

Nationella planeringsstödet 2013

– tillgång och efterfrågan på vissa
personalgrupper inom hälso- och sjukvård
samt tandvård

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 2013-1-18

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2013

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen lämna bedömningar av tillgång och efterfrågan på barnmorskor, läkare och sjuksköterskor samt tandläkare och tandhygienister.

Rapporten har utarbetats av Magnus Göransson och Hans Schwarz. Ansvarig enhetschef för uppdraget var Eva Wallin.

Till uppdraget har Socialstyrelsen knutit en referensgrupp för hälso- och sjukvårdsområdet och en referensgrupp för tandvårdsfrågor som båda har bidragit till rapporten. Hälso- och sjukvårdens referensgrupp består av representanter från Högskoleverket, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Handikappförbundens samarbetsorgan, Praktikertjänst och Vårdföretagarna. Tandvårdens referensgrupp består av företrädare för Sveriges Folktandvårdsförening, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandhygienistförening, Praktikertjänst samt Sveriges Privattandläkarförening.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	9
<i>Att tänka på</i>	10
<i>Tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal</i>	11
Läkare	11
Sjuksköterskor	18
Specialistsjuksköterskor	21
Barnmorskor	23
Röntgensjuksköterskor	24
Yrkesverksamhet bland personal 65 år och äldre	26
Regionala skillnader	26
Tillskott genom personal utbildade i annat land	29
<i>Tillgång på tandvårdspersonal</i>	38
Tandläkare	38
Tandhygienister	43
Förändrad personalsammansättning i tandvården	45
Tillskott genom personal utbildade i annat land	46
<i>Efterfrågan</i>	49
Arbetslöshet i olika personalgrupper	49
Etablering på arbetsmarknaden	49
Migration	51
Arbetsmarknadsläget	52
<i>Tillgång och efterfrågan på personal inom vuxenpsykiatri</i>	59
Tillgång på psykiatripersonal	59
Efterfrågan på psykiatripersonal	64
Bedömningar av arbetsmarknadsläget	65
<i>Diskussion</i>	67
Utbildning	67
Kompetenssammansättning	68
Migration	69

Socialstyrelsens bedömning	70
Referenser	72
<i>Bilaga 1. Enkät om rekryteringsläget i hälso- och sjukvården</i>	74
<i>Bilaga 2. Enkät om rekryteringsläget i tandvården</i>	76
<i>Bilaga 3. Definitioner, begränsningar och brister samt centrala termer</i>	77
Definitioner	77
Sekretess	80
Begränsningar och brister	80
Centrala termer	80

Sammanfattning

Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och läkare i förhållande till befolkningen fortsätter att öka. Tillgången på läkare har ökat med 33 procent mellan 1995 och 2010, tillgången på sjuksköterskor med 15 procent och tillgången på barnmorskor med 14 procent.

Tillgången på specialiserade sjuksköterskor har däremot minskat. Två tredjedelar av alla sjuksköterskor hade någon specialistkompetens 1995 mot knappt hälften 2010. En orsak till minskningen kan vara att sjuksköterskornas specialistutbildning varit olika utformad under åren. Under åren 1952 till 1965 samt 1982 till 1992 utgjorde påbyggnadsutbildning till specialiserad sjuksköterska ett block i direkt anslutning till grundutbildningen. Mellan 1965 och 1982 samt efter 1992 utgjorde specialistutbildningen ett frivilligt val, efter ett antal års tjänstgöring.

Tillgången på sjuksköterskor specialiserade på psykiatrisk vård har minskat med 22 procent. Tillflödet av yngre motsvarar inte pensionsavgångarna. Stigande ålder och ökade pensionsavgångar är ytterligare en förklaring, vilken hotar tillgången också på flera andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Medianåldern har ökat för samtliga studerade personalgrupper. Ökningen är störst bland de specialiserade yrkesgrupperna (framför allt de specialiserade sjuksköterskorna) där medianåldern stigit med upp till tio år mellan 1995 och 2010.

Inom vuxenpsykiatri har tillgången på psykiatriker, psykologer och psykoterapeuter ökat, medan tillgången på psykiatrisjuksköterskorna som tidigare nämnts har minskat.

Tillgången på tandläkare har minskat, medan tillgången på specialisttandläkare har varit stabil. Samtidigt har tillgången på tandhygienister ökat kraftigt och antalet sysselsatta tandhygienister per sysselsatt tandläkare har nästan fördubblats sedan 1995.

Två tillskott av personal inom hälso- och sjukvård och tandvård har ökat påtagligt mellan 1995 och 2010:

- Personal som är utbildad i annat land. Det handlar dels om personer som växt upp och utbildat sig i ett annat land och därefter skaffat sig sysselsättning i svensk hälso- och sjukvård, dels om ett växande intresse bland personer födda i Sverige att utbilda sig i ett annat land. År 2010 var 23 procent av läkarna och 9 procent av tandläkarna utbildade i ett annat land än Sverige.
- Personal som efter pensionering vid 65 års ålder fortsätter sin verksamhet. Tillflödet är störst bland läkare och tandläkare. År 2010 var 9 procent av de yrkesverksamma läkarna och 7 procent av tandläkarna 65 år eller äldre.

Resultatet av de fyra indikatorer som Socialstyrelsen utgår från, för att bedöma efterfrågan på personal, är att:

- *Arbetslöshet*: Arbetslösheten är låg och indikerar att efterfrågan är lika stor eller större än tillgången, för samtliga personalgrupper.
- *Etablering på arbetsmarknaden*: Över 80 procent av alla personalgrupper hade 2010 sysselsättning inom ett år efter avslutad utbildning. Etableringsgraden indikerar att efterfrågan är lika stor eller större än tillgången, för samtliga personalgrupper.
- *Migration*: Rörligheten mellan länder inom EU- eller EES-området har ökat för hälso- och sjukvårdens personalgrupper mellan 1995 och 2010. De inflyttade är lika många eller något fler än de utflyttade. Det positiva nettoflödet är störst för läkare, men väsentligt också för tillgången på tandläkare.
- *Arbetsmarknadsläget*: Fler landsting än tidigare uppger att efterfrågan på specialistläkare, specialistsjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor överstiger tillgången. Något fler landsting bedömde att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan på tandläkare och tandhygienister. Rekryteringsmöjligheterna för tandläkare bedömdes vara något bättre.

Socialstyrelsens bedömer att:

- Arbetsmarknaden för barnmorskor fortsätter att kännetecknas av hög etableringsgrad efter examen, låg arbetslöshet och låg migration. Tillgången förväntas minska, till följd av pensionsavgångar.
- Arbetsmarknaden för sjuksköterskor med grundutbildning präglas av balans, men Socialstyrelsens prognos visar på en svagare tillgångsökning framöver. Många landsting rapporterar att efterfrågan överstiger tillgången på specialistsjuksköterskor, framför allt inom psykiatri, anesthesi- och intensivvård.
- Efterfrågan överstiger tillgången på läkare, framför allt specialistläkare. Nästan alla landsting rekryterar aktivt specialistläkare i andra länder. Socialstyrelsens prognos pekar på ett fortsatt behov av läkare utbildade i annat land om läkartätheten ska kunna upprätthållas.
- Arbetsmarknaden för tandhygienister är i balans. Den framtida efterfrågan beror på hur arbetsuppgifter i framtiden fördelas mellan tandhygienister och annan tandvårdspersonal.
- Efterfrågan överstiger tillgången på tandläkare, även om de lokala skillnaderna är mycket stora. Socialstyrelsens senaste prognos visar att det krävs antingen en utökning av antalet utbildningsplatser eller en ökad nettoimmigration för att år 2025 nå ungefär samma tillgång som år 1995. Det innebär att även med den aviserade utökningen på tandläkarprogrammet om 40 platser krävs ett visst inflöde av tandläkare utbildade utomlands om tillgången inte ska minska.

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 2012 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 2010* [1]
- *Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal – Officiell statistik om antal legitimerade (2011) och arbetsmarknadsstatus (2010)* [2]
- *Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2010* [3]
- *Tillgång på specialistläkare 2009* [4]
- *Tillgång på specialistläkare 2010* [5]

Socialstyrelsens senaste prognos över framtida tillgång på utvalda personalgrupper i hälso- och sjukvården publicerades i januari 2011 och sträcker sig fram till år 2025 [6].

I årets rapport har Socialstyrelsen gjort en fördjupning på området vuxenpsykiatri som redovisas på sidan 61. I rapporten finns för första gången ett avsnitt om röntgensjuksköterskor där legitimerade röntgensjuksköterskor och legitimerade sjuksköterskor med vidareutbildning som röntgensjuksköterska räknas samman. Rapporten innehåller också för första gången prognoser för de största medicinska specialiteterna.

Stora delar av statistiken som ligger till grund för rapporten är också tillgänglig genom Socialstyrelsens statistikdatabas över hälso- och sjukvårdspersonal som finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats,

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/halso-ochsjukvardspersonal>

Att tänka på

- Tillgångsstatistiken ger uppgifter om vilken näringsgren en individ arbetar inom, men inte om vad personen verkligen har för arbetsuppgifter. Rapporten bygger på antagandet att alla arbetar med det hon eller han senast utbildades till.
- Tillgångsstatistiken tar inte hänsyn till sysselsättningsgrad, så det går inte att jämföra antal personer med antalet heltidsekvivalenter (ett statistiskt mått för total arbetstid dividerad med normalarbetstid för en heltidsarbetande, motsvarande heltidstjänster).
- I rapporten jämförs uppgifter om utbildning, sysselsättning och efterfrågan trots att de olika datakällorna inte avser samma tidpunkter. Statistiken över individers sysselsättning från Statistiska centralbyrån beskriver arbetsmarknaden under november 2010. Socialstyrelsens statistik om antal legitimerade är från 31 december 2011. Enkätsvaren från verksamheterna beskriver arbetsmarknaden i november 2012.
- I avsnittet om personal utbildad utomlands redovisar Socialstyrelsen uppgifter om läkare som utbildats utomlands och som är yrkesverksamma i svensk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen saknar uppgifter om personnummer för en tredjedel av dessa. Därför kan deras sysselsättning inte följas i Socialstyrelsens register.
- När rapporten redovisar utbildningsland för dem som erhållit svensk läkar-legitimation så saknas uppgifter om utbildningsland för en femtedel av gruppen. Rapportens resultat bygger på antagandet att utbildningsland för dessa personer är lika med födelseland. Detta leder till en underskattning för utbildningsländer som Ungern och Tyskland som utbildar många utländska läkare och en överskattning för länder där många väljer att utbilda sig i ett tredje land.
- Efterfrågestatistiken redovisar arbetslöshetsdata. Officiell arbetsmarknadsstatistik utgår från arbetssökande oavsett bakgrund, men Socialstyrelsens register omfattar endast personer med legitimation i de aktuella yrkena. Att vara sysselsatt är i Socialstyrelsens efterfrågestatistik att ha utfört avlönat arbete under minst fyra timmar i november månad 2010.

En mer omfattande beskrivning av metodproblem, termer och definitioner för den statistik som utgör underlag för rapporten finns i rapportens bilaga 3 och i Socialstyrelsens publikation *Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2010* [1].

Tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal

Läkare

Det fanns 36 227 läkare sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård 2010 (se tabell 1). Tillgången på läkare har ökat med 33 procent under perioden mellan 1995 och 2010 och med 10 procent under de senaste fem åren, i förhållande till befolkningen (se figur 1). Läkare är den yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården som har haft den största tillväxten under perioden.

Tabell 1. Antal sysselsatta barnmorskor, läkare, specialistläkare, röntgensjuksköterskor, sjuksköterskor och specialistsköterskor inom hälso- och sjukvård och fördelningen på olika näringsgrenar (november 2010).

Yrke	Hälso- och sjukvård	Utbildning och offentlig förvaltning	Annan näring	Totalt
Barnmorskor	6 991	273	457	7 721
Läkare*	36 227	1 889	1 515	39 631
Därav specialistläkare	25 380	1 176	1 189	27 745
Sjuksköterskor	103 769	4 997	9 147	117 913
Därav specialistsjuksköterskor	48 434	3 339	4 695	56 468
Röntgensjuksköterskor	3 430	71	239	3 740

* Gruppen läkare inkluderar både legitimerade läkare samt läkare utan legitimation (i de flesta fall individer som genomfört AT-tjänst eller auskultation i enlighet med legitimationsvillkoren)
Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Sysselsättning

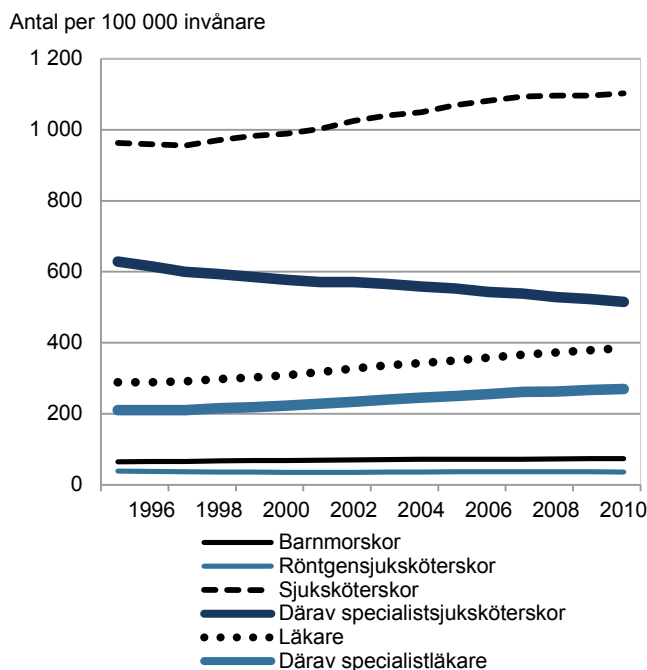
Av alla läkare var 91 procent sysselsatta inom hälso- och sjukvårdssektorn. Ytterligare 5 procent var verksamma inom utbildning och offentlig förvaltning.

Bland läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård arbetade 81 procent i offentlig regi. Andelen verksamma i privat regi har emellertid ökat nästan varje år mellan 1995 och 2010 (se figur 2). Mellan 1995 och 2010 ökade andelen från 10 till 19 procent.

Ålder

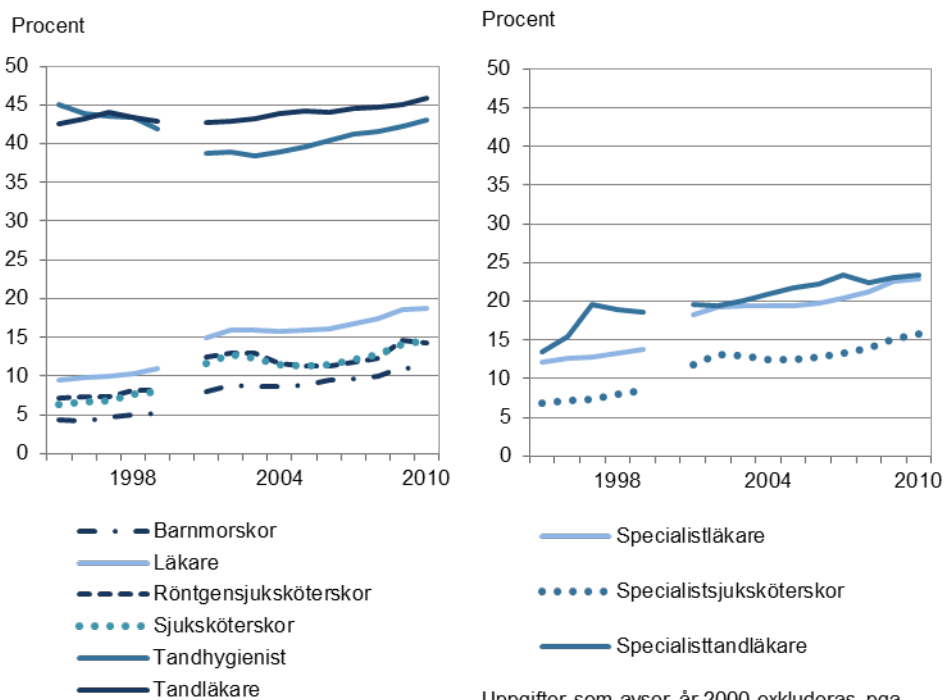
Andelen äldre har ökat kraftigt bland läkare under perioden 1995 till 2010 (se figur 3). Andelen för åldersgruppen 55 år eller äldre har tredubblats och är i dag runt en tredjedel. Andelen yngre läkare, under 35 år, har också ökat något (från 15 till 20 procent). År 1995 var hälften av alla läkare under 45 år och 2010 var hälften under 47 år.

Figur 1. Förändring i antal barnmorskor, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, röntgensjuksköterskor, läkare och specialitläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, 1995–2010.



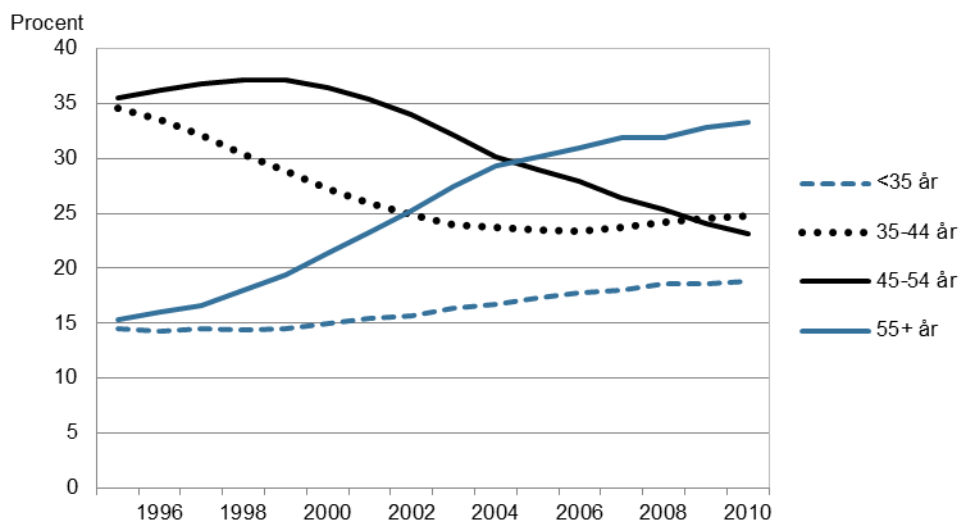
Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Figur 2. Förändringar i andelen sysselsatta i hälso- och sjukvård i privat regi för vissa personalgrupper i hälso- och sjukvård samt tandvård, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Figur 3. Förändringar i andelar (procent) för olika åldersgrupper för läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården, 1995–2010.

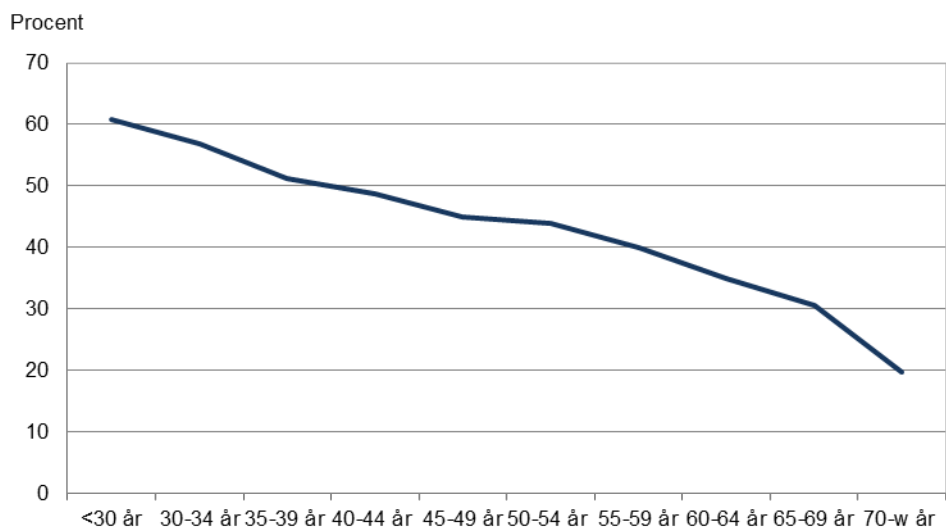


Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Kön

Andelen kvinnor inom den tidigare mansdominerade läkarkåren har ökat från 36 procent 1995 till 46 procent 2010. Bland yngre läkare var kvinnorna i majoritet (se figur 4).

Figur 4. Andel (procent) kvinnor av alla läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård, i femårsgrupper (november 2010).

