används troligen behov i betydelsen brist på eller önskan, utan koppling till ekonomiska förutsättningar eller till politiskt fastställda mål. Detta leder lätt till missförstånd.

Termer i NPS arbete

I NPS arbete har tillgång och efterfrågan valts som centrala termer. Dels för att de sammanfaller med gängse terminologi vid beskrivning och analys av arbetsmarknadsfrågor såväl nationellt som internationellt, dels för att beskrivning och analys av behov förutsätter kunskap om målen. Eftersom den kunskapen saknas eller för närvarande är ofullständig har Socialstyrelsen bedömt att det inte är fruktbart att använda termerna behov och brist i detta sammanhang. NPS metod avser att beskriva tillgång och efterfrågan och

därmed *ge underlag* för att beskriva och analysera behov av eller brist på personal. För att genomföra en sådan analys krävs förutom tillgångsbeskrivning och efterfrågeanalys också information om de politiska målen på lands- tings- eller regionnivå.

I denna rapport används begreppet tillgång (på arbetskraft) i betydelsen befintlig (arbetskraft). Termen efterfrågan används i betydelsen vilja att anställa och ekonomiska förutsättningar att anställa. Obalans på arbetsmarknaden är således en situation när tillgång och efterfrågan inte är i paritet med varandra.