



NHSP 2020-2023 - Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet"

Publikasjonens tittel: NHSP 2020-2023 Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet
"Helsepersonell med utdanning fra utlandet"

Utgitt: 12/2018

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling global helse og dokumentasjon

Postadresse: Pb 220 Skøyen, 0213 Oslo
Besøksadresse: Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Erik Sirnes, rådgiver
Live Korsvold, seniorrådgiver

INNHold

INNHold	2
SAMMENDRAG	4
1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Utvalgte helsepersonellgrupper	6
1.3 Datakilder	7
1.4 Konteksten for arbeidsinnvandringen og internasjonaliseringen av helseutdanningene	9
1.5 Rapportens oppbygging	12
2 Leger med utdanning fra utlandet	13
2.1 Legeårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap	13
2.2 Nye legeautorisasjoner	18
2.3 Norske medisinstudenter i utlandet	19
2.4 LiS1-stillinger – søkere og tilsatte med utenlandsk utdanning	21
2.5 Legespesialister med konvertert spesialistgodkjenning	22
2.6 Omfanget av leger med utenlandsk utdanning sammenlignet med andre land	24
2.7 Oppsummering og vurdering	25
3 Sykepleiere med utdanning fra utlandet	27
3.1 Sykepleierårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap	27
3.2 Nye sykepleierautorisasjoner	31
3.3 Norske sykepleiestudenter i utlandet	32
3.4 Omfanget av sykepleiere med utenlandsk utdanning sammenlignet med andre land	33
3.5 Oppsummering og vurdering	34
4 Helsefagarbeidere med utdanning fra utlandet	36
4.1 Helsefagarbeiderårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap	36
4.2 Nye autorisasjoner som helsefagarbeider	39
4.3 Oppsummering og vurdering	41

5	Tannleger med utdanning fra utlandet	43
5.1	Tannlegeårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap	43
5.2	Nye tannlegeautorisasjoner	46
5.3	Norske odontologistudenter i utlandet	48
5.4	Oppsummering og vurdering	49
6	Psykologer med utdanning fra utlandet	51
6.1	Psykologårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap	51
6.2	Nye psykologautorisasjoner	54
6.3	Norske psykologistudenter i utlandet	56
6.4	Oppsummering og vurdering	57
7	Diskusjon	59
7.1	Årsaker til helsepersonellinnvandring	59
7.2	Årsaker til at norske studenter studerer helsefag i utlandet	63
7.3	Årsaker til geografiske forskjeller	66
7.4	Helsepersonell med utenlandsk utdanning og mulige konsekvenser	67
	Vedlegg	76
	Vedlegg – årsverksstatistikk	76
	Vedlegg – statistikk om søkere og tilsatte på LiS1-stillinger	81
	Vedlegg – statistikk om autorisasjon og spesialistgodkjenning	82
	Vedlegg – statistikk om høyere utdanning	84

SAMMENDRAG

Denne rapporten skal bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag om helsepersonell med utdanning fra utlandet til arbeidet med *Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2020 – 2023*. I rapporten kartlegges årsverksinnsatsen til leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, tannleger og psykologer med utdanning fra utlandet i den norske helse- og omsorgstjenesten. Vi skiller mellom norske og utenlandske statsborgere. Statistikk på årsverksutvikling suppleres med statistikk på nye autorisasjoner og statistikk på norske studenter som studerer medisin, sykepleie, odontologi og psykologi i utlandet.

Den norske helse- og omsorgstjenesten er en del av et internasjonalt arbeidsmarked, med gode muligheter for mobilitet på tvers av landegrensler, særlig innad i EØS-området. Dette kommer fram i statistikken i denne rapporten, som viser at en stor andel av årsverkene utføres av helsepersonell med utenlandsk utdanning. Norge utdanner ikke selv alt helsepersonellet som de norske helse- og omsorgstjenestene benytter, men har også nytte av innsatsen til helsepersonell med utdanning fra utlandet. I internasjonale sammenligninger er Norge blant landene som i størst grad benytter helsepersonell utdannet i utlandet.

Leger, tannleger og psykologer med utenlandsk utdanning utfører betydelig andeler av årsverkene i de norske helse- og omsorgstjenestene¹. Særlig er leger med utenlandsk utdanning viktige; 4 av 10 legeårsverk utføres av leger med utenlandsk utdanning. Blant annet på grunn av de høye opptakskravene ved norske universiteter, velger mange nordmenn å studere medisin, odontologi og psykologi i andre EØS-land. Det har vært en betydelig økning i årsverk utført av norske leger, tannleger og psykologer med utdanning fra utlandet. Også autorisasjonsstatistikken viser at denne gruppen er svært sentral. Antallet norske studenter innen disse fagene økte betydelig fram til studieåret 2015-2016, men har siden sett en liten nedgang. Det har også vært en tydelig økning i årsverk utført av *utenlandske* leger og særlig tannleger og psykologer.

Årsverksinnsatsen til sykepleiere og helsefagarbeidere med utdanning fra utlandet er langt mer begrenset enn for legene, tannlegene og psykologene, men helsefagarbeiderne med utenlandsk utdanning, særlig fra land utenfor EØS-området, har fått økt betydning de senere årene. Selv om sykepleiere og helsefagarbeidere med utdanning fra utlandet utfører en liten andel av årsverkene på landsbasis, er de viktige bidragsyttere særlig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Oslo,

¹ Andelene er dessuten trolig høyere enn det som oppgis i denne rapporten, ettersom SSBs måletidspunkt er i november, slik at utenlandsk helsepersonell som jobber i Norge i ferier ikke fanges opp, og ettersom ikke alt helsepersonell som jobber via bemanningsbyråer blir inkludert. Helsepersonell fra utlandet utgjør en meget stor andel av årsverkene som utføres via bemanningsbyråer.

Akershus og Finnmark. Over tid har det kommet færre sykepleiere og helsefagarbeidere fra Sverige for å jobbe i Norge, og økningen i gjennomførte utdanninger nasjonalt har bare delvis kompensert for dette. Det har også vært en tydelig nedgang i antall helsefagarbeidere fra land utenfor EØS-området som får autorisasjon i Norge fra 2017.

Det er både forskjeller mellom de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten og geografiske forskjeller når det gjelder bruken av helsepersonell med utdanning fra utlandet. Mot slutten av rapporten diskuterer vi mulige årsaker til dette, samt årsaker til at utenlandsk helsepersonell kommer til Norge. Avslutningsvis drøfter vi også mulige konsekvenser av at en betydelig andel av helsepersonellet har utdanning fra utlandet, og vektlegger viktigheten av tilstrekkelige språkkunnskaper, kjennskap til norske forhold, eventuelle faglige forskjeller, sårbarheten hvis vi blir for avhengige av utenlandsk helsepersonell og konsekvenser for typiske "avsenderland". Vi omtaler også potensial og muligheter som helsepersonell utdannet i utlandet gir for den norske helse- og omsorgstjenesten. Utover å være viktige bidragsyttere i de norske helse- og omsorgstjenestene, kan utenlandske helsepersonell også bidra med kulturell kompetanse og nye måter å tenke på.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

I forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP), har Helse- og omsorgsdepartementet initiert et delprosjekt om kompetanse, der "helsepersonell med utdanning fra utlandet" er et underprosjekt. Helse- og omsorgsdepartementet har blitt bedt om å levere grunnlagsdata til arbeidet.

Underprosjektet "helsepersonell med utdanning fra utlandet" følger to hovedretninger:

- 1) Arbeidsinnvandring, eller helsepersonell med utenlandsk statsborgerskap og utdanning fra utenfor Norge som får innvilget autorisasjon og arbeider som helsepersonell i Norge.
- 2) Norske statsborgere som tar helsefaglig utdanning i utlandet og returnerer til Norge for å få autorisasjon og arbeide som helsepersonell her.

Helse- og omsorgsdepartementet ble i første omgang bedt om å innhente data og peke på tendenser i dataene for leger og sykepleiere, samt å identifisere andre helsepersonellgrupper som utmerker seg med hyppighet av utenlandsk utdanning. Departementet har senere bedt direktoratet om å utvide arbeidet til å omfatte en drøfting og analyse av funnene.

Departementet ønsker at analysen og drøftingen skal inkludere disse punktene:

- Konsekvenser av at en andel av helsepersonellet i norske helse- og omsorgstjenester har utdanning fra utlandet
- Mulige årsaker til geografiske forskjeller med hensyn til hvor helsepersonell med utdanning fra utlandet arbeider
- Årsaker til at helsepersonell med utenlandsk utdanning arbeider i Norge
- Årsaker til at personer tar helsefaglig utdanning i utlandet med støtte fra Lånekassen
- En vurdering av mulig sårbarhet, samt muligheter for norsk helse- og omsorgstjeneste med hensyn til tilgang på helsepersonell som er utdannet i utlandet

Departementet har bedt direktoratet om å utarbeide en rapport med hovedfunn fra oppdraget.

1.2 Utvalgte helsepersonellgrupper

I tillegg til leger og sykepleiere, som Helse- og omsorgsdepartementet pekte på i oppdraget, har direktoratet valgt å se nærmere på utviklingen for helsefagarbeidere (inkludert hjelpepleiere og omsorgsarbeidere), tannleger og psykologer.

Dette er sentrale yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten der statistikken viser at mange får autorisasjon på bakgrunn av en utenlandsk utdanning²:

- Over 60 prosent av **tannlegene** som fikk autorisasjon i 2017, hadde utdanning fra utlandet, og mer enn halvparten av nye autorisasjoner til tannleger har blitt gitt på bakgrunn av utenlandsk utdanning hvert av de siste fem årene. Mange av disse er norske statsborgere, og tall fra Lånekassen bekrefter at et betydelig antall norske studenter studerer odontologi i utlandet.
- Omtrent hver tredje **psykolog** som har fått autorisasjon de senere årene, har hatt utdanning fra utlandet, i stor grad andre nordiske utdanninger. En betydelig andel disse er norske statsborgere, og tall fra Lånekassen viser at mange nordmenn studerer psykologi i utlandet.
- Over 80 prosent av **helsefagarbeiderne** som fikk autorisasjon i 2017 hadde norsk utdanning, men tidligere år har andelen vært langt lavere, og i 2012 og 2013 var den kun i overkant av 50 prosent.

1.3 Datakilder

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsbrevet bedt om at Helsedirektoratet benytter datakilder som autorisasjonsdata, data for konvertering av legespesialister, arbeidsmarkedsstatistikk og utdanningsstatistikk for den siste fem-årsperioden, i tillegg til de datakildene som Helsedirektoratet finner det hensiktsmessig å bruke. Vi vil her redegjøre nærmere for statistikken vi har benyttet.

1.3.1 Statistisk sentralbyrå (SSB)

Arbeidsmarkedsstatistikk bestilt fra SSB utgjør den mest sentrale statistikken i denne rapporten. Statistikken er registerbasert, og tar utgangspunkt i avtalte årsverk inkludert lange fravær, altså ikke sysselsatte individer. Vi har valgt å benytte avtalte årsverk framfor antall sysselsatte fordi det gir et bedre inntrykk av hvor stor andel av arbeidsinnsatsen som utføres av arbeidskraft utdannet i utlandet. For enkelthets skyld, vil vi videre omtale "avtalte årsverk" som "årsverk". Populasjonen har ansettelsesforhold i SSBs næringskoder 86 (helsetjenester, inkludert tannhelsetjenester), 87 (pleie- og omsorgstjenester i institusjon) og 88.1 (sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede). Sykepleiestatistikken inkluderer jordmødre og helsesøstre. Helsefagarbeidere inkluderer hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

SSBs måletidspunkt er tredje uke i november det aktuelle året, og siste tilgjengelig statistikk da vi sammenstilte statistikken var fra november 2016. Ulempen med statistikk basert på et gitt målepunkt i november, er at dette ikke fanger opp sesongvariasjoner, der særlig arbeidsinnvandring i forbindelse med ferieavvikling vil kunne ha stor betydning.

² Andre yrker som har en høy andel som får autorisasjon på bakgrunn av utenlandsk utdanning, er tanntekniker, reseptarfarmasøyt, provisorfarmasøyt, jordmor, optiker og fysioterapeut. For autorisasjonsstatistikk fra 2017 for alle helsepersonellgrupper, se vedlegg 40.

Dessuten vil ikke helsepersonell som er ansatt gjennom bemanningsbyråer og som er registrert med SSBs næringskode "utleie av arbeidskraft", fanges opp av statistikken. I spesialisthelsetjenesten har de regionale helseforetakene (RHFene) oversikt over helseforetakenes bruk av innleid arbeidskraft, og Helsedirektoratet har derfor anbefalt at HOD innhenter informasjon om dette direkte fra RHFene. Når det gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester, kan det være mer utfordrende å få en tilfredsstillende oversikt for kommunene. Så vidt Helsedirektoratet er kjent med, fører ikke KS oversikt over kommunenes bruk av innleid arbeidskraft.

Vi ser at en del helsepersonell har mangelfull registrering når det gjelder utdanningsland. Dette gjelder helsepersonell som fikk sin autorisasjon registrert for mange år siden, og særlig gjelder dette tannleger og helsefagarbeidere. For leger, sykepleiere og psykologer er registreringen i større grad komplett, men også her er det noen som er registrert uten utdanningsland.

Når vi ser på geografiske forskjeller i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i tannhelsetjenesten, ser vi først og fremst på forskjeller mellom fylkene. Inndelingen i fylker tar utgangspunkt i virksomhetenes (arbeidsgivernes) geografiske plassering. Ettersom SSB-dataene er fra 2016, på et tidspunkt da Trøndelag-fylkene fortsatt var to fylker, har vi behandlet disse som to ulike fylker, selv om fylkene er sammenslått når rapporten skrives. Når vi ser på geografiske forskjeller i spesialisthelsetjenesten, ser vi på forskjeller mellom helseforetakene. Vi tar da utgangspunkt i opptaksområde for helseforetak (for somatikk), og også her tar inndelingen utgangspunkt i virksomhetenes geografiske plassering. Oslo-sykehusene omfatter Oslo universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus.

SSB fører statistikk både på registrert yrke (som oppgitt i A-meldingen) og høyeste gjennomførte utdanning (hentet fra Nasjonal utdanningsdatabase). Disse vil naturligvis være sammenfallende i de aller fleste tilfeller, men i noen tilfeller vil en person være registrert med et annet yrke enn den høyeste utdanningen skulle tilsi. Vi har valgt å bruke utdanningsvariabelen etter råd fra SSB, fordi yrkesvariabelen kan være utdatert.

Årsverksstatistikken fra SSB grupperer statsborgerskap og utdanningsland i kategoriene Norge, Norden, EØS utenom Norden og land utenfor EØS. For å kunne si noe om hvilke enkeltland som er viktige utdanningsland for helsepersonell i Norge, har vi supplert med SSB-statistikk som tar utgangspunkt i sysselsatte individer (2017-tall). Dette er data som SSB har sammenstilt i forbindelse med rapportering på norsk oppfølging av WHO's retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell (se kapittel 1.4.3 for informasjon om retningslinjene).

1.3.2 Helsepersonellregisteret (HPR)

Helsepersonellregisteret (HPR) inneholder alt helsepersonell som er autorisert i Norge. HPR inneholder også statistikk på konverteringer av spesialistgodkjenninger for leger.

Selv om helsepersonell har en gyldig autorisasjon, og dermed er autorisert til å jobbe i den norske helse- og omsorgstjenesten, sier ikke registeret noe om hvorvidt personellet faktisk jobber i Norge. Fordelen med å bruke autorisasjonsstatistikk til å supplere arbeidsmarkedsstatistikken, er at autorisasjonsstatistikken raskere fanger opp endringer i helsepersonellinnvandringen.

Mange leger, tannleger og psykologer som har utdanning fra utenfor EØS, samt psykologer med utdanning fra EØS, må jobbe en periode med lisens før de får innvilget sin autorisasjon. Det går derfor noe tid fra de søker autorisasjon til de oppnår denne, i tillegg til saksbehandlingstiden. Tidspunktet for helsepersonellens *første* godkjenning, enten lisens eller autorisasjon, hadde gitt mer presis informasjon om når personellet ble en potensiell bidragsyter til den norske helse- og omsorgstjenesten, men dette vil ha krevd en tidkrevende behandling av dataene fra Helsepersonellregisteret som ikke har blitt prioritert.

1.3.3 Utdanningsstatistikk

Helsedirektoratet har hentet inn statistikk fra Lånekassen for å kunne vise antall studenter som får økonomisk støtte til å gjennomføre en grad innen helsefaglige utdanninger i utlandet. Lånekassen tar ikke hensyn til om helseutdanningene gir rett til autorisasjon, men statistikken kan likevel gi et inntrykk av omfanget av potensielle fremtidige autorisasjoner til norske statsborgere med utenlandsk utdanning, og gi en indikasjon på utviklingen.

Vi har også benyttet tilgjengelig statistikk fra Database for høyere utdanning (DBH) for å kunne si noe om studiekapasitet i Norge. Informasjon om kandidatmåltall er hentet fra Kunnskapsdepartementets årlige orienteringer om statsbudsjettetene for universiteter og høyskoler.

1.4 Konteksten for arbeidsinnvandringen og internasjonaliseringen av helseutdanningene

Helsepersonells arbeidsinnvandring til Norge muliggjøres i stor grad av det felleseuropeiske arbeidsmarkedet og gjensidig godkjenning av kvalifikasjoner, mens helsepersonell fra land utenfor EØS kan ha mulighet til å få oppholdstillatelse for faglærte. Mulighetene for økonomisk støtte gjennom Lånekassen legger til rette for internasjonalisering av høyere utdanning.

1.4.1 Et felles europeisk arbeidsmarked

I 1993 inngikk de nordiske landene *Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer*, den såkalte Arjeplog-avtalen. Avtalen slår fast at helsepersonell som har fått autorisasjon i ett av de nordiske landene, skal ha rett til autorisasjon også i de øvrige landene. Arjeplog-avtalen er under revidering, som følge av at de nordiske landene nå skal forholde seg til EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv (se neste side) som grunnlag for gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner som er ervervet i annet nordisk land³.

³ Den reviderte overenskomsten opprettholder imidlertid de nordiske landenes (Danmark, Sverige, Finland, Island og Norge) forpliktelser overfor Grønland og Færøyene, da de to sistnevnte ikke er avtaleparter i EØS-avtalen. Sykepleiere med grønlandsk eller færøysk utdanning, samt "sundhedsassistenter" med grønlandsk utdanning og "social- og sundhedsassistenter" med færøysk utdanning, vil fortsatt være omfattet av nordisk overenskomst. Videre har de nordiske landene blitt enige om en bestemmelse i overenskomsten om informasjonsutveksling av tilsynsopplysninger om konkrete saker, og opplysninger av mer generell og felles interesse som berører pasientsikkerheten, som går lengre enn informasjonsutvekslingsbestemmelsene i direktiv 2005/36/EF (og det konsoliderte yrkeskvalifikasjonsdirektivet 2013/55/EU).

EØS-avtalen trådte i kraft i 1994. Alle statsborgere i land i det *europæiske økonomiske samarbeidsområdet*, har rett til å være arbeidstaker i andre medlemsland. Dette innebærer at Norge er en del av EUs indre marked med fri flyt av personer, og dette preger det norske arbeidsmarkedet for helsepersonell.

I 2004 ble EU, og dermed EØS-området, utvidet med ti nye land; Estland, Latvia, Litauen, Polen, Tsjekkia, Slovakia, Ungarn, Slovenia, Malta og Kypros. I 2007 ble unionen ytterligere utvidet med Bulgaria og Romania, og etter en overgangsperiode har arbeidstakere fra disse to landene fulgt det alminnelige EØS-regelverket siden 2012. Kroatia ble EUs 28. og foreløpig siste medlemsland i 2013, og en del av EØS-området det påfølgende året. I tillegg til EUs medlemsland, er også EFTA-landene Liechtenstein og Island en del av det indre marked gjennom EØS-avtalen, mens EFTA-landet Sveits deltar gjennom bilaterale avtaler. Når vi i denne rapporten refererer til land innenfor og utenfor EØS-området, inkluderer vi for enkelthets skyld Sveits i EØS-området for ikke å måtte bruke begrepet "EØS-området og Sveits" hver gang.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet regulerer gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner i EU. Norge har implementert direktivets forpliktelser gjeldende helsepersonell gjennom *forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjon fra andre EØS-land eller fra Sveits* (EØS-forskriften). Yrkene lege, tannlege, sykepleier, jordmor og provisorfarmasøyt er yrker som er såkalt harmoniserte gjennom yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Personer som har utdanning fra EØS-området innenfor de harmoniserte yrkene og diplom i henhold til yrkeskvalifikasjonsdirektivet, har rett til automatisk godkjenning i Norge. Søker har rett til autorisasjon innenfor de ikke-harmoniserte yrkene dersom søkeren fremlegger kvalifikasjonsbevis som kreves i en annen avtalestat for der å kunne utøve et av disse lovregulerte yrkene.

Mens EU/EØS-borgere har rett til å bo og arbeide i Norge, må helsepersonell fra land utenfor EU/EØS søke om oppholdstillatelse for arbeid (tidligere kjent som arbeidstillatelse). For å få oppholdstillatelse for arbeid som faglært, må helsepersonell dokumentere autorisasjon (eller lisens) fra Helsedirektoratet. Når helsepersonell med utdanning fra denne landgruppen søker om autorisasjon, foretar Helsedirektoratet en jevngodhetsvurdering av hver enkelt søkers utdanning. Fra og med 1. januar 2017 må alle helsepersonell som har utdannet seg i land utenfor EØS-området gjennomføre kurs og eksamen i nasjonale fag (se kapittel 7.4.2) og dokumentere norskkunnskaper (eventuelt svensk eller dansk) på B2-nivå for å få autorisasjon i Norge. Leger, tannleger, sykepleiere og farmasøyter må i tillegg gjennomføre kurs og eksamen i legemiddelhåndtering. Leger, tannleger, sykepleiere og helsefagarbeidere må også gjennomføre en fagspesifikk praktisk, muntlig og skriftlig fagprøve. Helsepersonellet må selv dekke det meste av kostnadene som kursene og prøvene medfører. De nye kravene vil med stor sannsynlighet påvirke arbeidsinnvandringen fra disse landene. Som vi vil komme tilbake til, er dette noe som vi allerede kan se tendenser til.

1.4.2 Internasjonalisering av høyere utdanning

Ulike regjeringer har gjennom lengre tid ønsket at norske studenter skal gjennomføre studier i utlandet. Å legge til rette for studier i utlandet gjennom statlig finansiering og godkjenningsordninger sees på som et viktig utdanningspolitisk virkemiddel⁴.

I 1996 inngikk de nordiske landene en overenskomst der de gjensidig forpliktet seg til å gi utdanningsøkende bosatt i et annet nordisk land, adgang til sin offentlige høyere utdanning på likeverdige vilkår som søkere fra sitt eget land. Dette gjorde det lettere for norske studenter å studere helsefag i andre nordiske land.

Lån og stipend fra Lånekassen gjør at mange norske studenter har råd til å studere utenlands, også på utenlandske universiteter med skolepenger. Da gebyrstipendet ble erstattet av skolepengestøtte i 2004, ble samtidig fagbegrensningen fjernet. Skolepengestøtten består av både stipend og lån (i Norden er støtten lavere og blir gitt som lån). Støtteordningen gjør at den økonomiske barrieren det er å studere på utenlandske universiteter med skolepenger, er lavere enn den har vært tidligere. Resultatet har vært en økende internasjonalisering av nordmenns høyere utdanning.

1.4.3 Norge som et "mottakerland"

Norge er et land med høye lønninger, gode arbeidsforhold og helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet. Dette gjør oss til en attraktiv destinasjon for utenlandsk helsepersonell. Vi har lite håndfast informasjon om *utvandring* av helsepersonell som er utdannet i Norge, men vi vet at Norge primært er et mottakerland av helsepersonell.

Tidligere fant det sted aktiv rekruttering av helsepersonell fra utlandet for å dempe rekrutteringsutfordringer. På 1990-tallet ble det påbegynt rekruttering av leger gjennom Arbeidsdirektoratets legerekutteringsprosjekt og sykepleiere og tannleger gjennom Aetat helserekuttering, som samarbeidet med norske kommuner og fylkeskommuner som hadde rekrutteringsutfordringer. Helsedirektoratet har ikke informasjon om omfanget av den aktive rekrutteringen i denne perioden. Etter at Aetat helserekuttering ble lagt ned i 2003, har den aktive og systematiske rekrutteringen fra utlandet stoppet. På midten av 2000-tallet var det en økende oppmerksomhet rundt det som ble omtalt som en global helsepersonellkrise, og Norge ble en pådriver for innføringen av globale retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell. I 2010 ble det enighet om WHO's retningslinjer ("Code of Practice")⁵. I henhold til de frivillige retningslinjene skal alle medlemslandene, i så stor grad som mulig, tilstrebe å oppfylle sine helsepersonellbehov med egne menneskelige ressurser. Retningslinjene fraråder særlig aktiv og systematisk rekruttering fra utviklingsland som opplever kritisk mangel på helsepersonell. Samtidig understrekes det at retningslinjene ikke skal tolkes som en begrensning av helsepersonellens individuelle frihet, i samsvar med gjeldende lover, til å migrere til land som ønsker å ta imot og ansette dem.

⁴ Jf. f.eks. St.meld. nr. 14 (2008-2009). *Internasjonalisering av utdanning*.

⁵ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel.

Tilgjengelig fra https://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf

1.5 Rapportens oppbygging

Hver av de fem utvalgte yrkene vil omtales i egne kapitler; leger i kapittel 2, sykepleiere i kapittel 3, helsefagarbeidere i kapittel 4, tannleger i kapittel 5 og psykologer i kapittel 6. I disse kapitlene vil vi presentere de innhentede dataene og peke på tendenser i disse, jf. første del av oppdraget.

I kapittel 7 vil vi diskutere årsakene til at helsepersonell innvandrer til Norge (7.1) og årsakene til at norske studenter studerer i utlandet (7.2). Videre vil vi se nærmere på mulige årsaker til de geografiske forskjellene som er avdekket (7.3). Avslutningsvis i kapitlet vil vi diskutere mulige konsekvenser av at en betydelig andel av helsepersonellet har utdanning fra utlandet, herunder mulig sårbarhet, samt mulighetene for den norske helse- og omsorgstjenesten med hensyn til tilgang på helsepersonell som er utdannet i utlandet (7.4). Dette kapitlet vil adressere departementets ønsker i utvidelsen av oppdraget.

2 LEGER MED UTDANNING FRA UTLANDET

2.1 Legeårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap

Utenlandske leger utdannet i utlandet utførte over 3 100 årsverk i 2016, tilsvarende 13,4 prosent av legeårsverkene. Som vist i figur 1, har andelen gått ned med 0,3 prosentpoeng siden 2012, men disse legene utførte nesten 300 flere årsverk i 2016 enn de gjorde i 2012. Årsverkene som utføres av utenlandske leger med utdanning fra utlandet kan brytes videre ned på EØS-borgere, som utførte 6,8 prosent av totale legeårsverk, nordiske statsborgere, som utførte 4,6 prosent, og statsborgere av land utenfor EØS, som utførte 2,0 prosent.

Norske leger utdannet i utlandet utførte i 2016 over 5 900 årsverk, tilsvarende hvert fjerde legeårsverk (25,2 %). Dette innebærer en økning på 3,2 prosentpoeng fra 2012, etter at antallet årsverk økte med over 1 300 årsverk og nesten 30 prosent. Årsverkene som utføres av norske leger med utenlandsk utdanning kan brytes ned på norske leger utdannet i EØS-land utenfor Norden, som utførte 19 prosent av totale årsverk, norske leger utdannet i Norden, som utførte 3,0 prosent og norske leger utdannet i land utenfor EØS, som utførte 3,2 prosent.

Leger med utdanning fra utlandet utførte altså totalt nesten 4 av 10 årsverk (38,6 prosent) i 2016. De vanligste utdanningslandene for leger sysselsatt i norske helse- og omsorgstjenester, er Polen (1 938 sysselsatte), Tyskland (1 602), Ungarn (1 113), Danmark (1 020) og Sverige (600).

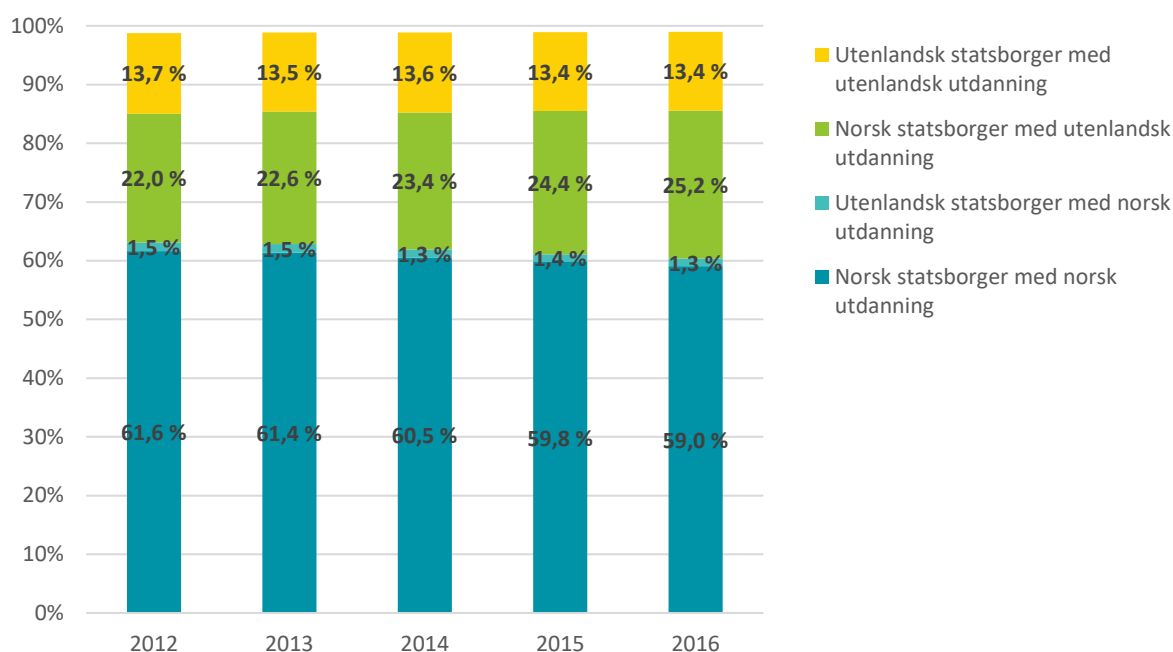
Utenlandske leger med norsk utdanning utførte i overkant av 300 årsverk i 2016, tilsvarende drøyt én prosent av årsverkene. **Leger med utenlandsk statsborgerskap**, med enten utenlandsk, norsk eller ukjent utdanning, utførte da totalt 14,9 prosent av årsverkene, en nedgang på 0,6 prosentpoeng siden 2012.

Tabell 1. Avtalte legeårsverk, fordelt på utdanningsland og statsborgerskap. 2012-2016.

		2012	2013	2014	2015	2016
Norsk utdanning	Norsk statsborger	12 828	13 103	13 495	13 656	13 889
	Utenlandsk statsborger	303	312	298	310	311
	Ukjent statsborger	2	2	0	1	1
Utenlandsk utdanning	Norsk statsborger	4 569	4 821	5 206	5 581	5 926
	Utenlandsk statsborger	2 859	2 880	3 040	3 065	3 157
	Ukjent statsborger	3	6	9	0	0
Ukjent utdanningsland	Norsk statsborger	192	179	208	209	211
	Utenlandsk statsborger	55	50	32	30	27
Totalt antall årsverk		20 811	21 353	22 288	22 852	23 522

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Figur 1. Andel av avtalte årsverk for leger fordelt på utdanningsland og statsborgerskap. 2012-16.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Merk at andelene ikke summerer opp til 100 % pga. enkelte med ukjent statsborgerskap eller utdanningsland. Se tabell 1 for tabellen som danner grunnlaget for figuren i absolutte tall.

2.1.1 Sammenligning av spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester

Tabell 2 viser at andelen av legeårsverkene som utføres av **utenlandske leger med utdanning fra utlandet** er høyere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten, 14,1 mot 11,9 prosent.