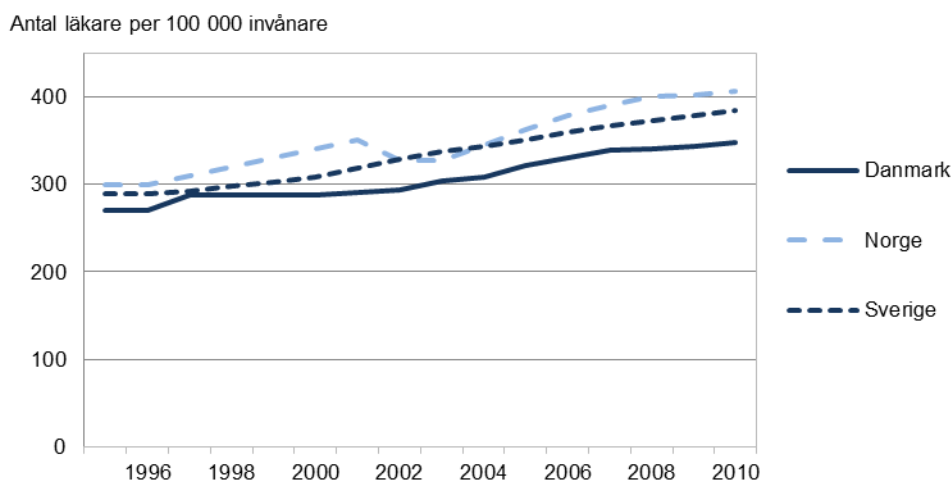


Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Jämförelser av antal läkare i förhållande till befolkningen

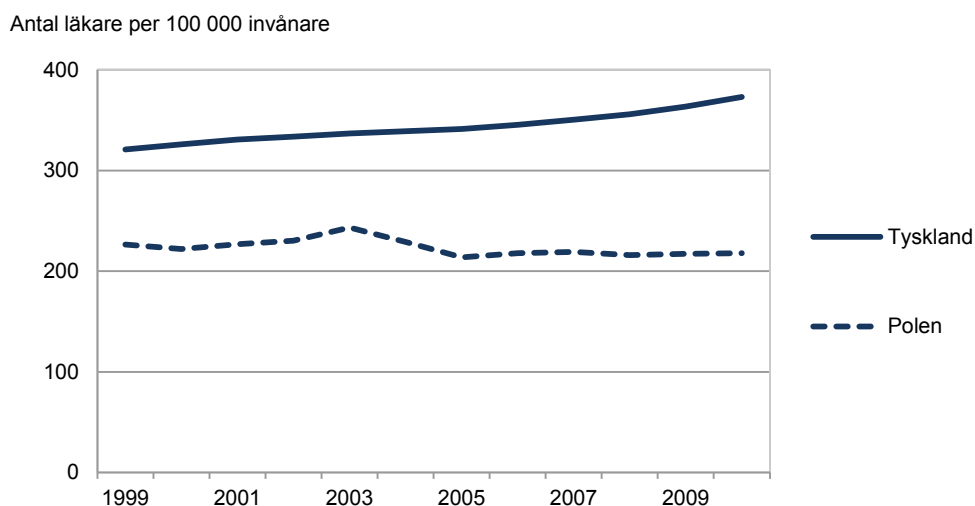
En jämförelse med de nordiska länderna visar att antalet läkare per 100 000 invånare var likartat fördelad mellan länderna. Norge hade år 2010 den högsta läkartätheten, 408 per 100 000 invånare, jämfört med Sveriges 379 stycken per 100 000 invånare. Läkartätheten har ökat i samma takt i de tre länderna (figur 5). En jämförelse med Tyskland och Polen visar att tillgången på läkare minskat med cirka 5 procent i Polen under åren 1999–2009, medan den ökat i Tyskland (figur 6).

Figur 5. Antal läkare per 100 000 invånare, sysselsatta inom hälso- och sjukvården i Sverige, Norge och Danmark, 1995–2010.



Källa: Eurostat 2012, Socialstyrelsen, NPS-registret och Nomesco.

Figur 6. Antal läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i Tyskland och Polen, 1999–2010.



Källa: Eurostat 2012.

Specialistläkare

Det fanns 25 380 specialistläkare sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård 2010 (se tabell 2). Av alla läkare i hälso- och sjukvården har 70 procent minst en specialistkompetens. Allmänmedicin utgjorde den största specialiteten med 63 specialister per 100 000 invånare 2010, följd av psykiatri (18 per 100 000 invånare) samt anestesi- och intensivvård (16 per 100 000 invånare). Alla specialiteter med minst 1 000 utövare har ökat i förhållande till befolkningen mellan 1995 och 2010 (figur 7a och 7b). Tillgången på specialistläkare har ökat med 28 procent under perioden mellan 1995 och 2010 och med 8 procent under de senaste fem åren (figur 1).

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 2010 var 33 specialister i akutsjukvård, 42 specialister i barnonkologi samt 120 specialister i kärnkirurgi yrkesverksamma inom svensk hälso- och sjukvård.

Ålder

Gruppen specialiserade läkare har en högre medianålder än andra läkare på grund av den längre utbildning som krävs. Gruppens medianålder har ökat mer än för andra läkare (från 47 år 1995 till 54 år 2010).

Specialitetsgrupperna allmänmedicin och psykiatriska specialiteter har den högsta andelen i åldersgruppen 55 år och äldre (se tabell 3). Medianåldern för specialitetsgruppen allmänmedicin var 56 år eller äldre, en ökning med nio år mellan 1995 och 2010.

Den högsta andelen yngre, 35 till 44 år, fanns i specialitetsgrupperna barnmedicinska specialiteter, opererande specialiteter och invärtesmedicinska specialiteter.

Kön

Andelen kvinnor har ökat i läkarkåren, men det har slagit igenom i olika grad inom olika specialiteter. Andelen kvinnor i specialiteter med minst 1 000 utövare är högre i obstetrik och gynekologi samt psykiatri, och lägre i ortopedi och kirurgi (se tabell 4).

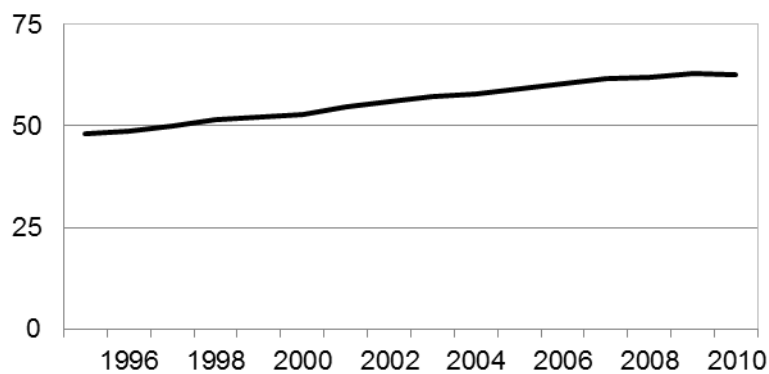
Tabell 2. Specialistläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvård, fördelade på specialistgrupper, antal och antal per 100 000 invånare (november 2010).

Specialitetsgrupp	Antal	Antal per 100 000 invånare
Opererande specialiteter	7 527	80
Invärtesmedicinska specialiteter	3 873	41
Barnmedicinska specialiteter	1 333	14
Allmänmedicin	5 895	63
Psykiatriska specialiteter	2 056	22
Radiologiska specialiteter	1 222	13
Kliniska laboratoriespecialiteter	830	9
Övriga	2 644	28
Totalt	25 380	270

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

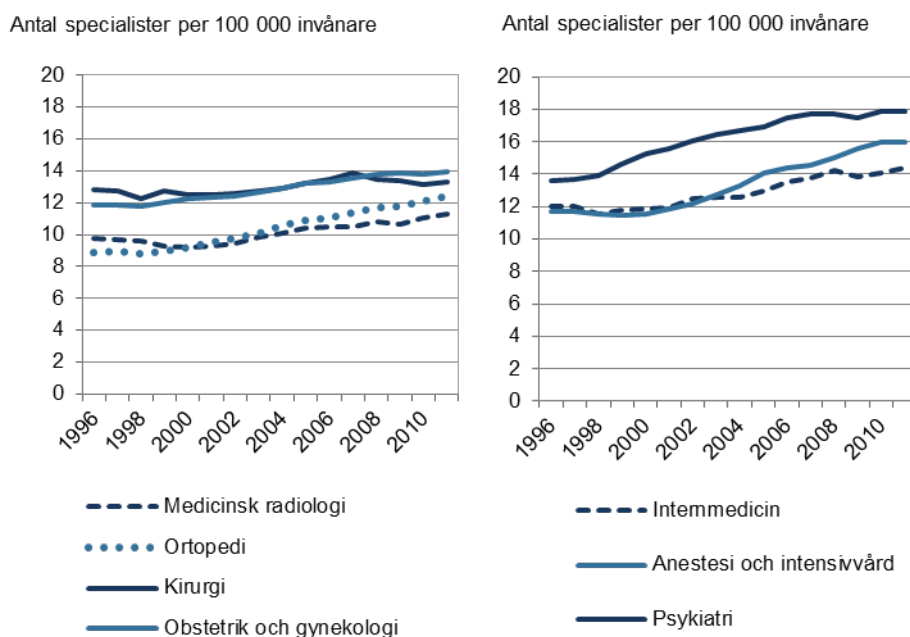
Figur 7a. Tillväxt av specialistläkare i allmänmedicin, i antal per 100 000 invånare, 1995–2010.

Antal specialister i allmänmedicin per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Figur 7b. Tillväxt av specialistläkare, utom allmänmedicin, i antal per 100 000 invånare, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Tabell 3. Andel (procent) specialistläkare sysselsatta i hälso- och sjukvård, fördelade på specialistgrupper och indelade i åldersgrupper (november 2010).

Specialitetsgrupp	Åldersgrupp				Tot
	<35	35–44	45–54	55–w	
Opererande specialiteter	2	27	30	42	100
Invärtesmedicinska specialiteter	2	26	33	39	100
Barnmedicinska specialiteter	1	29	26	43	100
Allmänmedicin	1	15	30	55	100
Psykiatriska specialiteter	1	15	31	53	100
Övriga	1	19	29	51	100
Totalt	1	22	30	46	100

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Tabell 4. Andel (procent) kvinnor bland läkare i specialiteter med minst 1 000 sysselsatta i hälso- och sjukvård (november 2010).

Specialitet	Andel (%) kvinnor
Allmänmedicin	45
Anestesi och intensivvård	32
Internmedicin	38
Kirurgi	20
Medicinsk radiologi	35
Obstetrik och gynekologi	62
Ortopedi	12
Psykiatri	52

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Prognos över tillgång på specialisläkare

Socialstyrelsen har tidigare publicerat prognoser för antalet barnmorskor, sjuksköterskor och läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård fram till och med 2025 [6]. Prognosen bygger på två antaganden:

- Antalet nya studerande på varje utbildning är detsamma under hela prognosperioden (2009–2025), som det genomsnittliga antalet för åren 2004–2008.
- Efterfrågan är lika stor eller större än den prognostiserade sysselsättningen (det vill säga att alla som utexamineras får anställning).

Nu har samma prognos för första gången beräknats för de sju största medicinska specialiteterna. Resultaten tyder på att antalet specialiserade läkare per 100 000 invånare kommer att öka med 18 procent fram till 2025, men att utvecklingen ser olika ut för olika specialiteter. Ortopeder bedöms öka med 10 procent och anesthesiologer med 4 procent, medan specialister i allmänmedicin bedöms minska med 32 procent och psykiatriker med 28 procent (se tabell 5).

Ytterligare statistik för alla medicinska specialiteter finns i rapporten *Tillgång på specialisläkare 2010* [5] och kan också sökas i Socialstyrelsens statistikdatabas över hälso- och sjukvårdspersonal som finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

Tabell 5. Prognostiserade förändringar (procent), för antal specialisläkare per 100 000 invånare, 2008–2025.

Specialitet*	Förändring i procent
Allmänmedicin	-32
Anestesi och intensivvård	+4
Internmedicin	-22
Kirurgi	0
Obstetrik och gynekologi	+10
Ortopedi	-19
Psykiatri	-28

*avser specialiteter med minst 1 000 utövare 2010
Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Sjuksköterskor

Det fanns 103 769 sjuksköterskor sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård 2010. Tillgången på sjuksköterskor (i förhållande till befolkningen) har ökat med 15 procent under perioden 1995 till 2010 och med 3 procent under de senaste fem åren.

Sysselsättning

Av de sjuksköterskor som var sysselsatta arbetar 88 procent inom hälso- och sjukvårdssektorn. Ytterligare 4 procent var verksamma inom utbildning och offentlig förvaltning.

Av alla sjuksköterskor verksamma i hälso- och sjukvård var 85 procent offentligt anställda. Andelen sjuksköterskor anställda i privat regi har ökat från sex procent 1995 till femton procent 2010 (se figur 2).

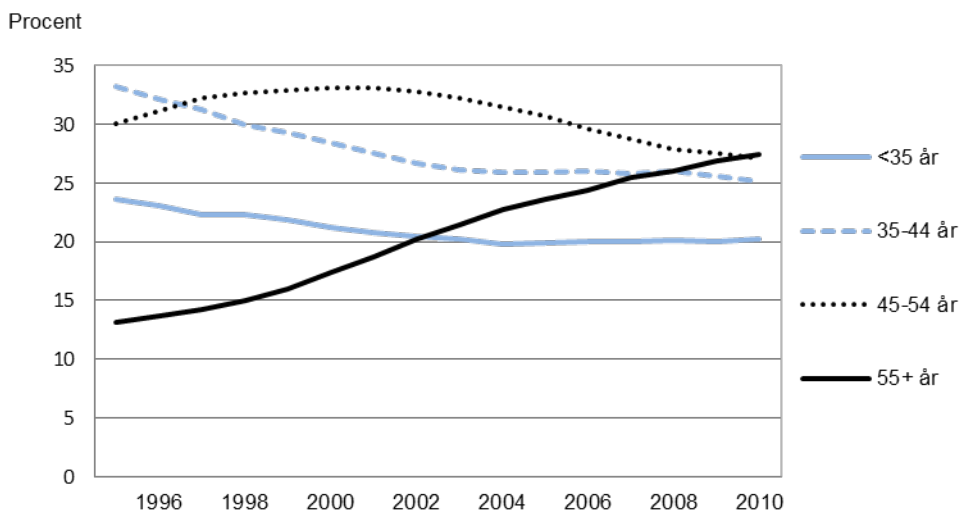
Ålder

Andelen 55 år eller äldre har ökat kraftigt bland sjuksköterskor under perioden 1995 till 2010 (se figur 8). Åldersgruppens andel har mer än fördubblats och utgör i dag 27 procent. Sammantaget har medianåldern för sjuksköterskor ökat från 43 år 1995 till 46 år 2010.

Kön

Andelen män bland sjuksköterskor har ökat från 8 procent 1995 till 11 procent 2010.

Figur 8. Förändringar i andelar (procent) för olika åldersgrupper för sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Sjuksköterskor inom omsorgsverksamhet

År 2010 arbetade 15 procent av alla sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvård i den kommunala vård- och omsorgssektorn, vilket motsvarar 15 337 sjuksköterskor eller 163 sjuksköterskor per 100 000 invånare. Antalet har nästan fördubblats i absoluta tal (från drygt 8 000 år 1995) och ökat kraftigt också mätt i antal per 100 000 invånare (se figur 7). Ökningen var kraftigast fram till och med 2005 och har därefter legat på en i stort sett oförändrad nivå.

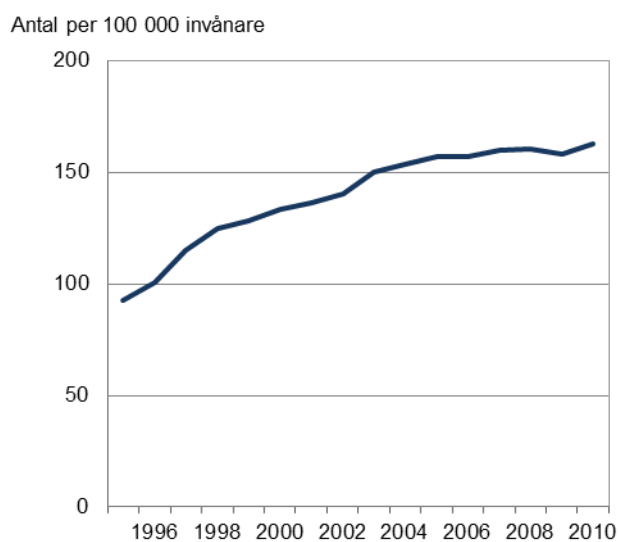
Bakgrunden till utvecklingen är Ädelreformen som genomfördes 1992 och som innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och funktionsnedsatta. Kommunerna fick också möjlighet att överta ansvaret för hemsjukvård i den enskildes hem.

Utvecklingen har skett successivt vilket avspeglas i kurvan för anställda sjuksköterskor.

Sjuksköterskor var den enskilt största grupp av legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i kommunal verksamhet. Andra större grupper är arbetsterapeuter och sjukgymnaster (med 3 618 respektive 2 091 personer anställda).

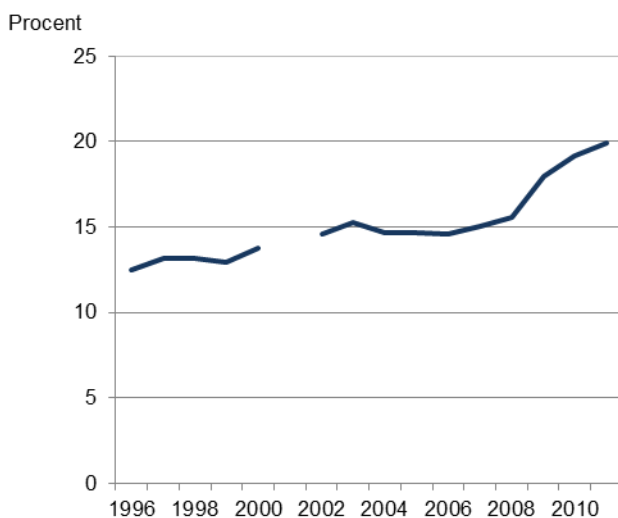
De flesta sjuksköterskor inom omsorgsverksamheten arbetade i offentlig regi. Andelen verksamma i privat regi uppgick 2010 till 20 procent (se figur 10). Andelen privat anställda har framför allt ökat mellan 1998 och 2002 och i samband med införandet av lagen om valfrihetssystem, LOV (2008). Andelen verksamma i privat respektive offentlig regi varierade mycket mellan de olika länen (se figur 15).

Figur 9. Antal sjuksköterskor per 100 000 invånare, sysselsatta inom kommunal omsorg, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Figur 10. Andelen (procent) sjuksköterskor sysselsatta inom kommunal omsorg som är verksamma i privat regi, 1995–2010.



Uppgifter som avser år 2000 exkluderas pga kategoriseringsfel detta år.

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Specialistsjuksköterskor

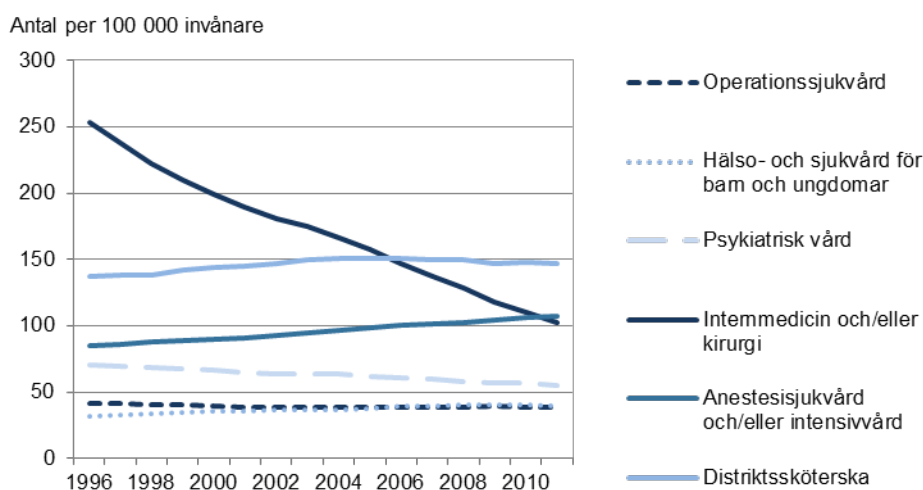
Det fanns 48 434 specialistsjuksköterskor sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård 2010. Distriktssköterskorna utgjorde den enskilt största gruppen, 28 procent av alla specialiserade sjuksköterskor. Anestesi- och intensivvårdssköterskor samt sjuksköterskor i internmedicin och kirurgi utgjorde vardera en femtedel av alla specialistsjuksköterskor.

Tillgången på specialistsjuksköterskor har minskat med en femtedel sedan 1995 (från 629 specialiserade sjuksköterskor per 100 000 invånare till 515 år 2010) då två tredjedelar av alla sjuksköterskor hade någon specialistkompetens, mot knappt hälften 2010 (se figur 11).

Det är framför allt sjuksköterskor specialiserade i medicinsk eller kirurgisk sjukvård som stod för minskningen (se figur 11). Andelen har mer än halverats sedan 1995 (från 253 specialistsjuksköterskor per 100 000 invånare år 1995 till 103 år 2010). Andelen sjuksköterskor specialiserade i psykiatrisk vård och operationssjukvård har också minskat, från 70 psykiatri-sjuksköterskor per 100 000 invånare år 1995 till 55 och från 42 operations-sköterskor till 39 per 100 000 invånare.

Andra grupper av sjuksköterskespecialiteter har tvärtom ökat, som anestesi-vårdssjuksköterskor (som ökat från 85 per 100 000 invånare år 1995 till 108), barn- och ungdomssjuksköterskor (som ökat från 32 per 100 000 invånare år 1995 till 39) och distriktssköterskor (som ökat från 137 per 100 000 invånare år 1995 till 147 (se figur 11).

Figur 11. Specialistsjuksköterskor inom specialiteter med minst 3 000 sysselsatta inom hälso- och sjukvården, antal per 100 000 invånare, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

En orsak till minskningen av sjuksköterskor specialiserade i medicinsk och kirurgisk sjukvård kan vara att sjuksköterskornas specialistutbildning varit olika utformad under åren. Under åren 1952 till 1965 samt 1982 till 1992 utgjorde påbyggnadsutbildning till specialiserad sjuksköterska i medicinsk och kirurgisk sjukvård ett block i direkt anslutning till grundutbildningen. Däremellan utgjorde specialistutbildningen ett frivilligt val, efter ett antal års tjänstgöring. Rekryteringen av yngre sjuksköterskor till specialisering inom medicinsk eller kirurgisk sjukvård varit låg. En orsak kan vara den fördjupade subspecialiseringen av medicinska och kirurgiska verksamheter som har skapat ett behov av och utbud på lokala eller regionala kurser som inte berättigar till en skyddad specialistbeteckning och där examinationen inte registreras av Socialstyrelsen.

Specialistsjuksköterskorna inom psykiatri består av många över 55 år som står inför att pensioneras samtidigt som nyrekryteringen bland yngre sjuksköterskor är mycket låg (tabell 6). Det är ett mönster som gäller för flera andra grupper av specialistsjuksköterskor. De ekonomiska incitamenten för sjuksköterskor att vidareutbilda sig är svaga, eftersom lön inte utgår under utbildningen och eftersom lönen efter genomgången specialistutbildning inte avgörande skiljer sig från lönen för sjuksköterskor utan specialistutbildning.

Sysselsättning

Av alla specialiserade sjuksköterskor verksamma i hälso- och sjukvård var 84 procent offentligt anställda. Andelen verksamma i privat regi har mer än fördubblats sedan 1995 (se figur 2). Mellan 1995 och 1999 låg andelen mellan 7 och 9 procent. De senaste fem åren har andelen ökat från 12 procent 1995 till 16 procent 2010.

Ålder

Medianåldern för gruppen har ökat påtagligt. År 1995 var hälften av alla specialiserade sjuksköterskor under 46 år vilket kan jämföras med 54 år 2010.

Knappt 75 procent av sjuksköterskorna inom internmedicin och kirurgi var över 55 år, mot 46 procent av alla specialiserade sjuksköterskor (se tabell 6). Bara 4 procent av medicin- och kirurgisjuksköterskor var under 45 år. Medianåldern har ökat kraftigt. År 1995 var hälften av gruppen 49 år eller äldre. År 2010 var hälften 58 år eller äldre.

Bland psykiatrisjuksköterskor var drygt fyra femtedelar 45 år eller äldre och färre än 5 procent under 35 år (se tabell 6). Medianåldern har ökat med tio år under perioden: År 1995 var hälften av alla psykiatrisköterskor 45 år eller äldre. År 2010 var hälften 55 år eller äldre.

Hälften av alla distriktssjuksköterskor var 54 år eller äldre, mot 48 år 1995. Fyra femtedelar var 45 år eller äldre och färre än 5 procent under 35 år (se tabell 6).

Tabell 6. Andel (procent) sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvård, i åldersgrupper för olika specialistgrupper (november 2010).

Specialistsjuksköterskor	Åldersgrupper			
	<35	35-44	45-54	55-w
Anestesisjukvård och/eller intensivvård	11	26	32	31
Operationssjukvård	9	25	33	33
Ambulanssjukvård	35	49	14	2
Internmedicin och/eller kirurgi	2	2	21	74
Onkologi	5	20	42	34
Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar	8	27	33	33
Vård av äldre	1	17	48	34
Psykiatrisk vård	4	15	31	50
Distriktssköterska	4	17	33	47

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Ytterligare statistik för de olika grupperna finns i rapporten *Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2010* [3] och kan också sökas i Socialstyrelsens statistikdatabas över hälso- och sjukvårdspersonal som finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

Barnmorskor

I november 2010 fanns det 6 991 barnmorskor verksamma i hälso- och sjukvården. Tillgången har ökat med 14 procent från 1995 till 2010 (från 65 barnmorskor per 100 000 invånare till 74) (se figur 1). De senaste fem åren har tillgången ökat med 3 procent.

Sysselsättning

Av de sysselsatta barnmorskorna var 91 procent verksamma i hälso- och sjukvård och ytterligare 4 procent inom utbildning och förvaltning, under 2010. Knappt 90 procent av barnmorskorna var verksamma i hälso- och sjukvården som offentligt anställda. Andelen barnmorskor verksamma i hälso- och sjukvården i privat regi har ökat från fyra procent 1995 till elva procent 2010.

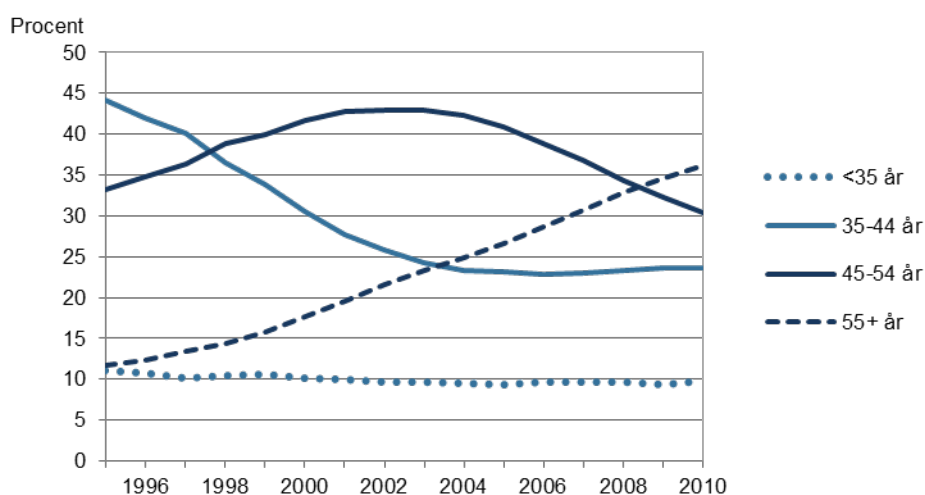
Ålder

Andelen äldre har ökat också bland barnmorskorna under perioden 1995 till 2010 (se figur 2). Den äldsta åldersgruppen, 55 år eller äldre, har ökat från att 1995 ha utgjort 12 procent av gruppen till att år 2010 utgöra 36 procent (se figur 10). År 1995 var hälften av barnmorskorna under 43 år, medan denna medianålder år 2010 stigit till 51 år.

Kön

I stort sett samtliga barnmorskor var kvinnor.

Figur 12. Förändringar i andelar (procent) för olika åldersgrupper för barnmorskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Ytterligare statistik för de olika grupperna finns i rapporten *Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2010* [3] och kan också sökas i Socialstyrelsens statistikdatabas över hälso- och sjukvårdspersonal som finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

Röntgensjuksköterskor

Den tidigare inriktningen mot röntgensjukvård har 1 juli 2000 ersatts av ett eget legitimerat yrke, röntgensjuksköterska, vilket innebär att antalet med den äldre specialistsjuksköterskeutbildningen har minskat, medan antalet legitimerade röntgensjuksköterskor har ökat.

Sysselsättning

Antalet legitimerade röntgensjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården var 997 år 2010, medan 2 433 sjuksköterskor har den äldre specialistutbildningen inom röntgen. Sammanlagt fanns 3 430 röntgensjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården år 2010. Antalet röntgensjuksköterskor har i stort sett varit oförändrad sedan starten av den nya utbildningen, 36 per 100 000 invånare 2010.

Av röntgensjuksköterskor verksamma i hälso- och sjukvård var 86 procent offentligt anställda. Andelen röntgensjuksköterskor verksamma i hälso- och sjukvård i privat regi har fördubblats, från 7 procent 1995 till 14 procent 2010.

Ålder

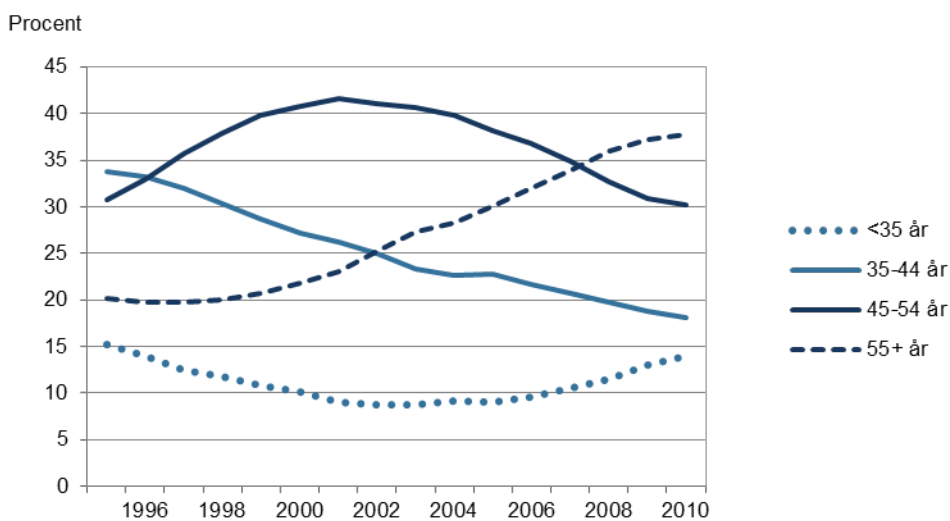
Åldersutvecklingen bland röntgensjuksköterskorna kännetecknas av att andelen äldre, över 55 år, nästan har fördubblats (från 20 procent 1995 till 38 procent 2010) (se figur 11). Andelen unga, under 35 år, sjönk under första halvan av 00-talet, men var 2010 åter på samma nivå som 1995 med cirka 15 procent. År 1995 var hälften av röntgensjuksköterskorna under 45 år, medan medianåldern år 2010 stigit till 51 år.

Kön

Av röntgensjuksköterskorna var 15 procent män.

Ytterligare statistik för de olika grupperna finns i rapporten *Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2010* [3] och kan också sökas i Socialstyrelsens statistikdatabas över hälso- och sjukvårdspersonal som finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

Figur 13. Förändringar i andelar (procent) för olika åldersgrupper för röntgensjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Yrkesverksamhet bland personal 65 år och äldre

Det har blivit mycket vanligare sedan 1995 att vara yrkesverksam efter 65 års ålder inom alla de studerade personalgrupperna inom hälso- och sjukvård men skillnaden mellan yrkesgrupperna är stor.

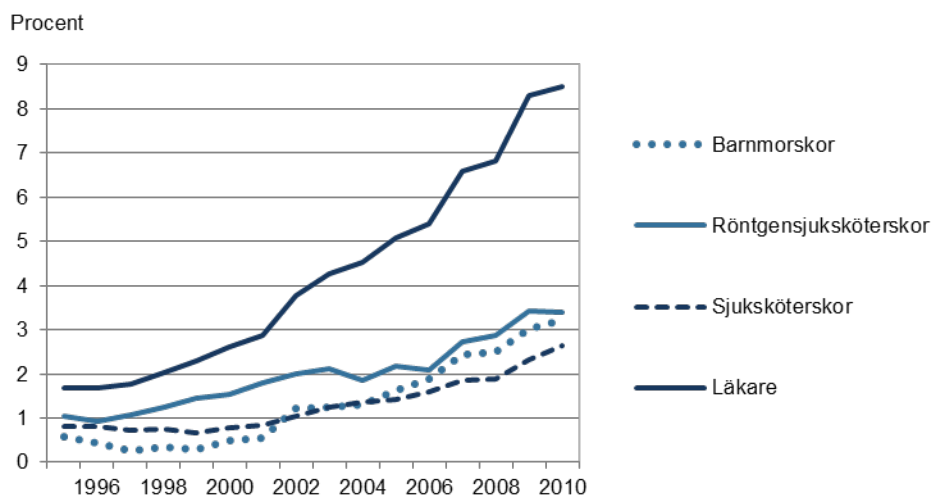
År 1995 utgjorde de yrkesverksamma läkarna över 65 års ålder 2 procent av alla yrkesverksamma läkare, en andel som 2010 ökat till 9 procent (se figur 14). Bland de specialiserade läkarna hade andelen ökat från 1 procent till 10 procent.

Det finns en trend mot en ökande andel yrkesverksamma över 65 års ålder också för sjuksköterskor (figur 14). År 1995 var 1 procent av de yrkesverksamma sjuksköterskorna över 65 år, en andel som 2010 har ökat till 3 procent. Bland de specialiserade sjuksköterskorna hade andelen ökat från 1 procent till 6 procent.

Bland de yrkesverksamma barnmorskorna var 1 procent över 65 års ålder 1995, en andel som ökat till drygt 3 procent 2010 (se figur 14).

De yrkesverksamma röntgensjuksköterskorna över 65 års ålder utgjorde 1 procent av alla yrkesverksamma 1995, mot 3 procent 2010 (se figur 14).

Figur 14. Förändringar i andel (procent) som är över 65 år av alla läkare, sjuksköterskor, barnmorskor och röntgensjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvård, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Regionala skillnader

Det fanns skillnader i tillgång till personalgrupper för hälso- och sjukvård mellan de sex sjukvårdsregionerna (se tabell 7). Sådana skillnader kan utgöra en del av karaktäriseringen av sjukvårdens organisering i regionen, men säger i sig ingenting om skillnader i omfång, kvalitet på sjukvårdsutbudet eller vårdbehovet.

Norra sjukvårdsregionen

Läkartätheten var mindre än i riket (se tabell 7). Det fanns också färre specialistläkare per 100 000 invånare, särskilt i de psykiatriska specialiteterna (14 per 100 000 invånare mot 22 i riket). I hälso- och sjukvården var 7 procent verksamma i privat regi, mot 18 procent i riket.

Det fanns fler sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor per 100 000 invånare här än i resten av landet (se tabell 7). Det berodde framför allt på en högre förekomst av distriktssköterskor (203 per 100 000 invånare mot 147 i riket). Den norra sjukvårdsregionen har högst andel sjuksköterskor per läkare (3,4 sjuksköterskor per läkare mot 2,9 för riket).

Tillgången på röntgensjuksköterskor var störst i norra sjukvårdsregionen (se tabell 7).

Till skillnad från resten av riket, så har antalet barnmorskor per 100 000 invånare inte ökat i den norra sjukvårdsregionen mellan 1995 och 2010, men barnmorsketätheten var ändå i nivå med resten av landet (se tabell 7).

Uppsala Örebro sjukvårdsregion

Läkartätheten var mindre än i riket (se tabell 7). Det fanns också färre specialistläkare per 100 000 invånare, framför allt för invärtesmedicinska och psykiatriska specialiteter (36 per 100 000 invånare mot 41 i riket respektive 17 per 100 000 invånare mot 22 i riket).

Det fanns fler sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor per 100 000 invånare än i riket (se tabell 7). Det beror framför allt på en högre förekomst av distriktssköterskor (166 per 100 000 invånare mot 147 i riket). Det fanns däremot färre sjuksköterskor specialiserade i hälso- och sjukvård för barn och ungdom (31 per 100 000 invånare mot 39 i riket).

Antalet barnmorskor var lägre än i riket. Antalet röntgensjuksköterskor var på samma nivå som riksgenomsnittet (se tabell 7).

Stockholms sjukvårdsregion

Läkartätheten var störst i Stockholmsregionen, liksom för antalet specialistläkare i förhållande till befolkningen (se tabell 7). Övervikten var särskilt stor för specialister inom psykiatriska specialiteter (34 per 100 000 invånare i Stockholm mot 22 för riket). Andelen läkare verksamma i privat regi var mer än dubbelt så hög som riksgenomsnittet, 34 procent mot 18 procent.

Stockholms sjukvårdsregion har lägst sjukskötersketäthet i landet (se tabell 7). Den ökade tillgången på sjuksköterskor mellan 1995 och 2010 var lägst i Stockholmsregionen (en ökning på 7 procent mot 15 procent för hela landet). Regionen har också det lägsta antalet sjuksköterskor per läkare (2,2 sjuksköterskor per läkare mot 2,9 för riket).

Antalet specialiserade sjuksköterskor per 100 000 invånare var också lägst i Stockholmsregionen, med undantag för sjuksköterskor specialiserade i onkologisk sjukvård (12 onkologisköterskor per 100 000 invånare jämfört med 10 för riket). Två grupper av specialiserade sjuksköterskor som var påtagligt färre i förhållande till befolkningen, jämfört med andra regioner, var distriktssköterskor (107 per 100 000 invånare mot 147 i riket) och sjuk-

sköterskor inom medicinsk och kirurgisk sjukvård (84 per 100 000 invånare mot 103 för riket).

Västsvenska sjukvårdsregionen

Läkartätheten var mindre än i riket medan specialistläkartätheten var på nivå med resten av riket (se tabell 7).

Sjukskötersketätheten var något högre och det fanns fler specialiserade sjuksköterskor (se tabell 7), framför allt inom operationsvård (45 operationssköterskor per 100 000 mot 39 i riket), inom anestesi- och intensivvård (118 anestesi- och intensivvårdssköterskor per 100 000 invånare mot 108 för riket) och äldrevårdssköterskor (7 per 100 000 invånare mot 4 för riket).

Barnmorsketätheten var högre i den västsvenska regionen än i riket. Andelen röntgensjuksköterskor var något lägre i förhållande till befolkningen (se tabell 7).

Sydöstra sjukvårdsregionen

Regionen har den lägsta läkartätheten (se tabell 7). Men tillväxten av läkare mellan 1995 och 2010 var den högsta i landet och därför har gapet till de andra regionerna minskat under perioden. Av läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård arbetade 8 procent i privat regi, mot 18 procent för riket.

Sjukskötersketätheten var något lägre än i riket, liksom generellt för specialiserade sjuksköterskor (se tabell 7) och då framför allt psykiatrisjuksköterskor (15 per 100 000 invånare mot 22 i riket). Men samtidigt fanns det fler ambulanssjuksköterskor (16 per 100 000 invånare mot 11 i riket) och sjuksköterskor specialiserade i medicinsk och kirurgisk sjukvård (130 per 100 000 invånare mot 103 i riket).

Barnmorsketätheten var lägre i den sydöstra regionen och det fanns något färre röntgensjuksköterskor (tabell 7).

Södra sjukvårdsregionen

Regionen har något lägre läkartäthet än riket, men lika hög täthet för specialistläkare, både för gruppen som helhet jämfört med riksgenomsnittet och för de olika specialistgrupperna (se tabell 7).

Sjukskötersketätheten var lika hög som i landet i genomsnitt (se tabell 7). Däremot fanns det fler specialiserade sjuksköterskor, framför allt ambulanssköterskor (15 per 100 000 invånare mot 11 i riket) och barn- och ungdomssköterskor (44 per 100 000 invånare mot 39 i riket).

Barnmorsketätheten var lägre än i riket och antalet röntgensjuksköterskor var på samma nivå som riksgenomsnittet (se tabell 7).

Tabell 7. Antal barnmorskor, läkare, specialistläkare, röntgensjuksköterskor, sjuksköterskor och specialistsköterskor per 100 000 invånare, sysselsatta inom hälso- och sjukvård i sjukvårdsregionerna (november 2010).

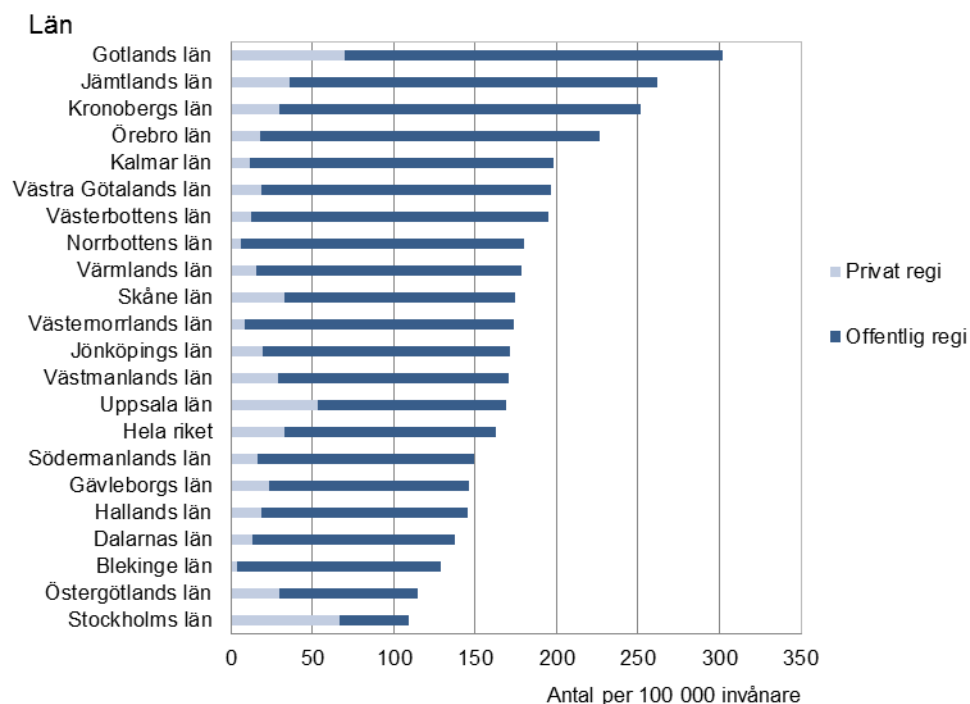
Antal per 100 000 invå	Sjukvårdsregion						Hela riket
	Stockholm	Sydöstra	Södra	Västsvenska	Uppsala Örebro	Norra	
Barnmorskor	83	66	65	85	69	72	74
Läkare	446	353	375	373	364	366	385
Specialistläkare	319	241	270	263	248	245	270
Röntgensjuksköterskor	13	9	11	7	10	45	36
Sjuksköterskor	987	1 084	1 090	1 166	1 133	1 241	1 103
Specialistsköterskor	429	241	523	551	530	608	515

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Regionala skillnader i kommunal omsorgsverksamhet

Det fanns stora regionala skillnader i tillgång på sjuksköterskor inom omsorgsverksamhet vilket kan ha flera orsaker, till exempel i vilken takt och omfattning som kommunerna har tagit över verksamheter från landstinget.

Figur 15. Antalet sjuksköterskor, sysselsatta inom kommunal omsorg per 100 000 invånare, i riket och de olika länen, fördelat på privat och offentlig regi (november 2010).