Norske leger med utdanning fra utlandet utfører 26,1 prosent av årsverkene i kommunehelsetjenesten mot 25,2 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Leger med utdanning fra utlandet utfører dermed totalt 38,0 prosent av årsverkene i kommunehelsetjenesten og 39,3 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 2. Avtalte legeårsverk fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og helsetjeneste. Prosentandel, med antall i parentes. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	Alle statsborgere
Kommunehelsetjenesten	59,2 % (3 872)	1,2 % (78)	26,1 % (1 709)	11,9 % (778)	1,5 % (99)	100 % (6 536)
Spesialisthelsetjenesten	58,7 % (9 279)	1,4 % (214)	25,2 % (3 984)	14,1 % (2 227)	0,7 % (110)	100 % (15 814)

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

2.1.2 Geografiske ulikheter i spesialisthelsetjenesten

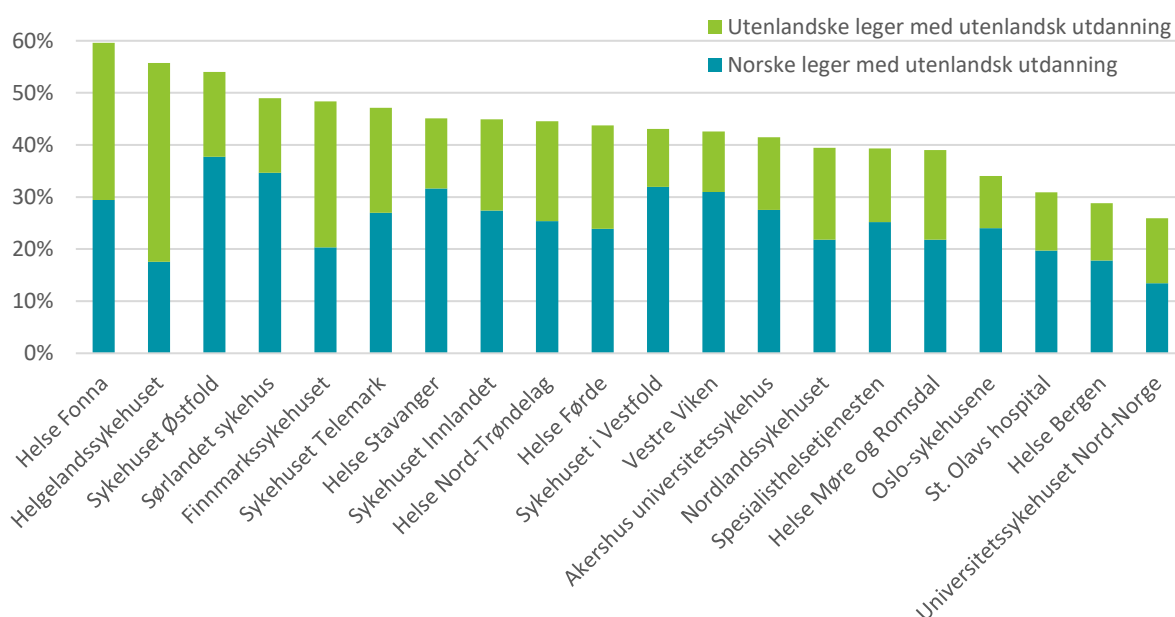
Det er store variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder i hvilken grad de benytter leger med utenlandsk utdanning, og det varierer også hvilke foretak som benytter henholdsvis norske og utenlandske statsborgere med utenlandsk utdanning, som vist i figur 2.

Utenlandske leger med utenlandsk utdanning utfører 10 prosent av årsverkene eller mer ved samtlige helseforetak. Tre helseforetak utmerker seg ved at en særlig høy andel av årsverkene utføres av denne gruppen; Finnmarkssykehuset (28 %), Helse Fonna (30 %) og Helgelandssykehuset (38 %).

Norske leger med utdanning fra utlandet utfører mer enn 13 prosent av årsverkene ved samtlige helseforetak. Andelen er mer enn en fjerdedel ved Helse Nord-Trøndelag, Helse Fonna, Helse Stavanger og samtlige helseforetak under Helse Sør-Øst RHF, med unntak av Oslo-sykehusene, der andelen er like under en fjerdedel.

Leger med utenlandsk utdanning utfører over halvparten av årsverkene ved Sykehuset Østfold (54 %), Helgelandssykehuset (56 %) og Helse Fonna (60 %). Andelen ligger tett opptil halvparten også ved Sykehuset Telemark (47 %), Finnmarkssykehuset (48 %) og Sørlandet sykehus (49 %). Helseforetakene der leger med utenlandsk utdanning utfører den laveste andelen av årsverkene, er Universitetssykehuset i Nord-Norge (26 %), Helse Bergen (29 %), St. Olavs hospital (31 %) og Oslo-sykehusene (34 %). Dette er også helseforetakene med sykehus lokalisert i byer med universiteter som tilbyr medisinutdanning.

Figur 2. Andel av legeårsverk i helseforetakene utført av leger med utenlandsk utdanning, fordelt på statsborgerskap. 2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se tabell 31 i vedlegget for antall årsverk i hvert foretak og oversikten i tabellform.

2.1.3 Geografiske ulikheter i kommunale helse- og omsorgstjenester

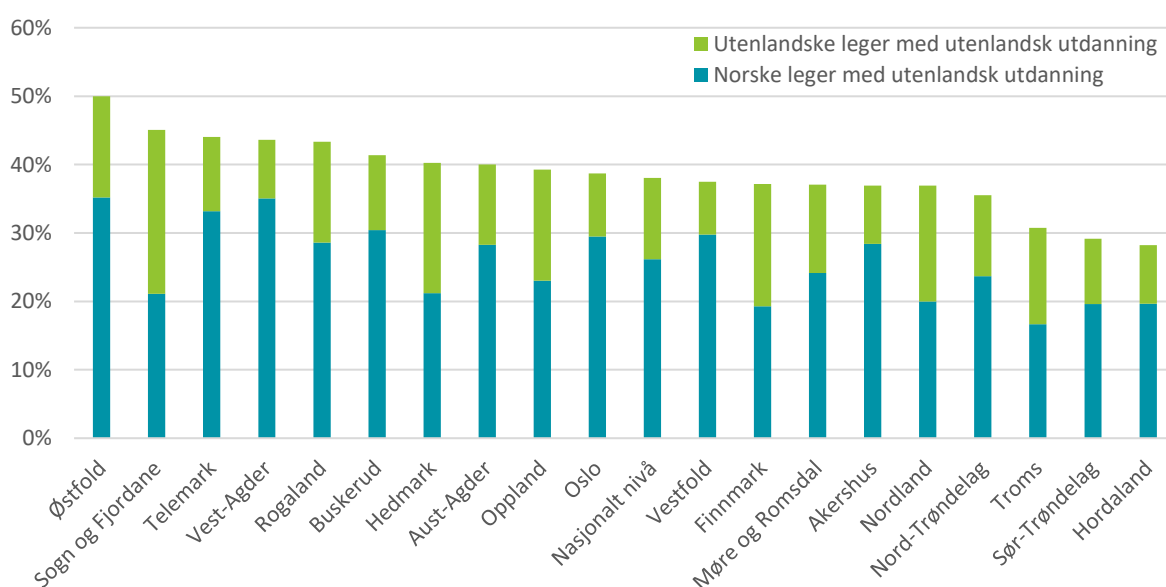
Figur 3 viser at det er betydelige geografiske forskjeller også i kommunehelsetjenesten. Det skal sies at antall årsverk er lavt i enkelte fylker, slik at relativt få leger kan gi utslag på prosentandelen. Antall årsverk i hvert fylke er listet opp i tabell 32 i vedlegget.

Utenlandske leger med utenlandsk utdanning utfører nesten hvert fjerde legeårsverk (24 prosent) i kommunehelsetjenesten i Sogn og Fjordane. Andelen er relativt høy også i Oppland (16 %), Nordland (17 %), Finnmark (18 %) og Hedmark (19 %). Andelen er over 10 prosent i ytterligere åtte fylker. Kun i Vestfold, Akershus, Vest-Agder, Hordaland, Oslo og Sør-Trøndelag utfører disse legene under 10 prosent av årsverkene.

Norske leger med utenlandsk utdanning utfører over 16 prosent av legeårsverkene i kommunehelsetjenesten i alle landets fylker. Denne gruppen av leger utfører mer enn hvert fjerde årsverk i Akershus, Aust-Agder, Buskerud, Oslo, Rogaland og Vestfold og mer enn hvert tredje årsverk i Telemark, Vest-Agder og Østfold. I de tre nordnorske fylkene, Hordaland og Sør-Trøndelag utfører norske leger med utenlandsk utdanning 20 prosent eller mindre av årsverkene.

Leger med utenlandsk utdanning utfører totalt halvparten av årsverkene i Østfold, og andelen overstiger 40 prosent også i Agder-fylkene, Hedmark, Buskerud, Rogaland, Telemark og Sogn og Fjordane. Disse legene utfører under en tredjedel av årsverkene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Troms, Hordaland og Sør-Trøndelag, som alle er fylker med universiteter som tilbyr medisinutdanning. Oslo ligger omtrent på det nasjonale nivået.

Figur 3. Andel av legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester utført av leger med utenlandsk utdanning, fordelt på statsborgerskap. 2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se tabell 32 i vedlegget for antall årsverk i hvert fylke og oversikten i tabellform.

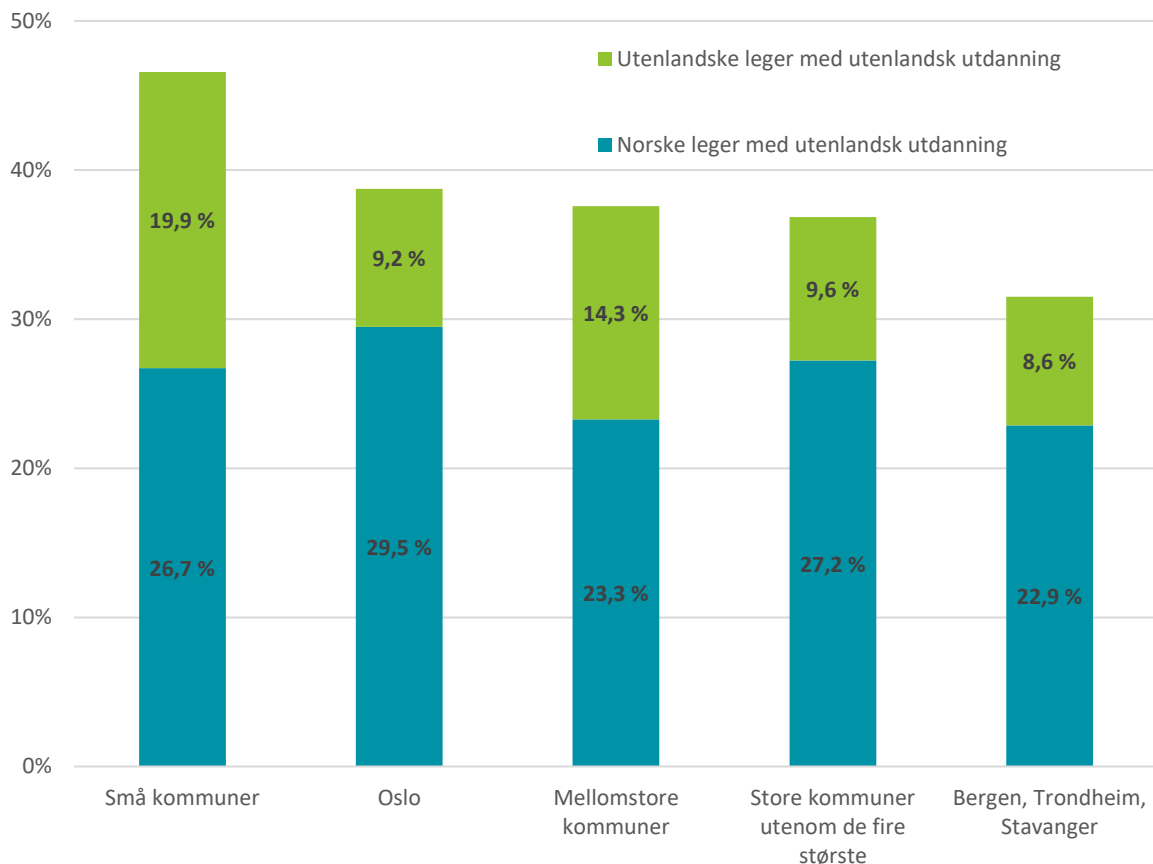
Figur 4 viser avtalte legeårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap i kommuner av ulik størrelse, basert på KOSTRA-grupper.

Utenlandske leger med utenlandsk utdanning utfører en større andel av årsverkene i små kommuner (ca. 20 prosent) og mellomstore kommuner (ca. 14 prosent) enn i de øvrige kommunekategoriene (ca. 9 prosent).

Andelen av årsverkene som utføres av **norske leger med utenlandsk utdanning** varierer mellom ca. 23 prosent i de største byene utenom Oslo og i mellomstore kommuner, via ca. 27 prosent i små kommuner og store kommuner utenom de største byene, til knapt 30 prosent i Oslo.

Leger med utenlandsk utdanning utfører samlet en større andel av årsverkene i de små kommunene enn i øvrige kategorier. Andelen i Oslo ligger like over det nasjonale nivået for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, mens de mellomstore kommunene og de store kommunene utenom de største byene ligger litt under. De største byene utenom Oslo (Bergen, Trondheim og Stavanger) skiller seg ut med en mindre andel av årsverkene utført av leger med utenlandsk utdanning.

Figur 4. Andel av legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester utført av leger med utenlandsk utdanning, fordelt på statsborgerskap, i ulike kommunekategorier. 2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Små kommuner har mindre enn 5 000 innbyggere. Mellomstore kommuner har mellom 5 000 og 19 999 innbyggere. Store kommuner har 20 000 innbyggere eller mer. Se tabell 40 i vedlegget for antall årsverk i hver kommunekategori og oversikten i tabellform.

2.2 Nye legeautorisasjoner

Tabell 3 viser at antall nye legeautorisasjoner varierer fra år til år, og at også andelen som har fått autorisasjon på bakgrunn av en utenlandsk utdanning varierer i stor grad. Merk at det høye antallet autorisasjoner i 2013 trolig kan forklares med omleggingen av turnusordningen, slik at både leger som kom rett fra universitetene og leger som hadde gjennomført turnus søkte autorisasjon samtidig.

Utdanning fra Norge

I 2016 og 2017 var andelen av autorisasjonene som ble gitt til leger med norsk utdanning under 30 prosent. Dette er langt lavere enn i 2013 og 2014, men omtrent på nivå med 2012. Det høye antallet i 2013 kan ha sammenheng med den nevnte omleggingen av turnusordningen, som også kan hatt en påvirkning på 2014-tallene.

Utdanning fra Norden

I 2017 var det 333 personer med utdanning fra Norden (utenom Norge) som fikk autorisasjon som lege. Antallet er høyere enn i 2015 og 2016, men lavere enn i perioden 2012-2014. Andelen av nye autoriserte leger som har utdanning fra Norden, lå i 2017 på ca. 14 prosent. Selv om antallet ikke har sunket så mye siden 2012, medfører den generelle økningen i autorisasjoner til at andelen likevel har falt betydelig, særlig sammenlignet med 2012, da mer enn hver fjerde autorisasjon ble gitt til leger med nordisk utdanning. De senere årene har 10-15 prosent av disse autorisasjonene gått til norske statsborgere, mens resten primært har vært gitt til nordiske statsborgere.

Utdanning fra øvrige EØS-land

I 2017 var det 1 049 personer med utdanning fra øvrige EØS-land som fikk autorisasjon som lege, og dette utgjorde drøyt 44 prosent av autorisasjonene i 2017. Andelen og særlig antallet er høyere enn tidligere år. Mange av disse er som kjent nordmenn som har studert medisin i Europa; i perioden 2012 til 2016 var mellom 53 og 61 prosent av disse norske statsborgere, og i 2017 var andelen hele 71 % prosent.

Utdanning fra land utenfor EØS-området

Antall nye autoriserte leger med utdanning fra land utenfor EØS har variert en del i perioden, og det har også andelen disse utgjør. I 2017 var det en tydelig økning i antallet, og disse utgjorde da nesten 13 prosent av autorisasjonene.

Trolig var det mange leger med midlertidig lisens som søkte om endelig autorisasjon i 2017 for å komme inn under overgangsordningen i forbindelse med innføring av ny tilleggskravforskrift, slik at de skulle unngå å måtte gjennomføre fagprøven som nå stilles til leger fra disse landene. Fagprøven for leger koster ca. kr. 50 000, som må dekkes av den enkelte lege. Tallene for 2018 ligger an til å bli betydelig lavere enn i 2017, selv om noen leger har blitt autorisert i 2018 etter det forrige regelverket. Vi kan forvente at de nye tilleggskravene for leger utdannet utenfor EØS-området vil ha konsekvenser for antallet som autoriseres. Foreløpige, upubliserte tall på autorisasjonssøknader viser en tydelig nedgang i søkere fra 2016 til 2017, men at søkertallene har gått noe opp igjen i 2018.

Mellom 10 og 21 prosent av autorisasjonene til personer med utdanning fra land utenfor EØS-området, har forøvrig vært gitt til norske statsborgere.

Tabell 3. Nye autorisasjoner som lege, fordelt på utdanningsland. Antall og andel. 2012-2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Norge	492	1 269	876	706	479	673
Norden	442	504	385	318	298	333
Øvrige EØS-land	628	762	679	683	718	1 049
Andre	120	229	134	172	163	296
Total	1 682	2 764	2 074	1 879	1 658	2351
Norge	29,3 %	45,9 %	42,2 %	37,6 %	28,9 %	28,6 %
Norden	26,3 %	18,2 %	18,6 %	16,9 %	18,0 %	14,2 %
Øvrige EØS-land	37,3 %	27,6 %	32,7 %	36,3 %	43,3 %	44,6 %
Andre	7,1 %	8,3 %	6,5 %	9,2 %	9,8 %	12,6 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Kilde: HPR.

Utdanningsland ved nye autorisasjoner som lege i Norge sammenlignet med de nordiske landene

Autorisasjonsstatistikken fra de andre nordiske landene viser at det er leger som i størst grad har utenlandsk utdanning blant helsepersonell som får autorisasjon. Nesten halvparten (49 %) av legene som fikk autorisasjon i Sverige i 2017, hadde utenlandsk medisinstudium, mens tilsvarende tall var ca. 35 prosent på Island, 21 prosent i Finland og 18 prosent i Danmark. Andelen i de andre nordiske landene er likevel langt under andelen i Norge, som var i overkant av 71 prosent. Norge autoriserte i 2017 færrest leger med innenlandsk utdanning i Norden, med unntak av Island, men autoriserte totalt sett flest leger.

Tabell 4. Nye autorisasjoner som lege i de nordiske landene i 2017, fordelt på utdanning i det aktuelle landet eller fra utlandet.

	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island
Innenlandsk utdanning	673	1 127	1 276	790	63
Utenlandsk utdanning	1 678	1 074	275	207	34
Totalt	2 351	2 201	1 551	997	97
Andel med utenlandsk utdanning	71,4 %	48,8 %	17,7 %	20,8 %	35,1 %

Kilde: Basert på tall fra Helsepersonellregisteret og årsrapport for Nordisk gruppe for helsepersonell 2017.

2.3 Norske medisinstudenter i utlandet

Opptakskravene for medisinstudiet ved de fire norske universitetene som tilbyr studiet, er svært høye. De høye opptakskravene er en årsak til at mange norske studenter studerer derfor medisin i utlandet (se kapittel 7.2 om norske medisinstudenters motivasjon for å studere i utlandet). Statistikk fra Lånekassen viser at det var 3 177 norske studenter som fikk støtte til medisinstudier utenlands i studieåret 2017-18. Antall medisinstudenter økte betydelig gjennom perioden fra 2010-11 til 2015-16, før det var nedgang i 2016-17 og 2017-18.

De nyere EU-landene er de vanligste landene å studere medisin i for norske statsborgere: Polen

(1 208 studenter)⁶, Ungarn (523)⁷, Slovakia (470) og Tsjekkia (212), i tillegg til Danmark (393). Universitetene i disse landene har hatt mange norske medisinstudenter i hele perioden fra studieåret 2010-11, men det har vært en tydelig økning i Slovakia, Tsjekkia og Danmark. Det har også vært en stor økning i Latvia (som tidligere har vært inkludert i kategorien "Øvrige land i Europa" i tabell 5), der det i studieåret 2017-18 var 147 studenter. Norske medisinstudenter studerer i liten grad i Tyskland, som var det mest populære studielandet for norske medisinstudenter på 1990-tallet. Sverige er heller ikke lenger et vanlig land å studere medisin i.

Som tabell 5 viser, studerer nesten alle i Europa, trolig fordi legeyrket er harmonisert i EØS-området. Medisnutdanningene utenfor Europa kan være svært ulike den norske utdanningen, og utdanninger fra land utenfor EØS-området må vurderes å være jevngod med norsk utdanning for å gi autorisasjon i Norge. De nye tilleggskravene for personer med utdanning fra disse landene, kan gjøre det mindre attraktivt å studere medisin utenfor EØS-området. Samtidig er det slik at de få som velger å studere medisin i land som USA og Australia, muligens reiser av andre årsaker enn de som studerer i Europa, og disse arbeider ofte en stund i studielandet før de reiser tilbake.

Et regjeringsnedsatt utvalg (Grimstad-utvalget) skal blant utrede en modell der studenter som studerer medisin i utlandet kan ta de siste årene, den kliniske delen av studiet, i Stavanger. Gruppen skal avgi endelig rapport innen utgangen av september 2019.

Tabell 5. Antall gradsstudenter i medisin som får støtte av Lånekassen til å studere i utlandet, fordelt på de mest vanlige utdanningslandene^{a)}. Studieårene 2010-11 til 2017-18.

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Polen	1 203	1 262	1 278	1 267	1 278	1 303	1 251	1 208
Ungarn	515	551	562	546	575	582	584	523
Slovakia	292	336	405	454	450	443	455	470
Danmark	258	247	277	324	350	419	392	393
Tsjekkia	185	204	230	260	253	250	231	212
Latvia ^{b)}								147
Sverige	8	11	11	9	9	14	20	25
Storbritannia	28	32	28	25	19	19	19	16
Tyskland	67	56	44	33	28	25	20	19
Øvrige land i Europa	174	197	234	249	265	295	317	164 ^{b) c)}
Land utenfor Europa	14	11	13	10	10	5	3	
Totalt	2 744	2 907	3 082	3 177	3 237	3 355	3 292	3 177

Kilde: Lånekassen.

a) Dersom tabellen utelukkende hadde tatt utgangspunkt i siste år, ville Kroatia (39 norske medisinstudenter) og Bulgaria (34) vært vanligere land å studere medisin i enn Sverige, og Romania (21) vært vanligere enn Storbritannia og Tyskland.

b) Latvia var inkludert i "Øvrige land i Europa" t.o.m. studieåret 2016-17.

c) Fra og med studieåret 2017-18 utleverer Lånekassen mindre detaljert statistikk, og disse landgruppene er derfor slått sammen.

⁶ Enkelte av medisnutdanningene i Polen har krav om at studentene skal ha noe praksis i ferier, som mange av de norske studentene som gjennomfører i Norge. Helsedirektoratet har ikke oversikt over hvor omfattende dette er.

⁷ Det sjettede året på medisinstudiet i Ungarn er et praksisår, og mange norske studenter gjennomfører praksisperioden i Norge. Stavanger Universitetssykehus har over flere år lyst ut praksisplasser for disse.

2.4 LiS1-stillinger – søkere og tilsatte med utenlandsk utdanning

Turnustjenesten for leger ble fra og med høsten 2017 omgjort til en felles del 1 for alle spesialistutdanningene (kalt LiS1). I likhet med turnustjenesten, omfatter spesialistutdanningens første del tolv måneders tjeneste i sykehus og seks måneder i kommunehelsetjenesten. Det er 950 LiS1-stillinger. Det innebærer at det i utgangspunktet kan utlyses 475 stillinger hvert halvår, men noen stillinger utlyses ikke fordi de må reserveres leger i lovhemlet permisjon. Det store antallet leger med utdanning fra utlandet, innebærer at det er langt flere søkere enn det er stillinger. For en grundigere omtale av søkere og tilsatte i LiS-stillinger, vises det til Helsedirektoratets statusrapporter.

2.4.1 Økende andel søkere med utdanning fra andre land

Figur 5 viser antall søkere på turnusstillinger og LiS1-stillinger i perioden fra våren 2013 til våren 2018, gruppert etter om søkeren har utdanning fra Norge, et annet EØS-land eller fra et land utenfor EØS-området.

Søkere med norsk utdanning

Den relativt stabile nasjonale utdanningskapasiteten innebærer at antall søkere med norsk utdanning ikke varierer i noen særlig stor grad, men som tabell 41 i vedlegget viser, har *andelen* av søkerne som har norsk utdanning sunket gjennom hele perioden, fra omkring 44 prosent i første utlysningsrunde våren 2013 til i underkant av 30 prosent våren 2018.

Søkere med utdanning fra EØS-land

Gruppen med utdanning fra andre EØS-land er den største gruppen søkere i alle utlysningsrundene. Andelen søkere med utdanning fra et annet EØS-land har ligget relativt stabilt rundt halvparten av søkerne, og de mindre variasjonene i perioden ser ikke ut til å følge et tydelig mønster (at andelen var så lav som 43,7 prosent høsten 2017, skyldes et unaturlig høyt antall søkere fra utenfor EØS-området, se forklaring under). Dette er for det meste norske statsborgere; våren 2018 var 88 prosent av søkerne som hadde utdanning fra et EØS-land, norske statsborgere.

Søkere på LiS1-stillinger som har sin utdanning fra et EØS-land med integrert praksis⁸ trenger ikke å søke LiS1-stilling, og kan søke seg direkte inn i en stilling som LiS. Etter 1. mars 2019 må også denne gruppen søke på LiS1-stillinger, og gjennomføre del 1 av spesialiseringen før de kan fortsette til del 2. Med andre ord vil etterspørselen etter LiS1-stillinger trolig øke, men statistikken viser at mange leger fra disse landene allerede søker på og tiltrer LiS1-stillinger selv om det ikke er obligatorisk; våren 2018 hadde 534 av søkerne og 156 av de tilsatte utdanning fra et EØS-land med integrert praksis.

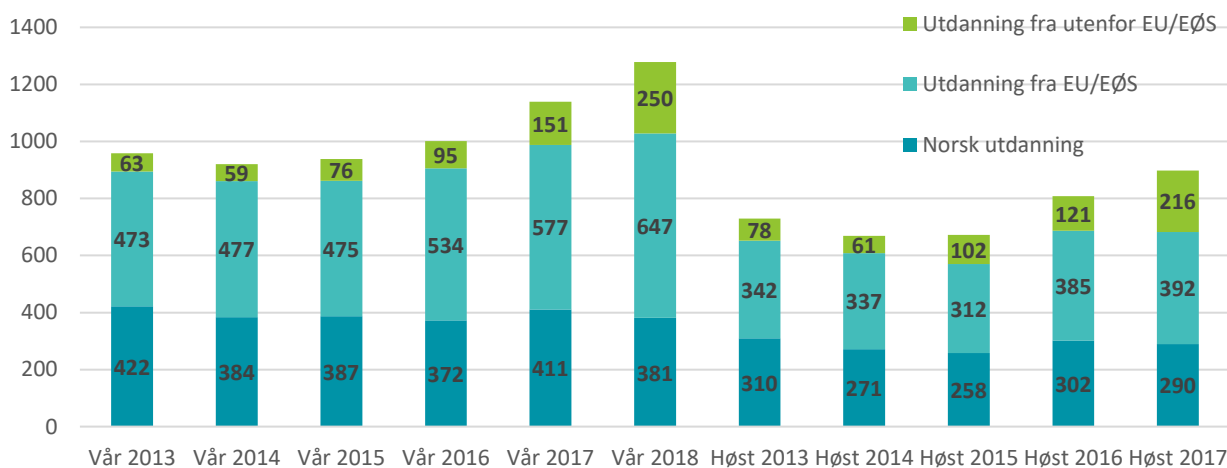
Søkere med utdanning fra land utenfor EØS-området

Antall søkere med utdanning fra land utenfor EU/EØS har vært relativt lavt i perioden, men antallet har økt de siste fire utlysningsrundene, der særlig høsten 2017 og våren 2018 skiller seg ut med et høyt antall søkere. Dette antallet er trolig ekstra høyt fordi mange leger med midlertidig lisens fra disse landene søkte om autorisasjon i 2016 og 2017 for å slippe de nye tilleggskravene, som nevnt

⁸ Land med integrert praksis er Belgia, Bulgaria, Estland, Finland, Frankrike, Hellas, Kroatia, Kypros, Latvia, Nederland, Romania, Slovakia, Slovenia, Spania, Sveits, Tsjekkia, Tyskland, Ungarn og Østerrike. I tillegg undertegnet Norge og Polen i september 2016 en felles erklæring om at norske medisinstudenter i Polen vil få godkjent utdanningen sin i Norge.

over. Andelen har vært høyest i høstsemestrene, som har færre søkere med utdanning fra Norge og EU/EØS. Andelen har gått litt opp og ned, men har i det store bildet økt i perioden, særlig mot slutten av perioden. I siste høstsemester utgjorde søkere fra land utenfor EØS hver fjerde søker, og i siste vårsemester utgjorde de hver femte søker.

Figur 5. Søkere fordelt på utdanningsland. Første til åttende søknadsrunde for turnusstillinger og første til tredje søknadsrunde for LiS1-stillinger. Vårsemestrene til venstre, høstsemestrene til høyre.



Kilde: Helsedirektoratets statusrapporter for turnus- og LiS1-stillinger.

2.4.2 Leger med norsk utdanning blir i større grad tilsatt enn leger med utenlandsk utdanning

Tabell 41 i vedlegget viser at søkere med norsk utdanning i større grad blir tilsatt enn søkere med utdanning fra andre land. Mellom 62 og 69 prosent av søkerne med norsk utdanning har blitt tilsatt i vårutlysningene, og mellom 75 og 86 prosent i høstutlysningene. Tilsvarende tall for søkere med utdanning fra EU/EØS er mellom 30 og 38 prosent for vårutlysningene, og mellom 47 prosent og 60 prosent for høstutlysningene. Søkere med utdanning fra land utenfor EØS-området blir i enda lavere grad tilsatt enn søkere med utdanning fra EØS-området; mellom 8 og 20 prosent av søkerne blir tilsatt i vårutlysningene. Normalt har mellom 20 og 31 prosent av disse søkerne blitt tilsatt i høstutlysningene, som altså har færre søkere med utdanning fra Norge og EU/EØS, men høsten 2017 ble knapt 12 prosent tilsatt.

2.5 Legespesialister med konvertert spesialistgodkjenning

Tabell 6 viser andelen av nye spesialistgodkjenninger som er konvertert i perioden 2014 til 2017. Det er ikke mulig å skille ut konverteringer for år før 2014 med de tilgjengelige dataene. Med konvertering menes automatisk godkjenning av harmoniserte legespesialiteter som omtalt i punkt 5.1.3 i Yrkeskvalifikasjonsdirektivet 2005/36/EF, eller godkjenning etter Nordisk overenskomst artikkel 15. Godkjenninger etter norske regler kan inkludere spesialister utdannet utenfor Norden og

EØS, samt spesialister utdannet i Norden og EØS, men innenfor en spesialitet som ikke gir rett til automatisk godkjenning⁹.

At en lege får spesialistgodkjenning i Norge betyr ikke nødvendigvis at legen faktisk arbeider i Norge. Gebyret for konvertering er kr. 4 500 for en hovedspesialitet og kr. 3 000 for en grenspesialitet, så vi kan anta at mange av legene som konverterer spesialiteten sin gjør det med intensjoner om å jobbe i Norge, men vi vet ikke om de får seg jobb i tjenesten og om de forblir i Norge over tid. Vi finner bare en brøkdel av legene med konvertert spesialistgodkjenning registrert i Legestillingsregisteret og Fastlegeregisteret, men disse legene kan også jobbe i privat sektor, via bemanningsbyråer eller i kommunale stillinger utenom fastlegeordningen.

Ca. hver femte nye spesialistgodkjenning i 2017 ble gitt på bakgrunn av en konvertering. Som tabell 6 viser, var denne andelen noe høyere enn i 2016, og noe lavere enn den var i 2014 og 2015. Det er altså ikke noe entydig mønster. Når vi ser hele fireårsperioden under ett, er andelen konverteringer 21,3 prosent.

Nesten alle legene som har fått sin spesialistgodkjenning konvertert, har gjennomført grunnutdanningen utenfor Norge. Ifølge Helsepersonellregisteret er det kun 11 av legene som har fått spesialistgodkjenningen sin konvertert i perioden 2014 til 2017, som har gjennomført grunnutdanningen i Norge.

Tabell 6. Antall nye spesialistgodkjenninger, fordelt på godkjenning etter norske regler og konverteringer etter internasjonale avtaler. 2014-2017.

	2014	2015	2016	2017	Totalt 2014-2017
Norsk regelverk	877 (76,4 %)	783 (75,8 %)	865 (81,7 %)	1 352 (80,1 %)	3 877 (78,7 %)
Konvertert	271 (23,6 %)	250 (24,2 %)	194 (18,3 %)	336 (19,9 %)	1 051 (21,3 %)
Totalt	1 148	1 033	1 059	1 688	4 928

Kilde: Helsepersonellregisteret.

2.5.1 Noen spesialiteter utmerker seg med en høy andel konverteringer

Tabell 43 i vedlegget viser hvor stor andel av spesialistgodkjenningene i perioden 2014-2017 som var konverteringer, fordelt på de ulike spesialitetene. Spesialitetene anesthesiologi (43,2 %) og radiologi (44,8 %) skiller seg ut som store spesialiteter med en særlig høy andel konverteringer. Også ortopedisk kirurgi (35,8 %) og fødselshjelp og kvinnesykdommer (30,7 %) har hatt en høy andel konverteringer i perioden, men andelen konverteringer har blitt redusert betraktelig for sistnevnte spesialitet grunnet en stor økning i antallet som godkjennes etter norske regler. Andre store spesialiteter som har en høy andel konverteringer, er generell kirurgi (24,5 %) og psykiatri (23,7 %). I tillegg er det flere spesialiteter der totalantallet som godkjennes er såpass lavt at *andelen* konverteringer blir høy til tross for at *antallet* konverteringer er relativt lavt; hud- og veneriske sykdommer, karkirurgi, maxillofacial kirurgi, nukleærmedisin, patologi og øyesykdommer hadde alle over 30 prosent konverteringer i perioden.

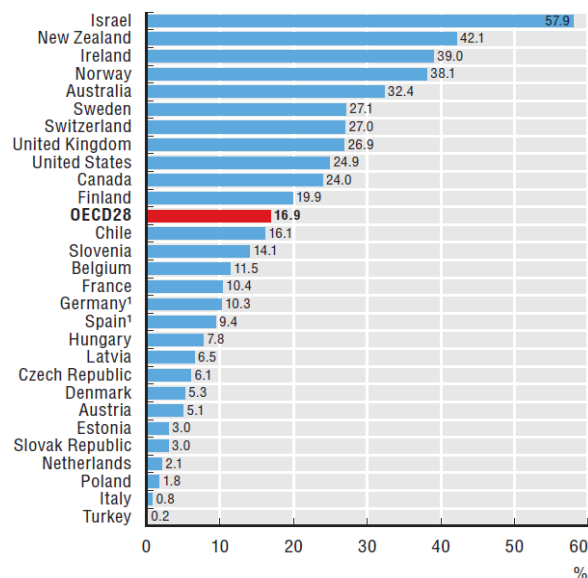
⁹Allmennmedisin, medisinsk genetik og onkologi kan ikke konverteres etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet, men kan konverteres etter nordisk overenskomst (onkologi og medisinsk genetik finnes i vedlegg 5 punkt 5.1.3. i yrkeskvalifikasjonsdirektivet, men Norge er ikke nevnt for disse spesialitetene). Det er kun grenspesialiteten bryst- og endokrinkirurgi som ikke kan konverteres automatisk etter nordisk overenskomst eller yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

2.6 Omfanget av leger med utenlandsk utdanning sammenlignet med andre land

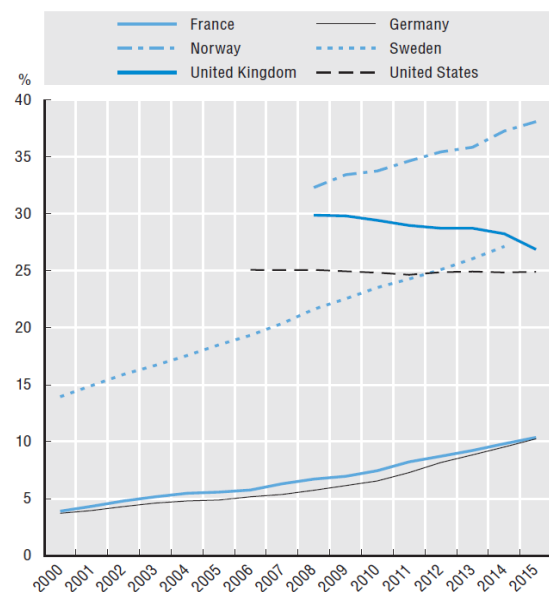
Norge og de andre OECD-landene rapporterer til OECD om hvor mange av legene (og sykepleierne) i landet som har utdanning fra det aktuelle landet og hvor mange som har utdanning fra andre land. Vi vil her se nærmere på hvordan omfanget av leger med utenlandsk utdanning er i Norge sammenlignet med de andre OECD-landene. Merk at OECD-tallene er fra 2015 og tar utgangspunkt i individer, og ikke avtalte årsverk slik som vi har gjort i denne rapporten.

Figur 6 viser at det i OECD kun er Israel, New Zealand og Irland som har en høyere andel utenlandsutdannede leger enn Norge. Figur 7 viser at kurven for andelen utenlandsutdannede leger følger samme mønster i Norge og Sverige i perioden 2008 til 2014, men at nivået i Norge ligger langt over Sverige. Frankrike og Tyskland har mer enn doblet andelen av legene som er utenlandsutdannet siden år 2000, men fra et lavt nivå, og andelen utenlandsutdannede leger er nesten en fjerdedel av andelen i Norge. Figuren viser videre at andelen er stabil i USA og at den har gått ned i Storbritannia, men et stort behov for leger og rekrutteringsutfordringer har ført til at NHS England nå rekrutterer utenlandske allmennleger systematisk gjennom et eget program, the International GP Recruitment Programme, der målet er å rekruttere minst 2 000 utenlandske leger innen 2020¹⁰. De britiske myndighetene fikk nylig kritikk i British Medical Journal (BMJ) for ikke å ha en strategisk tilnærming til internasjonal rekruttering av helsepersonell som en del av nasjonal helsepersonellplanlegging¹¹.

Figur 6. Andel utenlandsutdannede leger i OECD. 2015 (eller nærmeste år).



Figur 7. Utviklingen i andel utenlandsutdannede leger i perioden 2000 til 2015.



Kilde: OECD Health Statistics 2017 / OECD Health at a Glance 2017.

¹⁰ For mer info, se <https://www.england.nhs.uk/gp/gp/v/workforce/building-the-general-practice-workforce/international-gp-recruitment/about/>

¹¹ Buchan J og Charlesworth A. *International rescue. The UK urgently needs a coherent approach to the recruitment of international doctors.* BMJ 2018; 361.

2.7 Oppsummering og vurdering

Leger med utenlandsk utdanning utfører nesten fire av ti årsverk i den norske helse- og omsorgstjenesten. Dette kan tyde på at den norske helse- og omsorgstjenesten i stor grad er avhengige av leger med utenlandsk utdanning for å dekke sitt behov for kompetanse i dag. Internasjonale sammenligninger tyder på at Norge benytter seg av leger med utdanning fra utlandet i større grad enn mange andre lignende land.

Andelen av årsverkene som utføres av utenlandske statsborgere med utdanning fra utlandet er litt høyere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. Det er store geografiske forskjeller både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Over 70 prosent av legene som ble autorisert i Norge i 2017, hadde utdanning fra utlandet. Mange norske studenter studerer medisin i utlandet, og mange av legene som får autorisasjon med utenlandsk utdanning er norske statsborgere. Statistikk fra Lånekassen kan tyde på at veksten i norske medisinstudenter i utlandet har stoppet opp. Nøkkeltallene for utdanning av leger i tabell 44 i vedlegget, viser at studiekapasiteten i Norge har økt med 36 studieplasser siden 2012. Antall fullførte medisingrader var ca. 515 i 2017, noe som faktisk er litt lavere enn de fleste av de foregående årene.

Vi tar i denne rapporten ikke stilling til om antall LIS1-stillinger bør økes, noe som bør vurderes ut ifra behov i tjenestene, men påpeker at det med betydelig tilførsel av nyutdannede leger fra EØS-land er langt flere søkere enn det er stillinger i dag. Helsedirektoratet er i tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet blitt bedt om å gjennomføre en fornyet vurdering av dimensjonering av antall LIS1-stillinger for leger, sett i lys av behovene i tjenestene og omleggingen av spesialistutdanning for leger, og dette arbeidet pågår i skrivende stund.

Avhengigheten av utenlandskutdannede leger virker å være betydelig når det gjelder ferdige spesialister. Mer enn hver femte nye spesialistgodkjenning de siste årene, har vært en konvertering fra Norden eller EU. Andelen konverteringer er over 40 prosent for enkelte spesialiteter. Samtidig vet vi ikke sikkert hvor mange av disse som faktisk jobber i Norge over tid.

2.7.1 Fremtidig behov for leger

Norge vil i årene etter 2020 gjennomgå store endringer demografisk, i befolkningens sykdomsutvikling og i den medisinske og den teknologiske utviklingen som vil få betydning for behovet for leger. I tillegg vil organisatoriske endringer i tjenesten kunne endre behovet for leger generelt og legespesialister spesielt. Det er utfordrende å forutse framtidige behov.

Det kommer nye framskrivninger av behovet for leger i februar 2019 (jf. avtale mellom HOD og SSB av mai 2018). Tidligere framskrivninger har tatt utgangspunkt i en moderat økning i etterspørsel etter leger. Den reelle utviklingen i legeårsverk de siste årene har ligget nær SSBs

høyalternativ. Som statistikken i dette kapitlet viser, har leger med utenlandsk utdanning stått for mye av økningen i legeårsverk.

Det kan være en utfordring at internasjonale universiteter tilbyr en utdanningskapasitet som norske myndigheter ikke kan regulere, kombinert med svært gode finansieringsordninger for utenlandsstudenter.

Det er også en utfordring at det ikke nødvendigvis er noen sammenheng mellom økt utdanningskapasitet og bedre legedekningen der behovet er størst. Statistikken i dette kapitlet viser at utenlandske leger er særlig viktige bidragsyttere i mindre sentrale sykehus og i små kommuner. En mulig forklaring er at norske leger ønsker å jobbe i mer sentrale strøk. Vi kommer tilbake til diskusjonen om årsaker til geografiske variasjoner i kapittel 7.3.

3 SYKEPLEIERE MED UTDANNING FRA UTLANDET

3.1 Sykepleierårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap

Utenlandske sykepleiere med utenlandsk utdanning utførte i overkant av 5 000 årsverk i 2016, tilsvarende seks prosent av sykepleierårsverkene i den norske helse- og omsorgstjenesten, som vist i figur 8. Antallet har økt med nesten 700 årsverk i perioden, men andelen har holdt seg stabil. Disse seks prosentene kan vi bryte ned i mindre grupper:

- Ca. 2,5 prosent av de totale årsverkene utføres av **nordiske statsborgere med nordisk utdanning**. Selv om autorisasjonsstatistikken i tabell 9 under viser at det har kommet færre nye nordiske sykepleiere til Norge siden 2013, viser arbeidsmarkedsstatistikken at antall årsverk som disse utfører økte fram til 2015, før nedgangen kan se ut til å gjøre seg gjeldende fra 2016. Som nevnt i kapitlet om datakilder innledningsvis, er SSBs måletidspunkt et gitt tidspunkt i november. Dette innebærer at sykepleiere som jobber i Norge i kortere perioder på andre tider av året, ikke fanges opp av denne statistikken, og vi vet at mange svenske sykepleiere har jobbet i Norge i perioder.
- Ca. 2,5 prosent av de totale årsverkene utføres av **øvrige EØS-statsborgere med utdanning fra øvrige EØS-land**. Dette er en liten, men voksende gruppe; gruppens bidrag har økt med over 652 årsverk fra 2012, og andelen har gått opp 0,5 prosentpoeng siden 2012.
- Den siste knappe prosenten utføres av **sykepleiere med statsborgerskap og utdanning fra land utenfor EØS-området**. Denne gruppens bidrag til årsverkene har gått ned både i absolutte tall og i andel siden 2012.

Norske sykepleiere med utenlandsk utdanning utførte drøyt 2400 årsverk i 2016, eller 2,8 prosent av sykepleieårsverkene. Disse utførte mer enn 400 flere årsverk i 2016 enn de gjorde i 2012, og andelen har gått opp 0,1 prosentpoeng. Den største delen av årsverkene som blir utført av norske sykepleiere med utdanning fra utlandet, blir utført av sykepleiere med utdanning fra land *utenfor* EØS. Disse utfører 1,7 prosent av alle sykepleieårsverk.

Sykepleiere med utdanning fra utlandet utfører totalt i underkant av 9 prosent av årsverkene. Sysselsettingsstatistikken viser at Sverige fortsatt er det vanligste utdanningslandet for sykepleiere i Norge med utenlandsk utdanning, med 1 789 sysselsatte sykepleiere i 2017, etterfulgt av Danmark (955) og Filippinene (946). Filippinene er det klart vanligste utdanningslandet for sykepleiere fra utenfor EØS-området (i tillegg jobber mange med filippinsk sykepleierutdanning som

helsefagarbeidere i Norge, se kapittel 4). Andre viktige utdanningsland er Polen (663), Tyskland (581), Litauen (529), Finland (437), Australia (302), Latvia (215) og India (163).

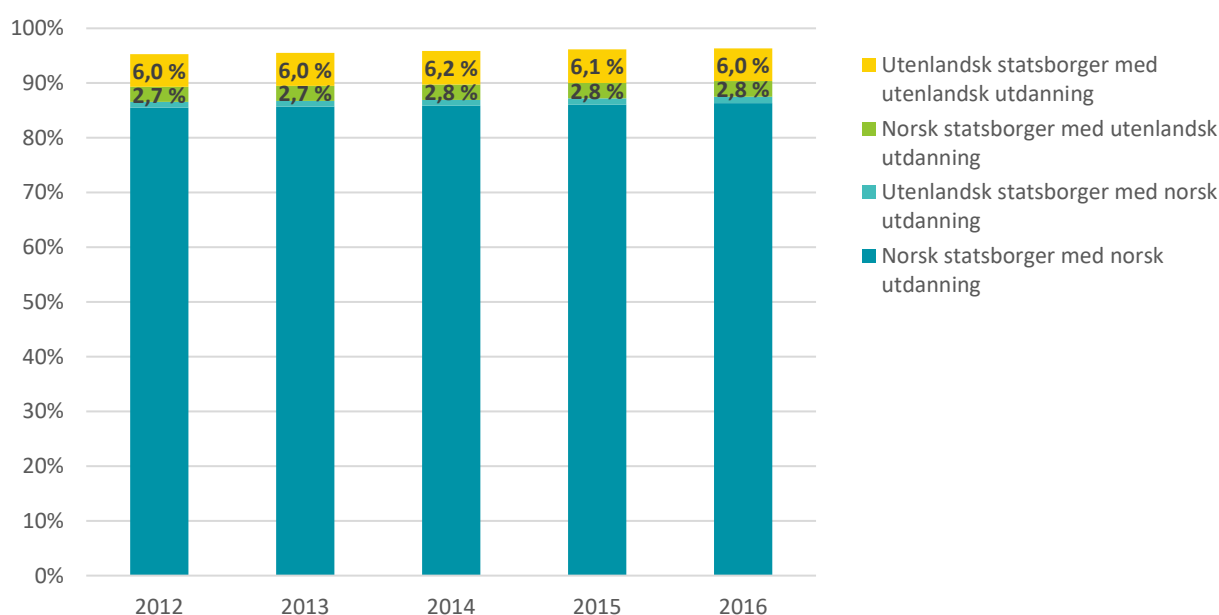
Utenlandske sykepleiere med norsk utdanning utfører i overkant av 1 000 årsverk, tilsvarende 1,2 prosent av sykepleieårsverkene. Denne gruppen utfører godt over 200 årsverk mer i 2016 enn i 2012, og andelen har økt med 0,1 prosentpoeng. **Utenlandske sykepleiere** utfører samlet nesten 7,6 prosent av sykepleieårsverkene i den norske helse- og omsorgstjenesten. Andelen har vært stabil i perioden siden 2012.

Tabell 7. Avtalte sykepleierårsverk, fordelt på utdanningsland og statsborgerskap. 2012-2016.

		2012	2013	2014	2015	2016
Norsk utdanning	Norsk statsborger	62 801	63 860	65 933	71 207	73 158
	Utenlandsk statsborger	774	786	825	953	1 015
Utenlandsk utdanning	Norsk statsborger	1 984	2 035	2 131	2 338	2 404
	Utenlandsk statsborger	4 391	4 496	4 742	5 082	5 067
Ukjent utdanningsland	Norsk statsborger	3 080	2 962	2 828	2 844	2 771
	Utenlandsk statsborger	390	364	328	338	330
Totalt antall årsverk		73 420	74 503	76 787	82 762	84 745

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Figur 8. Sykepleierårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap, 2012-2016



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se tabell 7 for tabellen som danner grunnlaget for figuren i absolutte tall. Merk at andelen ikke summerer opp til 100 % pga. årsverk utført av sykepleiere med ukjent utdanningsland. Mange av de norske sykepleiere som fikk autorisasjon før 1999, er registrert uten utdanningsland. Vi kan anta at de alle fleste av disse har gjennomført utdanningen i Norge, og derfor utføres trolig over 90 prosent av årsverkene av norske sykepleiere med norsk utdanning. At andelen som utføres av *norske sykepleiere med norsk utdanning* i tilsynelatende stiger med nesten ett prosentpoeng i perioden, slik figuren viser, kan nok derfor tilskrives bedre datakvalitet; andelen utført av norske *sykepleiere med ukjent utdanningsland* blir nemlig redusert med nesten ett prosentpoeng, fra 4,2 til 3,3 prosent.

3.1.1 Sammenligning av spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester

Tabell 8 viser at andelen av sykepleierårsverkene som utføres av **utenlandske statsborgere med utdanning fra utlandet** er noe høyere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, 7,1 mot 4,9 prosent. **Norske statsborgere med utdanning fra utlandet** jobber også i noe større grad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (3,6 % av årsverkene) enn de gjør i spesialisthelsetjenesten (2,2 %).

Tabell 8. Avtalte sykepleierårsverk, fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og helsetjeneste. Prosentandel, med antall i parentes. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle	Alle
Kommunehelsetjenesten	84,5 % (32 278)	1,2 % (475)	3,6 % (1 359)	7,1 % (2 727)	3,6 % (1 362)	100 % (38 201)
Spesialisthelsetjenesten	88,0 % (39 462)	1,1 % (515)	2,2 % (984)	4,9 % (2 210)	3,7 % (1 650)	100 % (44 821)

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

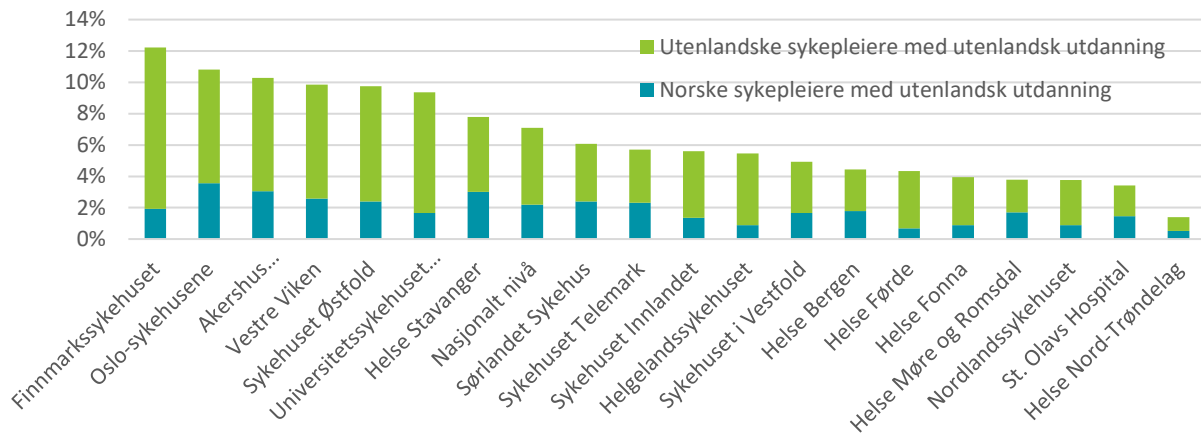
3.1.2 Geografiske ulikheter i spesialisthelsetjenesten

Vi så i tabell 8 at 4,9 prosent av sykepleierårsverkene i spesialisthelsetjenesten utføres av **utenlandske sykepleiere med utdanning fra utlandet**. Det er betydelige variasjoner mellom helseforetakene, fra under én prosent i Helse Nord-Trøndelag til drøyt 10 prosent ved Finnmarkssykehuset. Flere av helseforetakene på det sentrale Østlandet – Oslo-sykehusene, Ahus, Vestre Viken og Sykehuset Østfold, samt UNN, har en andel på i overkant av 7 prosent. Øvrige helseforetak ligger under det nasjonale nivået på 4,9 prosent.

Norske sykepleiere med utdanning fra utlandet utfører kun 2,2 prosent av sykepleierårsverkene i spesialisthelsetjenesten. Selv helseforetakene/sykehusene med størst andel, Ahus og Oslo-sykehusene, har ikke høyere andel enn henholdsvis 3,1 og 3,6 prosent. Noen av disse kan være sykepleiere som har vært mange år i Norge og opprinnelig har hatt et annet statsborgerskap.

Sykepleiere med utdanning fra utlandet utfører til sammen litt over 12 prosent av årsverkene ved Finnmarkssykehuset, nesten 11 prosent ved Oslo-sykehusene og drøyt 10 prosent ved Ahus.

Figur 9. Andel av sykepleierårsverk i helseforetakene utført av sykepleiere med utenlandsk utdanning, fordelt på statsborgerskap. 2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se tabell 34 i vedlegget for antall årsverk i hvert foretak og oversikten i tabellform.

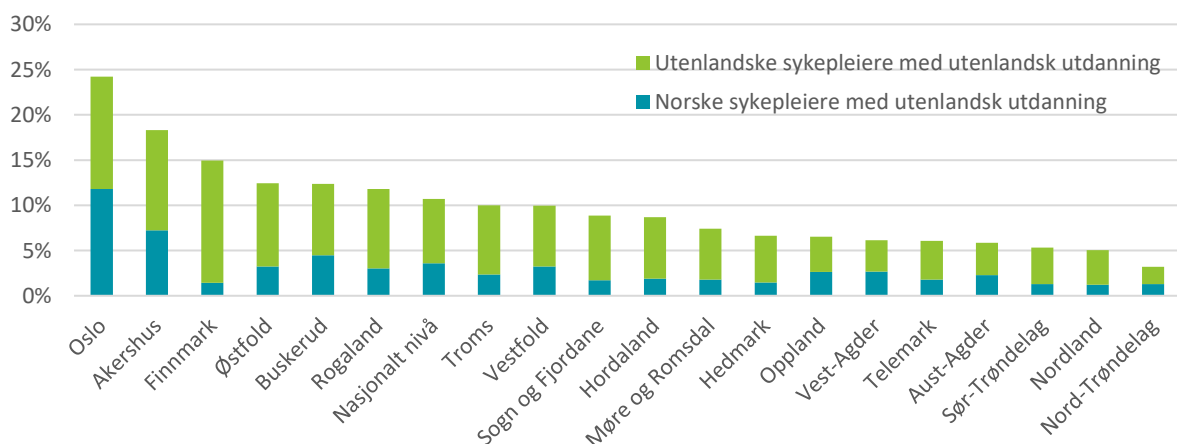
3.1.3 Geografiske ulikheter i kommunale helse- og omsorgstjenester

Akershus, Oslo og Finnmark er fylkene der en størst andel av sykepleieårsverkene i kommunale helse- og omsorgstjenester utføres av **utenlandske sykepleiere med utenlandsk utdanning**, med omkring henholdsvis 11, 12 og 14 prosent.

Akershus og Oslo skiller seg også ut med en betydelig andel utført av **norske sykepleiere med utenlandsk utdanning**, henholdsvis drøyt 7 og knapt 12 prosent. Noen av disse er trolig sykepleiere som har flyttet til Norge for mange år siden og senere fått norsk statsborgerskap.

Sykepleiere med utenlandsk utdanning utfører dermed totalt nesten hvert fjerde årsverk i Oslo, drøyt 18 prosent i Akershus og ca. 15 prosent i Finnmark.

Figur 10. Andel av sykepleierårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester utført av sykepleiere med utenlandsk utdanning, fordelt på statsborgerskap. 2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se tabell 35 i vedlegget for antall årsverk i hvert fylke og oversikten i tabellform.

3.2 Nye sykepleierautorisasjoner

Tabell 9 viser at det ble gitt 5 374 nye autorisasjoner i 2017, og at antallet nye autorisasjoner for sykepleiere gått markant ned i perioden etter 2012. Vi vil nå se nærmere på denne utviklingen, og på hvilke land sykepleierne som fikk autorisasjon i denne perioden, har gjennomført utdanningen i.

Utdanning fra Norge

Nedgangen i antall autorisasjoner har skjedd til tross for en betydelig økning i autorisasjoner basert på norsk utdanning, som er en følge av økt utdanningskapasitet. Antall autorisasjoner til personer med norsk utdanning har økt hvert år, og i perioden som helhet har antallet økt med over 600 sykepleieautorisasjoner, noe som tilsvarer en økning på nesten 18 prosent. I 2016 og 2017 gikk tre av fire nye sykepleieautorisasjoner til personer med norsk utdanning. Til sammenligning var andelen så lav som 54,7 prosent i 2013.

Utdanning fra Norden

Hovedårsaken til nedgangen i antall årlige autorisasjoner totalt, er en reduksjon i autorisasjoner til personer med nordisk utdanning. Antall autorisasjoner til søkere med utdanning fra andre nordiske land er mer enn halvert siden 2012. Sykepleiere med nordisk utdanning sto i 2017 for knapt 15 prosent av nye autorisasjoner, mot rundt en tredjedel i årene 2012 til 2014. Nedgangen henger først og fremst sammen med at færre svenske sykepleiere kommer til Norge for å jobbe. Dette kan ha sammenheng med utviklingen i arbeidsmarkedet, lønninger og valutakurs.

Utdanning fra øvrige EØS-land

Sykepleie er et harmonisert yrke i EØS-området, og 488 autorisasjoner, nesten én av ti sykepleieautorisasjoner, gikk til personer med utdanning fra land i EØS-området *utenom Norden* i 2017. Det har vært relativt små variasjoner i antallet og andelen i perioden.

Utdanning fra land utenfor EØS-området

Når søkere med utdanning fra utenfor EØS-området søker om autorisasjon som sykepleier, vurderer Helsedirektoratet om den aktuelle utdanningen er jevn god med den norske utdanningen. 96 autorisasjoner, under to prosent av autorisasjonene, ble gitt til personer med utdanning fra land utenfor EØS-området i 2017. Denne gruppen har ikke utgjort noen stor andel av autorisasjonene noe år i perioden fra 2012, men det var en tydelig nedgang i *antall* autorisasjoner til denne gruppen etter 2013, fra et allerede ganske lavt nivå. Noe av nedgangen kan trolig forklares med praksisendringer hos den tidligere godkjenningsmyndigheten *Statens autorisasjonskontor for helsepersonell* (SAK) etter avgjørelser i Helsepersonellnemnda.

Autorisasjoner til norske statsborgere med utenlandsk utdanning

Av de over 12 000 autorisasjonene som har blitt gitt til personer med utenlandsk utdanning i løpet av perioden som dekkes i tabell 9, har under tre prosent vært gitt til norske statsborgere. De fleste av disse norske statsborgerne har studert i Danmark, Sverige eller Australia, som fortsatt er de mest populære landene å studere sykepleiere i, som vi vil se i neste underkapittel.

Tabell 9. Nye autorisasjoner som sykepleier, fordelt på utdanningsland. Antall og andel. 2012-2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Norge	3 400	3 485	3 649	3 783	3 901	4001
Norden	1 949	2 159	1 753	1 317	869	789
EU/EØS	494	579	405	398	348	488
Andre land	187	144	47	72	66	96
Total	6 030	6 367	5 854	5 570	5 184	5374
Norge	56,4 %	54,7 %	62,3 %	67,9 %	75,3 %	74,5 %
Norden	32,3 %	33,9 %	29,9 %	23,6 %	16,8 %	14,7 %
EU/EØS	8,2 %	9,1 %	6,9 %	7,1 %	6,7 %	9,1 %
Andre	3,1 %	2,3 %	0,8 %	1,3 %	1,3 %	1,8 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Kilde: HPR

Utdanningsland ved nye sykepleieautorisasjoner i Norge sammenlignet med de nordiske landene

I de andre nordiske landene var det i stor grad sykepleiere med innenlandsk utdanning som fikk autorisasjon i 2017. Andelene med utenlandsk utdanning var ca. 10 prosent i Sverige, 4 prosent i Danmark, 1 prosent i Finland og 16 prosent på Island. Til sammenligning var andelen i Norge i underkant av 26 prosent. Som vi så over, har andelen var langt høyere tidligere. Samtidig er det verdt å merke seg at Norge i 2017 autoriserte nesten like mange sykepleiere med innenlandsk utdanning som Sverige, og at Norge totalt sett autoriserte flest sykepleiere.

Tabell 10. Nye autorisasjoner som sykepleier i de nordiske landene i 2017, fordelt på utdanning i det aktuelle landet eller fra utlandet.

	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island
Innenlandsk utdanning	4 001	4 222	2 570	4 438	118
Utenlandsk utdanning	1 373	454	118	40	22
Totalt	5 374	4 676	2 688	4 478	140
Andel med utenlandsk utdanning	25,5 %	9,7 %	4,4 %	0,9 %	15,7 %

Kilde: Basert på tall fra Helsepersonellregisteret og årsrapport for Nordisk gruppe for helsepersonell 2017.

3.3 Norske sykepleiestudenter i utlandet

Statistikk fra Lånekassen bekrefter at det er få nordmenn som reiser utenlands for å studere sykepleie, til tross for at yrket er harmonisert i EØS-området. I studieåret 2017-18 var det totalt 139 norske studenter som fikk støtte til å ta sykepleiegraden utenlands. Antallet i siste studieår er noe lavere enn i starten av perioden som dekkes i tabell 11, men vi ser at det har vært en liten økning igjen de siste par årene. I det store bildet er antallet relativt stabilt, og den beskjedne nedgangen i perioden kan i stor grad forklares med at det har blitt færre sykepleiestudenter i Australia, noe som muligens kan tilskrives oppmerksomheten rundt vanskeligheter med å få autorisasjon i Norge. Danmark er fortsatt det vanligste landet å studere sykepleie i (83 studenter), foran Sverige (21).

Det er over 4 700 studieplasser på sykepleiestudiet i Norge, og selv om søker tallene for sykepleiestudier er høyere enn for medisin-, odontologi- og psykologistudiene, er opptakskravene lavere. Det kan trolig bidra til å forklare hvorfor det er flere som studerer medisin, odontologi og psykologi enn sykepleie i utlandet. Samtidig viser statistikk fra *Samordna opptak* at nesten 16 000 har søkt sykepleiestudiet som førstevalg, noe som gir 3,4 førstevalgssøkere per studie plass og relativt høye opptakskrav også på sykepleiestudiet.

Tabell 11. Antall gradsstudenter i sykepleie som får støtte av Lånekassen til å studere i utlandet, fordelt på de mest vanlige utdanningslandene. Studieårene 2010-11 til 2017-18.