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Tillskott genom personal utbildade i annat land

Den ökande internationella rörligheten av hälso- och sjukvårdspersonal uppmärksammas alltmer [7,8]. Socialstyrelsen representerar Sverige i EU:s *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*, som bland annat diskuterar möjligheten att göra gemensamma prognoser mellan länderna för tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal. Diskussionen har också rört den emigration av kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal som skett från Asien och Afrika samt, inom Europa från de östra delarna; inte minst mot bakgrund av WHO:s etiska kod om rekrytering av internationell hälso- och sjukvårdspersonal [9, 10]. Sveriges tillskott av utbildad personal till hälso- och sjukvårdsområdet kommer nästan uteslutande från EU- eller EES-området¹. De två större grupperna därutöver är läkare utbildade i Irak (653 personer 2010) och Ryssland (370 personer 2010).

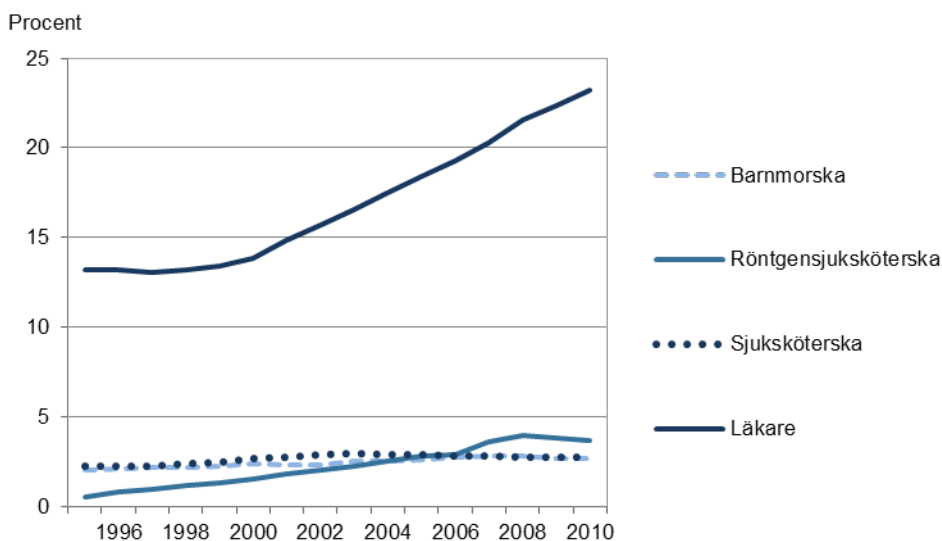
Detta tillskott har fått allt större betydelse för tillgången på läkare i Sverige. Av de läkare som 2010 var sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård hade 23 procent sin läkarutbildning i annat land, vilket nästan är en fördubbling mot 1995 då andelen var 13 procent (se figur 16 och tabell 8).

Totalt, för åren 1995 till 2010, har 36 procent av alla nyutexaminerade utbildade läkare som ar arbetat sitt första år i svensk hälso- och sjukvård utbildats i annat land (se tabell 9). Andelen har ökat från 20 procent år 1995 till 44 procent år 2010. För andra yrkesgrupper sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård 2010 gäller följande:

- Av alla sjuksköterskor var 3 procent utbildade i annat land. Det enskilt största utbildningslandet var Finland.
- Av alla barnmorskor var 3 procent utbildade i annat land. Av dessa var knappt 60 procent utbildade inom EU- eller EES-området.
- Av alla röntgensjuksköterskor var 4 procent utbildade i annat land. Av dessa var knappt 60 procent utbildade inom EU- eller EES-området.

¹ Med EU-området avses här EUs tjugosju medlemsländer (Nederländerna, Belgien, Bulgarien, Spanien, Irland, Storbritannien, Italien, Österrike, Grekland, Cypern, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Portugal, Polen, Frankrike, Rumänien, Sverige, Tyskland, Slovakien, Slovenien, Finland, Danmark, Tjeckien, Ungern och Estland). Med EES-området avser här Island, Norge och Liechtenstein samt Schweiz.

Figur 16. Förändringar i andel (procent) utbildade i annat land bland barnmorskor, sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården, 1995-2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Läkare utbildade i annat land

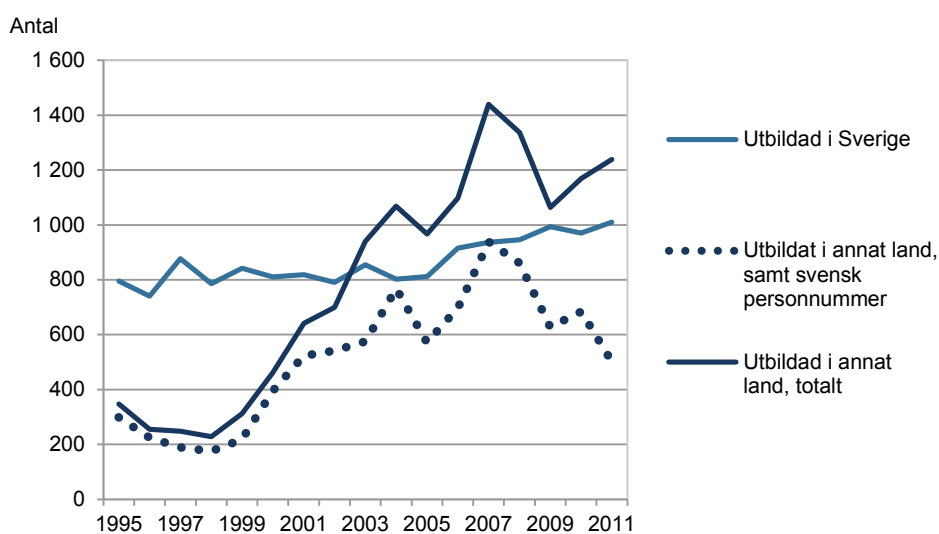
Mellan 1995 och 2011 beviljades svenskt legitimationsvillkor eller svensk läkarlegitimation till totalt 13 515 personer med utländsk läkarutbildning. Under samma period beviljades läkarlegitimation till 14 701 personer som utbildats i Sverige. Sedan 2003 har det varje år beviljats fler svenska läkarlegitimationer baserade på läkarutbildning i annat land, än baserade på läkarutbildning i Sverige (se figur 17).

Sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård

Det fanns 2010 totalt 8 404 läkare sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård som beviljats svensk läkarlegitimation eller legitimationsvillkor baserat på en läkarutbildning i annat land. De utgjorde 23 procent av alla läkare sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård 2010. Av dessa har två tredjedelar utbildats inom EU eller EES-området (se tabell 8).

Till detta kommer läkare som erhållit svenskt legitimationsvillkor eller svensk läkarlegitimation, men som vid ansökan inte hade svenskt personnummer. För dessa personer saknas personnummeruppgifter i Socialstyrelsens register. De kan därför inte följas i sysselsättningsstatistiken. Av de totalt 13 515 personer som mellan 1995 och 2011 har fått svensk läkarlegitimation baserat på utbildning i annat land, saknade 35 procent uppgift om svenskt personnummer i Socialstyrelsens register. Andelen som inte kan följas, har ökat de senaste tio åren (se figur 15). Det innebär en växande underskattning i Socialstyrelsens register av andelen läkare med utbildning i annat land som är sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård.

Figur 17. Antal personer årligen beviljade läkarlegitimation/legitimationsvillkor, utbildade i Sverige eller i annat land, 1995–2011.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

*Inklusive personer som saknar svenskt personnummer. Sysselsättningsstatus för dessa kan inte följas i NPS-databasen.

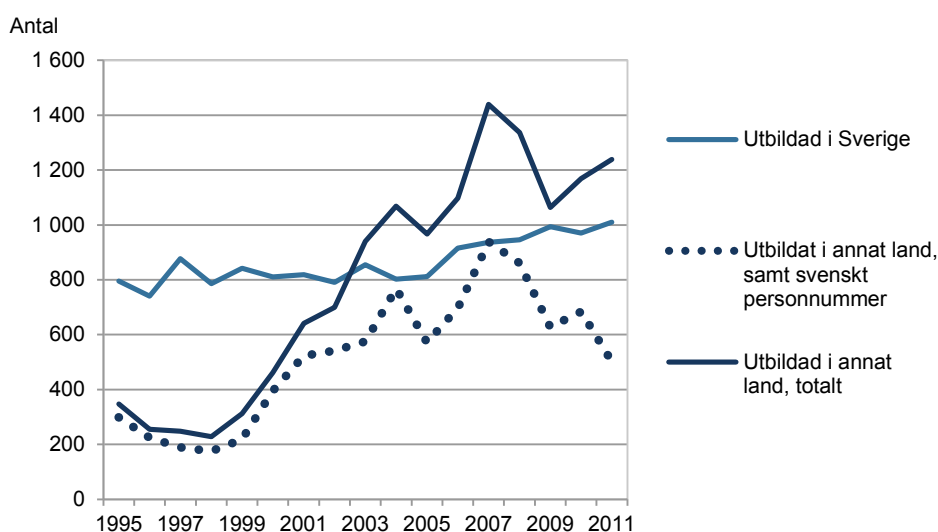
Källa: Socialstyrelsen, NPS-databasen

Tabell 8. Läkare med känt svenskt personnummer sysselsatta inom hälso- och sjukvården, efter utbildningsland, antal och andel (procent) av samtliga sysselsatta läkare (november 2010).

Utbildningsland	Antal	Procent
Sverige	27 823	77
EU/EES	5 624	16
Tredje land	2 780	8
Totalt	36 227	100
Därav		
Övriga Norden	1 220	3
Därav		
Polen	1 013	3
Tyskland	996	3
Irak	682	2
Danmark	668	2
Rumänien	507	1
Ungern	415	1
Ryssland	399	1
Grekland	374	1

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Figur 18. Antal personer årligen beviljade läkarlegitimation, utbildade i Sverige eller i annat land, med och utan svenskt personnummer, 1995–2011.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

De läkare som efter utbildning i annat land söker sig till svensk hälso- och sjukvård är huvudsakligen utbildade inom EU eller EES-området. Men över åren har det varierat varifrån tillskotten har kommit (se tabell 9).

- Tillskottet ökade mellan 1995 och 2010, både för läkare utbildade inom och utanför EU eller EES-området.
- Av det totala tillskottet ökade andelen som utbildats inom EU och EES-området i förhållande till de som utbildats i länder utanför (till stor del på grund av att antalet EU-medlemmar ökade under perioden).
- Under början och mitten av 00-talet har uppemot hälften av läkartillskottet från EU eller EES-området kommit från Tyskland och Polen, men de senare åren har tillskotten fördelats mer jämnt från flera olika delar av området.
- Tillskotten från de nordiska länderna var sammantaget stabila över tid, men tillskottet från Island har minskat, medan tillskottet från Danmark har ökat över tid.
- Tillskottet av läkare utbildade i Grekland har ökat kraftigt under de senaste fyra åren.

Regionala skillnader

Den regionala fördelningen av läkare med annat utbildningsland än Sverige var densamma som för läkarkåren i stort (se tabell 7, sidan 26). Andelen läkare med utbildning i annat land var något högre än för alla läkare i den sydöstra sjukvårdsregionen och Uppsala/Örebro sjukvårdsregion (27 procent i båda fallen mot 23 procent för riket) och något lägre i den norra sjukvårdsregionen (17 procent).

Tabell 9. Antal läkare med känt svenskt personnummer sysselsatta inom hälso- och sjukvården, indelade efter utbildningsland, 1995 - 2010

Utbildningsland	1995–1998	1999–2002	2003–2006	2007–2010	1995–2010
Sverige	2 909	3 170	3 311	3 715	13 105
EU/EES, exkl. Sverige	291	924	1 638	2 113	4 966
Därav					
Tyskland	40	307	390	321	1 058
Polen	27	124	389	255	795
Grekland	x	10	90	337	439
Rumänien	62	91	75	189	417
Ungern	16	21	125	250	459
Island	36	73	68	115	292
Danmark	13	28	66	177	375
Tredje land	371	512	664	880	2 427
Därav					
Irak	62	94	177	320	653
Ryssland	34	70	123	143	370
Totalt, exkl. Sverige	662	1 436	2 302	2 993	7 393
Totalt, inkl. Sverige	3 571	4 606	5 613	6 708	20 498

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Svenska läkarstuderande i annat land

Under senare år har också antalet svenska studenter som studerar till läkare i andra länder ökat kraftigt. Antalet läkarstuderande utomlands med studiemedel från Centrala studiestödsnämnden, CSN, har mer än fyrdubblats mellan 2002 och 2010 (se tabell 11). Samtidigt har antalet nybörjarplatser för läkarstuderande i Sverige ökat med 46 procent (från 1 086 nybörjarplatser till 1 581).

Ökningen av svenska läkarstuderande i utlandet har i stort sett skett inom EU eller EES-området. Polen, Danmark, Rumänien och Ungern är de största mottagarländerna för svenska läkarstuderande. Det lilla flödet till andra länder, färre än 200 studerande årligen, har i stort sett varit konstant under perioden (se tabell 11).

Det finns inte tillräckligt underlag för att dra slutsatser om hur det ökade antalet läkarstuderande utomlands kommer att påverka tillgången till läkare i den svenska hälso- och sjukvården i framtiden. Den långa utbildningstiden gör det svårt att avläsa effekter av den kraftiga ökningen av utlandsstuderande som ligger mindre än tio år tillbaka i tiden. En möjlig indikation på att studier till läkare i andra länder kan bidra till tillgång på läkare i svensk hälso- och sjukvård i framtiden skulle kunna vara den ökning av läkare med svensk bakgrund och utbildning utomlands som erhållit svensk läkarlegitimation (se figur 19). Tillskottet är ännu litet (217 läkare 2011), men antalet har ökat för varje år.

Tabell 10. Läkare med känt svenskt personnummer sysselsatta inom hälso- och sjukvården indelade efter utbildningsland och sjukvårdsregion (november 2010)

Utbildningsland	Stockholm	Sydöstra	Södra	Västra	Uppsala /Örebro	Norra	Totalt
Sverige	7 563	2 589	5 007	4 764	5 241	2 657	27 823
EU/EES	1 002	683	1 153	1 098	1 262	426	5 624
Tredje land	836	262	417	488	646	131	2 780
Totalt	9 401	3 534	6 577	6 350	7 149	3 214	36 227
Därav:							
övriga Norden	185	118	404	226	206	81	1 220
Därav:							
Polen	172	165	200	140	218	118	1 013
Tyskland	151	156	144	227	252	66	996
Irak	161	80	97	107	201	36	682
Danmark	56	97	274	99	106	36	668
Rumänien	126	57	107	83	111	23	507
Ungern	70	43	71	101	106	24	415
Ryssland	135	25	49	77	91	22	399
Grekland	52	43	36	102	121	20	374

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

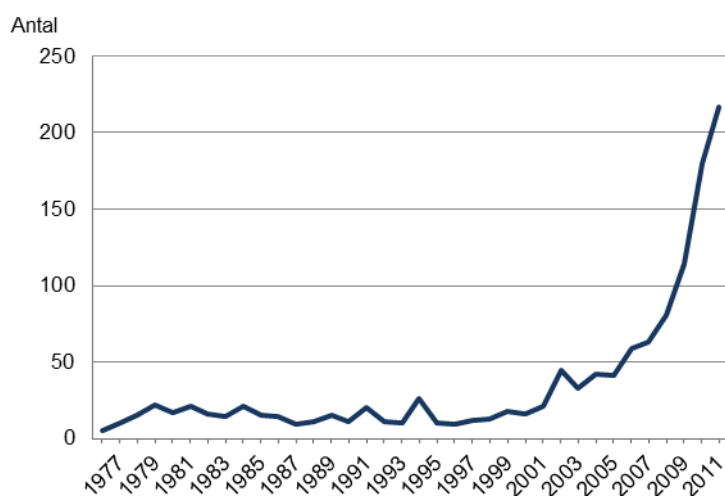
Tabell 11. Antal läkarstuderande i annat land med studiemedel från CSN, åren 2002–2011, fördelat på de största studieländerna

Land	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
:										
Polen	59	78	139	277	454	642	747	847	988	1 107
Danmark	323	380	489	602	709	780	752	778	775	691
Rumänien	12	19	24	33	38	100	213	306	361	439
Ungern	74	86	123	162	212	277	350	374	360	347
Tjeckien	34	32	32	45	65	91	113	127	132	144
Storbritannien	36	47	56	70	86	92	98	115	117	112
Lettland	x	x	3	x	4	22	35	50	76	112
Norge	40	41	40	41	42	46	41	57	65	63
Slovakien	0	3	4	8	10	20	40	39	49	49
Litauen	x	x	0	x	4	5	8	27	33	45
Serbien	4	4	12	14	13	19	23	28	35	38
Tyskland	31	33	39	46	50	42	37	38	36	37
Övriga	146	146	141	157	163	152	122	133	157	158
TOTALT	759	869	1 102	1 459	1 850	2 288	2 579	2 919	3 184	3 342

X = under tre personer

Källa: CSN

Figur 19. Läkare med svensk bakgrund* under 65 år utbildade i annat land efter år för legitimation eller legitimationsvillkor



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

*Födda i Sverige eller folkbokförda någon gång innan 16 års ålder.

Socialstyrelsens enkät om tillgång och efterfrågan på olika personalgrupper i hälso- och sjukvården hösten 2012 (se bilaga 1) visade att de flesta landstingen i dag har någon form av kontakt med svenska läkarstuderande utomlands, om allt från informationsmöten, erbjudande om praktikplatser eller sommarvikariat och inför rekrytering till AT-utbildningsplatser och tjänstgöring. Dessa insatser riktades till svenska studerande i EU- eller EES-området, framför allt i länder som Polen, Ungern och Rumänien.

De största utbildningsländerna för läkare i svensk sjukvård med svensk legitimation, svensk bakgrund och utländsk utbildning var Danmark, Tyskland, Polen och Ungern (se tabell 12). De senaste åren har också Rumänien börjat bli ett stort utbildningsland för personer med svensk bakgrund.

Sjuksköterskor utbildade i annat land

Andelen årligen nytillkommande sjuksköterskor i svensk hälso- och sjukvård var låg för perioden 1995–2010. Under fem procent av alla nytillkomna sjuksköterskor med ett års sysselsättning i hälso- och sjukvård bakom sig var utbildade i annat land. Två tredjedelar av dem hade utbildats inom EU eller EES-området.

Tabell 12. Läkare utbildade i annat land med svensk legitimation eller legitimationsvillkor och med svensk bakgrund* under 65 år, indelade efter utbildningsland (2011).

Utbildningsland	Antal
Norden	401
EU/EES	989
<i>Därav</i>	
<i>Danmark</i>	279
<i>Tyskland</i>	139
<i>Polen</i>	135
<i>Ungern</i>	102
<i>Island</i>	60
<i>Norge</i>	51
<i>Storbritannien</i>	36
<i>Rumänien</i>	28
<i>Grekland</i>	13
<i>Nederländerna</i>	12
<i>Finland</i>	11
<i>Italien</i>	11
Tredje land	268
<i>Därav Ryssland</i>	27
Samtliga	1 257

*Födda i Sverige eller folkbokförda någon gång innan 16 års ålder.
Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Tillgång på tandvårdspersonal

Tandläkare

Det fanns 7 528 tandläkare sysselsatta i tandvården 2010 (se tabell 13). Antalet tandläkare per 100 000 invånare har minskat med 8 procent mellan 1995 och 2010, från 87 till 80 per 100 000 invånare (se figur 20).

Av alla tandläkare sysselsatta i tandvård var 11 procent specialiserade (se tabell 13). Antalet specialiserade tandläkare i förhållande till befolkningen har legat stabilt mellan 1995 och 2010, på 8 till 9 specialisttandläkare per 100 000 invånare.

Sysselsättning

Av de sysselsatta tandläkarna var 89 procent verksamma inom tandvården och 5 procent sysselsatta inom utbildning och förvaltning. Av tandläkarna som var sysselsatta inom tandvård arbetade 54 procent i offentlig regi (mot 57 procent 1995).

Av de specialiserade tandläkarna var 84 procent sysselsatta i tandvården medan 13 procent var verksamma inom utbildning och offentlig förvaltning. Andelen specialiserade tandläkare sysselsatta i tandvården i privat regi har nästan fördubblats, från 13 procent till 23 procent, mellan 1995 och 2010 (se figur 21).

Tabell 13. Antal tandhygienister och tandläkare sysselsatta i tandvården, fördelade på olika näringsgrenar (november 2010).

Näringsgren	Tandhygienist	Tandläkare	Därav specialisttandläkare
Hälso- och sjukvård	3 749	7 528	852
Utbildning och offentlig förvaltning	138	431	130
Annan näringsgren	403	515	35
Totalt	4 169	8 474	1 017

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

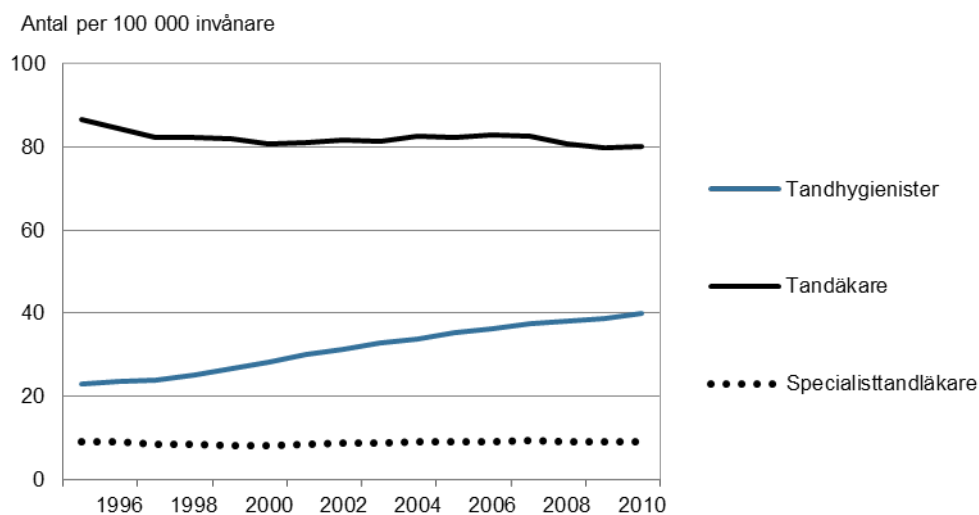
Ålder

De äldsta tandläkarna, över 55 år, har fördubblat sin andel av tandläkarkåren, från 20 procent av alla tandläkare 1995 till 40 procent 2010 (se figur 22). Också andelen yngre, under 35 år, ökade något (från 11 procent till 16 procent). Medan hälften av alla tandläkare var 46 år eller äldre 1995, så har medianåldern stigit till 52 år 2010. En specialitet som i synnerhet kännetecknas av en låg andel specialister i yngre åldersgrupper och en hög andel äldre var paradontologi (se tabell 14).