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Danmark	92	86	90	92	90	87	80	83
Sverige	15	16	20	19	17	18	19	21
Australia	35	26	23	19	14	9	11	
Øvrige land i Europa	10	14	11	11	10	10	15	35 ^a
Øvrige land	7	3	6	5	6	4	6	
Totalt	159	145	150	146	137	128	131	139

Kilde: Lånekassen.

a) Fra og med studieåret 2017-18 utleverer Lånekassen mindre detaljert statistikk, og landgruppene er derfor slått sammen.

3.4 Omfanget av sykepleiere med utenlandsk utdanning sammenlignet med andre land

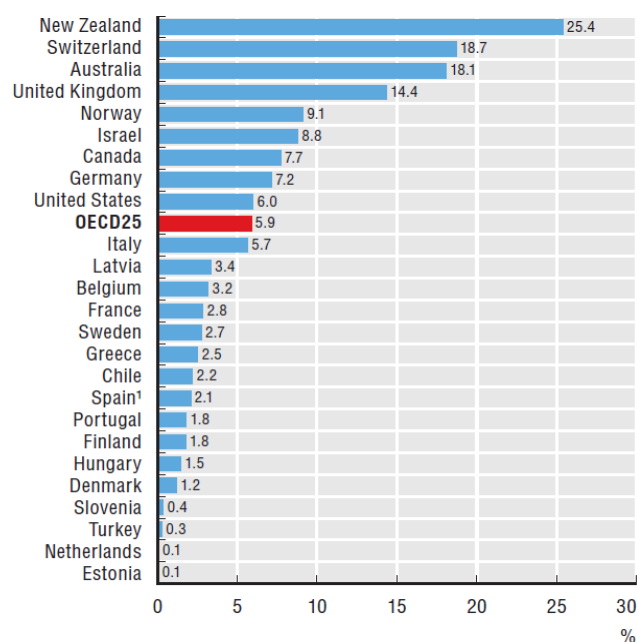
OECD-landene rapporterer årlig til OECD om hvor mange av sykepleierne (og legene, se kapittel 2.6) som har utdanning fra det aktuelle landet og hvor mange som har utdanning fra andre land. Som nevnt over er OECD-tallene fra 2015, og de tar utgangspunkt i individer, ikke avtalte årsverk.

Norge er blant landene med høyest andel sykepleiere med utdanning fra utlandet, med 9,1 %. Kun fire OECD-land, New Zealand, Sveits, Australia og Storbritannia, har en høyere andel enn Norge, men disse landene har til gjengjeld langt høyere andeler.

Andelene er betydelig lavere i de andre nordiske landene; andelen er under 3 prosent i Sverige, under 2 prosent i Finland og i overkant av 1 prosent i Danmark.

Andelen utenlandsutdannede sykepleiere er langt lavere enn tilsvarende andeler for leger.

Figur 11. Andel utenlandsutdannede sykepleiere i OECD. 2015 (eller nærmeste år).



Kilde: OECD Health at a Glance 2017.

3.5 Oppsummering og vurdering

Statistikken tilsier at den norske helse- og omsorgstjenesten i begrenset grad er avhengig av sykepleiere fra utlandet. Totalt utføres mindre enn hvert tiende årsverk av sykepleiere med utdanning fra utlandet. Antall årsverk har økt i perioden 2012 til 2016 for både norske og utenlandske sykepleiere med utenlandsk utdanning, men andelene de utfører holder seg relativt stabile. Samtidig kan det være at sykehus og kommuner oppfatter seg selv som avhengige i forbindelse med ferieavvikling og lignende. Ferievikarer fanges som nevnt ikke opp av SSB-statistikken fordi tellingen blir gjort i november.

Selv om sykepleiere med utenlandsk utdanning gir et relativt begrenset bidrag på et nasjonalt nivå, er det tydelig at de gir et svært viktig bidrag til helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Oslo, Akershus og Finnmark, samt i helseforetakene som er lokalisert i disse fylkene.

Det har vært en nedgang av nye sykepleierautorisasjoner de siste årene, som i all hovedsak skyldes en nedgang i antallet svenske sykepleiere som søker om autorisasjon. I samme periode ser vi at det har vært en stor økning i nye autorisasjoner for sykepleiere med norsk utdanning, som skyldes en økning av utdanningskapasiteten i Norge¹². Dette har gjort at nedgangen i det totale antallet nye autorisasjoner har blitt begrenset. Likevel viser dette at deler av helse- og omsorgstjenesten kan være sårbar ved for eksempel konjunkturrendringer og endringer i arbeidsmarkedet i andre land. Vi kommer tilbake til diskusjonen om sårbarhet i kapittel 7.4.

Vi så over at det er få norske sykepleiestudenter som studerer utenfor Norge. Dette står i kontrast til omfanget av norske studenter som studerer medisin (kapittel 2.3), odontologi (5.3) og psykologi (6.3) i utlandet.

3.5.1 Framtidig behov for sykepleiere

Som nevnt vil Norge i årene etter 2020 gjennomgå store endringer demografisk, i befolkningens sykdomsutvikling og i den medisinske og den teknologiske utviklingen, og dette vil også få betydning for behovet for sykepleiere. I tillegg vil det kunne skje organisatoriske endringer i tjenesten som kan endre behovet for denne yrkesgruppen. Nye arbeidsoppgaver for sykepleiere (for eksempel knyttet til avansert klinisk sykepleie, oppfølgingsteam, primærhelseteam med mer) vil kunne påvirke behovet for sykepleiere.

Det er stor oppmerksomhet rundt behov for sykepleiere i tjenestene. NAVs bedriftsundersøkelse fra 2018 melder fortsatt om udekket behov for til sammen 4550 sykepleiere med grunnutdanning, i tillegg til spesialsykepleiere (omtalt under ABIOK-kandidatene). KS melder om problemer med å rekruttere sykepleiere til kommunene, mens RHFene melder om en variert situasjon, men større behov på sikt.

¹² Se tabell 45 i vedlegget for oversikt over utviklingen av antall studieplasser, fullførte grader m.m.

SSB framskrev i HELSEMOD 2012 en betydelig vekst i etterspørselen etter sykepleiere og en manglende balanse mellom tilbud og etterspørsel i alle alternativer¹³. Ifølge de siste SSB-framskrivingene av kompetansebehov i Norge vil veksten i etterspørsel etter sykepleiere og andre på bachelornivå innen pleie- og omsorgsfag øke raskere enn tilbudet frem mot 2035¹⁴. SSB framskriver at det vil utdannes for få på bachelornivå innen pleie- og omsorgsfag til å møte behovene framover, og at problematikken forsterkes av det samtidig blir utdannet for få med helse- og omsorgsfag på videregående nivå¹⁵. Det kommer nye HELSEMOD-framskrivninger av behovet for sykepleiere i mars 2019.

Det er med andre ord grunnlag for å anta at det vil bli et stort behov for sykepleiere i de nærmeste 20 årene. Vi så over at søkerallene til sykepleiestudiet er høye, og ved en videre økning i utdanningskapasitet vil det fortsatt være godt kvalifiserte søkere. Samtidig vil den framtidige etterspørselen etter sykepleiere kunne tiltrekke seg utenlandsk arbeidskraft. Samtidig kan man ikke bare vurdere økning i utdanningskapasitet eller ta sjansen på arbeidsinnvandring for å møte det framtidige behovet. Det er også et potensial i den allerede etablerte arbeidsstokken i Norge, gjennom redusert sykefravær¹⁶, deltidsarbeid¹⁷ og særlig lavere utgang av sykepleiere fra yrket¹⁸.

¹³ Kristian Roksvaag og Inger Texmon. *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012*. SSB-rapporter 14/2012.

¹⁴ Bjørn Dapi, Hege Marie Gjefsen, Victoria Sparrman and Nils Martin Stølen. *Education-specific labour force and demand in Norway in times of transition*. SSB-rapporter 2016/31.

¹⁵ Ådne Cappelen, Bjørn Dapi, Hege Marie Gjefsen, Victoria Sparrman og Nils Martin Stølen. *Framskrivninger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2035*. SSB-rapporter 2018/36.

¹⁶ Et sykefravær på 8,6 prosent gjør at sykepleiere er blant yrkene med høyest legemeldt fravær (SSB-tabell 11928, 1. kvartal 2018).

¹⁷ Tall fra SSB mottatt i forbindelse med utvikling av ny HELSEMOD viser at kvinnelige sykepleiere i aldersgruppen 20-61 år gjennomsnittlig jobber i 90 % stilling og mannlige i 95 % stilling, slik at potensialet her trolig er lavere enn tidligere antatt.

¹⁸ I 2017 gjennomførte SSB en forløpsanalyse på sykepleiere, som viste at 20 % av sykepleierne som var nyutdannet i 2004, ikke lenger jobbet i helsetjenesten ti år etter fullført utdanning. Av disse var nærmere halvparten uten tilknytning til arbeidslivet, mens den andre halvparten jobbet i andre næringer. Lenke til undersøkelsen: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sykepleiere-pa-avveie>

4 HELSEFAGARBEIDERE MED UTDANNING FRA UTLANDET

4.1 Helsefagarbeiderårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap

Utenlandske helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning utførte i 2016 i underkant av 3 400 årsverk, eller drøyt 6 prosent av helsefagarbeiderårsverkene. Det er en økning på 2,3 prosentpoeng siden 2012. De fleste av disse årsverkene - nesten 2 200 årsverk eller 3,9 % av totale årsverk – ble utført av helsefagarbeidere med utdanning og statsborgerskap fra land *utenfor* EØS. I overkant av 900 årsverk, eller 1,7 % av totalen, ble utført av nordiske statsborgere med nordisk utdanning, først og fremst svensker.

Norske helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning utførte nesten 700 årsverk i 2016. Det tilsvarer 1,2 prosent av de totale årsverkene, etter en økning på 0,4 prosentpoeng i perioden. Helsefagarbeiderutdanningen er som kjent på videregående nivå, og det er ikke vanlig for norske elever å ta denne utdanningen i utlandet, slik at mange av disse trolig har blitt norske statsborgere i senere tid. **Helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning** utførte totalt altså drøyt 7 prosent av årsverkene.

Syssettingsstatistikken viser at Filippinene er det viktigste utdanningslandet for helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning, med 1 808 sysselsatte helsefagarbeidere, etterfulgt av Sverige (1 310) og Serbia (655). Det er også et betydelig antall helsefagarbeidere med utdanning fra Bosnia-Hercegovina (135), India (124) og Russland (124).

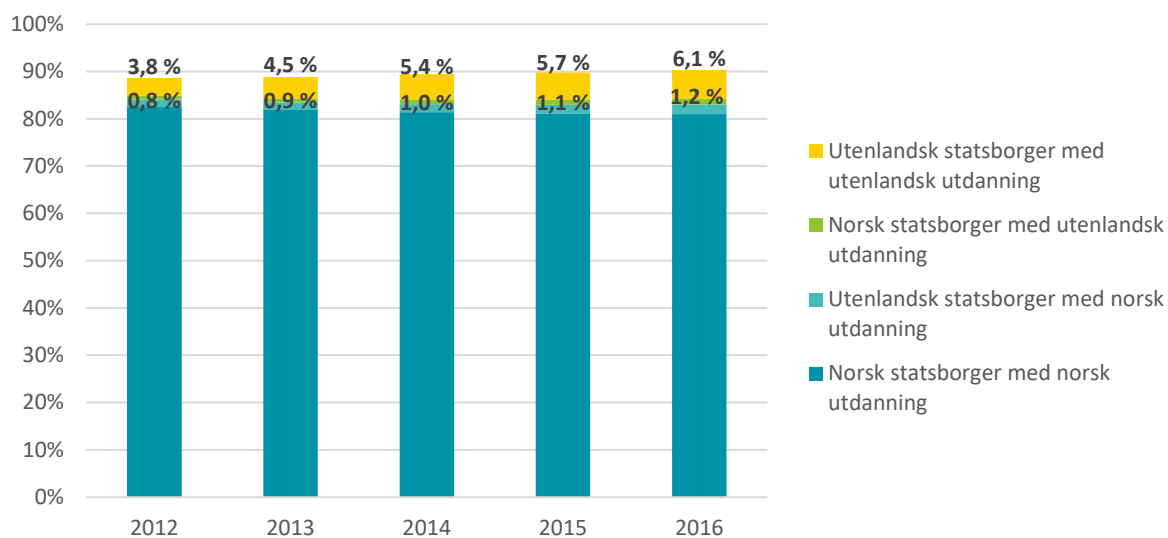
Tabell 12. Avtalte helsefagarbeiderårsverk, fordelt på utdanningsland og statsborgerskap. 2012-2016.

		2012	2013	2014	2015	2016
Norsk utdanning	Norsk statsborger	44 826	44 284	44 119	44 406	44 954
	Utenlandsk statsborger	842	855	913	1 008	1 134
Utenlandsk utdanning	Norsk statsborger	460	470	538	589	688
	Utenlandsk statsborger	2 038	2 441	2 900	3 124	3 379
Ukjent utdanningsland ^a	Norsk statsborger	6 013	5 867	5 590	5 454	5 194
	Utenlandsk statsborger	164	165	138	146	152
Totalt antall årsverk		54 343	54 082	54 198	54 727	55 501

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Statistikken inkluderer også årsverk utført av personer registrert som hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

a) Registreringen av utdanningsland har ikke alltid blitt gjennomført med like stor nøyaktighet som i dag, og mange helsefagarbeidere som fikk autorisasjon for mange år siden, er registrert med ukjent utdanningsland. Som vist i tabellen, er tilnærmet alle disse norske statsborgere, og vi kan anta at de fleste av disse er utdannet i Norge.

Figur 12. Helsefagarbeiderårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap, 2012 - 2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se også tabell 12 for tabellen som danner grunnlaget for figuren i absolutte tall. Merk at andelene ikke summerer opp til 100 % pga. årsverk utført av helsefagarbeidere med ukjent utdanningsland. Dersom antagelsen om at disse norske helsefagarbeiderne har norsk utdanning stemmer, utføres ca. 90 prosent av årsverkene av norske helsefagarbeidere med norsk utdanning.

4.1.1 Sammenligning av spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester

Helsefagarbeidere jobber for det meste i kommunale helse- og omsorgstjenester. Mens over 48 000 årsverk utføres i kommunene, utføres knapt 6 000 årsverk i spesialisthelsetjenesten.

- **Utenlandske helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning** utfører en noe høyere andel av årsverkene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene enn i spesialisthelsetjenesten, 6,2 prosent mot 4,0 prosent.
- **Norske helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning** utfører en liten andel av årsverkene både i kommunale helse- og omsorgstjenester (1,3 %) og i spesialisthelsetjenesten (1,0 %).
- **Helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning** utfører dermed totalt 7,5 prosent i kommunale helse- og omsorgstjenester mot 5 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 13. Avtalte helsefagarbeiderårsverk fordelt på statsborgerskap, utdanning og helsetjeneste. Prosentandeler, med antall i parentes. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent utdanning		Totalt Alle
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk Statsborger	
Kommunehelsetjenesten	80,8 % (39 285)	2,2 % (1 046)	1,3 % (618)	6,2 % (3 029)	9,3 % (4 504)	0,3 % (143)	100 % (48 625)
Spesialisthelsetjenesten	84,3 % (4 805)	1,3 % (76)	1,0 % (57)	4,0 % (229)	9,2 % (522)	0,2 % (9)	100 % (5 698)

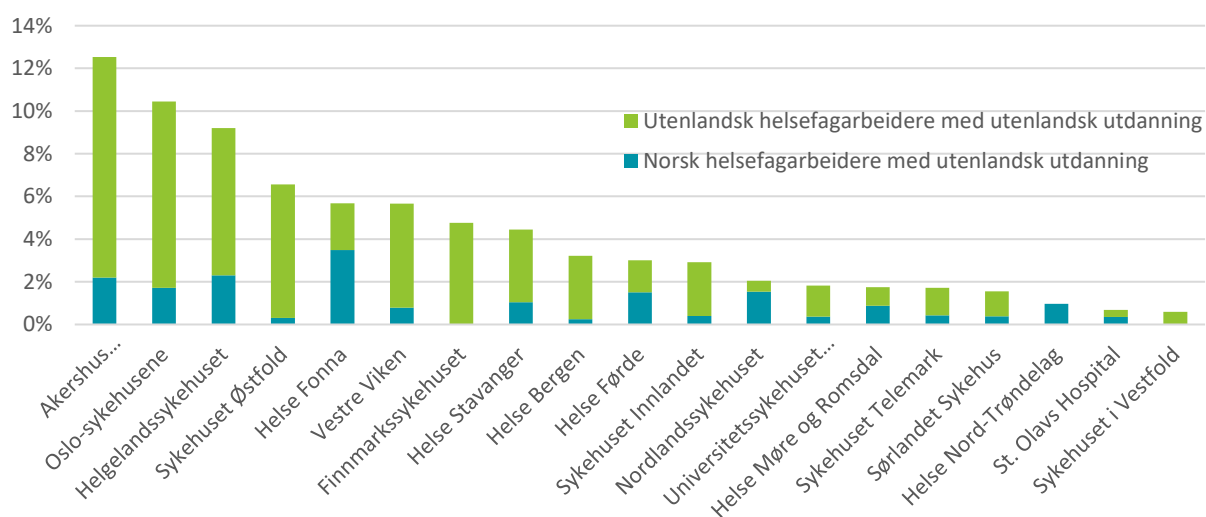
Kilde: SSB. Pga. avrunding blir totalsummen over 100 % hvis andelene for kommunehelsetjenesten adderes.

4.1.2 Geografiske ulikheter i spesialisthelsetjenesten

Utenlandske statsborgere med utenlandsk utdanning utfører, som vi viste over, 4 prosent av helsefagarbeiderårsverkene i spesialisthelsetjenesten, men det er store variasjoner mellom helseforetakene. Denne gruppen utfører hvert tiende årsverk ved Ahus, og nesten 9 prosent av årsverkene ved Oslo-sykehusene. Andelen er over det nasjonale nivået også ved Finnmarksykehuset (5 %), Vestre Viken (5 %), Sykehuset Østfold (6%) og Helgelandsykehuset (7 %) (merk at totalt antall årsverk er lavt ved Finnmarksykehuset og Helgelandsykehuset). Utenlandske helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning er altså viktigst for helseforetakene i Oslo og Akershus og helseforetakene med de mindre sentrale sykehusene i Nord-Norge. Ved de 13 øvrige helseforetakene er andelen under det nasjonale nivået på 4 prosent, og ved fem av disse er andelen under 1 prosent.

Norske statsborgere med utenlandsk utdanning utfører små andeler av helsefagarbeiderårsverkene ved alle helseforetakene, som vist i figur 13.

Figur 13. Andel av helsefagarbeiderårsverk i spesialisthelsetjenesten utført av helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning, fordelt på statsborgerskap. 2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se tabell 36 i vedlegget for antall årsverk i hvert foretak og oversikten i tabellform.

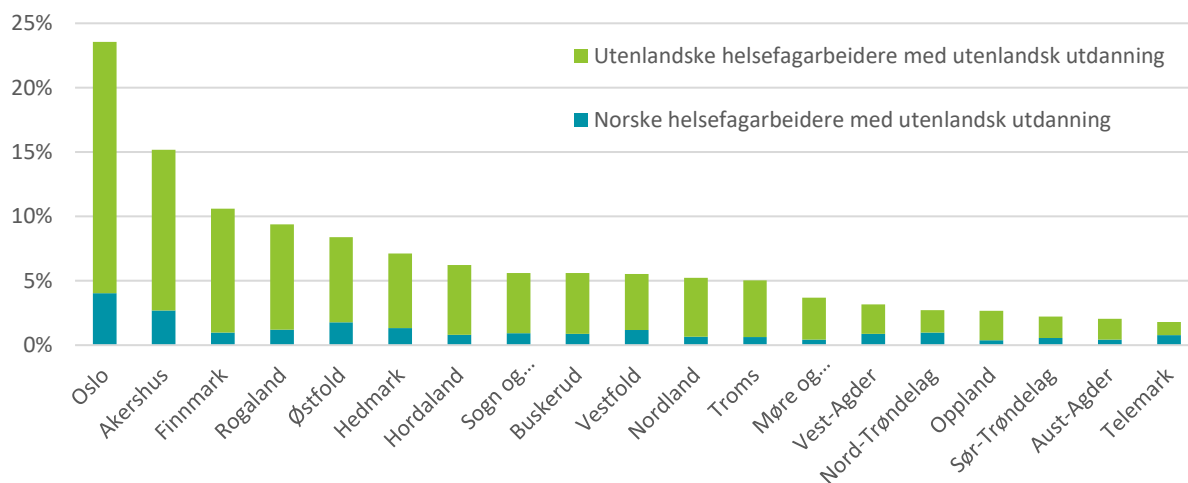
4.1.3 Geografiske ulikheter i kommunale helse- og omsorgstjenester

I likhet med Oslo-sykehusene og Akershus universitetssykehus i spesialisthelsetjenesten, skiller Oslo og Akershus seg ut i kommunale helse- og omsorgstjenester når det gjelder helsefagarbeiderårsverk utført av **utenlandske helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning**, med henholdsvis nesten 20 og 13 prosent av årsverkene. Også Finnmark har en relativt høy andel, med nesten 10 prosent av årsverkene.

Norske helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning utfører få helsefagarbeiderårsverk. De høyeste andelenene finner vi igjen i Akershus og Oslo, der henholdsvis knapt 3 og 4 prosent av årsverkene blir utført av denne gruppen.

Totalt blir drøyt 10 prosent av årsverkene utført av **helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning** i Finnmark, 15 prosent i Akershus og drøyt 23 prosent i Oslo.

Figur 14. Andel av helsefagarbeiderårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester utført av helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning, fordelt på statsborgerskap. 2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1 Se tabell 37 i vedlegget for antall årsverk i hvert foretak og oversikten i tabellform.

4.2 Nye autorisasjoner som helsefagarbeider

Tabell 14 viser antall nye autorisasjoner som helsefagarbeider i perioden 2012 til 2017, fordelt på utdanningsland. Merk at antall autorisasjoner i 2013 er kunstig høyt grunnet konverteringer av autorisasjoner som hjelpepleier og omsorgsarbeider til autorisasjoner som helsefagarbeider, slik at de øvrige årene ikke bør sammenlignes med 2013. Vi holder derfor 2013 utenfor i vår tolkning av tabellen.

Utdanning fra Norge

I 2016 og 2017 ble det gitt over 3 000 autorisasjoner på bakgrunn av norsk utdanning, noe som er langt høyere enn i 2012, 2014 og 2015. Autorisasjoner til norskutdannede tilsvarer mer enn 8 av 10 helsefagarbeiderautorisasjoner i 2017. Den store andelen er et resultat av den nevnte økningen blant helsefagarbeidere med norsk utdanning, kombinert med en nedgang for de øvrige landgruppene.

Utdanning fra Norden

Det har vært en betydelig nedgang i nye helsefagarbeidere med nordisk utdanning de senere årene. I 2017 ble det gitt 221 autorisasjon på bakgrunn av nordisk utdanning, et langt lavere antall enn i perioden 2012 til 2015. Knappt fem prosent av autorisasjonene ble gitt til søkere fra denne gruppen i 2017, mot nesten hver femte autorisasjon i 2012. Helsefagarbeiderne følger altså samme mønster som sykepleierne, som beskrevet i kapittel 3.2.

Utdanning fra øvrige EØS-land

Det er lite vanlig at personer med utdanning fra andre EØS-land får autorisasjon som helsefagarbeider i Norge. Gruppen har vært liten i hele perioden, mellom 31 og 72 personer, mens

andelen for det meste har utgjort mindre enn 2 prosent. Helsefagarbeideryrket er ikke harmonisert i EØS-området. I henhold til EØS-forskriften skal utdanningen ikke være vesentlig forskjellig fra den norske utdanningen. Lignende utdanninger er ikke veldig vanlige i EØS-området, men det finnes tilsvarende utdanninger i Frankrike, Tyskland, Spania og Polen.

Utdanning fra land utenfor EØS-området

I 2017 fikk 564 helsefagarbeidere med utdanning fra land utenfor EØS autorisasjon. Dette er langt færre enn i perioden 2012 til 2016. Gruppen utgjør en langt mindre andel av nye autoriserte helsefagarbeidere i 2016 og særlig i 2017 sammenlignet med de fire foregående årene.

Nye tilleggskrav for autorisasjon påvirker trolig antall helsefagarbeider fra land utenfor EØS som søker om autorisasjon i Norge. Disse må nå gjennomføre kurs i nasjonale fag og en praktisk, muntlig og skriftlig fagprøve, i tillegg til å dokumentere språkkunnskaper. Foreløpige, upubliserte tall på autorisasjonssøknader viser at det var en stor nedgang i søkere fra disse landene fra 2016 til 2017. Søkertallene har gått noe opp igjen i 2018, men er langt unna nivået fra før innføringen av nye krav.

Mange som får autorisasjon som helsefagarbeider har utdanning som sykepleier, men har en utdanning som ikke vurderes å være jevn god med norsk utdanning. Sykepleiere som jobber som helsefagarbeidere representerer et ubenyttet kompetansepotensial, som vi i større grad bør klare å utnytte (dette kommer vi tilbake til i kapittel 7.4.7). Å kartlegge omfanget av dette vil kreve en betydelig manuell jobb, og vi har ikke prioritert det i denne omgang, men ettersom de filippinske helsefagarbeiderne stort sett har sykepleieutdanning fra sitt hjemland, vet vi at omfanget er betydelig. I seksårsperioden som dekkes av tabell 14, utgjorde helsefagarbeidere med filippinsk utdanning omkring halvparten nye helsefagarbeider med utdanning fra utenfor EØS-området. Helsefagarbeidere med serbisk utdanning utgjorde ca. en tredjedel.

Tabell 14. Nye autorisasjoner som helsefagarbeider (inkludert hjelpepleiere), fordelt på utdanningsland. Antall og andel. 2012-2017.

Antall	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Norge	1 783	3 561	2 779	2 912	3 891	3820
Norden	614	937	759	450	291	221
EU/EØS	32	169	72	69	31	33
Andre	823	1 934	853	934	890	564
Total	3 252	6 601	4 463	4 365	5 103	4638
Norge	54,8 %	53,9 %	62,3 %	66,7 %	76,2 %	82,4 %
Norden	18,9 %	14,2 %	17,0 %	10,3 %	5,7 %	4,8 %
EU/EØS	1,0 %	2,6 %	1,6 %	1,6 %	0,6 %	0,7 %
Andre	25,3 %	29,3 %	19,1 %	21,4 %	17,4 %	12,2 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Kilde: Helsepersonellregisteret (HPR). Merk at antall autorisasjoner i 2013 er kunstig høyt grunnet konverteringer av autorisasjoner som hjelpepleier og omsorgsarbeider.

Utdanningsland ved nye helsefagarbeiderautorisasjoner i Norge sammenlignet med de nordiske landene

Også Danmark og Island krever autorisasjon for helsefagarbeidere. Andelen som hadde utenlandsk utdanning blant helsefagarbeiderne som fikk autorisasjon i 2017, var i underkant av én prosent i Danmark og i overkant av 4 prosent på Island. I Norge var andelen knapt 18 prosent, men vi så over at denne andelen var langt høyere enn tidligere år. Det var i 2017 flere helsefagarbeidere med innenlandsk utdanning som fikk autorisasjon i Norge enn det var autorisasjoner totalt i Danmark.

Tabell 15. Nye autorisasjoner som helsefagarbeider i de nordiske landene i 2017, fordelt på utdanning i det aktuelle landet eller fra utlandet.

	Norge	Sverige ¹⁾	Danmark ²⁾	Finland ³⁾	Island ⁴⁾
Innenlandsk utdanning	3 818	-	3 259	-	114
Utenlandsk utdanning	816	-	26	-	5
Totalt	4 636	-	3 285	-	119
Andel med utenlandsk utdanning	17,6 %	-	0,8 %	-	4,2 %

Kilde: Basert på tall fra Helsepersonellregisteret og årsrapport for Nordisk gruppe for helsepersonell 2017.

1) "Undersköterska" er ikke et regulert yrke i Sverige.

2) I Danmark reguleres helsefagarbeidere under tittelen "social- og sundhedsassistent"

3) "Lähihoitaja"/"närsvårdare" er en beskyttet tittel i Finland, men er ikke regulert med autorisasjon.

4) På Island reguleres helsefagarbeidere under tittelen "sjúkraliðar".

4.3 Oppsummering og vurdering

De norske helse- og omsorgstjenestene er i dag i liten grad avhengige av helsefagarbeidere med utdanning fra utlandet, men det er verdt å merke seg at bidragene fra disse helsefagarbeiderne har økt betraktelig i perioden siden 2012.

Kommunene, som er de dominerende arbeidsgiverne for helsefagarbeidere, benytter utenlandske helsefagarbeidere og utenlandsutdannede helsefagarbeidere i noe større grad enn spesialisthelsetjenesten, men heller ikke de kommunale helse- og omsorgstjenestene baserer seg på disse i noen særlig stor grad. Det er noen unntak, og i Oslo kommune utføres nesten hvert fjerde årsverk av en helsefagarbeider med utenlandsk utdanning. Også Akershus og Finnmark skiller seg ut ved at en større andel av årsverkene i kommunene utføres av helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning.

I en SSB-rapport der de gjennomgår faktisk utvikling for helse- og sosialpersonell fram til 2014 sammenlignet med tidligere framskrivninger, konkluderte de med at innvandring hadde bidratt til å dekke etterspørselen etter helsefagarbeidere¹⁹. I rapporten ser SSB på innvandrerbakgrunn (ikke-norskfødt). Helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn utfører en større andel av årsverkene (13,6 % i 2014) enn helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning eller utenlandsk statsborgerskap. Det er

¹⁹ Stølen NM, Bråthen R, Hjemås G, Otnes B, Texmon I og Vigran Å. *Helse- og sosialpersonell 2000-2014 – faktisk utvikling mot tidligere framskrivninger*. SSB-rapport 2016/19.

ikke unaturlig, ettersom helsepersonell med innvandrerbakgrunn kan ha blitt norske statsborgere og/eller kan ha gjennomført norsk utdanning etter at de innvandret. Som vi vil komme tilbake til i kapittel 7.1, er de færreste innvandrede helsefagarbeidere arbeidsinnvandrere.

Det har vært en klar nedgang i antall nye autorisasjoner til helsefagarbeidere med utdanning fra utlandet. En betydelig økning i autorisasjoner til norskutdannede helsefagarbeidere har i stor grad kompensert for dette, men økningen blant norskutdannede flatet ut i 2017, og hvis nedgangen blant nye helsefagarbeidere fra utlandet fortsetter, kan det skape utfordringer for arbeidsgiverne i helse- og omsorgssektoren, kanskje særlig i Oslo, Akershus og Finnmark. Nye krav for å få autorisasjon for søkere med utdanning fra land utenfor EØS-området har trolig redusert antall søkere og antall autoriserte helsefagarbeidere fra disse landene, og vi forventer at denne nedgangen vil fortsette å gjøre seg gjeldende.

4.3.1 Framtidige behov for helsefagarbeidere

Da den forrige HELSEMOD-framskrivningen av tilbud og etterspørsel etter helsefagarbeidere ble gjennomført i 2012, hadde antall kandidater som gjennomfører helsefagarbeiderutdanningen blitt kraftig redusert etter at den nye utdanningsordningen for helsefagarbeidere ble gjeldende. Som et resultat av det, samt helsefagarbeidernes relativt høye alder, ble det framskrevet et redusert tilbud av årsverk. Samtidig ble det framskrevet økt etterspørsel, som sammen ga en estimert underdekning på mellom 45 000 og 73 000 helsefagarbeiderårsverk, med 57 000 som estimert underdekning i referansealternativet. Vi har som nevnt sett en økning i antall nye autorisasjoner basert på norsk utdanning siden 2012, og statistikk fra Utdanningsdirektoratet viser en positiv utvikling av søkere til helsearbeiderfaget²⁰. Det kan derfor tenkes at framtidig tilbud av helsefagarbeiderårsverk ble undervurdert i framskrivningene. Oppdaterte HELSEMOD-framskrivninger for helsefagarbeidere vil være klare i 2019, og vil gi oss oppdaterte anslag for framtidig tilbud og etterspørsel.

Uansett er det klart at det vil bli stor framtidig etterspørsel etter helsefagarbeidere, og det er sannsynlig at vi vil kunne trenge innsatsen til utenlandske helsefagarbeidere dersom vi skal dekke hele behovet. NAV estimerer allerede at det er en mangel på ca. 2 200 helsefagarbeidere i 2018, en klar økning fra tidligere år. KS framskriver i 2018 et økt behov for årsverk innen helse og omsorg på 26,5 prosent fram mot 2028²¹. De framskriver ikke for spesifikke yrkesgrupper, men helsefagarbeidere er en sentral gruppe i kommunenes pleie- og omsorgstilbud, og vil trolig stå for en betydelig andel av den framskrevne økningen, sammen med sykepleierne.

²⁰ <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/sokere-vgs/sokere-utdanningsprogram/>

²¹ <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/analyse-og-statistikk/rekrutteringsmodell/rekrutteringsbehov-i-kommunesektoren/>

5 TANNLEGER MED UTDANNING FRA UTLANDET

5.1 Tannlegeårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap

Utenlandske tannleger med utdanning fra utlandet utførte i 2016 drøyt 600 årsverk, eller 13,7 prosent av tannlegeårsverkene i Norge. Dette er en økning på 2 prosentpoeng siden 2012. Disse årsverkene utføres av både nordiske borgere (4,9 prosent av totale tannlegeårsverk) og EØS-borgere (6,8 prosent av totalen), og i mindre grad av tannleger fra land utenfor EØS (2,0 prosent av totalen).

Norske tannleger med utdanning fra utlandet utførte i 2016 drøyt 400 årsverk, eller 9,1 prosent av tannlegeårsverkene. Denne andelen har økt med 3 prosentpoeng i perioden siden 2012. Merk at tannleger som fikk sin autorisasjon før 1979, i stor grad er registrert med ukjent utdanningsland. Som det fremkommer i tabell 16, er disse tannlegene nesten utelukkende norske statsborgere. De fleste av disse har sannsynligvis norsk utdanning, men samtidig vet vi at det ikke er et nytt fenomen at norske odontologistudenter studerer i utlandet, og noen av disse kan ha gjennomført utdanningen i blant annet Tyskland.

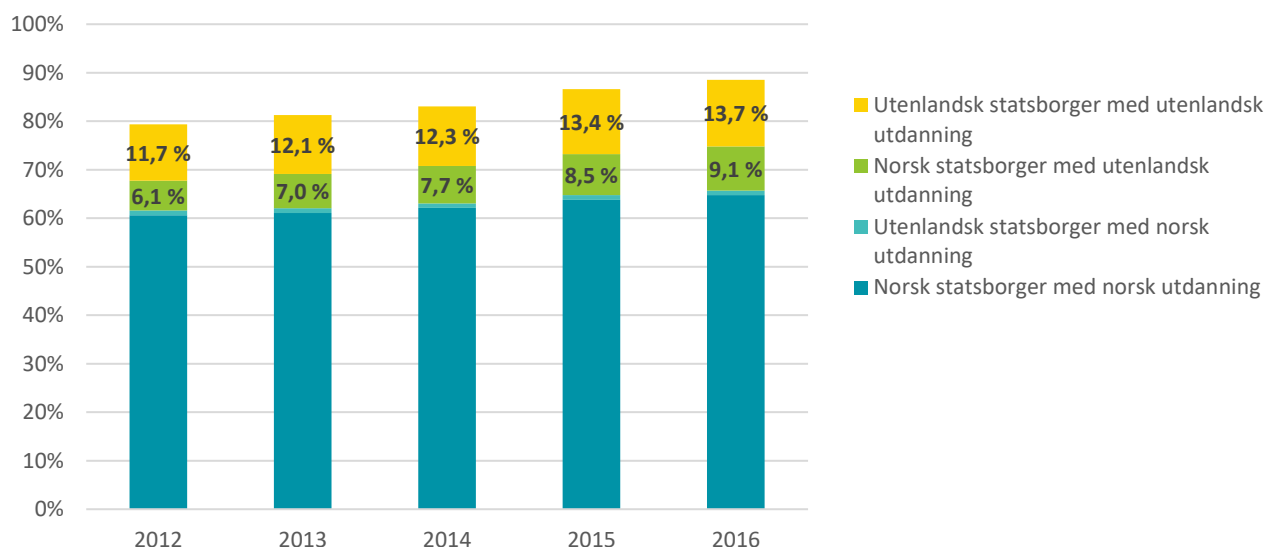
Tannleger med utdanning fra utlandet utførte altså totalt 22,8 prosent av årsverkene. Sysselsettingsstatistikken fra SSB viser at de viktigste utdanningslandene for tannleger med utenlandsk utdanning er Polen (229 sysselsatte), Sverige (210) og Tyskland (179).

Tabell 16. Avtalte tannlegeårsverk, fordelt på utdanningsland og statsborgerskap. 2012-2016.

		2012	2013	2014	2015	2016
Norsk utdanning	Norsk statsborger	2 662	2 738	2 808	2 863	2 956
	Utenlandsk statsborger	43	45	44	45	43
Utenlandsk utdanning	Norsk statsborger	268	315	347	380	417
	Utenlandsk statsborger	512	544	557	601	625
Ukjent utdanningsland	Norsk statsborger	882	821	748	588	514
	Utenlandsk statsborger	23	19	18	12	11
Totalt antall årsverk		4 390	4 482	4 522	4 489	4 566

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Figur 15. Tannlegeårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap, 2012-2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se også tabell 16 for tabellen som danner grunnlaget for figuren i absolutte tall.

Merk at søylene ikke summerer opp til 100 % pga. tannleger med ukjent utdanningsland. Figuren viser tilsynelatende at andelen av tannlegeårsverkene som utføres av norske statsborgere med norsk utdanning har økt i perioden fra 2012, men dette er trolig misvisende: I 2012 hadde hver femte tannlege ukjent utdanningsland, mens andelen i 2016 var redusert til 11,5 prosent. Dersom antagelsen om at mange av de norske tannlegene som er registrert med ukjent utdanning har utdanning fra Norge stemmer, skyldes den tilsynelatende økningen bedre datakvalitet.

5.1.1 Sammenligning av offentlige og private tannhelsetjenester

Tannleger jobber for det meste i fylkeskommunen eller i privat praksis, og i dette kapitlet har vi gruppert tannlegene i kategoriene "offentlig ansatte tannleger"²² og "privatpraktiserende tannleger"²³.

Utenlandske tannleger med utdanning fra utlandet står for nesten en dobbelt så høy andel av årsverkene som utføres av offentlige tannleger sammenlignet med privatpraktiserende tannleger, henholdsvis 20,2 prosent og 10,9 prosent av årsverkene.

Norske tannleger med utenlandsk utdanning utfører 9,8 prosent av årsverkene i den offentlige tannhelsetjenesten mot 8,8 prosent i den private tannhelsetjenesten. Merk at andelen som utføres av norske tannleger med *ukjent utdanningsland* er langt høyere i den private tannhelsetjenesten enn i den offentlige. Som nevnt over kan noen av disse ha gjennomført utdanningen i utlandet.

Tannleger med utenlandsk utdanning utfører dermed totalt ca. 30 prosent av årsverkene i den offentlige tannhelsetjenesten, mot knapt 20 prosent i den private tannhelsetjenesten.

²² I tillegg til de fylkeskommunale tannlegene, er noen veldig få tannleger ansatt i en kommune eller spesialisthelsetjenesten. De kommunalt ansatte tannlegene utførte i 2016 26 årsverk, halvparten innen "annen forebyggende helsetjeneste" eller i "somatiske sykehjem". 55 årsverk ble utført av tannleger i spesialisthelsetjenesten, for det meste i somatiske sykehus. Disse er registrert med odontologi som sin høyeste utdanning, men det er ikke sikkert at de *jobber* som tannleger.

²³ Privatpraktiserende tannleger er registrert innen SSBs sektorer "personlige foretak", "personlig næringsdrivende" og "private aksjeselskap mv."

Tabell 17. Avtalte tannlegeårsverk, fordelt på statsborgerskap, utdanning og helsetjeneste. Prosentandeler, med antall i parentes. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent utdanning		Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle
Offentlig ansatte	63,8 % (889)	0,9 % (12)	9,8 % (136)	20,2 % (282)	5,2 % (72)	0,2 % (3)	100 % (1 394)
Privatpraktiserende	65,1 % (2 071)	1,0 % (31)	8,8 % (279)	10,9 % (347)	14,0 % (445)	0,3 % (8)	100 % (3 181)

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. 14 tannlegeårsverk i ideell sektor og ett -årsverk i ukjent sektor er utelatt i denne oversikten.

5.1.2 Geografiske ulikheter

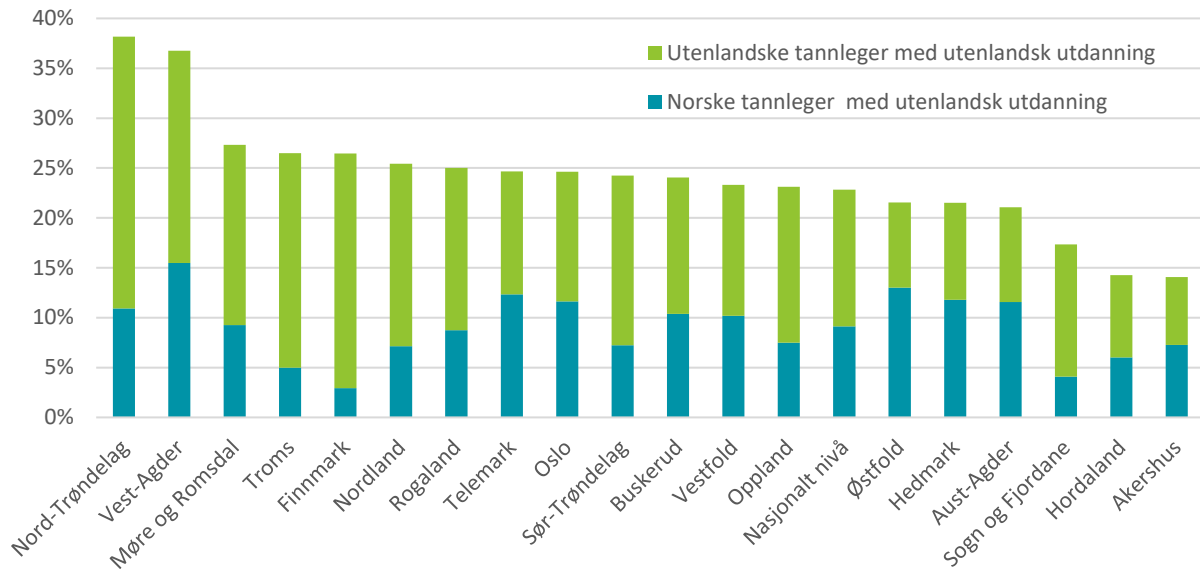
Tannlegene utgjør en såpass liten gruppe at vi har valgt å se på geografiske ulikheter for de offentlig ansatte tannlegene og de privatpraktiserende tannlegene under ett, fordelt på fylker. Antall årsverk i de minste fylkene er likevel svært få (se tabell 38 i vedlegget for totalt antall årsverk i hvert enkelt fylke). De geografiske ulikhetene vises i figur 16.

Utenlandsk tannleger med utenlandsk utdanning utfører mer enn hvert fjerde årsverk i Nord-Trøndelag. I Finnmark utfører utenlandske tannleger med utenlandsk utdanning nesten hvert fjerde årsverk, men antall tannlegeårsverk er svært lavt i Finnmark, med kun 68 avtalte årsverk, slik at relativt få tannleger kan gi store prosentvise utslag. Også Troms (22 %), Vest-Agder (21 %), Nordland (18 %) og Møre og Romsdal (18 %) skiller seg ut med høye andeler utenlandske tannleger med utenlandsk utdanning. I den andre enden av skalaen, er det fem fylker der denne gruppen utfører mindre enn hvert tiende årsverk.

Norske tannleger med utenlandsk utdanning utfører mer enn hvert tiende årsverk i Nord-Trøndelag og samtlige fylker på Sør- og Østlandet, med unntak av Oppland. Vest-Agder er fylket med høyest andel (15 %), etterfulgt av Østfold (13 %) og Telemark (12 %). Andelen er under 10 prosent i Sør-Trøndelag og alle fylkene på Vestlandet og i Nord-Norge.

Tannleger med utenlandsk utdanning utfører totalt drøyt 38 prosent i Nord-Trøndelag og nesten 37 prosent i Vest-Agder. Dette er fylker der både utenlandske og norske tannleger med utenlandsk utdanning utfører store andeler av årsverkene. Figur 16 viser at disse fylkene skiller seg ut fra de andre fylkene med en høy totalandel.

Figur 16. Andel av tannlegeårsverk utført av tannleger med utenlandsk utdanning, fordelt på statsborgerskap. 2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se tabell 38 i vedlegget for antall årsverk i hvert fylke og oversikten i tabellform.

5.2 Nye tannlegeautorisasjoner

Tabell 18 viser at det i 2017 ble gitt 332 autorisasjoner som tannleger. Dette er noe høyere enn i perioden 2012-2016, da antallet lå mellom 262 og 293 autorisasjoner. Vi vil her se nærmere på hvor disse tannlegene har gjennomført utdanningen sin.

Norsk utdanning

Tabell 18 viser at 123 autorisasjoner, tilsvarende 37 prosent av autorisasjonene som ble gitt til tannleger i 2017, ble gitt til søkere med norsk utdanning. Andelen er lavere enn de foregående fem årene, men er ikke en del av en entydig trend; andelen var lav også i 2014 (40 %), før den økte noe igjen i 2015 og 2016.

Utdanning fra Norden

I 2017 ble det kun gitt 19 autorisasjoner til søkere med utdanning fra Norden, og dette utgjorde ca. 6 prosent av autorisasjonene. Det har vært en tydelig nedgang siden 2012, da antallet var 41 og andelen var 15 %. Som vi så tidligere i kapitlet, er svenskutdannede tannleger bare overgått av polskutdannede i antall sysselsatte tannleger, men tilveksten av nordiskutdannede tannleger er altså lav.

Utdanning fra øvrige EØS-land

Tannlegeyrket er harmonisert innad i EØS-området, og det gis mange autorisasjoner til tannleger med utdanning fra andre EØS-land. Over halvparten (52 %) av autorisasjonene i 2017, ble gitt til tannleger utdannet i EØS-land. Mens antall autorisasjoner til søkere med utdanning fra nordiske land

er halvert i perioden, har antallet autorisasjoner gitt til søkere med utdanning fra andre EØS-land doblet seg. Andelen, som var 29 prosent i 2012, har økt hvert år i perioden.

Mange av disse tannlegene med utdanning fra øvrige EØS-land, er nordmenn som har gjennomført studiene i Europa; i 2017 var 72 av de 173 tannlegene som fikk autorisasjon på bakgrunn av en EØS-utdanning, norske statsborgere, altså 42 prosent).

Utdanning fra land utenfor EØS

Det kan være vanskelig for tannleger utdannet utenfor EØS å få autorisasjon i Norge, noe som reflekteres i autorisasjonsstatistikken. Mellom 9 og 32 tannleger med utdanning fra disse landene, har fått autorisasjon årlig siden 2012. Med unntak av 2013, har dette utgjort under 10 % av de autoriserte tannlegene. Antallet i 2013 er kunstig høyt, fordi Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) dette året behandlet flere saker som hadde ligget over tid i påvente av vurdering fra en faglig rådgiver. Dette innebærer trolig også at antallet i 2012 (9) var kunstig lavt.

For søkere med utdanning fra land utenfor EØS, vurderer Helsedirektoratet om hver enkelt søkers utdanning er jevn god med norsk odontologiutdanning. Enkelte søkere kan ha utdanning som vurderes som jevn god ved første vurdering. Eksempler på dette fra senere år, er søkere med utdanning fra USA. Som oftest vurderes ikke utdanninger fra utenfor EØS til å være jevn gode med den norske. Søkere med mindre omfattende mangler i sin utdanning, kan innvilges midlertidig lisens og få beskjed om å gjennomføre nødvendig klinisk praksis i Norge. Ferske eksempler på det, er enkelte tannleger fra Brasil. Tannleger med utdanning som har noe større mangler enn de nevnte gruppene, kan komplettere utdanningen sin gjennom *kvalifiseringsprogrammet for tannleger med utdanning fra utenfor EU/EØS-området*. Kvalifiseringsprogrammet tilbys av Universitetet i Bergen til åtte deltakere hvert halvannet år, og går over halvannet år (90 studiepoeng). Kvalifiseringsprogrammet er et særskilt tilbud som opprinnelig ble etablert som et integreringstiltak for tannleger med utdanning fra utenfor EU/EØS-området, som kom til Norge som flyktning eller asylsøker, og som hadde fått varig oppholdstillatelse i Norge.

Upublisert statistikk på autorisasjonssøknader, viser at antall søkere fra denne landgruppen gått ned fra 2016 til 2017, trolig som en følge av innføring av nye tilleggskrav for autorisasjon 1. januar 2017, men at antallet har økt noe igjen i 2018. Disse søkerne må nå gjennomføre en praktisk, muntlig og skriftlig fagprøve, i tillegg til å dokumentere norskkunnskaper og gjennomføre kurs i nasjonale fag og legemiddelhåndtering.

Tabell 18. Nye autorisasjoner som tannlege, fordelt på utdanningsland. Antall og andel. 2012-2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Norge	148	128	116	113	144	123
Norden	41	36	40	27	15	19
EU/EØS	81	96	110	101	117	173
Andre	9	32	24	21	17	17
Total	279	292	290	262	293	332
<hr/>						
Norge	53,0 %	43,8 %	40,0 %	43,1 %	49,1 %	37,0 %
Norden	14,7 %	12,3 %	13,8 %	10,3 %	5,1 %	5,7 %
EU/EØS	29,0 %	32,9 %	37,9 %	38,5 %	39,9 %	52,1 %
Andre	3,2 %	11,0 %	8,3 %	8,0 %	5,8 %	5,1 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Kilde: HPR.

Utdanningsland ved nye tannlegeautorisasjoner i Norge sammenlignet med de nordiske landene

Tabell 19 viser nye tannlegeautorisasjoner i de nordiske landene, og hvor stor andel som ble gitt på bakgrunn av utenlandsk utdanning. I overkant av hver tredje tannlege som fikk autorisasjon i Sverige og Danmark i 2017, hadde utenlandsk utdanning. Andelen var høy også på Island, 41,7 %, men der er det kun ett universitet som tilbyr odontologi, og tallene er svært små. I Finland var andelen drøyt 11 prosent. Alle andelene er langt lavere enn tilsvarende andel i Norge, 63 prosent.

Tabell 19. Nye autorisasjoner som tannlege i de nordiske landene i 2017, fordelt på utdanning i det aktuelle landet eller fra utlandet.

	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island
Innenlandsk utdanning	123	274	114	195	7
Utenlandsk utdanning	209	147	58	25	5
Totalt	332	421	172	220	12
Andel med utenlandsk utdanning	63,0 %	34,9 %	33,7 %	11,4 %	41,7 %

Kilde: Basert på tall fra Helsepersonellregisteret og årsrapport for Nordisk gruppe for helsepersonell 2017.

5.3 Norske odontologistudenter i utlandet

Det er svært høye opptakskrav på odontologistudiet i Norge, og ettersom tannlegeyrket er harmonisert i EØS-området, velger mange norske studenter å studere odontologi i andre EU/EØS-land. Mange av autorisasjonene som gis på bakgrunn av utdanning fra EØS-land, gis som nevnt til norske statsborgere.

Statistikk fra Lånekassen viser at det i studieåret 2017-18 var 272 norske studenter som fikk støtte fra Lånekassen til å ta en odontologigrad i utlandet. Det var en betydelig økning i antall utenlandsstudenter fra 2010-11 til 2014-15, men antallet var tilnærmet likt de påfølgende tre studieårene, før det var en liten nedgang i 2017-18. I 2017-18 studerte klart flest i Polen (148)²⁴, etterfulgt av "nykommeren" Spania (32), Ungarn (25) og Latvia (25). Sverige, Tyskland og Danmark er ikke lenger blant de mest populære landene for norske odontologistudenter.

²⁴ Norske helsemyndigheter inngikk i september 2016 en avtale med polske myndigheter som sikret at norske odontologistudenter fortsatt vil få autorisasjon i Norge etter fullført utdanning, uten veiledet praksis i Polen etter eksamen.

Tabell 20. Antall gradsstudenter i odontologi som får støtte av Lånekassen til å studere i utlandet, fordelt på de mest vanlige utdanningslandene. Studieårene 2010-11 til 2017-18.

	2010- 2011	2011- 2012	2012- 2013	2013- 2014	2014- 2015	2015- 2016	2016- 2017	2017- 2018
Polen	121	149	157	158	175	173	159	148
Spania	0	0	0	2	14	24	33	32
Ungarn	31	32	34	31	35	35	30	25
Latvia ^{a)}								25
Danmark	13	16	13	12	11	10	7	11
Sverige	3	3	2	4	4	3	5	31 ^{a) b)}
Tyskland	6	10	9	9	6	5	6	
Øvrige Europa	20	24	30	34	41	39	44	
Utenfor Europa	3	5	4	0	1	1	1	
Totalt	197	239	249	250	287	290	285	272

Kilde: Lånekassen.

a) Latvia har fram til 2017-18 vært inkludert i kategorien "Øvrige land i Europa".

b) Fra og med studieåret 2017-18 utleverer Lånekassen mindre detaljert statistikk, og disse landene og landgruppene er derfor slått sammen.

5.4 Oppsummering og vurdering

Nesten hvert tiende årsverk utføres av en norsk tannlege med utenlandsk utdanning, og nesten 14 prosent utføres av en utenlandsk tannlege med utenlandske utdanning. Med andre ord utføres mer enn hvert femte årsverk i den norske tannhelsetjenesten av tannleger med utenlandsk utdanning. Både norske og utenlandske tannleger med utenlandsk utdanning utfører en økende andel av årsverkene.

Utenlandske tannleger jobber i større grad i den offentlige tannhelsetjenesten. Fylkene fra Nord-Trøndelag og nordover, samt Vest-Agder og Møre og Romsdal, er fylkene som skiller seg ut med at utenlandske tannleger utfører en stor andel av årsverkene. De norske tannlegene som har gjennomført utdanningen i utlandet, er mer sentrale på Sør- og Østlandet og i Nord-Trøndelag.

De senere årene har et økende antall autorisasjoner blitt gitt til tannleger med utdanning fra ikke-nordiske EØS-land, og de fleste av disse tannlegene er norske statsborgere. Antall norske odontologistudenter i utlandet ser ut til å ha stabilisert seg de senere årene etter en periode med klar økning.

5.4.1 Framtidig behov for tannleger

Vi har vist at en betydelig andel av tannlegene i Norge har utdanning fra utlandet, og at andelen trolig vil øke. Vi vil likevel understreke at dette ikke nødvendigvis innebærer at den norske tannhelsetjenesten er eller vil bli avhengig av tannleger utdannet i utlandet.

Tannhelsen i befolkningen blir stadig bedre, og med svært mange norske odontologistudenter i utlandet, som kommer i tillegg til den nasjonale utdanningskapasiteten, kan det se ut til at det vil utdannes for mange tannleger for det norske arbeidsmarkedet framover. Det meldes ikke lenger om behov for tannleger i NAVs bedriftsundersøkelse. Ifølge Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017 mener riktignok fire fylkeskommuner at det er "ganske utfordrende" å rekruttere tannleger, mens én fylkeskommune mener at det er "meget utfordrende" og ytterligere syv fylkeskommuner

mener at det er "litt utfordrende". De fylkene som i 2016 hadde høyest andel ubesatte offentlige tannlegestillinger var Møre og Romsdal (18 %), Sogn og Fjordane (8 %) og Troms (6 %). Vi så i figur 16 at mer enn hvert femte tannlegeårsverk i Møre og Romsdal og Troms ble utført av utenlandske tannleger med utenlandsk utdanning. Rekrutteringsutfordringer i fylkeskommunene henger trolig sammen med at mange tannleger søker mot jobb i private tannhelsetjenester i mer sentrale strøk.

I private tannhelsetjenester er det allerede tegn på overkapasitet. I 2016 viste en undersøkelse gjennomført av Seksjon for samfunnsodontologi ved Det odontologiske fakultet på Universitetet i Oslo²⁵, at nesten halvparten av privatpraktiserende allmenntannleger jobber mindre enn et fullt tannlegeårsverk (definert som 1 620 timer per år). Noe av dette kan nok forklares med frivillig deltidsarbeid, men undersøkelsen viser at 40 prosent av de privatpraktiserende allmenntannlegene ønsket større pasientmengde. I Oslo og Akershus ønsket hele 53 prosent større pasientmengde. Det er fri etablering og ingen regulering av privat tannlegepraksis fra myndighetenes side. Det høye antallet som tar utdanning i utlandet kan føre til overetablering, men kan samtidig føre til bedre geografiske dekning av tannleger (se også kapittel 7.3).

Trolig vil det være ønskelig å redusere omfanget av norske studenter som reiser utenlands for å studere odontologi, men det er en åpenbar utfordring at norske myndigheter ikke har mulighet til å påvirke den ekstra utdanningskapasiteten som europeiske universiteter representerer. Økt kunnskap om det fremtidige arbeidsmarkedet for tannleger blant unge som skal velge studier, vil kunne bidra til å redusere antallet som ønsker å studere i Europa. En eventuell reduksjon i nasjonal utdanningskapasitet vil kunne føre til at flere norske studenter reiser utenlands. Antall studieplasser i Norge har ligget stabilt på 153 plasser over mange år. Kunnskapsdepartementets kandidatmåltall på 139 ferdige kandidater årlig, har ikke blitt oppnådd etter at det ble innført i 2014²⁶.

²⁵ Holmgren TK, Rongen G, Grytten J. Allmenntannlegene i den private tannhelsetjenesten - har de nok å gjøre? Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 948-52

²⁶ Se tabell 46 i vedlegget.

6 PSYKOLOGER MED UTDANNING FRA UTLANDET

6.1 Psykologårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap

Utenlandske psykologer med utenlandsk utdanning utførte litt over 400 årsverk i 2016, noe som tilsvarer nesten 8 prosent av psykologårsverkene i Norge. Andelen er økende, opp 0,8 prosentpoeng fra 2012 til 2016. Økningen i prosentpoeng kan virke beskjeden, men denne gruppen utførte mer enn 100 flere årsverk i 2016 enn i 2012, tilsvarende en økning på 35 prosent.

Når vi bryter de 7,8 prosentene som utføres av utenlandske statsborgere med utenlandsk utdanning ned på statsborgerskap, ser vi at 4,7 prosent av de totale årsverkene utføres av nordiske statsborgere, 2,6 prosent utføres av øvrige EØS-borgere og under en halv prosent av statsborgere fra land utenfor EØS-området. Nesten alle disse har utdanning fra sitt egen landgruppe.

Norske psykologer med utenlandsk utdanning utførte i 2016 nesten 900 årsverk, eller ca. 16 prosent av psykologårsverkene. De aller fleste av disse har en nordisk psykologutdanning. Andelen har økt med drøyt 5 prosentpoeng siden 2012. De norske psykologene med utenlandsk utdanning utfører 397 flere årsverk i 2016 enn i 2012, tilsvarende en økning på hele 80 prosent.

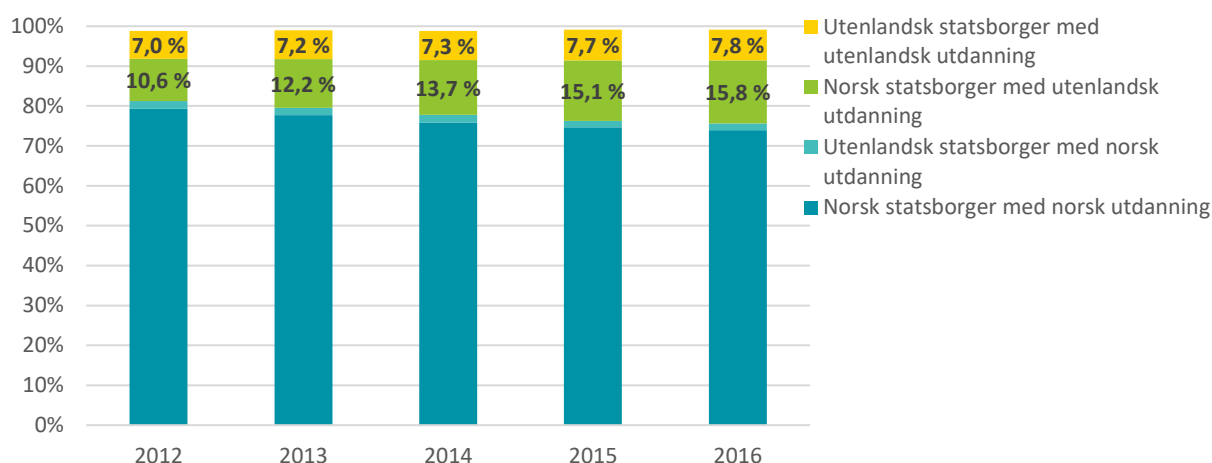
Psykologer med utdanning fra utlandet utførte dermed totalt nesten hvert fjerde årsverk.

Tabell 21. Avtalte psykologårsverk, fordelt på utdanningsland og statsborgerskap. 2012-2016.

		2012	2013	2014	2015	2016
Norsk utdanning	Norsk statsborger	3690	3 732	3 876	4 060	4 166
	Utenlandsk statsborger	92	88	97	89	93
Utenlandsk utdanning	Norsk statsborger	493	586	700	822	890
	Utenlandsk statsborger	324	346	375	419	437
Ukjent utdanningsland	Norsk statsborger	49	43	52	42	42
	Utenlandsk statsborger	6	7	7	6	5
Totalt antall årsverk		4654	4802	5107	5438	5633

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Figur 17. Psykologårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap, 2012-2016.



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se også tabell 21 for tabellen som danner grunnlaget for figuren i absolutte tall.

6.1.1 Sammenligning av spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og andre psykologtjenester

Vi vil nå undersøke om det er ulikheter mellom sektorene når det gjelder årsverk utført av psykologer med utdanning fra utlandet. Vi benytter her kategorien "øvrige psykologtjenester", i tillegg til kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. I kategorien "øvrige helsetjenester" finner vi de fleste psykologene som jobber innen SSBs næringskode "klinisk psykologtjeneste", og i praksis er kategorien privatpraktiserende psykologer, med noen unntak.

Utenlandske psykologer med utdanning fra utlandet utfører en større andel av årsverkene i spesialisthelsetjenesten (8,4 %) enn de gjør i kommunehelsetjenesten (7,8 %) og i øvrige psykologtjenester (5,1 %). De utenlandske psykologene med utdanning fra utlandet er med andre ord i liten grad privatpraktiserende. Å starte opp som privatpraktiserende er trolig lettere og mer naturlig for norske statsborgere som snakker språket godt og vet at de skal bli boende i Norge.

Norske psykologer med utenlandsk utdanning utfører også en større andel av årsverkene i spesialisthelsetjenesten (17,7 %) enn i kommunehelsetjenesten (13,5 prosent) og øvrige psykologtjenester (9 prosent).