År 1995 var hälften av alla tandläkare i tandvården 46 år eller äldre, medan hälften av alla var 52 år eller äldre år 2010. Medianåldern för de specialiserade tandläkarna, som 1995 var 52 år, hade stigit till 55 år 2010.

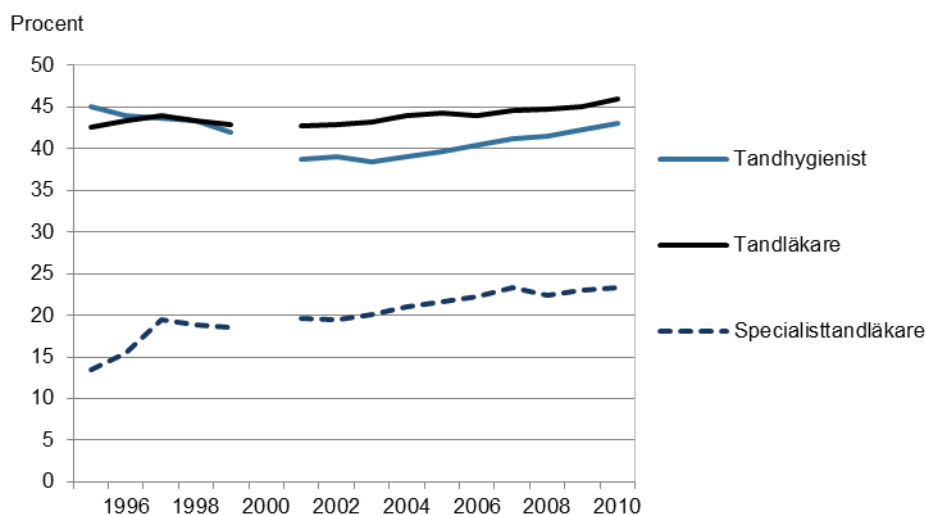
Andelen av yrkesverksamma tandläkare som var över 65 år ökade från 2 procent 1995 till 7 procent 2010. Motsvarande andel bland de specialiserade tandläkarna ökade från 3 procent 1995 till 16 procent 2010.

Figur 20. Förändring i antal tandhygienister och tandläkare per 100 000 invånare, 1995–2010.



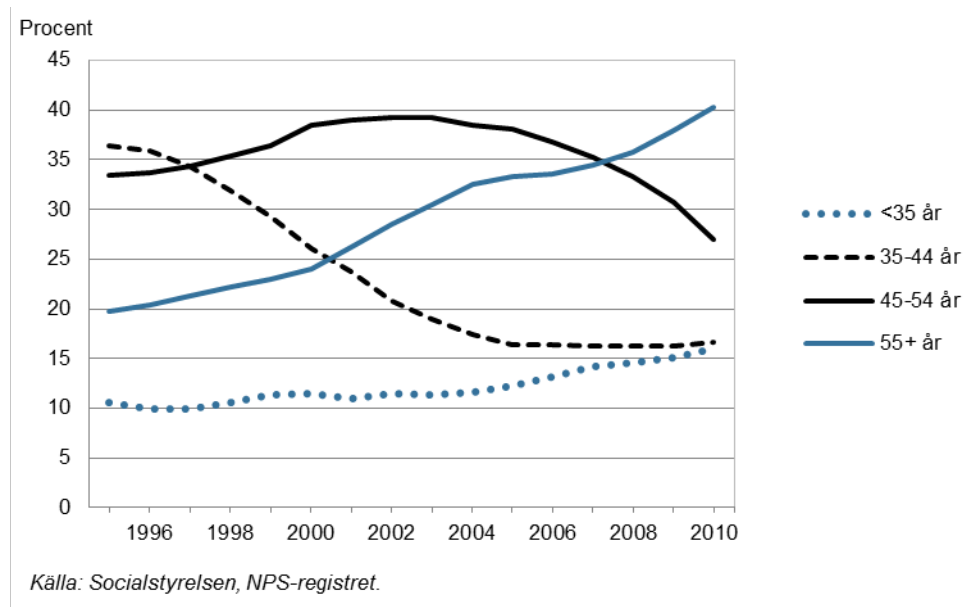
Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Figur 21. Förändringar i andelen tandhygienister och tandläkare, sysselsatta i tandvård i offentlig respektive privat regi, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Figur 22. Förändringar i andelar (procent) för olika åldersgrupper för tandläkare sysselsatta inom tandvården, 1995–2010.

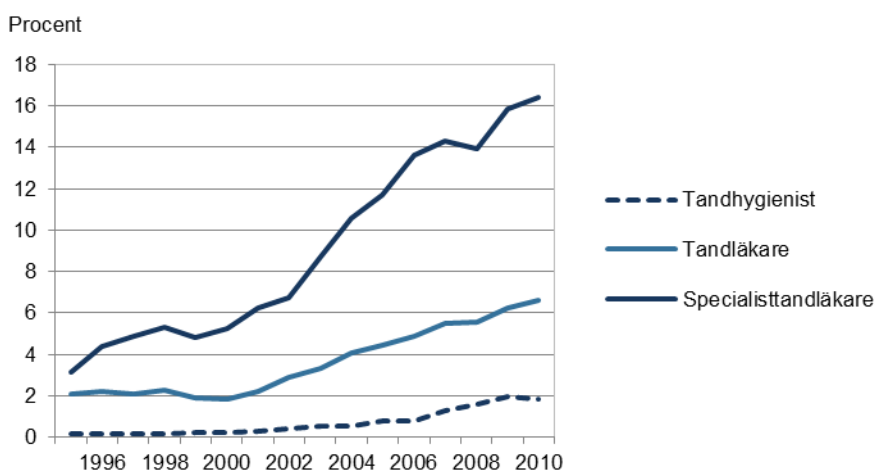


Tabell 14. Procentuell åldersfördelning för specialisttandläkare sysselsatta inom tandvården (november 2010).

Specialitet	Åldersgrupper			Totalt
	<44 år	45–54 år	55–w år	
Pedodonti	24	29	47	100
Ortodonti	23	25	52	100
Parodontologi	16	22	62	100
Oral kirurgi	22	22	56	100
Endodonti	23	28	49	100
Oral protetik	16	37	46	100
Odontologisk radiologi	14	35	51	100
Bettfysiologi	18	29	53	100
Totalt	20	27	52	100

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Figur 23. Förändringar i andel (procent) av alla tandläkare och tandhygienister sysselsatta i tandvård som är över 65 år, 1995–2010.

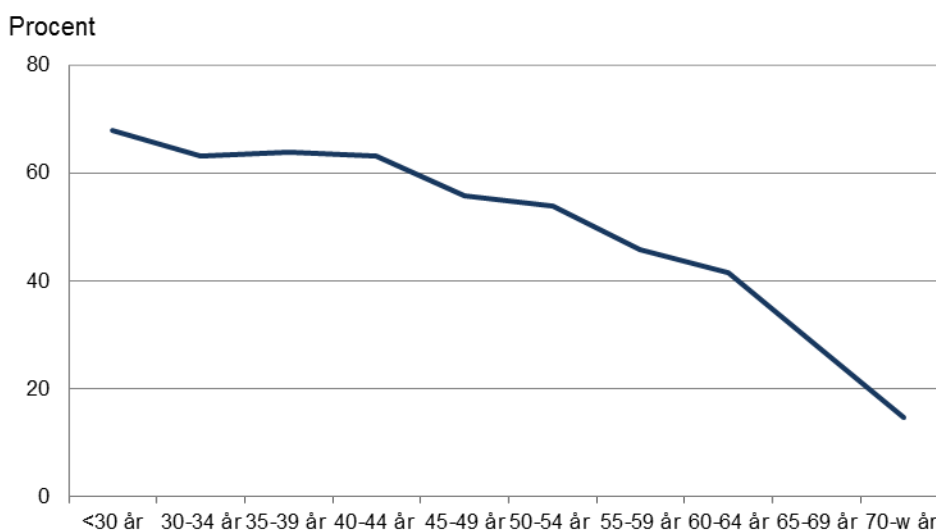


Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Kön

Andelen kvinnor bland tandläkare har ökat från 43 procent 1995 till 52 procent 2010. Bland specialiserade tandläkare har andelen kvinnor ökat från 33 procent 1995 till 43 procent 2010. Kvinnorna utgjorde 2010 majoriteten av tandläkare under 45 år (se figur 24).

Figur 24. Förändringar i andel (procent) kvinnor av alla tandläkare sysselsatta i hälso- och sjukvård, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Regional spridning

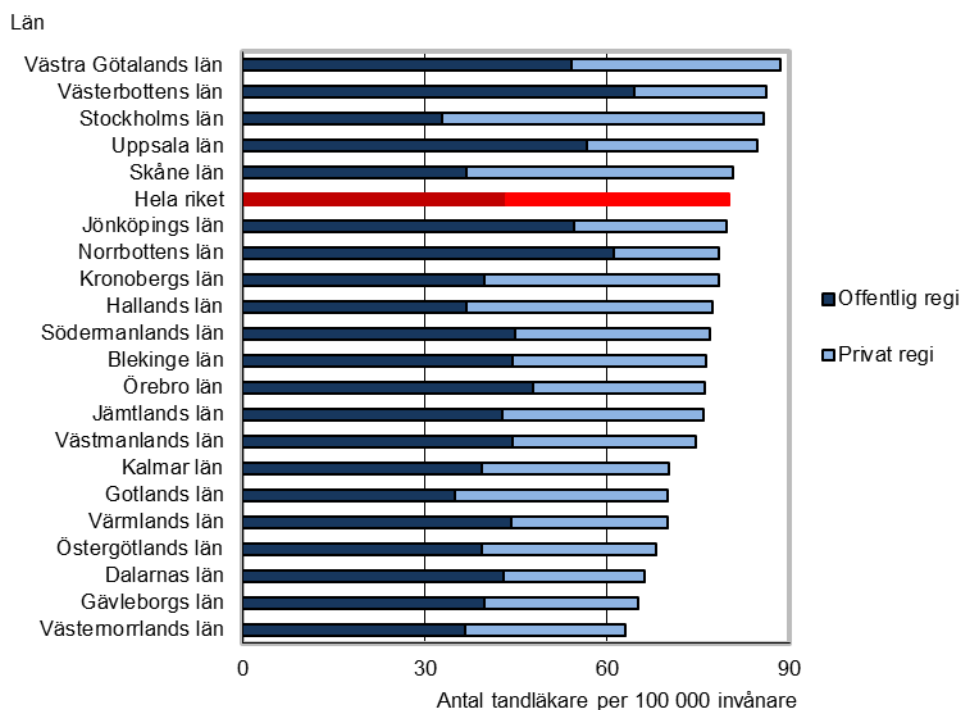
I hela riket fanns det cirka 80 tandläkare per 100 000 invånare år 2010. Regionalt, per län, fanns emellertid en betydande spridning i tandläkartätheten i

förhållande till befolkningsunderlaget (figur 25). Lägst antal tandläkare per invånare fanns i Västernorrlands län (63 tandläkare per 100 000 invånare) och högst tandläkartäthet i Västra Götaland (88 tandläkare per 100 000 invånare).

Tandläkartätheten för specialiserade tandläkare var totalt sett väl samlad, med 8 till 10 specialisttandläkare per 100 000 invånare i de olika ST-regionerna.

Sett över hela landet var tandläkare sysselsatta i tandvård huvudsakligen anställda i offentlig regi (54 procent), men också här var de regionala skillnaderna stora. I Stockholms län arbetade 62 procent av tandläkarna i privat regi, mot 25 procent i Västerbotten och 22 procent i Norrbotten (se figur 25).

Figur 25. Antal sysselsatta tandläkare per 100 000 invånare per län, totalt samt fördelat efter sysselsättning i offentlig respektive privat regi (2010).



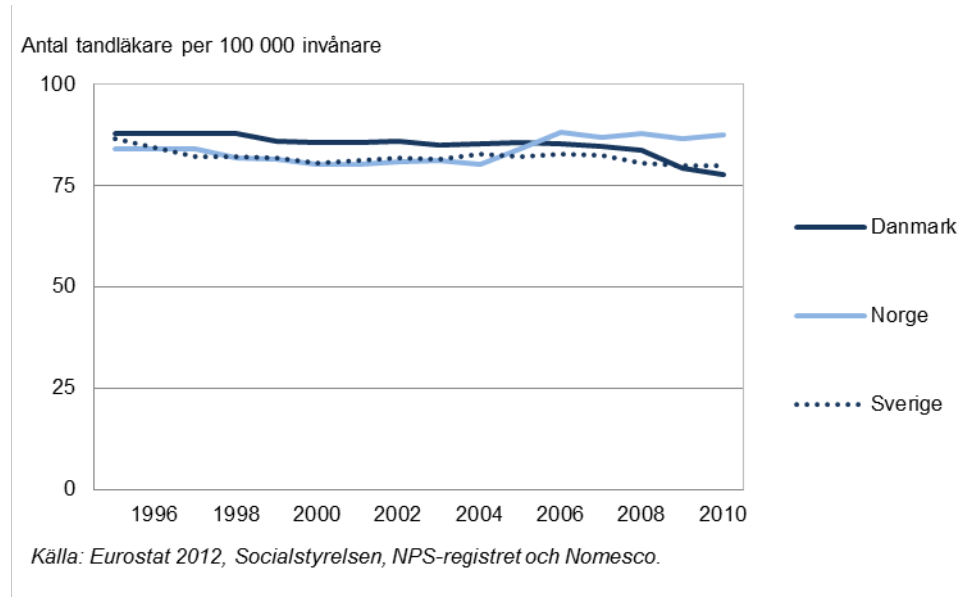
Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

En jämförelse av tandläkartäthet

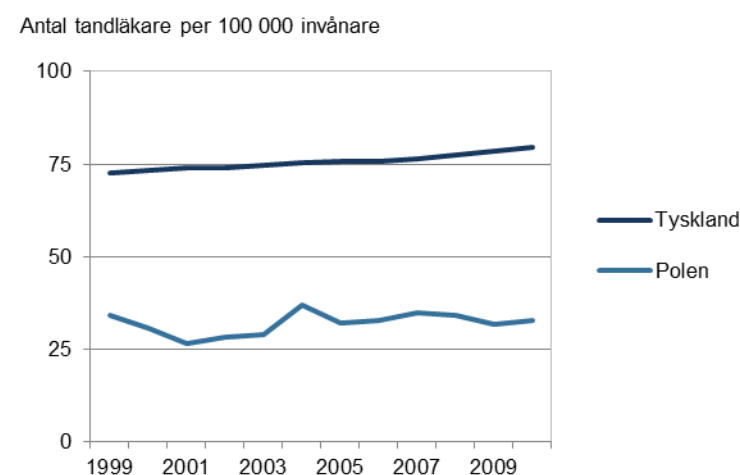
En jämförelse mellan Sverige, Norge och Danmark visar att tandläkartätheten var ungefär lika hög i de tre länderna. Antalet tandläkare per 100 000 invånare minskade i samma takt i Sverige och Danmark, medan tandläkartätheten i Norge tvärtom ökade något (se figur 26).

Tandläkartätheten i Tyskland låg på samma nivå som i de nordiska länderna och visar samma svaga tillväxt som i Norge, medan antalet tandläkare i Polen per 100 000 invånare låg på en lägre nivå som inte visat tecken på att öka (se figur 27).

Figur 26. Förändringar i antal tandläkare per 100 000 invånare i Danmark, Norge och Sverige, 1995–2010.



Figur 27. Förändringar i antal tandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i Tyskland och Polen, 1999–2010.



Tandhygienister

Det fanns 3 749 tandhygienister sysselsatta inom tandvården år 2010 (se tabell 13). I förhållande till befolkningsunderlaget var det en ökning med nära 70 procent mellan 1995 och 2010, från 23 tandhygienister per 100 000 invånare 1995 till 40 2010 (se figur 20).

Sysselsättning

Av de sysselsatta tandhygienisterna var 86 procent verksamma inom tandvården och 3 procent var sysselsatta inom utbildning och förvaltning. Dess-

utom var 10 procent var sysselsatta inom någon annan näringsgren, vilket var den högsta andelen som arbetar utanför hälso- och sjukvårdsområdet av alla de studerade personalgrupperna.

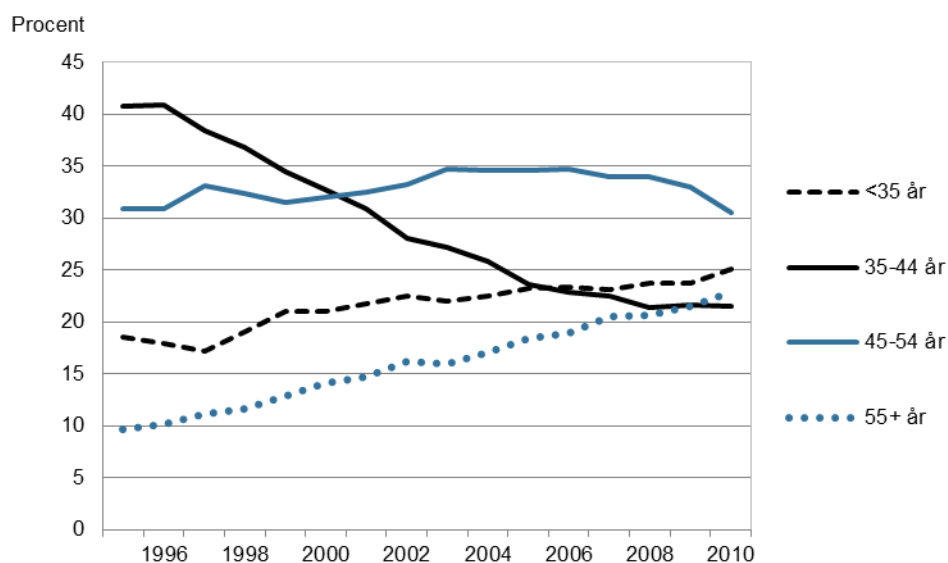
År 1995 arbetade 45 procent av tandhygienisterna i privat regi (se figur 21, sidan 38). Till skillnad från de andra studerade personalgrupperna har andelen därefter inte ökat, utan i stället pendlat runt 40 procent. År 2010 var andelen 43 procent.

Ålder

Tandhygienisterna var jämnt fördelade över åldersgrupperna (se figur 28). Medianåldern var 46 år (mot 42 år 1995). De åldersgrupper som ökat i andel sedan 1995 var de yngsta, under 35 år (från 19 procent av alla tandhygienister 1995 till 25 procent 2010) och de äldsta, över 55 år (som ökat i andel från 10 procent till 23 procent). Sammantaget har de skillnader i andelar som fanns mellan åldersgrupperna 1995 minskat under perioden.

Det fanns enbart enstaka tandhygienister som var sysselsatta efter 65 års ålder före 2003. År 2010 var 2 procent av alla sysselsatta tandhygienister över 65 år (se figur 23).

Figur 28. Förändringar i andelar (procent) för olika åldersgrupper för tandhygienister sysselsatta inom tandvården, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Kön

Andelen män bland tandhygienisterna var 1 procent 1995 och 3 procent 2010.

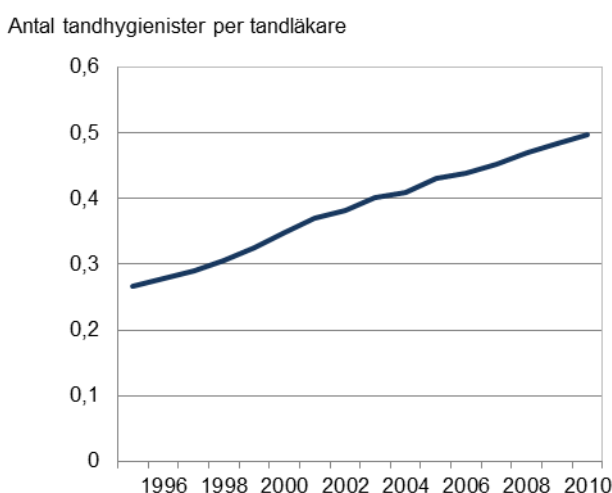
Regional spridning

Skillnaderna i tillgång på tandhygienister mellan vissa delar av landet var förhållandevis stora. I Värmlands län fanns det 2010 72 tandhygienister per 100 000 invånare, mer än 2,5 gånger så många tandhygienister som i Kronobergs län där tätheten var 28 per 100 000 invånare.

Förändrad personalsammansättning i tandvården

Tandvårdens personalsammansättning har förändrats påtagligt mellan 1995 och 2010. Sedan 1995 har antalet sysselsatta tandhygienister per sysselsatt tandläkare nästan fördubblats (se figur 29). Det är sannolikt att denna kvot, mellan tandläkare och tandhygienister, indikerar förändringar i fördelningen av arbetsuppgifter mellan de båda grupperna men om detta saknas uppgifter, liksom om vad det innebär i termer av utbud av tjänster, tillgänglighet och kvaliteten på de utförda tjänsterna.