Tabell 22. Psykologårsverk fordelt på statsborgerskap, utdanning og helsetjeneste. Prosentandeler, med antall i parentes. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	Alle statsborgere
Kommunehelsetjenesten	75,1 % (289)	1,8 % (7)	13,5 % (52)	7,8 % (30)	1,8 % (7)	100 % (385)
Spesialisthelsetjenesten	71,7 % (3 023)	1,6 % (67)	17,7 % (745)	8,4 % (355)	0,7 % (29)	100 % (4 190)
Øvrige psykologtjenester	83,0 % (854)	1,8 % (19)	9,0 % (93)	5,1 % (52)	1,1 % (11)	100 % (1 029)

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

6.1.2 Geografiske ulikheter

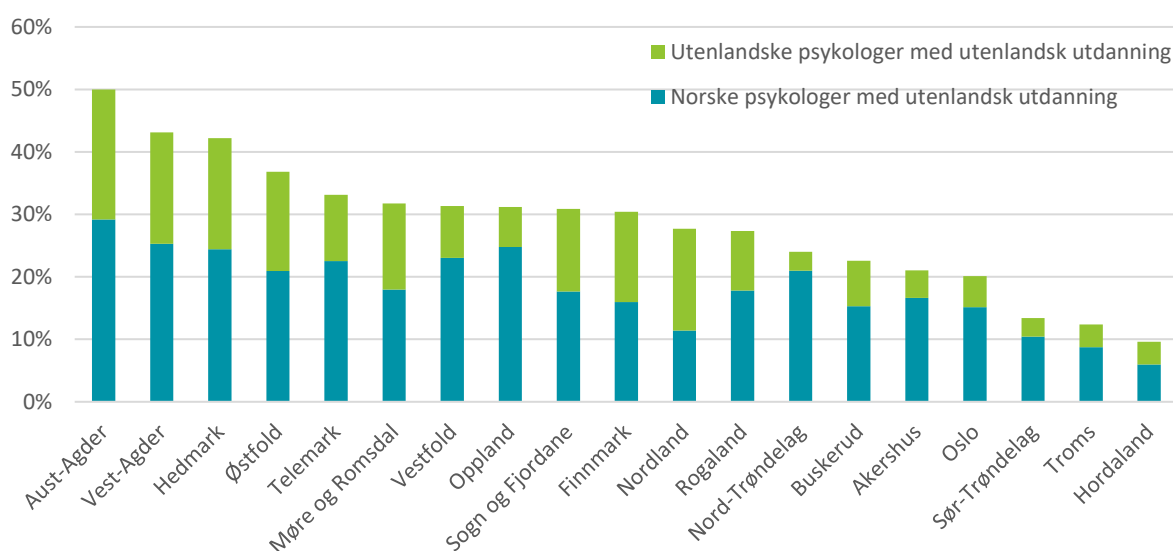
I likhet med tannlegene, utgjør psykologene en såpass liten gruppe at vi har valgt å se på geografiske ulikheter for psykologer i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og øvrige psykologtjenester under ett. I de minste fylkene er det likevel et lavt antall årsverk (se tabell 39 i vedlegget), og prosentandelene må tolkes med forsiktighet.

Utenlandske psykologer med utenlandsk utdanning utfører i underkant av henholdsvis 18 og 21 prosent av psykologårsverkene i Vest- og Aust-Agder. Andelen er over 15 prosent også i Østfold (16 %), Nordland (16 %) og Hedmark (18 %). Andelen er 5 prosent eller lavere i fylkene som har universiteter som tilbyr profesjonsstudiet i psykologi (Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, Universitetet i Tromsø og NTNU i Trondheim).

Norske psykologer med utenlandsk utdanning utfører over 20 prosent av psykologårsverkene i Nord-Trøndelag, Agder-fylkene og fem fylker på Østlandet. Andelen er over 10 prosent i resten av fylkene, med unntak av Hordaland og Troms. Dette kan henge sammen med at profesjonsstudiet i psykologi tilbys ved universitetene i Bergen og Tromsø. Andelen er noe lavere enn det nasjonale nivået (15,8 %) også i Oslo og Sør-Trøndelag.

Psykologer med utenlandsk utdanning utfører totalt over halvparten av de 96 psykologårsverkene i Aust-Agder. I Hedmark og Vest-Agder er andelen ca. 42 og 43 prosent. Andelen er 30 prosent eller over også i Finnmark (30 %), Sogn og Fjordane (31 %), Vestfold (31 %), Oppland (31 %), Møre og Romsdal (32 %), Telemark (33 %) og Østfold (37 %).

Figur 18. Andel av psykologårsverk utført av psykologer med utenlandsk utdanning, fordelt på statsborgerskap. 2016.



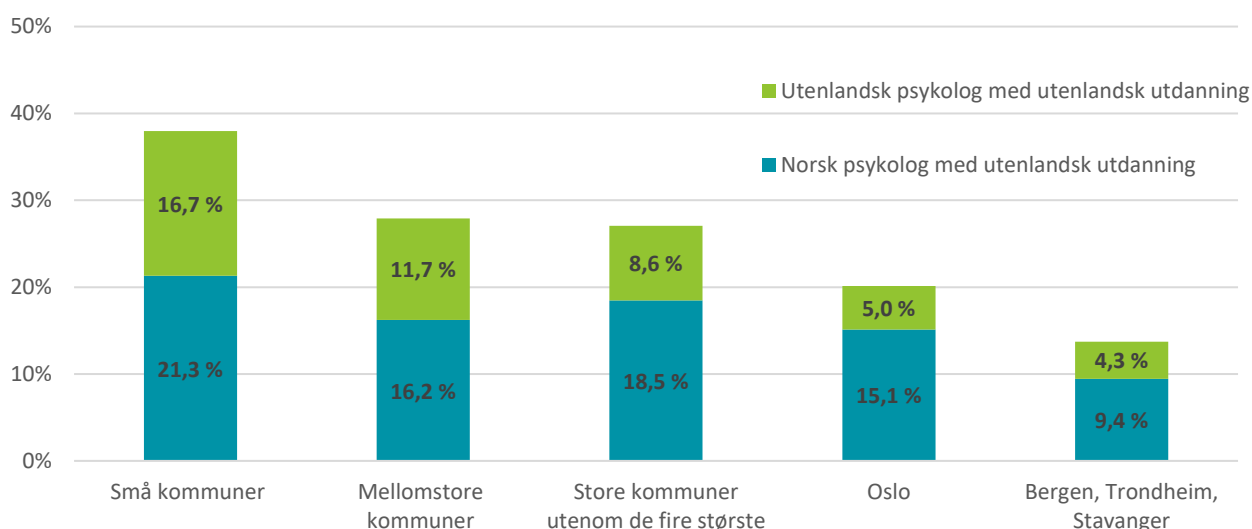
Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Se tabell 39 i vedlegget for antall årsverk i hvert fylke og oversikten i tabellform.

Figur 19 viser avtalte psykologårsverk fordelt på utdanningsland og statsborgerskap i ulike type kommuner, basert på KOSTRA-grupper. Selv om vi fordeler årsverkene på kommunegrupper, har vi

grunnet det lave antallet årsverk inkludert alle psykologer, også de som jobber i spesialisthelsetjenesten og i øvrige psykologtjenester.

Psykologer med utenlandsk utdanning utfører 38 prosent av psykologårsverkene i små kommuner. Både norske og utenlandske psykologer med utenlandsk utdanning utfører større andeler av årsverkene i små kommuner enn i andre kategorier. Det må påpekes at det kun utføres litt over 100 psykologårsverk totalt i de små kommunene. I de mellomstore og store kommunene utenom de største byene, er andelen utført av psykologer med utenlandsk utdanning henholdsvis 28 og 27 prosent. I Oslo utfører disse rundt 20 prosent og i de tre andre storbyene rundt 14 prosent. Nivået i storbyene er altså under det nasjonale nivået på 23 prosent.

Figur 19. Andel av psykologårsverk utført av psykologer med utenlandsk utdanning, fordelt på statsborgerskap, i ulike kommunekategorier (i alle sektorer).



Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Små kommuner har mindre enn 5 000 innbyggere. Mellomstore kommuner har mellom 5 000 og 19 999 innbyggere. Store kommuner har 20 000 innbyggere eller mer. Se tabell 33 i vedlegget for antall årsverk i hver kommunekategori og oversikten i tabellform. Merk at statistikken inkluderer alle sektorer, ikke bare kommunene.

6.2 Nye psykologautorisasjoner

De siste seks årene har det årlig blitt innvilget mellom 349 og 445 psykologautorisasjoner, som vist i tabell 23. I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvilke land disse nylig autoriserte psykologene har gjennomført utdanningen i.

Norsk utdanning

I 2017 ble det innvilget 251 autorisasjoner basert på norsk utdanning. Det er litt lavere enn i 2015 og 2016, men en økning sammenlignet med 2012 til 2014. I 2016 og 2017 utgjorde autorisasjoner til norskutdannede i underkant av 2 av 3 av nye autorisasjoner. Andelen er høyere enn den var perioden 2013 til 2015, men nesten på nivå med andelen i 2012.

Utdanning fra Norden

I 2017 ble det innvilget 120 autorisasjoner basert på nordisk utdanning, for det meste dansk

utdanning. Antall autorisasjoner har ligget godt over 100 årlig siden 2013, med en topp på 139 i 2015. Nesten hver tredje autorisasjon (30,9 %) som ble innvilget i 2017, ble gitt til en person med nordisk utdanning. Dette er på samme nivå som i 2013 og 2015, men noe høyere enn i 2012, 2014 og 2016.

Psykologer utdannet i Sverige innvilges autorisasjon i Norge så snart de har oppnådd autorisasjon i Sverige, i henhold til nordisk overenskomst. Danmark har et tottrinssystem, der psykologene gis rett til å arbeide som psykolog rett etter studiet er fullført, men må fullføre praksis før dansk autorisasjon innvilges. Dersom de innvilges autorisasjon på bakgrunn av klinisk praksis i Danmark, vil de også kunne innvilges direkte autorisasjon i Norge, i henhold til nordisk overenskomst. Psykologer utdannet i Danmark som ikke har gjennomført praksis i Danmark, innvilges prøveperiode med lisens før de innvilges autorisasjon i Norge, med hjemmel i yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Mange av de nylig autoriserte psykologene som er utdannet i Norden, er norske statsborgere. Som vi kommer tilbake til i neste underkapittel, er Danmark et populært land å studere psykologi for norske studenter.

Utdanning fra øvrige EØS-land

10 autorisasjoner ble gitt til personer med utdanning fra øvrige EØS-land i 2017. Dette utgjorde kun 2,5 prosent av det totale antall autorisasjoner. Antallet og andelen er lavere enn tidligere år, men nylig autoriserte psykologer fra det øvrige EØS-området har ikke utgjort noen stor gruppe i noe år i perioden som vi undersøker. Dette lave antallet henger sammen med at psykologyrket ikke er harmonisert i EØS, og er ulikt regulert innen EØS-området. I flere land har de regulert ulike retninger. De fleste EØS-land har fortsatt en masterutdanning som i større grad ligner den norske masterutdanningen, og dermed fraviker fra den norske profesjonsutdanningen som gir rett til autorisasjon som psykolog.

Utdanning fra land utenfor EØS

Antallet autorisasjoner gitt til søkere med utdanning fra land utenfor EØS-området, er svært lavt; mellom 5 og 12 i perioden. Det er også få søknader fra denne gruppen. Ved søknad om autorisasjon som psykolog fra søker med utdanning fra land utenfor EØS-området, foretar Helsedirektoratet en jevngodhetsvurdering. Kun noen få søkere med bred og lang klinisk erfaring vil kvalifisere til autorisasjon i Norge. De siste par årene har søkere med utdanning fra USA, Australia og enkelte andre land fått autorisasjon.

Tabell 23. Nye autorisasjoner som psykolog, fordelt på utdanningsland. Antall og andel. 2012-2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Norge	231	218	239	271	276	251
Norden	83	118	111	139	113	120
EU/EØS	26	35	18	26	27	10
Andre	9	8	12	9	5	7
Total	349	379	380	445	421	388
Norge	66,2 %	57,5 %	62,9 %	60,9 %	65,6 %	64,7 %
Norden	23,8 %	31,1 %	29,2 %	31,2 %	26,8 %	30,9 %
EU/EØS	7,4 %	9,2 %	4,7 %	5,8 %	6,4 %	2,6 %
Andre	2,6 %	2,1 %	3,2 %	2,0 %	1,2 %	1,8 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Kilde: Helsepersonellregisteret (HPR).

Utdanningsland ved nye psykologautorisasjoner i Norge sammenlignet med de nordiske landene

I de andre nordiske landene var det i stor grad psykologer med innenlandsk utdanning som fikk autorisasjon i 2017, som vist i tabell 24. Andelen med utenlandsk utdanning var ca. 13 prosent i Sverige, 5 prosent i Finland og 11 prosent på Island (statistikk for Danmark mangler). Disse andelene er langt lavere enn i Norge, der mer enn hver tredje autorisasjon (ca. 35 prosent) ble gitt til psykologer med utenlandsk utdanning.

Tabell 24. Nye autorisasjoner som psykolog i de nordiske landene i 2017, fordelt på utdanning i det aktuelle landet eller fra utlandet.

	Norge	Sverige	Danmark ¹⁾	Finland	Island
Innenlandsk utdanning	251	578	-	256	42
Utenlandsk utdanning	137	84	-	13	5
Totalt	388	662	-	269	47
Andel med utenlandsk utdanning	35,3 %	12,7 %	-	4,8 %	10,6 %

Kilde: Basert på tall fra Helsepersonellregisteret og årsrapport for Nordisk gruppe for helsepersonell 2017.

1) Psykolognævnet, som tildeler autorisasjon for psykologer i Danmark, hadde ikke statistikk tilgjengelig til årsrapporten til Nordisk gruppe for helsepersonell.

6.3 Norske psykologistudenter i utlandet

Det er et svært høyt opptakskrav for profesjonsstudiet i psykologi, og mange velger derfor å studere i utlandet. Det er viktig å merke seg at statistikken fra Lånekassen som presenteres under inkluderer alle grader innen psykologi, ikke bare profesjonsstudiet. Psykolog er som forklart i kapittel 6.2 ikke et harmonisert yrke i EØS-området, og de færreste av de norske studentene i utlandet vil kvalifisere til autorisasjon. Utviklingen kan likevel være interessant å merke seg.

Statistikk viser at det i studieåret 2017-18 var 955 norske psykologistudenter i utlandet. Det har vært en betydelig økning siden starten av perioden, men det kan se ut til at antall norske psykologistudenter nådde en topp i studieåret 2015-16. Det er flest norske studenter i Storbritannia (298 studenter i studieåret 2017-18), Danmark (179), Ungarn (170) og USA (104), og mye av økningen i perioden kan tilskrives langt flere studenter i Storbritannia, Ungarn og USA. I 2010-11 var det kun 17 norske psykologistudenter i Ungarn, men antallet økte betraktelig hvert år fram til 2016-17, da antallet var 221 studenter. Det var en tydelig nedgang i siste studieår, trolig grunnet usikkerhet rundt om den ungarske utdanningen vil gi autorisasjon. En nedgang i antall norske studenter i Danmark kan innebære at det reelt sett nå er færre norske psykologistudenter i utlandet som vil bli fremtidige autoriserte psykologer, ettersom det er usikkert hvor mange av de nåværende studentene i Ungarn, Storbritannia og USA som vil kvalifisere til autorisasjon. Det finnes eksempler på utenlandske universiteter som aktivt promoterer seg selv overfor potensielle norske studenter.

Tabell 25. Antall gradsstudenter i psykologi som får støtte av Lånekassen til å studere i utlandet, fordelt på de mest vanlige utdanningslandene. Studieårene 2010-11 til 2017-18.

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Australia	43	47	49	50	35	29	33	35
Danmark	270	275	231	204	205	230	188	179
Polen	3	3	5	8	13	22	32	35
Spania	1	1	0	0	2	15	28	48
Storbritannia	157	254	339	400	448	409	329	298
Sverige	11	7	5	14	14	18	25	29
Ungarn	17	26	35	66	126	192	221	170
USA	34	46	60	92	85	98	106	104
Øvrige land i Europa	17	18	27	40	42	39	36	57 ^{a)}
Øvrige land utenfor Europa	17	13	11	15	16	14	10	
Totalt	570	690	762	889	986	1 066	1 008	955

Kilde: Lånekassen. Merk at alle psykologigrader er inkludert, ikke kun profesjonsstudiet.

a) Fra og med studieåret 2017-18 utleverer Lånekassen mindre detaljert statistikk, og disse landgruppene er derfor slått sammen.

6.4 Oppsummering og vurdering

Psykologer utdannet i utlandet utfører omtrent hvert fjerde psykologårsverk i Norge, og andelen er økende. Særlig blir norske psykologer utdannet i utlandet viktigere for tjenestene. Utenlandske statsborgere står fortsatt for en liten del av psykologarbeidet som gjøres i Norge, men andelen er økende. Psykologer med utenlandsk utdanning er viktigere bidragsyttere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene, men har hatt en sentral rolle i styrkingen av psykologkapasiteten i kommunene de senere årene. Psykologer med utenlandsk utdanning jobber i liten grad som privatpraktiserende psykologer.

Det er betydelige geografiske forskjeller når det gjelder hvor stor andel av årsverkene som utføres av psykologer med utenlandsk utdanning. De *utenlandske psykologene* utfører en størst andel av psykologårsverkene (innen alle sektorer) i Agder-fylkene, Nord-Norge utenom Troms, de to nordligste fylkene på Vestlandet og enkelte østlandsfylker. Det er særlig i fylker på Sør- og Østlandet at *norske psykologer* med utenlandsk utdanning benyttes. Psykologer utdannet i utlandet benyttes i mindre grad i fylker som har universiteter som selv utdanner psykologer.

Autorisasjonsstatistikken viser at psykologer med utdanning fra Norden utgjør en viktig del av tilveksten av nye psykologer. Psykologyrket er ikke harmonisert i EU, og kravene som stilles for autorisasjon i Norge innebærer at det er relativt få psykologer med utdanning fra land utenfor Norden. Det er et økende antall norske psykologstudenter i utlandet, men det er usikkert hvor mange av disse som vil få autorisasjon.

Foruten at grunnutdanningen er tilnærmet jevn god med den norske grunnutdanningen, er det også viktig at det er kyndig veiledning tilgjengelig for psykologer som skal jobbe i Norge. I spesialisthelsetjenesten er det tydeligere rammer for psykologenes arbeid enn i kommunen. Dette underletter "sosialisering" av de utenlandskutdannede til norske forhold. Særlig utfordrende kan det

være i mindre kommuner med små fagmiljøer. Det er sentralt at psykologer med utenlandsk utdanning får en god innføring i den norske utrednings- og behandlingskulturen og de normerende dokumentene, som veiledere m.m. Behandlingen som gis er kontekstuell, og det er blant annet viktig at psykologene er vel kjent med og følger de etiske retningslinjene som profesjonen forventes å følge i Norge. For psykologer er det også svært viktig med god kjennskap til språket og kulturen, noe som vi kommer tilbake til på et mer generelt plan i kapittel 7.4.

6.4.1 Framtidig behov for psykologer

De senere årene har det vært en betydelig satsning på psykisk helse, gjennom opptrappingsplaner, handlingsplaner, stortingsmeldinger og andre satsninger. Særlig sentralt er innføringen av kravet om at alle kommuner skal ha psykolog fra og med 2020. Dette bidrar til å øke etterspørselen etter psykologer. NAV estimerer i sin bedriftsundersøkelse at det er en mangel på ca. 100 psykologer i Norge i 2018. Helsedirektoratet er kjent med at det er vedvarende rekrutteringsutfordringer i kommunene. Det er etablert en tilskuddsordning der kommunene kan søke om midler til rekruttering av psykolog, og flere kommuner har fraskrevet seg tilskuddet begrunnet med at de ikke får rekruttert psykolog. Rekrutteringsutfordringer kommer også fram i KS' arbeidsgivermonitor for 2017. Det er viktig at tilveksten av nye psykologer er stor nok til at kommunene og spesialisthelsetjenesten ikke kommer i en uheldig konkurransesituasjon. Den store etterspørselen etter psykologer kan bidra til å forklare veksten i psykologer med utenlandsk utdanning. Gitt den forventede etterspørselen framover, er det sannsynlig at utviklingen som er beskrevet over vil fortsette.

Nasjonalt var det 336 studieplasser på profesjonsstudiet i psykologi og ca. 260 avsluttede grader i 2017. Kandidatmålet, som var 246 ved innføringen i 2014, er i 2018 økt til 294. Ettersom ikke-nordiske psykologiutdanninger i liten grad gir autorisasjon som psykolog i Norge, vil også den utenlandske utdanningskapasiteten være begrenset. Grunnet rekrutteringsutfordringer og den forventede økte etterspørselen etter psykologer, særlig i kommunene, anbefaler Helsedirektoratet på sikt en fortsatt satsning på økt nasjonal utdanningskapasitet for psykologer.

7 DISKUSJON

Vi har hittil i rapporten kartlagt omfanget av helsepersonell med utenlandsk utdanning og norske statsborgere som tar helsefaglig utdanning i utlandet. I tillegg har vi vist at det er store geografiske variasjoner. I dette kapitlet vil vi se nærmere på årsaker til at helsepersonell innvandrer til Norge og at norske studenter studerer helsefag i utlandet, samt mulige årsaker til de geografiske ulikhetene. Videre vil vi se på potensielle konsekvenser av å ha en viss andel helsepersonell med utenlandsk utdanning, men også mulighetene som disse representerer for norsk helse- og omsorgstjeneste.

7.1 Årsaker til helsepersonellinnvandring

I dette underkapitlet vil vi undersøke årsakene til at helsepersonell innvandrer til Norge.

7.1.1 Push- og pull-faktorer

Helsepersonellmigrasjon skjer som et resultat av både "push"-faktorer i avsenderlandet og "pull"-faktorer i mottakerlandet. Tabell 26 oppsummerer de viktigste push- og pull-faktorene som omtales i litteraturen om helsepersonellmigrasjon. Tabellen er ikke uttømmende.

Tabell 26. Mulige push-faktorer i avsenderland og tilsvarende pull-faktorer i Norge.

Push-faktor	Pull-faktor
Lavt lønnsnivå (absolutt eller relativt)	Høyere lønnsnivå, muligheter for å overføre penger til hjemlandet (<i>remittances</i>)
Dårlige arbeidsforhold og ustabil arbeidsmiljø	Bedre arbeidsforhold og stabilt arbeidsmiljø
Mangel på ressurser i helsevesenet	Bedre ressurser i helsevesenet
Begrensede spesialiserings- og videreutdanningsmuligheter	Bedre spesialiserings- og videreutdanningsmuligheter
Økonomisk og politisk ustabilitet	Økonomisk og politisk stabilitet
Begrensede karrieremuligheter	Bedre karrieremuligheter
	Aktive rekrutteringsbyråer
	Skjev balanse mellom etterspørsel og nasjonal "produksjon" av helsepersonell
Press fra omgivelsene	

Kilde: Primært basert på Buchan, James. *Health Worker Migration in Europe. Policy Issues and Options*. London: HLSP Institute, 2007.

En helt sentral pullfaktor, som vi selv har lagt til i tabellen over, er en skjev balanse mellom etterspørsel og nasjonal produksjon av helsepersonell. Dersom høyinntektsland ikke utdanner nok helsepersonell til å dekke eget behov, vil det kunne tiltrekke seg helsepersonell fra andre land. Statistikken som Helsedirektoratet presenterer i denne rapporten, tyder på at etterspørselen etter helsepersonells tjenester er større enn produksjonen av helsepersonell i Norge. Det gjør det relativt lett å få jobb i Norge, og kan bidra til at mange velger å reise til Norge for å jobbe i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er lønningene i Norge forholdsvis høye, og det økonomiske aspektet står trolig sentralt for helsepersonell som innvandrer til Norge, både fra europeiske og ikke-europeiske land. Med høye lønninger, gode arbeidsforhold og helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, fremstår Norge som en attraktiv destinasjon for utenlandsk helsepersonell. Polsk forskning viser at økonomiske utsikter er den viktigste grunnen for polsk helsepersonell som utvandrer²⁷.

7.1.2 Årsaker til helsepersonells innvandring til Norge

Vi har begrenset kunnskap om hvilke push- og pullfaktorer som er viktige for helsepersonellet som innvandrer til Norge, og det vil trolig være store variasjoner mellom ulike opprinnelsesland. En annen måte å tilnærme seg spørsmålet om årsaker til helsepersonells innvandring på, er å se på UDIs kategorier for innvandringsgrunn for helsepersonell.

Selv om mesteparten av arbeidsinnsatsen til utenlandske statsborgere i helse- og omsorgstjenesten utføres av arbeidsinnvandrere, er det også helsepersonell som jobber i Norge som opprinnelig innvandret av andre grunner, som flukt, familieinnvandring, utdanning eller andre grunner. Push- og pullfaktorene som er omtalt over, vil som regel sees i sammenheng med arbeidsinnvandring, men kan også henge sammen med andre av innvandringsårsaker.

Innvandringsgrunn²⁸ blir registrert av UDI ved første innvandring for innvandrere fra land utenfor Norden, og vi kan benytte disse dataene for å se på hvorfor leger, sykepleiere og helsefagarbeidere har innvandret til Norge. Tallene under inkluderer kun personer som innvandret fra og med 1990. Årsaken til det er at mange som innvandret før 1990 er registrert med "ukjent innvandringsgrunn", mens alle førstegangsinvandrere med ikke-nordisk statsborgerskap som kom etter 1989 skal ha blitt registrert med en innvandringsgrunn. Alle tabellene i dette kapitlet tar utgangspunkt i personer med innvandrerstatus med et ansettelsesforhold i kommunehelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten i 2017. Merk at tabellene tar utgangspunkt i avtalte årsverk, og ikke individer. For enkelthets skyld har vi i teksten tatt utgangspunkt i at ett årsverk tilsvarer én person.

Årsaker til legers innvandring til Norge

Tabell 27 viser at drøyt 43 prosent av legene har innvandret på grunn av arbeid. Andelen er langt høyere for leger fra EØS-området (67 %) enn utenfor (20 %). Nesten 30 prosent av legene har innvandret av familieårsaker. Her er andelen høyere for leger fra land utenfor EØS (39 %) enn innenfor (20 %). 13 prosent av legene har innvandret grunnet flukt. Dette gjelder hver fjerde lege

²⁷ Kautsch, Marcin og Czabanowska, Katarzyna: When the grass gets greener at home: Poland's changing incentives for health professional mobility, i Matthias Wismar m.fl. "Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence for 17 European Countries". European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.

²⁸ Innvandring er definert som flytting fra utlandet og er en hendelse definert i folkeregisteret. Førstegangsinvandring er første innvandring til Norge for en person er som er født i utlandet. Familiekategoriene inkluderer alle familieinnvandring, altså -gjenforening, medfølgning og -etablering/-utvidelse.

som har innvandret fra land utenfor EØS. I underkant av 10 prosent av legene kom opprinnelig til Norge grunnet utdanning.

Tabell 27. Oppgitt innvandringsårsak for leger som har innvandret fra land utenfor Norden, fordelt på opprinnelseslandgruppe.

	EU/EØS	Resten av verden	Totalt	EU/EØS	Resten av verden	Totalt
Annet/ukjent	48	93	141	2,9 %	5,4 %	4,2 %
Arbeid	1 117	344	1461	68,6 %	19,9 %	43,5 %
Familie	320	666	986	19,6 %	38,5 %	29,4 %
Flukt	9	434	443	0,6 %	25,1 %	13,2 %
Utdanning	135	192	327	8,3 %	11,1 %	9,7 %
Totalsum	1 629	1729	3358	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Kilde: SSB, basert på UDI-statistikk. Avtalte årsverk.

Skjeggestad og kolleger²⁹ intervjuet 16 leger med utenlandsk statsborgerskap og utenlandsk utdanning, blant annet om hvorfor de har kommet til Norge for å jobbe. Det lave antallet intervjuobjekter innebærer at undersøkelsen ikke kan si noe om *omfanget* av de ulike motivasjonene. Enkelte leger fra Sør- og Øst-Europa flyttet til Norge i etterkant av finanskrisen, som førte til lave lønninger i offentlig sektor og tøff konkurranse om jobbene. Andre leger i undersøkelsen hadde en tilknytning til Norge gjennom en partner, slektninger eller tidligere studentutveksling. De skandinaviske legene som ble intervjuet trakk fram norske lønninger, gode arbeidsvilkår og mulighetene for videreutdanning som motivasjon. To av legene i undersøkelsen reiste til Norge grunnet et ønske om å "utforske verden", og disse hadde, i motsetning til de andre legene, ikke planer om å jobbe i Norge i en lenger periode. Fra studier av leger med utenlandsk opprinnelse i andre land som Norge kan sammenligne seg med, er det kjent at leger er en særlig mobil yrkesgruppe³⁰. Leger har en tendens til å flytte til land der lønnen og livsvilkårene generelt er bedre enn i hjemlandet.

Årsaker til sykepleieres innvandring til Norge

Tabell 28 viser at drøyt 4 av 10 sykepleiere som har innvandret til Norge fra land utenfor Norden etter 1990, innvandret grunnet arbeid. Blant sykepleiere fra EØS-land, er andelen langt høyere; 7 av 10. 3 av 10 sykepleiere har innvandret av familieårsaker. Her er andelen høyere utenfor EØS (37 %) enn innenfor (22 %). 16 prosent av innvandrede sykepleiere har kommet til Norge på grunn av flukt. Dette gjelder mer enn hver fjerde sykepleier fra utenfor EØS.

Som vi har vært inne på, har det kommet mange sykepleiere til Norge fra Filippinene. Det er en migrasjonskultur³¹ i Filippinene, og sosialt press kan føre til at mange filippinere velger sykepleieryrket med en hensikt om å emigrere³¹. Penger som sendes fra utlandet og tilbake til Filippinene utgjør en viktig del av den filippinske økonomien, og såkalte *remittances* utgjorde i 2017 over 10 prosent av

²⁹ Skjeggestad E, Sandal GM, Gulbrandsen P. Utenlandske legers opplevelse av å begynne i yrket i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1129-32.

³⁰ Kerstin Michalski, Nabeel Farhan, Edith Motschall, Werner Vach, Martin Boeker: Dealing with foreign cultural paradigms: A systematic review on intercultural challenges of international medical graduates Plos one, 2017, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181330>

³¹ Ronquillo, Charlene, Boschma, Geertje, Wong Sabrina T og Linda, Quiney. "Beyond greener pastures: exploring contexts surrounding Filipino nurse migration in Canada through oral history". *Nursing Inquiry* 18, nr. 3 (2011): 262-275.

bruttonasjonalprodukt (BNP), ifølge Verdensbanken. I den generelle innvandringsstatistikken skiller filippinere seg ut med høy forekomst av innvandring grunnet familieetablering, altså innvandring for å stifte ny familie med en i Norge³². Vi har ikke mulighet til å skille ut filippinere fra "resten av verden" og familieetablering fra den mer generelle kategorien "familieårsaker" i dataene våre, men tabellen viser at mer enn hver tredje sykepleier fra land utenfor EU/EØS innvandret av familieårsaker.

Tabell 28. Oppgitt innvandringsårsak for sykepleiere som har innvandret fra land utenfor Norden, fordelt på opprinnelseslandgruppe.

	EU/EØS	Resten av verden	Totalt	EU/EØS	Resten av verden	Totalt
Annet/ukjent	19	106	125	0,8 %	3,0 %	2,1 %
Arbeid	1 693	780	2 473	70,2 %	22,0 %	41,5 %
Familie	527	1 298	1 825	21,8 %	36,7 %	30,7 %
Flukt	27	924	951	1,1 %	26,1 %	16,0 %
Utdanning	147	432	579	6,1 %	12,2 %	9,7 %
Totalsum	2 413	3 540	5 953	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Kilde: SSB, basert på UDI-statistikk. Avtalte årsverk.

Årsaker til helsefagarbeideres innvandring til Norge

Tabell 29 viser at kun 15 prosent av helsefagarbeiderne som har innvandret fra land utenfor Norden, har innvandret grunnet arbeid. Dette gjelder 30 prosent av helsefagarbeiderne fra EØS-området, mot 13 prosent av helsefagarbeiderne fra utenfor EØS. 40 prosent av helsefagarbeiderne har innvandret av familieårsaker. Andelen er høyere for helsefagarbeidere fra EØS-området (56 %) enn helsefagarbeidere fra utenfor EØS-området (38 %). Mer enn hver fjerde innvandret helsefagarbeider, har innvandret på grunn av flukt.

Som nevnt jobber mange filippinere også som helsefagarbeidere i Norge, og i likhet med for sykepleierne, er trolig muligheten for å sende penger tilbake til hjemlandet en viktig motivasjonsfaktor. *Remittances* utgjør en betydelig andel av BNP også i Serbia, som har blitt et sentralt "avsenderland" for helsefagarbeidere i den norske helse- og omsorgstjenesten.

Tabell 29. Oppgitt innvandringsårsak for helsefagarbeidere som har innvandret fra land utenfor Norden, fordelt på opprinnelseslandgruppe.

	EU/EØS	Resten av verden	Totalsum	EU/EØS	Resten av verden	Totalsum
Annet/ukjent	9	256	265	1,3 %	3,6 %	3,4 %
Arbeid	214	945	1 159	30,0 %	13,4 %	14,9 %
Familie	401	2 703	3 104	56,2 %	38,2 %	39,9 %
Flukt	50	1 995	2 045	7,0 %	28,2 %	26,3 %
Utdanning	39	1 171	1 210	5,5 %	16,6 %	15,5 %
Totalsum	713	7 070	7 783	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Kilde: SSB, basert på UDI-statistikk. Avtalte årsverk.

³² Se SSBs nyhetssak: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/mange-innvandret-til-arbeid-og-familie>

7.2 Årsaker til at norske studenter studerer helsefag i utlandet

Som vi har vært inne på, har gode finansieringsordninger, gjensidig godkjenning av kvalifikasjoner og engelskspråklige studietilbud i mange øst- og sentraleuropeiske land, gjort det lettere å studere helsefag i utlandet. I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvorfor norske studenter velger å studere medisin, odontologi og psykologi i utlandet.

Profesjonsstudiene i medisin, odontologi og psykologi har omkring henholdsvis 636, 153 og 336 studieplasser (se tabellene 44-47 i vedlegget). Dette er svært populære studier med mange søkere. Statistikk fra Samordna opptak viser at disse tre studiene er blant studiene med høyest opptakskrav. Disse studiene hadde i 2017 alle opptakskrav over 63 poeng på ordinærkvoten. Mange nordmenn velger å studere disse fagene i utlandet, som vist i statistikken fra Lånekassen.

Ifølge NIFU-forsker Wiers-Jenssen³³ kan norske utenlandsstudenters begrunnelser for å studere i utlandet grovt sett kategoriseres i to eller tre dimensjoner, der hovedskillet går mellom motiver knyttet til «lyst» og «tvang». Mens lystmotivene er knyttet til eventyrlyst, et ønske om å studere i et internasjonalt miljø og muligheten til å lære et nytt språk og oppleve en ny kultur, handler tvangsmotivene om at man ikke kommer inn på ønsket studium i Norge, og dermed er «tvunget» til å studere i utlandet hvis man skal realisere sine utdannings- og yrkesambisjoner. En tredje dimensjon, som inneholder både elementer av «lyst» og «tvang», dreier seg om at man ønsker seg en utdanning der det ikke gis et tilsvarende tilbud i Norge, eller at man oppfatter at kvaliteten på utdanningen er høyere i utlandet.

NIFU publiserte i 2017 et notat der de på oppdrag av SiU – Senter for internasjonalisering av utdanning undersøkte hvorfor norske gradsstudenter reiser utenlands for å studere³⁴. Studentene ble stilt ovenfor en rekke potensielle årsaker til at de reiste utenlands for å studere, med svaralternativene "ingen betydning", "litt betydning", "nokså stor betydning", "avgjørende betydning" eller "ikke aktuelt".

Tabell 30 viser hvor stor andel av medisin-, odontologi- og psykologistudentene (alle grader) som mener at de ulike forholdene har hatt avgjørende eller nokså stor betydning for at de reiste utenlands for å studere. Grunnet det lave antallet sykepleiestudenter i utlandet, har det ikke blitt gjort egne undersøkelser blant sykepleiere. Andelen for alle studentgrupper er inkludert som referanse.

84 prosent av medisinstudentene og 87 prosent av odontologistudentene oppgir at et sterkt ønske om å få et bestemt yrke hadde avgjørende eller nokså stor betydning. Tilsvarende tall for psykologistudentene er lavere (67 prosent), men fortsatt langt høyere enn for studentene som helhet (52 prosent).

Samtidig oppgir 70 prosent av medisinstudentene og 67 prosent av odontologistudentene at det hadde «avgjørende» eller «nokså stor» betydning at de ikke fikk plass på ønsket studium i Norge.

³³ Wiers-Jenssen, Jannecke. Norske medisinstudenter i utlandet. NIFU-rapport 12/2000.

³⁴ Hovdhaugen, Elisabeth og Wiers-Jenssen, Jannecke. Norske gradsstudenter i utlandet – hvorfor reiser de ut, og hvor søker de informasjon? NIFU arbeidsnotat 2017:1.

Tilsvarende andel for psykologistudentene er også her lavere (44 prosent), men alle tre andelene er som forventet langt høyere enn studentene som helhet (25 prosent). Et sterkt ønske om å bli lege eller tannlege, kombinert med høye opptakskrav i Norge, forklarer i stor grad hvorfor mange studerer medisin og odontologi i utlandet. Psykologistudentene inkluderer alle psykologigrader, og ikke kun de psykologistudentene som i framtiden vil få autorisasjon og jobbe som klinisk psykolog. Det kan være en årsak til at psykologistudentene i noe mindre grad oppga sterkt ønske om et bestemt yrke og manglende plass på studiet i Norge som begrunnelser for sine utenlandsstudier.

En overvekt av medisin-, odontologi- og psykologistudentene oppgir at studier i et utenlandsk miljø og eventyrlyst hadde avgjørende eller nokså stor betydning for deres valg om å reise utenlands, men sammenlignet med andre studenter, er særlig medisin- odontologistudentene mindre opptatt av disse forholdene og forhold som språk, kultur og muligheten for internasjonal karriere. Det er tydelig at tvangsdimensjonen står mer sentralt enn lystdimensjonen.

Medisin- og odontologistudenter oppgir i mindre grad enn andre at de studerer i utlandet fordi de er skeptiske til det norske utdanningssystemet, mens psykologistudentene ligger like over det generelle nivået. Medisin-, odontologi- og psykologistudenter er i klart mindre grad enn andre motivert av en oppfatning om at det er høyere kvalitet på studiet i utlandet. At det ikke finnes tilsvarende tilbud i Norge er ikke relevant for medisin- og odontologistudentene. Når 15 prosent av psykologistudentene oppgir at dette hadde nokså stor eller avgjørende betydning, dreier nok det seg om studenter som studerer grener av psykologi som ikke finnes i Norge, og det er ikke relevant for de som studerer studier tilsvarende profesjonsstudiet i psykologi. Den tredje dimensjonen er berører altså i liten grad disse gruppene.

Gode finansieringsordninger har som nevnt gjort det lettere for norske studenter å studere i utlandet, og kanskje særlig når det gjelder lange integrerte studieløp som medisin og odontologi. 5-6 år som student i utlandet på en institusjon som krever skolepenger ville ha vært økonomisk krevende uten støtte fra Lånekassen. NIFU-undersøkelsen viser at medisin- og odontologistudentene i større grad enn andre gradsstudenter i utlandet er opptatt av gode finansieringsmuligheter gjennom Lånekassen.

Det er en større andel av norske studenter som studerer i utlandet enn tilsvarende for studenter fra de andre nordiske landene, med unntak av Island, hvis man ser på studenter innen alle studieretninger og -varigheter³⁵. Autorisasjonsstatistikken for de nordiske landene som er presentert i de foregående kapitlene, antyder at omfanget av utenlandsstudenter er større i Norge også når det gjelder helsefagene. Det har blitt påpekt at den lavere andelen av den danske og finske studentmassen som studerer i utlandet, kan ha sammenheng med studiestøttens profil³⁶.

³⁵ OECD (2016). Education at a Glance.

³⁶ Saarikallio-Torp, M. og J. Wiers-Jenssen (2010). *Nordic students abroad. Student mobility patterns, student support systems and labour market outcomes.*

Tabell 30. Andel av norske gradsstudenter som oppgir at ulike forhold har avgjørende eller nokså stor betydning for at de valgte å studere i utlandet, etter fagfelt.

	Medisin	Odontologi	Psykologi	Alle studier ^{a)}
Interessant å studere i et utenlandsk miljø	62	67	77	82
Eventyrlyst	60	66	74	77
Forbedre mulighetene for en internasjonal karriere	30	30	50	64
Ønsket å oppleve en annen kultur	48	53	67	64
Ønsket å få en pause fra vante omgivelser	49	53	66	63
Gode finansieringsmuligheter gjennom Lånekassen	67	62	56	59
Ønsket å lære/forbedre språk	32	47	54	56
Bedre kvalitet på dette studiet i utlandet	23	28	40	55
Hadde et sterkt ønske om å få et bestemt yrke	84	87	67	52
Ønsket å få et annet perspektiv på Norge	40	45	49	49
Var spesielt interessert i et bestemt land	14	18	46	41
Ble anbefalt det av andre	50	46	38	35
Tilfeldigheter	44	49	27	32
Søknadsprosessen var tilrettelagt av agenter	32	39	31	29
Fikk ikke plass på ønsket studium i Norge	70	67	44	25
Studiet finnes ikke i Norge	1	1	15	23
Skeptisk til norsk utdanningssystem	6	4	13	12
Kjæreste som bodde/studerte i utlandet	3	3	9	7
Utenlandsk familiebakgrunn	4	5	6	6
Ville studere i mitt tidligere hjemland	3	5	5	3

Kilde: NIFU arbeidsnotat 2017:1.

N = 1 1015 medisinstudenter, 94 odontologistudenter, 360 psykologistudenter.

a) Dette er andelene for studenter på samtlige studier, også ikke-helsefaglige utdanninger. N = 5 464 studenter totalt.

En tilsvarende NIFU-undersøkelse³⁷, med den samme surveyundersøkelsen, ble foretatt blant medisinstudenter i 2000. Denne inneholder flere detaljer om medisinstudentenes motivasjoner enn undersøkelsen fra 2017 som dekker alle gradsstudenter. I undersøkelsen fra 2000 kan vi skille mellom avgjørende betydning og nokså stor betydning. Hele 71 prosent av studentene mente at ønsket om å bli lege hadde avgjørende betydning for at de reiste utenlands, mens 13 prosent mente at det hadde nokså stor betydning. Andelen som oppga at ønsket om å bli lege enten hadde avgjørende eller nokså stor betydning, er altså samlet sett lik i 2000 og 2017, 84 prosent. I 2000 oppga 5 prosent at det hadde liten betydning, mens de resterende 11 prosentene oppga at det hadde ingen betydning eller ikke var aktuelt.

I 2000 mente 73 prosent av medisinstudentene at det hadde avgjørende eller nokså stor betydning at de ikke fikk plass på studiet i Norge, mot 70 prosent i 2017. Bryter vi ned disse andelene på de to svarmulighetene, ser vi at 55 prosent av medisinstudentene mente at det hadde avgjørende betydning, mens 18 prosent mente at det hadde nokså stor betydning. I tillegg var det 12 prosent som mente at det hadde litt betydning. Dermed var det kun 15 prosent som mente at plass på ønsket studium ikke hadde noen betydning, eller at spørsmålet ikke var aktuelt.

³⁷ Wiers-Jenssen, Jannecke. Norske medisinstudenter i utlandet. NIFU-rapport 12/2000.

7.3 Årsaker til geografiske forskjeller

Vi har tidligere i rapporten synliggjort at det er store forskjeller når det gjelder hvor i landet leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, tannleger og psykologer med utenlandsk utdanning jobber. Vi har blant annet sett at det er en høy andel utenlandske helsefagarbeidere og sykepleiere med utenlandsk utdanning i kommunene og sykehusene i Oslo og Akershus. Det er naturlig at fylker og sykehus i fylker med en høyere andel innvandrere også har en høyere andel utenlandsk helsepersonell, men vi ser altså at dette ikke gjelder i samme grad for helsepersonellgruppene med de lengste utdanningene. Dette kan henge sammen med at helsefagarbeidere og sykepleiere oftere enn leger, tannleger og psykologer innvandrer til Norge av andre årsaker enn arbeid, og at arbeidsinnvandrere med lang utdanning i større grad er villige eller nødt til å flytte til mindre sentrale strøk for å arbeide.

Statistikken for spesialisthelsetjenesten viser at helseforetakene som holder til i storbyene med universiteter som utdanner leger og universitetssykehus, har høyest andel norskutdannede leger. Dette er i samsvar med funn fra en undersøkelse foretatt i 2000, der Helsetilsynet fant at de mindre sykehusene hadde ansatt relativt flere leger fra land utenfor Skandinavia enn de større sykehusene³⁸. Det er naturlig at de sentrale helseforetakene har lettere for å rekruttere norskutdannede leger, og trolig er det mange leger som ønsker å jobbe i disse helseforetakene. Vi finner at dette også gjelder leger i de kommunale helse- og omsorgstjenester i disse fylkene, med unntak av Oslo. Statistikken i kapitlet om LiS1-stillinger, viser at norske helseforetak i større grad ansetter leger med norsk utdanning framfor leger med europeiske utdanning, og at de i større grad ansetter leger med europeisk utdanning enn leger med utdanning fra utenfor EØS-området.

Helsedirektoratet har også fått tilbakemeldinger fra deler av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten om at manglende klinisk praksis i mange odontologistudier i utlandet, fører til at arbeidsgivere gjerne ansetter tannleger med norsk utdanning når det er mulig (se også kapittel 7.4.3). Mange steder er det et tilstrekkelig antall søkere med norsk odontologiutdanning, men det har vært mangel på tannleger i flere regioner de siste ti årene, for eksempel i Nord-Trøndelag, Sogn og Fjordane, Nordland og Finnmark. Det har avspeilet seg i mange ubesatte stillinger, særlig i den offentlige tannhelsetjenesten. Dersom arbeidsgivere i sentrale strøk i større grad ansetter norskutdannede, og det er kamp om stillingene i sentrale strøk, kan en naturlig følge være at personer med utenlandsk utdanning søker stillinger i mindre sentrale strøk. I en periode for rundt 20 år siden, ble det dessuten bedrevet aktiv rekruttering av tannleger fra utlandet til enkelte fylker i Norge, fordi det var utfordrende å rekruttere norskutdannede tannleger. Tannklinikkene som er vanskeligst å få besatt er ofte de små klinikkene i distriktene, med én eller to tannlegestillinger, og for arbeidsgivere på fylkeshuset er det vanskelig å drive opplæring og veiledning når klinikken ligger langt unna. Da er det særlig en utfordring dersom det ansettes tannleger som mangler klinisk erfaring og/eller tilstrekkelig språkkunnskaper.

Vi har ikke data eller tilbakemeldinger som bekrefter at arbeidsgivere i større grad ansetter søkere med norsk utdanning også for andre helsepersonellgrupper, men det er sannsynlig at dette kan generaliseres, og at dette mønsteret kan gjøre seg gjeldende også i andre ansettelsesprosesser.

³⁸ Statens helsetilsyn. *Spørreundersøkelsen om ansettelse av utenlandske leger*. 2001.

7.4 Helsepersonell med utenlandsk utdanning og mulige konsekvenser

Helsedirektoratet har ikke grunnlag for å si noe sikkert om hvorvidt en utvikling der en større andel av helsepersonellet har utenlandsk utdanning vil påvirke kvaliteten på tjenesten, men mulige årsaker til lavere kvalitet kan være språkutfordringer, kulturforskjeller, manglende kjennskap til det norske samfunnet og den norske helsetjenesten og forskjeller i utdanningene. Vi vil samtidig påpeke at helsepersonell med utenlandsk utdanning er svært viktige bidragsytere i de norske helse- og omsorgstjenestene, som vist i de foregående kapitlene, og at deres innsats også har andre positive konsekvenser, som vi vil komme tilbake til i kapittel 7.4.7.

Vi har sett at noen helseforetak og fylker utpeker seg med en høy andel utenlandsk utdannet helsepersonell, og at disse i flere tilfeller er i mindre sentrale strøk. Dersom det stemmer at arbeidsgivere i helse- og omsorgstjenesten i større grad ansetter norskutdannede enn andre når de har mulighet til det, samtidig som norskutdannede arbeidstakere foretrekker å jobbe i mer sentrale strøk, vil utenlandsutdannet helsepersonell framover kunne konsentreres i mindre sentrale helseforetak og kommuner.

Mye av forskningen som vi viser til i dette kapitlet er gjort på leger. Det betyr at funnene ikke uten videre kan generaliseres til andre yrkesgrupper, men vi kan anta at en del av funnene vil kunne være overførbare fordi det i stor grad er forsket på hvordan det er å være utenlandsk *arbeidstager* i den norske helsetjenesten.

7.4.1 Språkferdigheter

I Helsedirektoratets veileder for gode tilsetninger av helsepersonell³⁹ påpekes det at arbeidsgiver har ansvar for at tjenestene som ytes er forsvarlige, og dette forutsetter at personell som tilsettes for å yte helsehjelp er egnet ut fra stillingens art. Dette innebærer blant annet at arbeidsgiver må forsikre seg om at den som tilsettes har nødvendige muntlige og skriftlige språkkunnskaper og -forståelse. Tilstrekkelig språkkompetanse er en viktig forutsetning for at helsepersonell skal kunne utøve yrket forsvarlig, slik det stilles krav om i helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsepersonell skal forholde seg til kolleger, pasienter og pårørende, og må inneha språkkunnskapene som er nødvendige for å kommunisere med disse. Språkkunnskaper er også sentralt for å innfri dokumentasjonsplikten, som stiller krav til føring av journal og epikrise.

Det stilles altså indirekte språkkrav til helsepersonell, men det stilles ikke et eksplisitt språkkrav for helsepersonell utdannet innenfor EU/EØS når de søker om autorisasjon i Norge, slik det gjøres for helsepersonell utdannet *utenfor* EØS (se under). I utgangspunktet har også helsepersonellet selv et ansvar for å inneha de språkkunnskapene som kreves for faglig forsvarlighet, men i praksis blir det primært arbeidsgivers ansvar å sikre at helsepersonell som ansettes har de tilstrekkelige norskkunnskaper som kreves for helsepersonellens yrkesutøvelse. I ansettelsesprosesser der det er få

³⁹ *Gode rutiner – gode tilsetninger. Veileder i gode tilsetting av helsepersonell.* Helsedirektoratet 2015. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/604/IS-2290%20Gode%20rutiner%20-%20Gode%20tilsetninger.%20Veileder%20i%20gode%20tilsetninger%20av%20helsepersonell.pdf>

kvalifiserte søkere, vil arbeidsgivere likevel kunne føle seg tvunget til å ansette helsepersonell med utilstrekkelige norskkunnskaper. I tannhelsetjenesten kan det også være en særskilt utfordring at det er fri etablering for privatpraktiserende tannleger, og at det ved egen praksis ikke er en arbeidsgiver som kan stille krav til språkkunnskapene.

Helsepersonell utdannet *utenfor* EU/EØS må dokumentere norskkunnskaper, eventuelt dansk- eller svenskunnskaper, for å oppnå autorisasjon. Dette språkkravet trådte i kraft 1. januar 2017. I forbindelse med høring om endringer i EØS-forskriften om godkjenning av helsepersonell i 2016, anbefalte Helsedirektoratet at tilsvarende krav stilles til søkere fra innenfor EØS-området, slik Sverige og Finland har valgt å gjøre.

Det er en utfordrende øvelse å innhente informasjon om hvorvidt manglende språkferdigheter er en utbredt utfordring blant helsepersonell i Norge. Statens helsetilsyn skrev i et høringssvar i 2016 at de har "noe erfaring med hendelser i helsetjenesten der språkferdigheter hos helsepersonell har vært et tema i tilsynssaken", men selv om Helsetilsynet ser at manglende norskkunnskaper kan ha vært medvirkende til at faglige feil er gjort, har de "erfart at det ofte kan være sprikende og subjektive oppfatninger blant kolleger og ledere av hvor gode eller dårlige norskkunnskaper vedkommende faktisk har".⁴⁰

I en undersøkelse fra 2015 med semi-strukturerte intervjuer av leger med utenlandsk statsborgerskap og utdanning som hadde arbeidet under i Norge i under to år, ga legene uttrykk for at det forekommer språkutfordringer⁴¹. Til tross for språkkurs og -prøver, erfarte noen av legene mangel på praksisrelevant språk og interaksjonskunnskap. Undersøkelsen viser at også nordiske leger kan føle "språklig tilkortkommenhet". Språklige mangler påvirker legenes selvbilde som en kompetent fagperson, beskrevet som legens profesjonelle identitet. Skjeggstad og hans kolleger mener at språkopplæring vil bidra til bedre trivsel og integrasjon⁴², men *generell* språkopplæring vil trolig ikke være tilstrekkelig⁴³.

En surveyundersøkelse blant avdelingsoverleger og utenlandske leger ved norske sykehus fra 1997⁴⁴, fant at språkutfordringer ble vurdert som større av avdelingsoverlegene enn av de utenlandske legene selv. Forfatterne mener at tiltak knyttet til språkopplæring bør iverksettes. Skandinaviske leger var i større grad tilfredse med å arbeide i Norge enn andre utenlandske leger, og forfatterne skriver at denne forskjellen "også var reflektert i avdelingsoverlegenes oppfatning om hvordan det var å ha utenlandske leger ved avdelingen". Undersøkelsen bekrefter likevel at språk kan være utfordrende også for skandinaviske leger.

⁴⁰ Helsetilsynets høringssvar på "høring om endringer i EØS-forskriften om godkjenning av helsepersonell – gjennomføring av endringer i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv".

⁴¹ Skjeggstad E, Gerwing J, Gulbrandsen P. *Language barriers and professional identity: A qualitative interview study of newly employed international medical doctors and Norwegian colleagues*. Patient Educ Couns. 2017;100(8):1466-1472.

⁴² Skjeggstad E, Sandal GM, Gulbrandsen P. Utenlandske legers opplevelse av å begynne i yrket i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2015; 135: 1129-32.

⁴³ Skjeggstad m.fl. 2017, se fotnote 41.

⁴⁴ Aasland OG, Javo C, Larsen A. Utenlandske leger ved norske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen, 1997; 117: 4246-9.

En nyere studie av 24 norske og 16 utenlandske leger i psykiatrien viste at norske leger oppfattet språkutfordringene som større enn de utenlandske legene⁴⁵. Disse forskerne fant også at norsk helsepersonell i større grad mente at utenlandske leger trenger en mentorordning.

En dansk studie viser at pasientene er fornøyde med behandling de har fått fra utenlandske leger, men at språklige og kulturelle barrierer kan gjøre det utfordrende å kommunisere⁴⁶. En klar majoritet av det danske helsepersonellet som deltok i denne studien, hadde erfart at de selv eller pasienter hadde problemer med å forstå utenlandske leger.

7.4.2 Kjennskap til norsk kultur og norsk helse og omsorgstjeneste

Helsepersonell som utdannes utenfor Norge, vil i mange tilfeller ha dårligere kjennskap til den norske helse- og omsorgstjenesten og kulturen i tjenestene enn helsepersonell som er utdannet i Norge. Helsepersonell utdannet utenfor EØS må derfor gjennomføre et profesjonsnøytralt kurs og prøve i nasjonale fag⁴⁷ for å oppnå autorisasjon. Kravet, som fram til 1. januar 2017 gjaldt leger, sykepleiere, farmasøyter og tannleger, gjelder nå alle regulerte helsepersonellgrupper. Kurs i nasjonale fag gir deltakerne kunnskap om oppbygningen og organiseringen av norsk helse- og omsorgstjeneste, helse-, trygde- og sosialrett, kulturforståelse og nasjonale satsningsområder. Spesielt for leger og tannleger vil det være nyttig å lære om norsk lovverk, særlig knyttet til pasientrettigheter, Helfo-refusjoner og lignende. Det stilles ikke krav til gjennomført kurs i nasjonale fag for å få autorisasjon for helsepersonell utdannet innenfor EØS-området, og det er ikke hjemmel innenfor EØS-regelverket til å innføre et slikt krav.

I den nevnte undersøkelsen av utenlandske legers opplevelse av å begynne i yrket i Norge, opplever legene at de mestrer det medisinske arbeidet, men de uttrykker usikkerhet om hva som er forventet i legerollen i norsk sammenheng og manglende systeminnsikt, i tillegg til de nevnte språkutfordringene⁴⁸. Mer helsetjenestespesifikk skoloring ble etterspurt. Flere av de utenlandske legene har opplevd mangel på systematisk opplæring, oppfølging og tilbakemeldinger, både av positiv eller negativ art, og følte usikkerhet knyttet til kollegial støtte. Samtidig bør det nevnes at også norske leger føler usikkerhet i den første tiden i arbeid⁴⁹. Det kan være uvant for de utenlandske legene at kommunikasjon på arbeidsplassen i Norge er mer uformell og mindre preget av hierarkisk tankegang enn i mange andre land. Forfatterne skriver at "spesielt autoritetsspørsmål i interaksjonen med sykepleierne [ble] beskrevet som uklare av legene med bakgrunn utenfor Nord-Europa"⁵⁰. Utfordringer grunnet mindre hierarkiske strukturer er også funnet i internasjonal forskning på utenlandske leger som jobber i vestlige land⁵¹.

⁴⁵ Sandbu et al. Foreign doctors in Norwegian psychiatry – is there a need for a mentoring scheme? Tidsskr. Nor Laegeforen. 2015;135(12-13):1133-1137.

⁴⁶ Mitchell AU et al. *Conditions for foreign doctors' clinical work assessed by Danish health care personnel, patients and foreign doctors*. Ugeskr Laeger. 2008;170(21):1833-1838.

⁴⁷ For mer informasjon, se <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/kurs-i-nasjonale-fag>

⁴⁸ Skjeggstad et al. 2015, se fotnote 42.

⁴⁹ Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. Harv Rev Psychiatry 2002; 10: 154 – 65.

⁵⁰ Skjeggstad et al. 2015, se fotnote 42.

⁵¹ Michalski, K et al. Dealing with foreign cultural paradigms: A systematic review on intercultural challenges of international medical graduates 2017; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181330>

Skjeggestad og hans kolleger trekker fram at opplæring om systemet og tiltak for å redusere utrygghet, i tillegg til det nevnte tiltaket knyttet til språkopplæring, trolig vil bidra til bedre trivsel og integrasjon. Aasland og hans kolleger, forfatterne bak den nevnte studien blant avdelingsoverleger og utenlandske leger, mener at innføring i norsk kultur, støttenettverk for utenlandske leger og kvalifisering av norske leger i tverrkulturelt samarbeid er aktuelle tiltak som bør iverksettes, igjen i tillegg til språkopplæring.

Det er gjort en del studier på kulturelle forskjeller mellom leger med utenlandsk bakgrunn og "innfødte" leger i andre land enn Norge. Disse studiene viser blant annet at leger med annen kulturbakgrunn enn den vestlige har mindre kjennskap til pasientsentrert omsorg (patient-centered care) og samvalg (shared decision-making)⁵².

7.4.3 Faglige forskjeller

Det finnes lite kunnskap om faglige forskjeller mellom helsepersonell utdannet i Norge og i ulike land i utlandet. Når Helsedirektoratet autoriserer helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS-området, foretas det en vurdering av om utdanningen kan regnes å være jevngod med den tilsvarende norske, men det kan likevel være faglige forskjeller.

I Norge har Diaz og medarbeidere⁵³ sett på om det er ulikheter på den kliniske praksisen hos leger med immigrantbakgrunn og norskfødte leger i legevaksarbeid. Forskerne konkluderer med at forskjellene trolig skyldes kulturelle forskjeller snarere enn faglige forskjeller. De fant at den største forskjellen mellom gruppene var at legene med immigrantbakgrunn gjorde signifikant mer legevaksarbeid. Videre fant de at immigrantleger skrev flere sykemeldinger. En mulig årsak til dette kan være at legene ikke har språklige ferdigheter til å diskutere med pasientene. Forskerne fant også at leger med bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin-Amerika brukte mindre psykiatriske diagnoser enn de norskfødte legene.

I Skjeggestads intervjuer med utenlandske leger, mente legene at deres medisinske kompetanse var tilstrekkelig til å praktisere i Norge, til tross for en opprinnelig bekymring for at ulikhetene i medisinsk praksis var større enn forventet. Samtidig mente enkelte leger at sykdomsbildet i Norge var annerledes enn de var vant med, særlig innen psykiatri⁵⁴.

I mange land gir mastergrad i odontologi begrenset klinisk trening med pasientbehandling under studieløpet. Tilbakemeldinger som Helsedirektoratet har fått fra deler av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gir et generelt inntrykk av at mange tannleger med utenlandsk utdanning har lite klinisk erfaring fra studiet. Dette gir behov for mye veiledning første året, noe som er ressurskrevende for arbeidsgiver. Dessuten kan innholdet i tannlegeutdanningen variere. I odontologien i nordiske land er det tradisjonelt større vekt på forebygging enn i mange andre land.

⁵² Michalski et al. 2017, se fotnote 51.

⁵³ Diaz E, Sandvik H, Hunskaar S. Clinical practice patterns among native and immigrant doctors doing out of hours work in Norway: a registry-based observational study. *BMJ Open*. 2012;2(4). Se også Diaz E, Raza A, Hjørleifsson S. Immigrant and native regular general practitioners in Norway. A comparative registry-based observational study. *Eur J Gen Pract*. 2014;20(2):93-99.

⁵⁴ Skjeggestad E, Sandal GM, Gulbrandsen P. Utenlandske legers opplevelse av å begynne i yrket i Norge. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1129-32.

Utdanninger i utlandet kan også ha mangler knyttet til forhold som kan være spesifikke for Norge, som samfunnsodontologi, herunder den epidemiologiske situasjonen. Det er også forskjeller knyttet til legemidler, der nordiske land eksempelvis har en strengere praksis for antibiotikaforskrivning enn mange andre land.

7.4.4 Avhengighet av utenlandsk helsepersonell kan gjøre helse- og omsorgstjenesten sårbar

Utenlandsk helsepersonell kan være en ustabil måte å dekke personellbehov på. Det kan være tid- og kostnadskrevende å integrere innvandret helsepersonell. Ifølge en undersøkelse gjennomført av Helsetilsynet i 2001, oppgir mange norske kommuner at de er fornøyde med hvordan leger fra land utenfor Skandinavia fungerer etter ansettelse, men det bemerkes at det tar ett til to år før en utenlandsk lege fungerer som en norsk lege i arbeidet sitt⁵⁵. Dersom helsepersonellet utvandrer etter kort tid, vil det kunne koste mer enn det gir igjen. Internasjonal forskning på helsepersonellmobilitet viser at mange reiser tilbake til hjemlandet eller videre til andre land etter en periode⁵⁶. Det er ønskelig å utvikle mer kunnskap om hvordan dette fungerer i den norske helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har bestilt forløpsanalyser fra SSB, som skal følge tre kull med leger, både med utdanning fra Norge og utlandet. Dette kan forhåpentligvis bidra til ny kunnskap om dette.

Der vi i stor grad baserer oss på helsepersonell utdannet i utlandet, er vi sårbare dersom det skjer endringer som fører til redusert tilfang av nytt personell eller som fører til at mange velger å reise tilbake til sine respektive hjemland eller videre til andre land. Det er en rekke faktorer som påvirker dette, og mange av disse faktorene er eksterne krefter som det er utfordrende å ta høyde for eller påvirke. Særlig vil endringer i arbeidsmarkedet i andre land, lønnsnivå, kronekurs og lignende kunne påvirke hvor mange som velger å reise til Norge for å jobbe og om de velger å forbli i Norge. Hvilken kategori helsepersonellet tilhører og hva som var motivasjonen for å komme til Norge (se kapittel 7.1), vil ha stor betydning. Økonomiske- og karrieremigranter vil kunne flytte tilbake til hjemlandet sitt eller videre til andre land dersom de nevnte faktorene gjør det mer gunstig.

Risikoen øker dersom tjenesten gjør seg avhengige av helsepersonell fra ett eller få land. Trenden som er omtalt i kapittel 3, der det er flere svenske sykepleiere som forlater Norge enn de som kommer, har innebåret at mange svenske sykepleiere har måttet bli erstattet av andre sykepleiere. Det har også vært en rask og omfattende nedgang i antall svenske helsefagarbeidere som har kommet til Norge.

Videre vil regelverk og rammebetingelser, både nasjonalt og internasjonalt, ha mye å si. Gjensidig godkjenning av helsepersonell gjennom yrkeskvalifikasjonsdirektivet og EØS-forskriften gir forutsigbarhet når det gjelder rammebetingelsene for godkjenning helsepersonell fra innenfor EØS. Eventuelle framtidige innskrenkninger i helsepersonells rettigheter til å jobbe i andre EØS-land ville

⁵⁵ Statens helsetilsyn. *Spørreundersøkelsen om ansettelse av utenlandske leger*. 2001.

⁵⁶ Glinos IA. *Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement*. Health Policy 111 (2015) 1529-1536.

ha fått store konsekvenser for den norske helse- og omsorgstjenesten, men er lite sannsynlig på kort sikt.