Figur 29. Förändringar i antal tandhygienister per tandläkare, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Utvecklingen har gått olika långt i olika delar av landet (se tabell 15). De regionala skillnaderna kan spegla skillnader såväl i tillgång till de olika personalgrupperna var för sig såsom skillnader i personaltäthet överhuvudtaget. Men kan också vara ett resultat av förändringar i tjänsteutbud, kompetenssammansättning eller arbetsfördelning i den lokala tandvården. Tillgänglig statistik ger inte underlag för vidare tolkningar.

Vissa av de län som hade en högre täthet av tandhygienister hade en jämförelsevis låg tillgång på tandläkare. Sambandet var dock inte entydigt. Det finns också län som hade relativt låg eller hög tillgång på båda grupperna. Eftersom personaltillgången varierar fanns det i vissa län ungefär lika många tandhygienister som tandläkare, medan det i andra län fanns betydligt fler tandläkare än tandhygienister.

Tabell 15. Antal tandhygienister per tandläkare efter län (november 2010).

Län	Antal tandhygienister per tandläkare
Kronobergs län	0,35
Stockholms län	0,39
Västra Götalands län	0,43
Kalmar län	0,46
Skåne län	0,46
Västerbottens län	0,48
Uppsala län	0,49
Blekinge län	0,50
<i>Hela riket</i>	<i>0,50</i>
Gotlands län	0,50
Södermanlands län	0,51
Östergötlands län	0,51
Västmanlands län	0,51
Hallands län	0,53
Västernorrlands län	0,53
Norrbottnens län	0,53
Jämtlands län	0,54
Jönköpings län	0,58
Örebro län	0,62
Dalarnas län	0,88
Värmlands län	1,04
Gävleborgs län	1,11

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Tillskott genom personal utbildade i annat land

Andelen tandläkare i svensk tandvård med utbildning i annat land har ökat under hela 00-talet (se figur 30). År 2010 var andelen tandläkare sysselsatta i tandvården med utbildning i annat land var nio procent (656 personer) (se tabell 16) Av dessa var 40 procent utbildade inom EU eller EES-området.

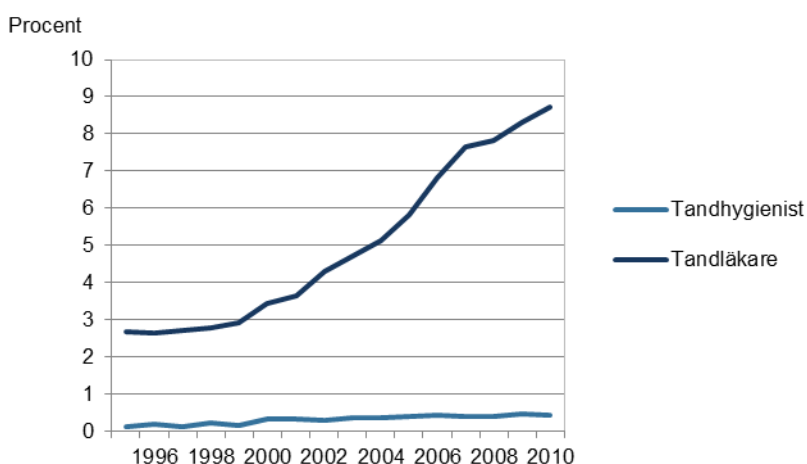
Färre än 1 procent av tandhygienisterna var utbildade i annat land och av dessa var de flesta utbildade inom EU eller EES-området.

Tabell 16. Antal sysselsatta inom tandvården efter yrkeskategori och utbildningsland, samt procentuell andel utlandsutbildade (november 2010).

Utbildningsland	Tandhygienister	Tandläkare
Sverige	3 732	6 872
EU/EES	14	258
Tredje land	3	398
Totalt	3 749	7 528
Andel utlandsutbildade	0,5	8,7

Källa: Socialstyrelsen, NPS registret

Figur 30. Förändringar i andel (procent) utbildade i annat land bland tandläkare och tandhygienister sysselsatta inom tandvården, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Av de tandläkare som tillkommit varje år mellan 1995 och 2010 (registrerade efter sitt första år som sysselsatta i svensk tandvård) var 20 procent utbildade i ett annat land. Av dessa hade hälften utbildats inom EU eller EES-området. Under de senaste fem åren har den sammantagna andelen nytillkomna tandläkare utbildade i annat land varit 27 procent.

Svenska tandläkarstuderande i annat land

Antalet svenska studenter som studerar till tandläkare i andra länder har ökat (tabell 17). De länder som svenska tandläkare framför allt valt att utbilda sig i är Rumänien, Polen, Ungern och Danmark. Det är för tidigt att kunna bedöma i vilken utsträckning de som utbildar sig i ett annat land kommer att återvända till Sverige efter avslutad utbildning.

Tabell 17. Antal tandläkarstuderande i annat land med studiemedel från CSN, åren 2002–2011, totalt antal samt fördelat på de stora studieländerna år 2011.

Utbildningsland	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Totalt antal	27	37	49	79	123	173	229	281	311	311
Därav										
Rumänien	3	5	6	9	10	16	39	55	60	58
Polen	x	x	x	6	20	31	41	50	59	58
Ungern	3	4	6	12	17	30	40	42	48	46
Danmark	3	6	10	15	23	26	29	41	47	42
Lettland	1	0	x	x	3	3	x	9	12	17
Litauen	0	0	0	0	0	0	x	3	8	15
Tjeckien	3	4	5	9	15	23	29	22	18	14
Övriga	14	18	22	28	35	44	51	59	59	61

x=1-2 personer

Källa: CSN

I dag finns det bara ett fåtal tandläkare med svensk bakgrund och utbildning i ett annat land verksamma i svensk tandvård (68 personer under år 2011). Fram till 2005 var det bara ett fåtal studerande årligen som sökte sig till ett annat land för sin utbildning.

Framtida tillgång – prognosen 2009–2025

Socialstyrelsen har publicerat en prognos över framtida tillgång på tandhygienister och tandläkare i tandvården [6].

Beräkningarna visar att antalet tandhygienister kan förväntas att fortsätta öka inom tandvården, dock i en något långsammare takt än de senaste åren. Antalet tandhygienister i förhållande till befolkningen beräknas öka med sexton procent fram till 2025.

Den framtida tillgången på tandläkare är beroende av i vilken utsträckning tandläkare med utländsk utbildning kan förväntas att börja arbeta i svensk tandvård de kommande åren. Om nettoinvandringen är lika med noll, minskar antalet tandläkare i förhållande till befolkningen med nitton procent fram till 2025. Om nettoinvandringen i framtiden ligger kvar på dagens nivå, minskar antalet tandläkare i förhållande till befolkningen med nio procent fram till 2025.

Efterfrågan

Socialstyrelsen utgår från fyra indikatorer för att bedöma efterfrågan på personal:

- Arbetslöshet
- Etablering på arbetsmarknaden inom ett år efter examen
- Migration av personal mellan Sverige och andra länder
- Arbetsmarknadsläget för olika personalgrupper.

Arbetslöshet i olika personalgrupper

En hög arbetslöshet för en personalgrupp indikerar att tillgången på arbetskraft är större än efterfrågan. En låg arbetslöshet ger inte lika mycket information eftersom låg arbetslöshet kan bero antingen på att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan eller på att efterfrågan är större än tillgången. Det säger inte heller något om hur stor gapet i så fall är mellan tillgång och efterfrågan.

Under perioden 1995–2010 har arbetslöshetstalen för barnmorskor, röntgensjuksköterskor, sjuksköterskor och läkare legat stabilt på en mycket låg nivå (se figur 31). År 2010 låg arbetslösheten för dessa tre grupper på mellan 0,2 och 0,5 procent.

Arbetslöshetstalen för tandläkare och tandhygienister har också varit låga, med undantag för en period i mitten och slutet av 90-talet, då som mest 3 procent av tandläkarna och 6 procent av tandhygienisterna var arbetslösa (se figur 32). Arbetslösheten 2010 var 1 procent för tandhygienister och för tandläkare under 0,5 procent.

Arbetslöshetsstatistiken indikerar alltså att efterfrågan var lika stor eller större än tillgången för samtliga personalgrupper.

Etablering på arbetsmarknaden

Om nyutexaminerade i en personalgrupp i hög utsträckning kan få sysselsättning i sitt yrke inom ett år efter examen tyder det på att efterfrågan på denna grupp är minst lika hög som tillgången.

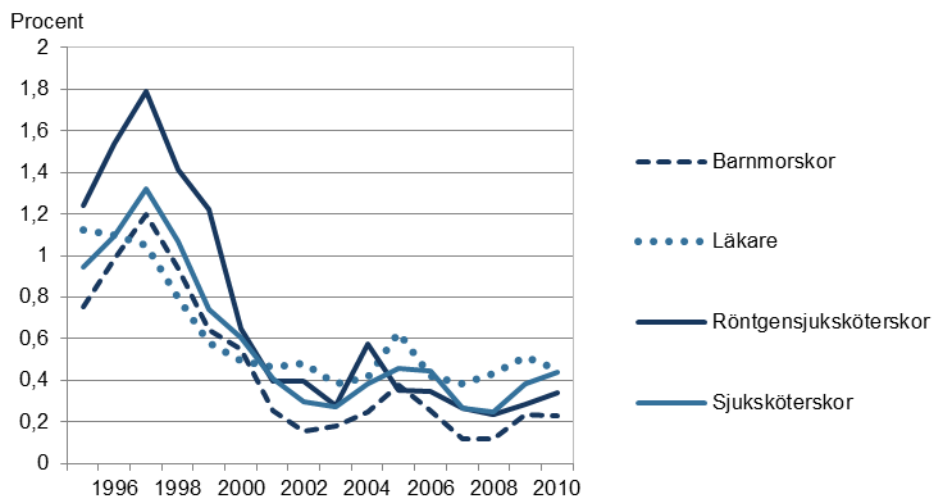
Enligt Socialstyrelsens statistik hade samtliga aktuella yrkesgrupper en fortsatt hög etableringsgrad på arbetsmarknaden (se tabell 18).

Mellan 92 och 95 procent av de nyutexaminerade läkarna, röntgensjuksköterskorna, sjuksköterskorna och barnmorskorna hade sysselsättning i svensk hälso- och sjukvård inom ett år efter examen 2010. Etableringsgraden var stabilt hög under hela perioden 2005 till 2010.

Över 90 procent av tandläkarna och under 90 procent av tandhygienisterna hade 2010 sysselsättning i den svenska tandvården inom ett år efter examen.

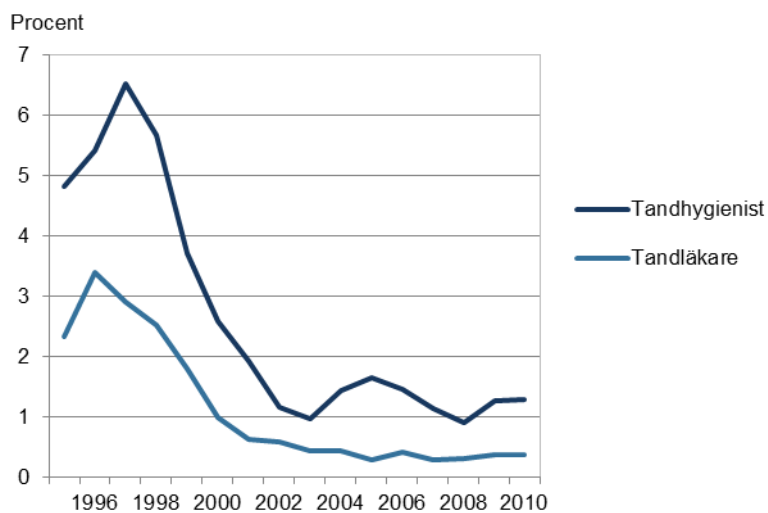
Etableringsgraden tyder på att efterfrågan var lika stor eller större än tillgången för samtliga personalgrupper.

Figur 31. Förändringar i procentuell arbetslöshet för barnmorskor, sjuksköterskor och läkare i Sverige, åren 1995–2010



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Figur 32. Förändringar i procentuell arbetslöshet för tandhygienister och tandläkare i Sverige, åren 1995–2010



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Tabell 18. Procentuell andel nyutbildade hälso- och sjukvårdspersonal inom ett år efter examensår i Sverige åren 2005-2010.

Legitimerad grupp	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Barnmorskor	95	94	94	94	95	95
Läkare	93	95	95	96	95	92
Psykiater	84	85	84	88	88	87
Psykiatrisjuksköterska	98	94	96	95	96	96
Psykolog	54	54	60	58	55	61
Psykoterapeut	59	53	52	53	54	45
Röntgensjuksköterska	95	96	96	95	94	94
Sjuksköterskor	95	95	95	95	95	94
Specialistläkare	88	83	85	84	86	85
Specialistsjuksköterskor	97	96	97	97	97	97
Specialisttandläkare	86	81	82	83	87	71
Tandhygienister	83	85	88	87	83	89
Tandläkare	86	89	94	96	92	91

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Migration

Migrationen mellan sysselsättning inom svensk hälso- och sjukvård och tandvård och sysselsättning i andra länder inom EU eller 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 eller EES-området 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 eller EES-området förändrades dock under 2008 med syfte att underlätta rekrytering från tredje land [11].

I Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät [1] uppgav 16 av 20 landsting att de aktivt rekryterade hälso- och sjukvårdspersonal i annat land. I 9 landsting rekryterades enbart specialistläkare. I två landsting rekryterades också sjuksköterskor i annat land. De länder som rekryteringsinsatserna typiskt riktades mot var Tyskland, Polen, Ungern och Rumänien.

I enkäten riktad mot tandvården [2] uppgav 6 landsting att tandläkare aktivt rekryterades i annat land.

Rörligheten av hälso- och sjukvårds- och tandvårdspersonal har ökat under de senaste 15 åren. Sammanlagt rör det sig årligen om mellan två och tre tusen personer i de utvalda personalgrupperna för hälso- och sjukvård och tandvård som migrerar till sysselsätter sig i Sverige eller från Sverige, för sysselsättning i annat land.

Strömmarna in i landet och ut ur landet tar i stor utsträckning ut varandra. I genomsnitt, för åren 1996 till 2010 har nettoinvandringen varit nära noll för de flesta personalgrupperna (se tabell 19). Undantaget är för läkarkåren som hade det största nettoinflödet. Socialstyrelsens statistik tyder på att den immigration av läkare som Sverige mött har bestått både av varaktig immigration och mer tillfällig sådan, som exempelvis kan utgöras av ett vikariat eller specialistutbildningar.

Tabell 19. Genomsnittlig nettomigration (antal personer) till och från sysselsättning i hälso- och sjukvård eller tandvård i Sverige per yrke, åren 1996-2010

Yrke	Genomsnitt 1996-2010
Barnmorskor	9
Läkare	334
<i>Därav specialistläkare</i>	5
Röntgensjuksköterskor	9
Sjuksköterskor	113
<i>Därav specialistsjuksköterskor</i>	-4
Tandhygienist	0
Tandläkare	34
<i>Därav specialisttandläkare</i>	-2
Psykolog	12
Psykiatrisjuksköterska	-2
Psykiater	5
Psykoterapeut	-2

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Arbetsmarknadsläget

Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät

För att ytterligare belysa arbetsmarknaden för de studerade yrkesgrupperna ger Socialstyrelsen varje höst ut en enkät om rekryteringsläget för personalgrupper inom hälso- och sjukvården och tandvården, till samtliga landsting och regioner [1, 2].

Enkäten gick ut hösten 2012 och frågade efter landstingens bedömning av balans mellan tillgång och efterfrågan inom den egna förvaltningen för olika personalgrupper. Enkätfrågorna avsåg en sammanvägd bedömning av läget i hela förvaltningsområdet under oktober månad, även om tillgång och efterfrågan varierar över året och mellan olika delar av länet. Tjugo landsting, det vill säga samtliga landsting utom ett, har besvarat enkäten.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Frågorna i hälso- och sjukvårdsdelen i årets enkät skiljer sig något från dem som ställts tidigare år, genom att frågorna om de största specialiteterna för läkare och sjuksköterskor ställs var för sig. Svaren i årets enkät är därför inte fullt ut jämförbara med tidigare år. Trots detta är det påtagligt att färre landsting än tidigare bedömer att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan på läkare och sjuksköterskor och i stället uppfattar att efterfrågan är större.

Specialistläkare

Samtliga landsting bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på specialistläkare i allmänmedicin och psykiatri och alla landsting utom ett bedömde att efterfrågan överstiger tillgången på specialister i geriatrik.

- Sexton landsting bedömde att efterfrågan överstiger tillgången på internmedicinska specialister.
- Femton landsting bedömde att efterfrågan överstiger tillgången på specialister i obstetrik och gynekologi.

- Tolv landsting bedömde att efterfrågan överstiger tillgången på specialister inom anesthesi- och intensivvård.

Flera landsting rapporterar att det finns stora skillnader inom länet eller regionen.

ST-läkare

Något färre landsting än förra året bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på ST-läkare, men bedömningarna skiljer sig åt för olika inriktningar. Det finns skillnader mellan landstingen vad gäller helhetsbilden. Till exempel bedömer Östergötlands läns landsting att tillgången överstiger efterfrågan för samtliga ST-grupper, medan Kronobergs läns landsting gör den motsatta bedömningen. För de övriga skiftar bedömningen från grupp till grupp liksom det gör inom länet eller regionen.

- Elva landsting bedömde att det överlag råder balans mellan tillgång och efterfrågan på ST-läkare.
- Åtta landsting bedömde att efterfrågan överstiger efterfrågan för de flesta av ST-inriktningarna.
- Ett landsting bedömde att tillgången översteg efterfrågan för samtliga ST-inriktningar.
- Något färre landsting än förra året bedömde att efterfrågan översteg tillgången på ST-läkare inom psykiatri (tretton landsting) och för ST-läkare inom allmänmedicin (tolv landsting).

I årets enkät ställdes frågor om fler ST-inriktningar än tidigare:

- Åtta landsting bedömde att det råder brist på ST-läkare inom obstetrik och gynekologi.
- Tolv landsting bedömde att tillgång och efterfrågan på ST-läkare inom internmedicin är i balans och tio landsting gjorde samma bedömning för anesthesi- och intensivvård.

AT-läkare

Tolv landsting bedömer att tillgången på AT-läkare överstiger efterfrågan. Sex landsting bedömer att tillgången är i balans med efterfrågan. Ett landsting bedömer att efterfrågan överstiger tillgången. Ett landsting avstod från att svara. Frågan fanns inte med i enkäten förra året.

Hälften av landstingen kommenterade om övriga personalgrupper där efterfrågan överstiger tillgången, utöver de i enkäten nämnda. Sex landsting angav biomedicinska analytiker. Tre landsting nämnde röntgensjuksköterskor. Därutöver nämndes olika grupper av specialiserade sjuksköterskor, som ögon- och onkologsköterskor samt audionomer. Bland grupper av specialiserade läkare angavs patologer, kliniska fysiologer och radiologer av två landsting vardera.

Regionala beslut om dimensionering och rekrytering till utbildningstjänster
Arton landsting har någon central instans för planering och beslut om dimensionering och rekrytering till utbildningstjänster. Av de tre landsting som i dag saknar en sådan funktion är två i färd med att inrätta det. I hälften av landstingen är det en funktion för både AT-block och ST-tjänster, i den andra hälften enbart för AT-block.

Femton landsting har under året tagit beslut som påverkar omfattningen av AT- och ST-tjänster framöver. Det gäller i första hand en utökning av antalet AT-block, men även ST-tjänster, framför allt inom allmänmedicin.

Sexton landsting håller kontakt med läkarstuderande i andra länder inom EU eller EES-området för att erbjuda eller rekrytera till praktikplatser, AT- eller ST-utbildningar eller tjänstgöring efter avslutad utbildning. Av de fyra landsting som i dag inte har någon form av sådan kontakt, för man i två av dem diskussioner om att inleda sådan verksamhet.

Allmänsjuksköterskor

Jämfört med förra årets enkät uppger något färre landsting att det råder balans eller överskott på sjuksköterskor utan specialistutbildning.

- Sju landsting bedömer att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan på sjuksköterskor utan specialistutbildning, medan två landsting anser att tillgången överstiger efterfrågan.
- Elva landsting bedömer att efterfrågan överstiger tillgången.

Specialistsjuksköterskor

Årets enkät frågar efter efterfrågan för specialistsjuksköterskor för en rad inriktningar. Utfallet går inte att jämföra med tidigare enkäter, eftersom de frågorna inte ställdes där. Överlag är det emellertid färre landsting som bedömer att det råder balans eller överskott på specialiserade sjuksköterskor.

- Samtliga landsting utom ett uppger att efterfrågan överstiger tillgången på psykiatrisjuksköterskor.
- Samtliga landsting utom två uppger att efterfrågan överstiger tillgången på operationssjuksköterskor. Det är fler landsting än i den senaste enkäten.
- Fjorton landsting bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på anestes- och intensivvårdssköterskor.
- Elva landsting bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på distriktsjuksköterskor. Sju bedömer att det råder balans.
- Nio landsting bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på sjuksköterskor specialiserade inom medicinsk och kirurgisk sjukvård. Fyra bedömde att det råder balans och två landsting anser att det inte finns någon efterfrågan på denna form av specialister och att efterfrågan hanteras med andra utbildningsformer.
- Nio landsting bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på sjuksköterskor specialiserade inom geriatrisk sjukvård. Sex bedömde att det råder balans och fyra landsting anser att denna typ av specialistsjuksköterska inte är relevant för hur sjukvården i landstinget är organiserat.

Barnmorskor

Elva landsting bedömer att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan på barnmorskor, ett bedömer att tillgången överstiger efterfrågan medan åtta bedömer att efterfrågan är större. Det är ett oförändrat utfall jämfört med förra året.

Tandvårdspersonal

Tjugo landsting svarade på enkäten om tillgång och efterfrågan på tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor i Folk tandvården (se bilaga 2). Landstingen ombads också att bedöma rekryteringsläget för dessa grupper.

Tandläkare

Jämfört med förra årets enkät bedömde något fler landsting att det rådde balans mellan tillgång och efterfrågan och fler landsting bedömde rekryteringsmöjligheterna som goda.

- Tretton landsting bedömde att efterfrågan är större än tillgången på tandläkare.
- Åtta landsting bedömde rekryteringsmöjligheterna som goda, eller varken goda eller dåliga, mot sex landsting förra året.

Tre landsting rapporterar att de aktivt rekryterar tandläkare utbildade i annat land, mot sju landsting i enkäten förra året. Rekryteringen avser endast tandläkare och bedrivs i Tyskland, Polen, Ungern och Rumänien. Fyra landsting har kontakt med svenska tandläkarstuderande som utbildar sig i andra länder och, i ett fall, med tandläkarstuderande i Portugal. Kontakterna går huvudsakligen ut på att erbjuda praktikplatser under sommaren, med avsikten att kunna rekrytera tandläkare efter avslutad utbildning.

Tandhygienister

Fjorton landsting bedömde att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan på tandhygienister, vilket är två fler än förra året.

- Sju landsting bedömer att rekryteringsmöjligheterna är goda eller mycket goda, vilket är lika många som förra året.
- Tio landsting har bedömt rekryteringsmöjligheterna som varken goda eller dåliga, vilket är ett landsting mer än förra året.

Tandsköterskor

Sju landsting bedömer att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan på tandsköterskor medan sex landsting bedömer att tillgången överstiger efterfrågan, vilket sammantaget är två landsting färre än förra året. Sex landsting bedömer rekryteringsmöjligheterna som dåliga eller mycket dåliga, vilket är fyra fler än förra året.

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.

Statistiska centralbyråns bedömning

I årets arbetskraftsbarometer från Statistiska centralbyrån, SCB, görs bedömningen att det råder brist för både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor, för barnmorskor och för erfarna läkare [12]. Det råder balans för nytutexaminerade läkare (se tabell 20).

SCB gör också bedömningen att det råder balans för tandhygienister och nytutexaminerade tandläkare, med viss antydning till brist för tandläkare. Det råder brist på erfarna tandläkare.

Tabell 20. Rekryteringsläget år 2011 och 2012 enligt SCB:s arbetskraftsbarometer

Yrkesgrupp	2011		2012	
	Nytutexaminerade	Erfarna	Nytutexaminerade	Erfarna
Barnmorskor	Balans	Brist	Brist	Brist
Sjuksköterskor	Balans	Brist	Brist	Brist
Specialistsjuksköterskor	Brist/Balans*	Brist	Brist/Balans**	Brist
Läkare	Brist	Balans	Balans	Brist
Tandhygienister	Balans	Brist	Balans	Brist
Tandläkare	Balans	Brist	Brist/Balans	Brist

*Beroende på typ av specialistutbildning. Balans: Distriktssjuksköterskor. Brist: Anestesi-, intensiv-, och operations-sjukvård.

**Framför allt anestesi-, intensiv- och operationssjukvård. Brist såväl på nytutexaminerade som erfarna specialistsjuksköterskor

Källa: SCB.

SCB frågar också ett antal arbetsgivare om hur de bedömer utvecklingen av antalet anställda på ett och tre års sikt. Rekryteringsbehovet av läkare, grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor bedöms öka under de kommande tre åren, medan antalet barnmorskor bedöms vara oförändrat [11].

SCB bedömer att antalet utbildade tandhygienister kommer att öka på tre års sikt. Rekryteringsbehovet av tandläkare är oförändrat på såväl ett som tre års sikt.

Arbetsförmedlingen gjorde sommaren 2012 en översikt av arbetsmarknaden ur yrkesperspektiv, som sammanfattar yrkesprognoserna ett halvt till ett år fram i tiden [13]. Samtliga yrkesgrupper listas enligt ett bristindex, som klassas på en skala från ett till fem, där ett anger mycket stor konkurrens om jobben och fem mycket liten konkurrens om jobben. Arbetsförmedlingen bedömer att det råder mycket liten konkurrens om jobben för (i fallande ordning) operationssjuksköterskor, läkare, psykiatrisjuksköterskor, akutvårdssjuksköterskor och geriatriksjuksköterskor.

Arbetsförmedlingen bedömer att det för tandläkare och tandhygienister råder liten konkurrens om jobben medan det råder balans för tandsjuksköterskor.

Läkarförbundets bedömning

Läkarförbundets senaste prognos över den framtida arbetsmarknaden för läkare publicerades år 2010. Där konstateras att det för närvarande råder en god arbetsmarknad för läkare [14]. I prognosen bedömer Läkarförbundet att underskottet på läkare kommer att öka fram till 2025 om läkartätheten (antal läkare per 100 000 invånare) ska kunna öka. Om läkartätheten inte ökar, bedömer Läkarförbundet att efterfrågan kommer att fortsätta vara större än tillgången fram till 2020 och att det de följande fem åren kommer att finnas 3 500 fler läkare än vad som efterfrågas.

Sveriges akademikers centralorganisation bedömning

Hösten 2012 publicerade Sveriges akademikers centralorganisation, SACO, en sammanställning av prognoser för arbetsmarknaden avseende nyutexaminerade i vissa yrkesgrupper fram till år 2017 [15].

Läkare

Bedömningen är att det råder balans i dag mellan tillgång och efterfrågan på nyutexaminerade läkare och att det kommer att vara så också om fem år. För erfarna läkare är det liten konkurrens om jobben i dag, liksom för alla specialister, framför allt allmänmedicin, patologi och psykiatri. Framöver kommer situationen att kännetecknas av en arbetsmarknad i balans för nyutexaminerade specialister och brist på erfarna specialister. Drivkrafterna bakom den växande efterfrågan är de omfattande pensionsavgångarna, växande vårdbehov och utvecklingen av nya behandlingsmetoder.

SACO:s bedömning av situationen med många svenskar som läser medicin i annat land är att dessa framöver kommer att tillföra ett omfattande tillskott till den svenska hälso- och sjukvården.

Tandläkare och tandhygienister

SACO bedömer att det i dag finns goda möjligheter både för nyutexaminerade och erfarna tandläkare att få jobb, men att de regionala skillnaderna, liksom skillnaderna mellan tätortsområden och glesare bebyggda områden, är stora. För de nyutexaminerade är arbetsmarknaden i balans och för de erfarna råder liten konkurrens.

På fem års sikt är möjligheterna svåra att bedöma. De påverkas av politiska beslut av tandvårdens finansiering, av befolkningens bedömning av behovet av tandvårdstjänster och betalningsförmågan, samt av osäkerheterna om i vilken grad utbildningen av svenskar i utlandet kommer att leda till ett tillskott av tandläkare för den svenska tandvården. SACO:s bedömning är trots det att det kommer att finnas liten konkurrens såväl för nyutexaminerade som erfarna tandläkare framöver.

SACO bedömer att det utbildas ungefär så många tandhygienister som arbetsmarknaden efterfrågar i dag. För nyutexaminerade tandhygienister är arbetsmarknaden i balans och för erfarna tandhygienister råder liten konkurrens om arbetstillfällena. Det finns regionala skillnader och i storstadsområdena kan det råda viss konkurrens, medan det på andra håll kan råda brist på framför allt erfarna tandhygienister.

På fem års sikt bedömer SACO att växande efterfrågan kommer att göra att det råder balans för både nyutexaminerade tandhygienister och en viss risk för brist på erfarna tandhygienister.

Högskoleverkets bedömning

Högskoleverket publicerar årligen planeringsunderlag för högskoleutbildningarna, som bygger på prognoser fram till 2030 [19].

Läkare

Högskoleverket konstaterar att antalet nybörjarplatser på läkarutbildningen har ökat med 55 procent, sedan läsåret 2006/07 och bedömer att när det ökade antalet utbildningsplatser börjar resultera i en ökad tillgång på nyutexaminerade läkare, kommer tillgång och efterfrågan att balansera varandra bättre än i dag. Men ännu är inte antalet utbildningsplatser tillräckligt för att göra Sverige självförsörjande på läkare. Det årliga rekryteringsbehovet är i dag 250 personer fler än vad som utexamineras från svensk läkarutbildning.

Tillsammans med invandringsöverskottet (beräknat till cirka 30 personer årligen) bedömer Högskoleverket att det utökade antalet utbildningsplatser gör att tillgången på nyutexaminerade läkare ökar något snabbare än efterfrågan, särskilt mot slutet av prognosperioden. Trots det föreligger fortfarande en risk för att det uppstår brist, som förstärks om inte invandringsöverskottet av utbildade läkare utvecklas enligt prognoserna.

Sjuksköterskor

Högskoleverket konstaterar att sjuksköterskeutbildningen enligt budgetpropositionen för 2013 kommer att öka med tio procent, från 5 078 platser läsåret 2006/07 till knappt 5 600 platser läsåret 2015/16. Trots detta pekar prognosen på en fortsatt viss brist på sjuksköterskor för hela prognosperioden. Högskoleverket bedömer att det utökade antalet examinerade sjuksköterskor kommer att understiga rekryteringsbehovet med cirka 1 000 sjuksköterskor under prognosperioden, förutsatt att antalet utbildningsplatser inte utökas.

Tandläkare

Antalet nybörjarplatser för tandläkarutbildningen ökar med ett hundra platser, från läsåret 2006/07 till 2012/13 och därefter med ytterligare trettio till läsåret 2015, enligt budgetpropositionen för 2013. Sammantaget är det en ökning med 55 procent på åtta år. Trots den utökade utbildningstakten är Sverige inte självförsörjande, utan är beroende av rekrytering av tandläkare utbildade i annat land. Fram till 2024 kommer antalet utexaminerade tandläkare årligen att understiga rekryteringsbehovet med cirka 80 personer. Under den senare delen av prognosperioden kommer antalet utexaminerade att överstiga rekryteringsbehovet något.

På arbetsmarknaden råder det brist i dag på erfarna tandläkare, medan situationen för nyutexaminerade tandläkare är mer splittrad.

Tillgång och efterfrågan på personal inom vuxenpsykiatri

Nationella planeringsstödet årsrapport 2009 presenterade en översikt av tillgången på personalgrupper inom vuxenpsykiatrin 2006 och rekryteringsläget i landstingen hösten 2008 [16]. Här följer en uppdatering av översikten och bedömningarna. Uppgifterna om tillgång avser psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter. Enkäten till landstingen om efterfrågan hösten 2012 avser psykiatriker, ST-läkare inom psykiatri, psykiatrisjuksköterskor samt psykologer.

Det finns en rad andra personalgrupper som är viktiga för den psykiatriska verksamheten som mentalskötare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, kuratorer och andra, men det går inte att i Socialstyrelsens sysselsättningsstatistik särskilja dem i de legitimerade grupperna som är sysselsatta enbart i psykiatrisk verksamhet. Sysselsättningsdata för grupper utan legitimation saknas helt. Därför ingår inte dessa grupper i redovisningen.

Utbildning till psykoterapeut är en påbyggnadsutbildning som kräver en tidigare grundexamen som exempelvis psykolog, sjuksköterska, läkare eller socionom. Många psykoterapeuter har en legitimation till exempel som läkare, psykologer och sjuksköterskor. I rapporten kommer personer med både psykoterapeututbildning och en tidigare legitimation att räknas i båda yrkesgrupperna. Denna dubbelräkning uppgår till 2 426 psykoterapeuter sysselsatta inom hälso- och sjukvården november 2010.

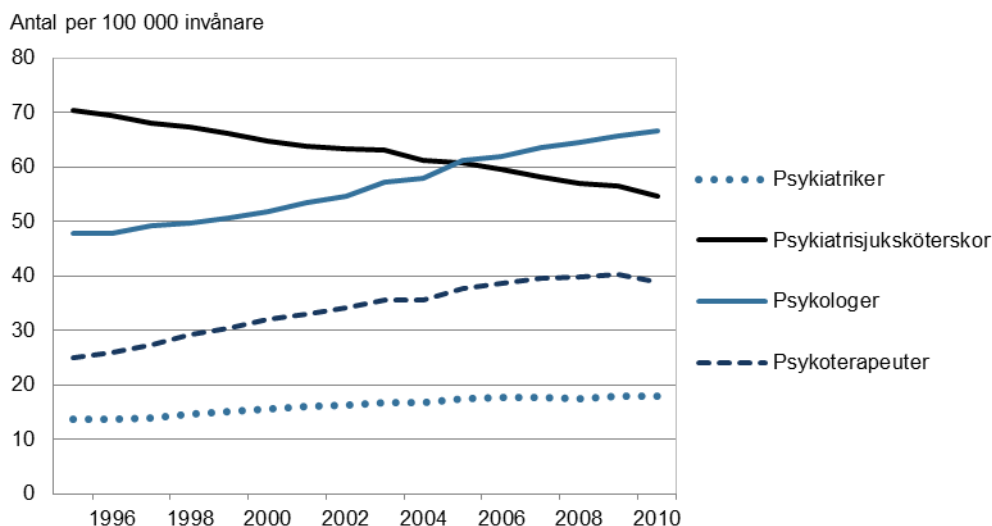
Tillgång på psykiatripersonal

I den föregående granskningen av personalgrupper för vuxenpsykiatrin konstaterade Socialstyrelsen att tillgången på psykiatriker, psykologer och psykoterapeuter har ökat, medan antalet i hälso- och sjukvården sysselsatta psykiatrisjuksköterskor hade minskat. Vad har hänt under de fyra år som gått (se figur 33)?

- Antal psykiatriker har fortsatt öka i absoluta tal: 1 613 psykiatriker 2006 har blivit 1 682 år 2010. Det motsvarar en ökning från 14 till 18 psykiatriker per 100 000 invånare för hela perioden 1995 till 2010.
- Antalet psykologer har ökat: 5 631 psykologer 2006 har blivit 6 257 psykologer 2010. Det motsvarar en ökning från 48 till 67 psykiatriker per 100 000 invånare för hela perioden 1995 till 2010.
- Antalet psykoterapeuter har ökat; 3 527 psykoterapeuter 2006 har blivit 3 667 år 2010. Det motsvarar en ökning från 25 till 39 psykoterapeuter per 100 000 invånare för hela perioden 1995 till 2010.
- Antalet psykiatrisjuksköterskor har minskat: 5 419 sjuksköterskor 2006 har blivit 5 140 sjuksköterskor 2010. Det är en minskning med fem pro-

cent på fyra år. Det motsvarar en minskning från 70 till 55 psykioterapeuter per 100 000 invånare för hela perioden 1995 till 2010.

Figur 33. Förändring i antal psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykioterapeuter, sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

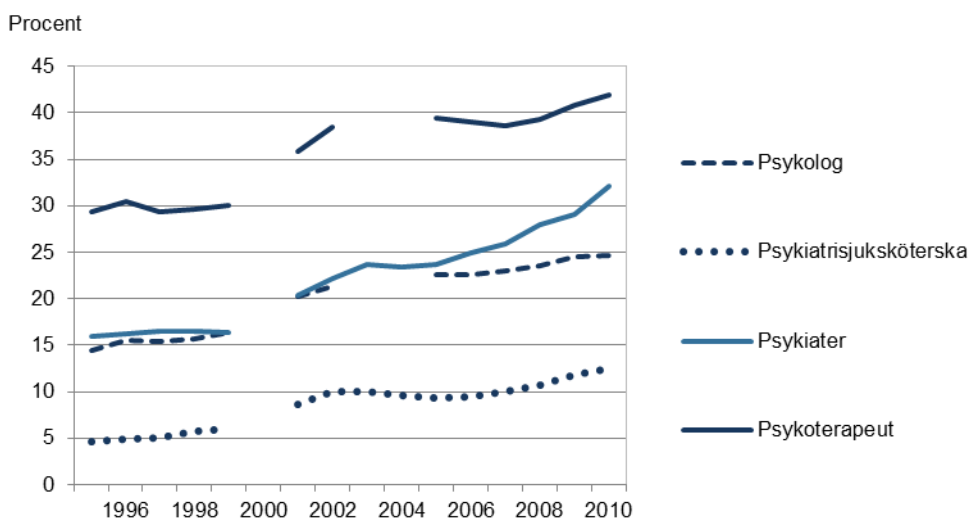
Ett resultat av personalutvecklingen är att medan det 1995 gick 5 psykiatrisjuksköterskor per psykiatriker, gick det 2010 bara 3 psykiatrisjuksköterskor per psykiatriker. De specialiserade sjuksköterskorna är i stor utsträckning ersatta av sjuksköterskor utan specialistutbildning

Har andelen av dessa grupper som är sysselsatta i hälso- och sjukvård förändrats?

- Av psykiatrikerna är 90 procent sysselsatta i hälso- och sjukvården. Andelen har varit stabil mellan 1995 och 2010.
- Andelen psykiatrisjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvård har sjunkit från 90 procent 1995 till 84 procent 2010.
- Andelen psykologer sysselsatta i hälso- och sjukvård har ökat från 72 procent 1995 till 76 procent 2010.
- Andelen psykioterapeuter sysselsatta i hälso- och sjukvård var 80 procent 1995 och 81 procent 2010 (de föregående fem åren låg andelen något högre, på 83 procent).

Andelen sysselsatta i hälso- och sjukvården som är verksamma i privat regi har ökat för alla personalgrupper (se figur 34). Det är fortfarande en stor skillnad mellan å ena sidan psykioterapeuter och psykiatriker som i stor utsträckning är verksamma i privat regi och å andra sidan psykiatrisjuksköterskor och psykologer, men skillnaderna har minskat sedan 1995.

Figur 34. Förändringar i andelen psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter sysselsatta i hälso- och sjukvård i privat regi, 1995 - 2010



Avsaknaden av uppgifter i tidsserierna beror på kategoriseringsfel i data för respektive yrkesgrupp och år

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Ålder

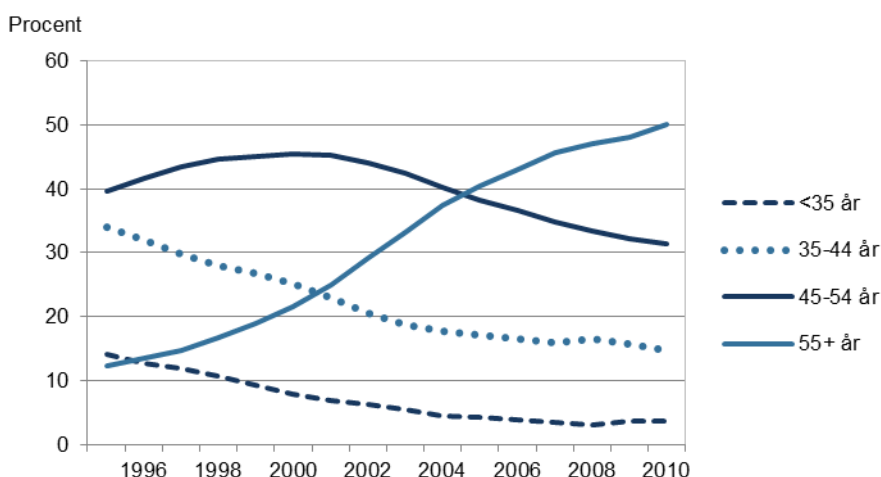
Psykiatrisjuksköterskor har diskuterats tidigare (sidan 22). Figur 35 visar hur andelen för psykiatrisjuksköterskor 55 år och äldre har ökat mellan 1995 och 2010.

Medianåldern är emellertid hög för alla personalgrupperna inom psykiatrin och den har, framför allt för psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter, ökat kraftigt under perioden – med åtta till tio år.

- Medianålder för psykiatriker är 55 år (mot 49 år 1995).
- Medianålder för psykiatrisjuksköterskor är 55 år (mot 45 år 1995).
- Medianålder för psykologer är 50 år (mot 48 år 1995).
- Medianålder för psykoterapeuter är 58 år (mot 50 år 1995).

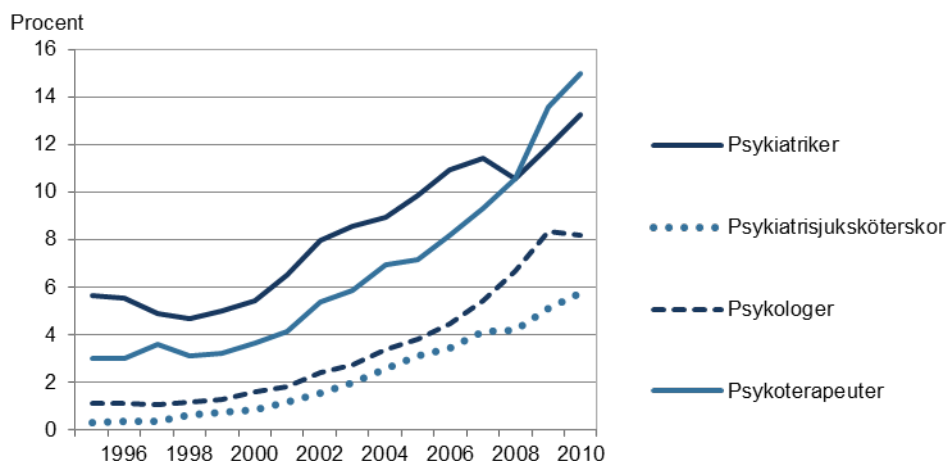
Psykiatrins personalgrupper är i allt högre grad yrkesverksamma efter 65 års ålder (se figur 36). År 1995 var psykiatrisjuksköterskor och psykologer knappast alls verksamma efter 65 år, men 2010 var 6 respektive 8 procent sysselsatta också efter 65 år. Andelen psykiatriker verksamma efter 65 års ålder har fördubblats från 6 procent 1995 till 13 procent 2010. Störst är ökningen bland psykoterapeuter där andelen har ökat från 3 procent 1995 till 15 procent 2010.

Figur 35. Förändringar i procentuell fördelning i åldersgrupper för psykiatrisjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Figur 36. Förändringar i andel över 65 år bland alla psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter sysselsatta i hälso- och sjukvård, 1995–2010.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Regionala skillnader

I rapporten har tidigare redovisats skillnader i tillgång till personalgrupper för hälso- och sjukvård mellan de sex sjukvårdsregionerna i stort (sidan 26). Liknande skillnader finns också inom psykiatriområdet (se tabell 21).

Norra sjukvårdsregionen

Det fanns färre psykiatripersonal, räknat i antal per 100 000 invånare, av alla de utvalda grupperna och särskilt psykiatriker (10 per 100 000 invånare mot 18 i riket).

Uppsala Örebro sjukvårdsregion

Det fanns något färre psykoterapeuter (32 per 100 000 invånare mot 39 i riket) och psykologer (59 per 100 000 invånare mot 67 för riket) och något fler psykiatrisjuksköterskor (59 per 100 000 invånare mot 55 i riket).

Stockholms sjukvårdsregion

Antalet psykiatriker per 100 000 invånare var 54 procent högre i Stockholmsregionen än i riket 2010, men det är ett gap som minskar. År 2006 var tätheten 67 procent högre. Det fanns även fler psykologer (84 per 100 000 invånare mot 67 i riket) och psykoterapeuter (60 per 100 000 invånare mot 39 i riket). Det fanns färre psykiatrisjuksköterskor (45 per 100 000 invånare mot 55 i riket).

Västsvenska sjukvårdsregionen

Det fanns fler psykologer (77 per 100 000 invånare mot 67 i riket) och psykoterapeuter (44 per 100 000 invånare mot 39 i riket) medan antalet psykiatriker och psykiatrisjuksköterskor är på nivå med genomsnittet för riket.

Sydöstra sjukvårdsregionen

Det fanns färre psykiatripersonal, räknat i antal per 100 000 invånare, av alla de utvalda grupperna, särskilt psykiatriker (12 per 100 000 invånare mot 18 i riket).

Södra sjukvårdsregionen

Det fanns något färre psykoterapeuter (29 per 100 000 invånare mot 39 i riket) och psykologer (59 per 100 000 invånare mot 67 i riket) medan antalet psykiatriker och psykiatrisjuksköterskor är på nivå med genomsnittet för riket.

Tabell 21. Antal psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter per 100 000 invånare, sysselsatta inom hälso- och sjukvård, fördelat på sjukvårdsregionerna (november 2010).

Sjukvårdsregion	Psykiatriker	Psykiatri- sjuksköterskor	Psykologer	Psykoterapeuter
Stockholm	29	45	84	60
Sydöstra	12	42	49	25
Södra	17	60	59	29
Västsvenska	17	60	77	44
Uppsala/Örebro	14	59	59	32
Norra	10	60	53	28
Hela riket	18	55	67	39

Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

Prognos för psykiatriker sysselsatta i hälso- och sjukvård 2025

Socialstyrelsen har hösten 2012 genomfört samma prognos för specialläkare (sidan 17 i denna rapport). Resultaten tyder på att antalet specialiserade läkare per 100 000 invånare totalt kommer att öka med 18 procent fram till 2025, men att antalet psykiatriker kommer att minska med 18 procent.

I NPS årsrapport 2009 redovisade Socialstyrelsen en prognos för åren fram till 2023 för psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter samt en bedömning av tillgången av dessa grupper [15]. Enligt prognosen kommer tillgången på psykiatriker att vara lika stor, i absoluta tal, år 2023 som den var år 2005. Prognosen för psykiatrisjuksköterskor var mer svårbestämd, men bilden dominerades av de stora pensionsavgångar som förväntas fram till 2019 och av att nyrekryteringen är svårbedömd. För psykologerna och psykoterapeuterna beräknades att antalet nyutexaminerade årligen kommer att matcha pensionsavgångarna.

Efterfrågan på psykiatripersonal

Socialstyrelsen gick ut hösten 2008 med en enkät till samtliga landsting som avsåg att bedöma möjligheterna till rekrytering av olika personalgrupper inom vuxenpsykiatri. En liknande enkät gick ut hösten 2012 och utfallen kan nu jämföras med varandra.

Psykiatriker

År 2008 bedömde 16 landsting att efterfrågan är mycket större än tillgången. År 2012 gjorde samtliga landsting samma bedömning.

ST-läkare inom psykiatri

Trots att elva landsting bedömde att det överlag råder balans mellan tillgång och efterfrågan på ST-läkare och att färre landsting än föregående år ansåg att efterfrågan översteg tillgången, så var det tretton landsting som bedömde att efterfrågan översteg tillgången på just ST-läkare inom psykiatri. Psykiatri var den specialitet där bristen på ST-läkare var störst. En jämförelse med enkäten 2008 kan inte göras, eftersom frågan inte ställdes då.

Psykologer

13 landsting ansåg att efterfrågan på psykologer var större eller mycket större än tillgången på psykologer, vilket motsvarar den bedömning som gjordes hösten 2008.

Psykiatrisjuksköterskor

19 landsting bedömde att efterfrågan på psykiatrisjuksköterskor var större, eller mycket större än tillgången. Det är samma bedömning som gjordes hösten 2008.

Bedömningar av arbetsmarknadsläget

Statistiska Centralbyrån

I årets arbetskraftsbarometer från Statistiska centralbyrån, SCB, görs bedömningen att det finns god tillgång på nytexaminerade psykologer och brist på erfarna psykologer. På tre års sikt bedöms antalet anställda med psykologutbildning öka [11].

SCB studerar inte arbetsmarknaden för psykiatrisjuksköterskor särskilt, men den bedömning de gör för specialistsjuksköterskor som grupp är att det råder brist på såväl erfarna som nytexaminerade specialistsjuksköterskor och nämner särskilt psykiatrisjuksköterskor som exempel på en kategori där efterfrågan överstiger tillgången. Rekryteringsbehovet bedöms öka under de kommande tre åren. Andra utvalda personalgrupper bedöms inte av SCB [11].

Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen gjorde sommaren 2012 en översikt av arbetsmarknaden och bedömde att det råder mycket liten konkurrens om jobben för läkare (psykiatriker mäts inte) och psykiatrisjuksköterskor medan det råder balans med tendens till brist för psykologer [12]. Andra utvalda personalgrupper ingick inte i bedömningen.

Sveriges akademikers centralorganisation

Sveriges akademikers centralorganisation, SACO, publicerade en sammanställning av prognoser för arbetsmarknaden avseende nytexaminerade i vissa yrkesgrupper fram till år 2017 [14]. SACO bedömer att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan på nytexaminerade läkare medan det är liten konkurrens om arbetstillfällena för erfarna läkare. Efterfrågan är stor på specialistläkare, framför allt inom psykiatri. Efterfrågan kommer att öka framöver på grund av de omfattande pensionsavgångarna, det växande vårdbehovet och utvecklingen av nya behandlingsmetoder.

SACO:s bedömning av arbetsmarknadsläget för psykologer är att det råder liten konkurrens om arbetstillfällena både för nytexaminerade och erfarna psykologer, på grund av de stora pensionsavgångarna och för att psykologernas arbetsmarknad utanför hälso- och sjukvården håller på att vidgas. Andra utvalda personalgrupper ingick inte i SACO:s bedömning.

Sammanfattningsvis har de trender som rapporterades i NPS årsrapport 2009 förstärkts:

- Antalet sysselsatta psykiatriker, psykologer och psykoterapeuter har fortsatt öka. Andelen av de sysselsatta i dessa grupper som är verksamma i hälso- och sjukvård har också fortsatt öka.
- Psykiatrisjuksköterskor har däremot fortsatt minska, både i antal och i andel av gruppen som arbetar inom hälso- och sjukvård.
- De psykiatrisjuksköterskor som arbetar med hälso- och sjukvård arbetar i högre utsträckning än de andra yrkesgrupperna i offentlig regi.

- Medianåldern ökar snabbast bland psykoterapeuter och psykiatrisjuksköterskor. Hälften av alla psykoterapeuter är 58 år eller äldre och många står inför att pensioneras.
- Efterfrågan på psykiatriker och psykiatrisjuksköterskor är större eller mycket större än tillgången och efterfrågan bedöms öka de kommande åren. Efterfrågan på psykologer bedöms som stor inom landstingens hälso- och sjukvård samtidigt som efterfrågan på psykologer på arbetsmarknaden utanför hälso- och sjukvården bedöms öka.

Diskussion

Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare och tandhygienister har ökat de senaste 15 åren, medan tillgången på tandläkare varit stabil. De senaste prognosberäkningarna för sjuksköterskor och tandhygienister visar på fortsatt tillgångsökning fram till år 2025, om än inte i samma takt som tidigare. För barnmorskor och tandläkare visar prognosen 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.

De åtgärder Socialstyrelsen anser vara mest betydelsefulla när det gäller balansen mellan tillgång och efterfrågan på arbetsmarknaden är utbildning, kompetenssammansättning och migration. Dessa diskuteras i det följande.

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 tjänstgöring 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 att huvudmännens beroende av att rekrytera personal som utbildats i andra länder ökar.

I budgetpropositionen för 2013 aviseras en utökning av antalet platser på läkarutbildningen med 40 platser 2013 och ytterligare 40 platser 2014 [17]. Samtidigt utökas tandläkarutbildningen med 12 platser 2013 och 17 platser 2014.

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, jämfört exempelvis med den alternativa prognosberäkningen med en nettoimmigration om 50 tandläkare per år.

Regeringen aviserar en utbyggnad av sjuksköterskeutbildningen med 414 nybörjarplatser 2013, ytterligare 30 platser 2014 och 40 platser 2015. Avseende specialister inom hälso- och sjukvården så har sjuksköterskor möjligheten att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor vid universitet eller högskola. Regeringen har i tidigare budgetpropositioner föreslagit att medel ska tilldelas för en utökning av specialistsjuksköterskeutbildningarna.

För läkare sker specialistutbildning genom ST-tjänster som utlyses av landstingen. Landstingen ska 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 2010 ett antal förslag från Behörighetsutredningen [18]. 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 specialistsjuksköterskeutbildningarna under 2010. En av slutsatserna är att högskolan och vårdgivarna behöver samarbeta bättre kring både utformningen av utbildningen och behovet av specialistsjuksköterskor [19]. Under hösten 2011 tillsatte regeringen också en utredning av läkarutbildningen och allmäntjänstgöringen, som kommer att redovisas 2013. Uppdraget syftar bland annat till att få en utbildning med ett innehåll som bättre motsvarar vårdens behov [20].

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 i dag 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 både i tandvården och i 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 vård för 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 eller 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 med andra länders är svår att bedöma på längre sikt.

I maj 2010 antog Världshälsoorganisationen, WHO, en deklaration om internationell rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal [9]. 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. Inom Europa finns motsvarande rörlighet från ekonomiskt svagare länder i framförallt östra Europa och Ryssland, mot de ekonomiskt mer gynnade länderna i västra och norra Europa, som kan erbjuda bättre lön och bättre arbetsmiljö. Socialstyrelsen representerar Sverige som *Designated National Authority* och har under 2012, med stöd av underlag från Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet besvarat en enkät om hur Sverige arbetar med att tillämpa koden.

Sverige deltar också som observatör i EU:s *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting* som startar i januari 2013 och ska pågå i tre år framåt, för att diskutera vilka indikatorer som skulle kunna ingå som mi-

nimum i ett rapporteringssystem för att bevaka ländernas försörjning av hälso- och sjukvårdspersonal och rörligheten över gränserna inom gruppen.

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, om än med stora regionala skillnader. Dock uppger fler landsting än förra året att gruppen är svår att rekrytera. 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 framöver än vad som varit fallet de senaste 15 åren. Utvecklingen på arbetsmarknaden bör därför fortsatt följas.

Fler landsting uppger att det är svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor, framför allt psykiatrisjuksköterskor och sjuksköterskor specialiserade inom anestesioch intensivvård. Balansen skulle förbättras om fler sjuksköterskor erhöill specialistkompetens. Med en god tillgång på sjuksköterskor finns det också goda möjligheter att uppmuntra sjuksköterskor 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 har förbättrats. Överlag är tillgången på ST-läkare i balans, men efterfrågan överstiger tillgången på ST-läkare inom psykiatri och allmänmedicin.

Samtliga landsting bedömer att efterfrågan överstiger tillgången för samtliga kategorier specialistläkare.

Arbetslösheten för läkare är mycket låg, etableringsgraden efter examen är hög och inflödet av personal från andra länder är högt. Detta 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 1995–2010 ökade tillgången på läkare i hälso- och sjukvården med 33 procent. Motsvarande siffra för specialistläkare är 28 procent. Om

det de kommande 15 åren är önskvärt med en motsvarande ökning visar Socialstyrelsens prognos att det i så fall skulle krävas ett nettoinflöde av personal utbildad utomlands. Utan en sådan nettoinvandring beräknas tillgången öka med 5 procent till 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 huvudmännen för att utbilda specialistläkare i sådan utsträckning att det motsvarar den framtida efterfrågan. En god tillgång på grundutbildad personal borde förbättra möjligheterna att rekrytera även till specialisttjänstgöringen.

Tandhygienister

Socialstyrelsen bedömer att arbetsmarknaden för tandhygienister är i balans. Tillgången på tandhygienister har ökat. Arbetslösheten har sjunkit och etableringsgraden har stigit. Men det finns stora geografiska skillnader. 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 fördelas mellan tandhygienister och annan tandvårdspersonal i framtiden. 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. Endast tre landsting har aktivt rekryterat tandläkare utomlands under 2012. En majoritet av landstingen har också gjort bedömningen att efterfrågan är större än tillgången på tandläkare, även om det finns skillnader mellan och inom enskilda landsting. Socialstyrelsens senaste prognos visar att det krävs antingen en utökning av antalet utbildningsplatser eller en nettoimmigration motsvarande cirka 50 tandläkare per år för att år 2025 nå ungefär samma tillgång som år 1995. Det innebär att även med den aviserade utökningen på tandläkarprogrammet om 29 platser 2013 krävs 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 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
2. Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal – Officiell statistik om antal legitimerade (2011) och arbetsmarknadsstatus (2010). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
3. Tillgång på: specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
4. Tillgång på: specialistläkare 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
5. Tillgång på: specialistläkare 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
6. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2009–2025. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
7. International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to Address the Global Health Workforce Crisis. OECD Policy Brief. February 2010.
8. 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.
9. The WHO global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel WHA 63.16. Geneva: World health organization; 2010.
10. The health workforce: advances in responding to shortages and migration and in preparing for emerging needs. Report by the secretariat. EB132/23. WHO, 2012.
11. Socialförsäkringsutskottets betänkande 2008/09:SfU3, Nrfa.
12. Arbetskraftsbarometern 12. Utsikterna på arbetsmarknaden för 72 utbildningar. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2012.

13. Rapport Ura 2012:16. Var finns jobben? Bedömning till och med första halvåret 2013. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2012.
14. Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna 2010. Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS); 2010.
15. Framtidsutsikter. Arbetsmarknaden för akademiker år 2017. SACO; 2012.
16. Årsrapport NPS 2009. Socialstyrelsen, 2010.
17. Budgetpropositionen för år 2013 (prop. 2012/12:1).
18. Kompetens och ansvar. Betänkande av 2009 års behörighetsutredning. SOU 2010:65.
19. Sjuksköterskors specialistutbildning – vilket slags examen? Stockholm: Högskoleverket; 2010. Report No.: 2010:5
20. En förändrad läkarutbildning (dir. 2011:96).

Bilaga 1. Enkät om rekryteringsläget i hälso- och sjukvården

Landsting/region:

Kontaktperson:

Hur bedömer ni landstingets/regionens balans mellan tillgång och efterfrågan på respektive personalgrupper, för oktober månad 2012?

På den femgradiga skalan anger

1 att *efterfrågan* är större än tillgången (**brist**)

3 att det råder *balans*

5 att *tillgången* är större än efterfrågan (**överskott**)

	Brist överskott				
	1	2	3	4	5
Specialistläkare inom					
Allmänmedicin					
[Ev kommentar]					
Anestesi- och intensivvård					
[Ev kommentar]					
Internmedicin					
[Ev kommentar]					
Obstetrik och gynekologi					
[Ev kommentar]					
Psykatri					
[Ev kommentar]					
Geriatrisk					
[Ev kommentar]					

	1	2	3	4	5
ST-läkare inom					
Allmänmedicin					
[Ev kommentar]					
Anestesi- och intensivvård					
[Ev kommentar]					
Internmedicin					
[Ev kommentar]					
Obstetrik och gynekologi					
[Ev kommentar]					
Psykatri					
[Ev kommentar]					

AT-läkare	1	2	3	4	5
[Ev kommentar]					

Psykologer	1	2	3	4	5
[Ev kommentar]					

Barnmorskor	1	2	3	4	5
[Ev kommentar]					

	Brist överskott				
Sjuksköterskor	1	2	3	4	5
Distriktssjuksköterskor					
[Ev kommentar]					
Specialistutbildade anestesi-/intensivvård					
[Ev kommentar]					
Specialistutbildade medicinsk/kirurgisk vård					
[Ev kommentar]					
Specialistutbildade psykiatrisk vård					
[Ev kommentar]					
Specialistutbildade operationssjukvård					
[Ev kommentar]					
Allmänsjuksköterskor/grundutbildade					
[Ev kommentar]					
Specialistutbildade vård av äldre					
[Ev kommentar]					

Bedömer ni att det finns brist på andra specialistutbildade eller personalgrupper och i så fall vilka?

Fråga 2. Planering och tillsättning av AT- och ST-tjänster

a. Har landstinget/regionen någon central instans för analys av utbildningsbehov och planering för tillsättning av AT- och ST-tjänster? *[Ja/Nej]*

[Ev kommentar]

b. Har landstinget/regionen tagit beslut som påverkar omfånget av AT- och ST-tjänster under innevarande år (2012) eller nästkommande (2013)? *[Ja/Nej]*

[Om ja, ange vad/vilka]

Fråga 3. Aktiv rekrytering av personalgrupper i annat land

a. Bedriver landstinget/regionen någon aktiv rekrytering av någon eller några personalgrupper i andra länder än Sverige? *[Ja/Nej]*

[Om ja, ange vilka grupper av personal som aktivt rekryterats från annat land och i vilket land/vilka länder som rekrytering bedrivits]

b. Bedriver landstinget/regionen någon aktiv rekrytering av utomlands *studerande* för olika yrken inom hälso- och sjukvård? *[Ja/Nej]*

[Om ja, ange vilka studerandegrupper och i vilket land/vilka länder som rekrytering bedrivs]

Bilaga 2. Enkät om rekryteringsläget i tandvården

Landsting/region:

Kontaktperson:

Fråga 1. Hur bedömer ni landstingets/regionens balans mellan tillgång och efterfrågan på respektive personalgrupper (såväl för Folktandvården som för privattandvården), för oktober månad 2012?

På den femgradiga skalan anger

1 att *efterfrågan* är större än tillgången (**brist**)

3 att det råder *balans*

5 att *tillgången* är större än efterfrågan (**överskott**)

Personalgrupp	Brist överskott				
	1	2	3	4	5
Tandläkare					
[Ev kommentar]					
Tandhygienister					
[Ev kommentar]					
Tandsköterskor					
[Ev kommentar]					

Fråga 2. Vad är tandvårdschefernas bedömning av möjligheterna att i dag (oktober 2012) rekrytera olika personalgrupper till länets Folktandvård?

På den femgradiga skalan anger

1 möjligheterna att rekrytera är *mycket dåliga*

5 möjligheterna att rekrytera är *mycket goda*

Personalgrupp	Dåliga goda				
	1	2	3	4	5
Tandläkare					
[Ev kommentar]					
Tandhygienister					
[Ev kommentar]					
Tandsköterskor					
[Ev kommentar]					

Fråga 3. Aktiv rekrytering av personalgrupper i annat land?

a. Bedriver landstinget/regionen någon aktiv rekrytering av tandläkare i andra länder än Sverige? [Ja/Nej]

[Om ja, ange vilka grupper av personal rekryteras från annat land och i vilket land/vilka länder som rekrytering bedrivs]

b. Bedriver landstinget/regionen någon aktiv rekrytering utomlands av *tandläkarstuderande*? [Ja/Nej]

[Om ja, ange vilka studerandegrupper och i vilket land/vilka länder som rekrytering bedrivs]

Bilaga 3. Definitioner, begränsningar och brister samt centrala termer

Definitioner

All sysselsättningsstatistik som presenteras i rapporten avser 2010. Legitimationsstatistik utan uppgift om sysselsättning avser år 2011.

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 2010* [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, inte offentligt ägda
- övriga företag, inte 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 (så kallade 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 talrubbingar
Hörselrubbingar
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 habilitering
Barn- och ungdomskardiologi
Neonatologi

Allmänmedicin

Psykiatriska specialiteter

Psykiatri
Rättspsykiatri
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
Företagshälsövård
Skolhälsövård
Hud- och könssjukdomar
Neurologi
Infektionssjukdomar
Rehabiliteringsmedicin
Onkologi
Klinisk nutrition
Smärtlindring
Nukleärmedicin
Akutsjukvård

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 individen 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 2010. 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 2010* [1].

I avsnittet om migration av arbetskraft tillkommer svårigheterna 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 sysselsatta där.

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 ska målet 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 besluten 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 landstings- 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.