De nye tilleggskravene som norske helsemyndigheter stiller for autorisasjon for helsepersonell utdannet utenfor EØS-området, ser ut til å ha fått konsekvenser for antall autorisasjoner som er gitt til helsepersonell fra disse landene. Noen vil være underveis i prosessen med å tilfredsstille tilleggskravene, men også søker tallene har gått ned fra 2016 til 2017. Disse tallene økte noe igjen i 2018. I tillegg til helsepersonellgruppene som omtales særskilt i denne rapporten, som med unntak av psykologene må gjennomføre fagprøve, gjelder nedgangen i søkere også det fleste andre helsepersonellgrupper. Vi vet ikke sikkert om arbeidsinnvandringen av helsepersonell i seg selv er berørt eller om flere jobber som ufaglærte. Norge er i liten grad avhengig av helsepersonell fra land utenfor EØS, men det er verdt å merke seg at en betydelig andel av nye helsefagarbeidere siden 2012 har kommet fra disse landene. De strengere kravene kan gi fortsatt nedgang i nye helsefagarbeidere fra disse landene, noe som kan gjøre deler av tjenesten sårbare. Det bør derfor følges nøye med på utviklingen.

7.4.5 Mulige konsekvenser for avsenderland

Norge var et foregangsland i utviklingen av retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell, som nevnt innledningsvis. Bakgrunnen for at disse retningslinjene ble utviklet, var en internasjonal helsepersonellkrise, og en erkjennelse av at høyinntektsland ikke bør bedrive aktiv og systematisk rekruttering av helsepersonell fra lavinntektsland med stor mangel på helsepersonell. I Helsedirektoratets veileder for gode tilsetninger av helsepersonell anbefales det at arbeidsgivere og rekrutteringsbyråer etterlever og respekterer prinsippene i koden. Helsedirektoratet rapporterer til WHO om oppfølging av disse retningslinjene hvert tredje år, og rapporteringene viser at Norge i svært liten grad rekrutterer fra land som er særlig sårbare.

Vi vet ikke hvor mye av helsepersonellmigrasjonen som er et resultat av aktiv rekruttering, og selv om vi kjenner enkelte tilfeller der norske bemanningsbyråer aktivt rekrutterer i utlandet, kjenner vi ikke til omfanget. "Svært aktive rekrutteringsbyråer", blant annet i Norge, oppgis som en faktor som forklarer utvandring blant litauisk helsepersonell, men undersøkelsene bak ble foretatt på 2000-tallet⁵⁷.

Selv om helsepersonell i liten grad kommer til Norge direkte fra lavinntektsland, kan det være at landene som avgir helsepersonell til Norge, vil måtte rekruttere fra andre land som er "lenger ned i næringskjeden", gjennom den såkalte dominoeffekten. Vi vet lite om hvordan dominoeffekten fungerer i praksis.

Norge har en høy dekningsgrad av helsepersonell, og i mange tilfeller vil avsenderlandet ha like stor eller mer bruk for helsepersonellet selv. Samtidig er Norge, som vi har vært inne på tidligere, en del av et internasjonalt arbeidsmarked, der det ikke alltid er mulig å regulere arbeidsinnvandringen.

⁵⁷ Padaiga et al. *Awareness, planning and retention: Lithuania's approach to managing health professional mobility*. I Wismar et al, *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European Countries*. 2011.

Helsepersonell som flytter innad i det felles arbeidsmarkedet i EU/EØS-området omtales gjerne som mobilitet, og ikke migrasjon. Irene A. Glinos, forsker innenfor helsepersonellmigrasjon ved *European Observatory on Health Systems and Policies*, ser en risiko for at fri flyt av helsepersonell i EØS-området er til de rikere landenes fordel, på bekostning av de mindre rike landene, som både har utfordringer med å beholde egenutdannet personell og tiltrekke seg utenlandskutdannet personell. Glinos argumenterer derfor for at prinsippene i WHO's retningslinjer for internasjonal rekruttering har relevans også for mobilitet innenfor EU⁵⁸. Migrasjonen er dessuten uforutsigbar og vanskeliggjør nasjonal helsepersonellplanlegging. Fra et indre marked-perspektiv vil det være en fordel at europeisk helsepersonell reiser til Norge eller andre land som tilbyr arbeid, dersom alternativet er å være arbeidsledig i hjemlandet. Da vil den frie mobiliteten bidra til å skape balanse mellom tilbud og etterspørsel i det europeiske arbeidsmarkedet for helsepersonell. Samtidig er det ingen garanti for at det frie markedet sørger for en effektiv og rettferdig fordeling av helsepersonell⁵⁹. Dagens mobilitetsmønstre kan se ut til å forsterke eksisterende forskjeller mellom de europeiske landene, der stater med mindre ressurser mister sitt helsepersonell til land med flere ressurser. Det er betydelige kostnader knyttet til utdanning av helsepersonell, og det er manglende mekanismer for kompensasjon for land som kommer dårlig ut av mobiliteten⁶⁰. I likhet med Glinos, ser Helsedirektoratet at den frie flyten av personer kan medføre ulemper for typiske avsenderland også i Europa. Disse har manglende virkemidler for å beholde sitt helsepersonell, som står fritt til å migrere til andre europeiske land.

Mange av helsefagarbeiderne og sykepleierne som jobber i Norge, er som nevnt fra Filippinene. Helsepersonell som sender deler av sin inntekt til hjemlandet, kan som nevnt utgjøre en viktig ressurs for hjemlandet selv om de ikke jobber i hjemlandet. Det statlige organet *Philippine Overseas Employment Administration* jobber med å legge til rette for at filippinere kan jobbe i utlandet. Samtidig kan denne emigrasjonen ha negative følger for det filippinske helsevesenet, i form av sykehusnedleggelse og høy turnover⁶¹.

Unge mennesker har ofte færre forpliktelser og bedre språkferdigheter. Dersom store grupper av ungt helsepersonell utvandrer, vil det kunne påvirke sammensetning av helsepersonellbeholdning som blir igjen på en negativ måte.

7.4.6 Mulige konsekvenser for vanlige studieland for norske studenter

I tillegg til at arbeidsinnvandring kan ha konsekvenser for typiske avsenderland, kan det tenkes at det store antallet norske studenter i utlandet kan ha konsekvenser for de involverte landene.

De nevnte landene i Sentral- og Øst-Europa, som er vanlige studieland for norske medisin- og odontologistudenter, ønsker trolig å tiltrekke seg utenlandske studenter. Av den grunn tilbys

⁵⁸ Glinos IA. Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement. *Health Policy* 111 (2015) 1529-1536.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Ibid

⁶¹ Perrin ME, Hagopian A, Sales A, Huang B: Nurse migration and its implications for Philippine hospitals. *Int Nurs Rev* 2007, 54:219–226.

utdanningsprogrammer innen medisin og odontologi på engelsk, spesifikt rettet mot internasjonale studenter. Det kan ut som en del av disse universitetene ser på utdanning av leger og tannleger som en næring, og skolepengene ligger på et høyt nivå⁶². Noen institusjoner har samarbeid med norske aktører, som Bjørknes høyskole⁶³. Med andre ord har utviklingen med flere norske studenter vært ønsket fra disse universitetenes side, og trolig også for landene som helhet.

Helsedirektoratet har ikke fått noen signaler om at antallet norske studenter er en utfordring for landene i Sentral- og Øst-Europa der mange norske studenter studerer, eller at norske studenter opptar plasser som landene har behov for til egne statsborgere. Samtidig kan det ikke utelukkes at det får negative konsekvenser dersom de engelskspråklige utdanningsprogrammene må konkurrere med utdanningsprogram rettet mot lokale studenter om ressurser som undervisere og lignende, som det kan være begrenset tilgang til. Vi kjenner til at det oppfattes som et problem i enkelte land at de som tar medisintutdanning der, både egne innbyggere og utenlandske studenter, ikke blir i landet for å jobbe etter avsluttede studier. OECD har uttalt at de ville starte en undersøkelse for å få på plass tall og fakta om de økonomiske implikasjonene av dette, men vi kjenner ikke status for dette.

Det er en egen kvote for norske medisinstudenter i Danmark. I dag velger de aller fleste nordmenn som studerer i Danmark å dra hjem for å gjennomføre turnus i Norge, og de opptar derfor ikke plasser til *klinisk basisuddannelse* (KBU), som det er stort press på i Danmark. Etter 1. januar 2019 må de norske studentene i Danmark gjennomføre KBU, og det kan tenkes at det vil bli upopulært om nordmenn opptar mange av plassene. Det kan også tenkes at Danmark vil bli et mindre attraktivt alternativ for norske medisinstudenter. KBU-plasser er i utgangspunktet tilknyttet en studieplass, og de som studerer i Danmark uten å gjennomføre KBU, vil dermed komme tilbake til Norge før de har fullført hele løpet som gir dem rettigheter i Danmark og Norge, både etter nordisk overenskomst og EØS-direktivet.

7.4.7 Potensial og muligheter

Utenlandsk helsepersonell og helsepersonell med utenlandsk utdanning utgjør en viktig del av den norske helse- og omsorgstjenesten, og bidrar til å fylle et behov for helsepersonell. Det kan se ut til at utenlandsk helsepersonell med lang, høyere utdanning bidrar særlig til helsepersonelldekningen i distriktene, mens sykepleiere og helsefagarbeidere med utenlandsk utdanning er særlig viktige bidragsytere i mer sentrale strøk, i tillegg til i Finnmark. Helsedirektoratet vurderer at Norge i tråd med WHO-koden bør etterstrebe å utdanne så mye som mulig av det helsepersonellet vi vurderer at vi vil ha behov for. Samtidig er det klart at helsepersonell utdannet i utlandet gir mange positive bidrag til den norske helse- og omsorgstjenesten. Omfattende helsepersonellmigrasjon, det internasjonale arbeidsmarkedet og økende internasjonalisering av høyere utdanning er dessuten noe som vi må forholde oss til.

Innvandret helsepersonell kan bidra til å øke det kulturelle mangfoldet i helse- og omsorgstjenestene. Utenlandsk helsepersonell kan ha en kulturell kompetanse og bevissthet som kan være en ressurs i møte med pasienter som er etniske minoriteter. De kan også bidra til å øke den

⁶² ANSAs nettsider gir informasjon om hvor norske studenter kan studere medisin på engelsk, og til hvilken pris: <http://www.ansa.no/Studier-i-utlandet/For/fag/helsefag-og-medisin/medisin/>

⁶³ Utveksling av medisinstudenter kan se ut til å være et voksende marked også for norske private høyskoler.

kulturelle kompetansen til øvrige helsepersonell. I tillegg vil en stadig mer multikulturell befolkning dra nytte av å møte helsepersonell som kjenner til utfordringene med å være av utenlandsk opprinnelse, og som kanskje også snakker samme språk og kommer fra samme kulturbakgrunn som dem selv.

I årene fremover vil det bli stort behov for innovasjon og endring i den norske helse- og omsorgstjenesten. En utenlandsk utdanning gir kjennskap til andre måter å organisere tjenesten på, og dette kan være viktig for innovasjon av tjenesten og bidra til nytenkning.

Ubenyttet potensial

I kapitlet om helsefagarbeidere ble det nevnt at sykepleiere med utdanning fra utlandet som ikke får autorisasjon som sykepleiere i Norge, representerer et uutnyttet potensial. OsloMet tilbyr kompletterende utdanning for sykepleiere med fluktbakgrunn, der også sykepleiere uten fluktbakgrunn kan delta ved ledig kapasitet. Deltakerne må ha vedtak fra Helsedirektoratet om at de må gjennomføre kompletterende utdanning for å få autorisasjon som sykepleier.

Det ble i 2013 etablert en tilskuddsordning for å stimulere til opprettelse av yrkesfaglig språkopplæring innenfor helsearbeiderfaget. Tiltaket videreføres som en del av "kurspakke for ufaglærte". Formålet med kurspakken er opplæring av ufaglærte fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider. Dette vil gi en bedre utnyttelse av potensialet som disse representerer.

Kostnadene for å gjennomføre tilleggskrav for å oppnå autorisasjon for helsepersonell utdannet utenfor EØS-området, har som nevnt trolig bidratt til at søkertallene er redusert betraktelig etter at kravene trådte i kraft. Vi vet at mange tidligere har søkt om autorisasjon i Norge fra utlandet, og noe av nedgangen i antall søkere vil henge sammen med at disse nå heller søker seg til andre land, men helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS som faktisk bor i Norge, vil utgjøre en uutnyttet ressurs for helse- og omsorgstjenestene dersom de ikke søker autorisasjon, men heller jobber som ufaglærte, tar arbeid i andre sektorer eller i verste fall går arbeidsledige. Det vil også være negativt fra et integreringsperspektiv dersom innvandrere ikke får utnyttet sin kompetanse i arbeidslivet. De nylige innførte tilleggskravene er viktige, men dersom utviklingen med færre søkere ser ut til å fortsette, kan det vurderes om myndighetene i større grad bør ta ansvar for å finansiere gjennomføring av tilleggskravene.

Som nevnt er det ikke hjemmel i EØS-regelverket til å stille nasjonale krav om kurs i nasjonale fag for helsepersonell fra EØS, men arbeidsgivere kan selv ta initiativ til denne typen kurs, samt språkkurs, for å bedre kunne utnytte potensialet som ligger i helsepersonellet som kommer til Norge. Eksempelvis er det Oslo kommune et krav at helsefagarbeidere med utdanning fra andre land, unntatt Norden, må ha kurs og bestått eksamen i nasjonale fag før de kan få ansettelse i kommunen.

VEDLEGG

Vedlegg – årsverksstatistikk

Tabell 31. Avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og helseforetak. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	
Ahus	56,2 %	1,6 %	27,5 %	14,0 %	0,7 %	1 160
Finnmarks-sykehuset	48,4 %	1,6 %	20,3 %	28,0 %	1,6 %	182
Helgelands-sykehuset	43,6 %	0,6 %	17,6 %	38,2 %	0,0 %	165
Helse Bergen	69,1 %	1,7 %	17,8 %	11,0 %	0,4 %	1 568
Helse Fonna	37,8 %	2,1 %	29,4 %	30,2 %	0,5 %	384
Helse Førde	53,3 %	1,8 %	23,9 %	19,9 %	1,1 %	272
Helse Møre og Romsdal	59,7 %	0,1 %	21,8 %	17,3 %	1,1 %	730
Helse Nord-Trøndelag	54,2 %	1,2 %	25,4 %	19,2 %	0,0 %	323
Helse Stavanger	53,8 %	0,5 %	31,6 %	13,5 %	0,6 %	847
Nordlands-sykehuset	59,5 %	0,7 %	21,8 %	17,6 %	0,4 %	459
Oslo-sykehusene	63,5 %	1,5 %	24,0 %	10,0 %	0,9 %	3 201
St. Olavs hospital	67,9 %	0,9 %	19,7 %	11,2 %	0,3 %	1 106
Sykehuset i Vestfold	55,5 %	0,7 %	32,0 %	11,1 %	0,7 %	541
Sykehuset Innlandet	52,9 %	1,6 %	27,4 %	17,5 %	0,6 %	960
Sykehuset Telemark	49,7 %	2,4 %	27,0 %	20,1 %	0,9 %	467
Sykehuset Østfold	43,3 %	2,3 %	37,7 %	16,3 %	0,5 %	652
Sørlandet sykehus	49,8 %	0,9 %	34,7 %	14,3 %	0,3 %	741
UNN	71,4 %	1,9 %	13,5 %	12,5 %	0,8 %	891
Vestre Viken	55,1 %	1,1 %	31,0 %	11,6 %	1,2 %	1 165

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Tabell 32. Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og fylke. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	Antall årsverk
Akershus	60,3 %	0,7 %	28,4 %	8,5 %	2,0 %	693
Aust-Agder	55,9 %	1,4 %	28,3 %	11,7 %	2,8 %	145
Buskerud	56,4 %	1,3 %	30,4 %	11,0 %	0,9 %	319
Finnmark	60,7 %	1,4 %	19,3 %	17,9 %	0,7 %	140
Hedmark	55,9 %	2,5 %	21,2 %	19,1 %	1,3 %	236
Hordaland	68,8 %	1,4 %	19,7 %	8,6 %	1,6 %	631
Møre og Romsdal	61,6 %	0,7 %	24,2 %	12,9 %	0,7 %	302
Nordland	61,8 %	0,6 %	20,0 %	16,9 %	0,6 %	325
Nord-Trøndelag	63,2 %	0,7 %	23,7 %	11,8 %	0,7 %	152
Oppland	57,1 %	1,2 %	23,0 %	16,3 %	2,4 %	252
Oslo	57,0 %	1,7 %	29,5 %	9,2 %	2,5 %	1 038
Rogaland	54,1 %	0,6 %	28,6 %	14,8 %	2,0 %	542
Sogn og Fjordane	52,1 %	2,8 %	21,1 %	23,9 %	0,0 %	142
Sør-Trøndelag	69,3 %	0,6 %	19,6 %	9,5 %	0,9 %	326
Telemark	53,0 %	1,5 %	33,2 %	10,9 %	1,5 %	202
Troms	68,5 %	0,4 %	16,7 %	14,1 %	0,4 %	270
Vest-Agder	53,6 %	1,9 %	35,1 %	8,5 %	0,9 %	211
Vestfold	59,9 %	0,7 %	29,8 %	7,7 %	1,8 %	272
Østfold	47,9 %	1,5 %	35,2 %	14,8 %	0,6 %	338

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Tabell 33. Avtalte legeårsverk fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og kommunestørrelse (basert på KOSTRA-grupper). Prosentandel, med antall i parentes. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	
Oslo	57,0 % (592)	1,7 % (18)	29,5 % (306)	9,2 % (96)	2,5 % (26)	1 038
Bergen, Trondheim, Stavanger	65,0 % (497)	1,3 % (10)	22,9 % (175)	8,6 % (66)	2,2 % 17	765
Store kommuner utenom de fire største	60,4 % (1 401)	1,2 % (27)	27,2 % (632)	9,6 % 223	1,6 % (38)	2 321
Mellomstore kommuner	60,7 % (959)	0,9 % (15)	23,3 % (368)	14,3 % (226)	0,8 % (13)	1 581
Små kommuner	51,8 % (409)	1,0 % (8)	26,7 % (211)	19,9 % (157)	0,6 % (5)	790
De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	34,1 % (14)	0 % (0)	41,5 % (17)	24,4 % (10)	0 % (0)	41

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Små kommuner har mindre enn 5 000 innbyggere. Mellomstore kommuner har mellom 5 000 og 19 999 innbyggere. Store kommuner har 20 000 innbyggere eller mer.

Tabell 34. Sykepleierårsverk i spesialisthelsetjenesten fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og helseforetak. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	Antall årsverk
Ahus	83,7 %	1,8 %	3,1 %	7,2 %	4,3 %	2 852
Finnmarkssykehuset	79,8 %	1,4 %	1,9 %	10,3 %	6,6 %	573
Helgelandssykehuset	89,8 %	0,2 %	0,9 %	4,6 %	4,6 %	568
Helse Bergen	92,8 %	1,1 %	1,8 %	2,7 %	1,7 %	4 388
Helse Fonna	91,5 %	1,0 %	0,9 %	3,1 %	3,5 %	1 242
Helse Førde	92,8 %	0,6 %	0,7 %	3,7 %	2,3 %	876
Helse Møre og Romsdal	92,4 %	0,5 %	1,7 %	2,1 %	3,3 %	2 239
Helse Nord-Trøndelag	96,0 %	0,4 %	0,5 %	0,9 %	2,2 %	1 137
Helse Stavanger	88,0 %	1,4 %	3,0 %	4,8 %	2,8 %	2 363
Nordlandssykehuset	92,1 %	0,4 %	0,9 %	2,9 %	3,7 %	1 351
Oslo-sykehusene	83,1 %	1,7 %	3,6 %	7,3 %	4,3 %	8 153
St. Olavs Hospital	93,4 %	0,5 %	1,5 %	2,0 %	2,6 %	3 446
Sykehuset i Vestfold	90,3 %	1,4 %	1,7 %	3,3 %	3,4 %	1 561
Sykehuset Innlandet	88,8 %	1,1 %	1,3 %	4,3 %	4,5 %	3 119
Sykehuset Telemark	88,0 %	0,8 %	2,3 %	3,4 %	5,5 %	1 298
Sykehuset Østfold	85,0 %	1,3 %	2,4 %	7,3 %	4,0 %	1 837
Sørlandet Sykehus	89,4 %	1,1 %	2,4 %	3,7 %	3,4 %	2 175
UNN	84,8 %	1,1 %	1,7 %	7,7 %	4,8 %	2 276
Vestre Viken	84,6 %	1,3 %	2,6 %	7,3 %	4,2 %	3 368

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Tabell 35. Sykepleierårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og fylke. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	Antall årsverk
Akershus	75,2 %	2,1 %	7,2 %	11,1 %	4,3 %	3 459
Aust-Agder	90,3 %	0,9 %	2,3 %	3,6 %	2,9 %	971
Buskerud	82,4 %	1,5 %	4,5 %	7,9 %	3,7 %	1 833
Finnmark	76,9 %	2,4 %	1,4 %	13,5 %	5,7 %	702
Hedmark	88,3 %	1,0 %	1,5 %	5,1 %	4,1 %	1 768
Hordaland	88,2 %	1,0 %	1,9 %	6,8 %	2,1 %	3 819
Møre og Romsdal	88,4 %	0,7 %	1,8 %	5,6 %	3,4 %	2 344
Nordland	90,4 %	0,9 %	1,2 %	3,8 %	3,7 %	2 301
Nord-Trøndelag	92,3 %	1,1 %	1,3 %	1,9 %	3,4 %	1 313
Oppland	89,4 %	0,8 %	2,6 %	3,9 %	3,3 %	1 590
Oslo	70,0 %	2,0 %	11,8 %	12,4 %	3,8 %	3 341
Rogaland	84,1 %	1,0 %	3,0 %	8,8 %	3,1 %	3 301
Sogn og Fjordane	88,8 %	0,7 %	1,7 %	7,1 %	1,6 %	1 096
Sør-Trøndelag	89,7 %	0,9 %	1,3 %	4,0 %	4,1 %	2 012
Telemark	85,3 %	1,6 %	1,8 %	4,3 %	7,1 %	1 400
Troms	84,9 %	0,9 %	2,3 %	7,6 %	4,2 %	1 493
Vest-Agder	89,4 %	1,2 %	2,7 %	3,5 %	3,3 %	1 464
Vestfold	86,3 %	1,1 %	3,2 %	6,7 %	2,5 %	1 765
Østfold	82,9 %	1,3 %	3,2 %	9,2 %	3,4 %	2 229

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Tabell 36. Avtalte helsefagarbeiderårsverk i spesialisthelsetjenesten, fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og helseforetak. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	Antall årsverk
Ahus	77,1 %	2,4 %	2,2 %	10,3 %	7,9 %	455
Finnmarkssykehuset	78,6 %	6,0 %	0,0 %	4,8 %	10,7 %	84
Helgelandssykehuset	85,1 %	0,0 %	2,3 %	6,9 %	5,7 %	87
Helse Bergen	88,6 %	1,2 %	0,2 %	3,0 %	6,9 %	405
Helse Fonna	88,6 %	0,9 %	3,5 %	2,2 %	4,8 %	229
Helse Førde	92,5 %	0,0 %	1,5 %	1,5 %	4,5 %	133
Helse Møre og Romsdal	83,8 %	0,0 %	0,9 %	0,9 %	14,4 %	229
Helse Nord-Trøndelag	79,8 %	1,0 %	1,0 %	0,0 %	18,3 %	104
Helse Stavanger	90,8 %	1,3 %	1,0 %	3,4 %	3,4 %	382
Nordlandssykehuset	92,3 %	0,5 %	1,5 %	0,5 %	5,1 %	196
Oslo-sykehusene	79,0 %	1,6 %	1,7 %	8,7 %	9,0 %	699
St. Olavs Hospital	91,4 %	0,7 %	0,3 %	0,3 %	7,2 %	290
Sykehuset i Vestfold	83,6 %	3,5 %	0,0 %	0,6 %	12,3 %	171
Sykehuset Innlandet	81,3 %	0,6 %	0,4 %	2,5 %	15,2 %	513
Sykehuset Telemark	82,4 %	0,4 %	0,4 %	1,3 %	15,5 %	233
Sykehuset Østfold	83,1 %	2,2 %	0,3 %	6,3 %	8,1 %	320
Sørlandet Sykehus	85,7 %	0,4 %	0,4 %	1,2 %	12,4 %	258
UNN	82,1 %	1,8 %	0,4 %	1,5 %	14,2 %	274
Vestre Viken	85,7 %	1,6 %	0,8 %	4,9 %	7,1 %	636

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Tabell 37. Helsefagarbeiderårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og fylke. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	Antall årsverk
Akershus	71,5 %	3,5 %	2,7 %	12,5 %	9,8 %	4 176
Aust-Agder	78,9 %	1,6 %	0,4 %	1,6 %	17,4 %	1 177
Buskerud	84,7 %	3,0 %	0,9 %	4,7 %	6,8 %	2 834
Finnmark	70,6 %	6,1 %	1,0 %	9,6 %	12,8 %	925
Hedmark	79,2 %	1,9 %	1,3 %	5,8 %	11,8 %	2 475
Hordaland	84,5 %	1,7 %	0,8 %	5,4 %	7,6 %	4 475
Møre og Romsdal	85,0 %	2,1 %	0,4 %	3,3 %	9,2 %	3 015
Nordland	82,4 %	0,9 %	0,6 %	4,6 %	11,4 %	3 097
Nord-Trøndelag	84,7 %	0,7 %	1,0 %	1,7 %	11,9 %	1 430
Oppland	87,4 %	0,8 %	0,4 %	2,3 %	9,1 %	2 366
Oslo	65,5 %	4,1 %	4,0 %	19,5 %	6,8 %	3 570
Rogaland	80,3 %	1,7 %	1,2 %	8,2 %	8,7 %	3 862
Sogn og Fjordane	79,4 %	1,0 %	0,9 %	4,7 %	14,0 %	1 300
Sør-Trøndelag	87,8 %	1,0 %	0,6 %	1,7 %	9,0 %	2 869
Telemark	80,4 %	1,2 %	0,8 %	1,0 %	16,6 %	2 170
Troms	83,1 %	1,6 %	0,6 %	4,4 %	10,2 %	1 766
Vest-Agder	85,9 %	2,2 %	0,9 %	2,3 %	8,7 %	1 827
Vestfold	83,4 %	3,2 %	1,2 %	4,3 %	7,9 %	2 356
Østfold	83,5 %	2,5 %	1,8 %	6,6 %	5,7 %	2 935

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Tabell 38. Tannlegeårsverk fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og fylke. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere*	Avtalte årsverk
Akershus	74,1 %	1,5 %	7,3 %	6,8 %	10,3 %	455
Aust-Agder	71,6 %	1,1 %	11,6 %	9,5 %	6,3 %	95
Buskerud	64,3 %	0,0 %	10,4 %	13,7 %	11,6 %	241
Finnmark	69,1 %	0,0 %	2,9 %	23,5 %	4,4 %	68
Hedmark	60,4 %	0,0 %	11,8 %	9,7 %	18,1 %	144
Hordaland	70,5 %	1,0 %	6,0 %	8,2 %	14,3 %	498
Møre og Romsdal	60,4 %	0,9 %	9,3 %	18,1 %	11,5 %	227
Nordland	66,1 %	1,3 %	7,1 %	18,3 %	7,1 %	224
Nord-Trøndelag	46,4 %	0,0 %	10,9 %	27,3 %	15,5 %	110
Oppland	61,9 %	0,0 %	7,5 %	15,6 %	15,0 %	160
Oslo	61,9 %	1,5 %	11,6 %	13,0 %	11,9 %	662
Rogaland	64,3 %	1,0 %	8,7 %	16,3 %	9,7 %	412
Sogn og Fjordane	68,4 %	1,0 %	4,1 %	13,3 %	13,3 %	98
Sør-Trøndelag	65,5 %	0,4 %	7,2 %	17,0 %	9,8 %	235
Telemark	60,4 %	0,6 %	12,3 %	12,3 %	14,3 %	154
Troms	64,0 %	0,5 %	5,0 %	21,5 %	9,0 %	200
Vest-Agder	54,8 %	0,0 %	15,5 %	21,3 %	8,4 %	155
Vestfold	67,0 %	0,5 %	10,2 %	13,1 %	9,2 %	206
Østfold	60,6 %	2,4 %	13,0 %	8,5 %	15,4 %	246

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Tabell 39. Avtalte psykologårsverk fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og fylke. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	Antall årsverk
Akershus	75,5 %	2,9 %	16,6 %	4,4 %	0,6 %	727
Aust-Agder	50,0 %	0,0 %	29,2 %	20,8 %	0,0 %	96
Buskerud	75,1 %	2,0 %	15,3 %	7,3 %	0,3 %	301
Finnmark	69,6 %	0,0 %	15,9 %	14,5 %	0,0 %	69
Hedmark	56,1 %	1,7 %	24,4 %	17,8 %	0,0 %	180
Hordaland	87,9 %	1,9 %	6,0 %	3,6 %	0,6 %	685
Møre og Romsdal	67,7 %	0,0 %	18,0 %	13,8 %	0,6 %	167
Nordland	69,8 %	1,0 %	11,4 %	16,3 %	1,5 %	202
Nord-Trøndelag	71,0 %	3,0 %	21,0 %	3,0 %	2,0 %	100
Oppland	66,4 %	0,0 %	24,8 %	6,4 %	2,4 %	125
Oslo	76,5 %	2,1 %	15,1 %	5,0 %	1,3 %	1 058
Rogaland	71,4 %	1,0 %	17,8 %	9,5 %	0,3 %	399
Sogn og Fjordane	67,6 %	0,0 %	17,6 %	13,2 %	1,5 %	68
Sør-Trøndelag	85,1 %	0,7 %	10,4 %	3,0 %	0,7 %	403
Telemark	63,6 %	0,7 %	22,5 %	10,6 %	2,6 %	151
Troms	85,8 %	1,4 %	8,7 %	3,7 %	0,5 %	218
Vest-Agder	55,7 %	0,6 %	25,3 %	17,8 %	0,6 %	174
Vestfold	66,3 %	2,0 %	23,0 %	8,3 %	0,4 %	252
Østfold	59,7 %	2,3 %	20,9 %	15,9 %	1,2 %	258

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1.

Tabell 40. Avtalte psykologårsverk i alle sektorer, fordelt på utdanningsland, statsborgerskap og kommunestørrelse (basert på KOSTRA-grupper). Prosentandel, med antall i parentes. 2016.

	Norsk utdanning		Utenlandsk utdanning		Ukjent	Totalt
	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Norsk statsborger	Utenlandsk statsborger	Alle statsborgere	
Oslo	76,5 % (809)	2,1 % (22)	15,1 % (160)	5,0 % (53)	1,3 % (14)	1 058
Bergen, Trondheim, Stavanger	84,3 % (902)	1,4 % (15)	9,4 % (101)	4,3 % (46)	0,6 % (6)	1 070
Store kommuner utenom de fire største	70,5 % (1 740)	1,7 % (43)	18,5 % (456)	8,6 % (212)	0,6 % (16)	2 467
Mellomstore kommuner	69,7 % (644)	1,2 % (11)	16,2 % (150)	11,7 % (108)	1,2 % (11)	924
Små kommuner	60,2 % (65)	1,9 % (2)	21,3 % (23)	16,7 % (18)	0 % (0)	108

Kilde: SSB. Se kapittel 1.3.1. Små kommuner har mindre enn 5 000 innbyggere. Mellomstore kommuner har mellom 5 000 og 19 999 innbyggere. Store kommuner har 20 000 innbyggere eller mer. De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger (KOSTRA-gruppe 16) er ikke inkludert i tabellen. Disse kommunene har totalt seks psykologårsverk, alle utført av norske psykologer med norsk utdanning. Merk at det inkluderer alle sektorer, ikke bare kommunene.

Vedlegg – statistikk om søkere og tilsatte på LiS1-stillinger

Tabell 41. Søkere, tilsatte og ikke-tilsatte, fordelt på utdanningsland, samt andel tilsatt og andel av søkere.

		Vårsemesteret						Høstsemesteret				
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt	Tilsatt	455	446	455	457	463	454	438	441	441	450	441
	Ikke tilsatt	503	474	483	544	676	824	292	228	231	358	457
	Søkere	958	920	938	1001	1139	1278	730	669	672	808	898
	Andel tilsatt	47,5	48,5	48,5	45,7	40,6	35,5	60,0	65,9	65,6	55,7	49,1
Norsk utdanning	Tilsatt	289	267	262	251	268	238	257	225	223	228	230
	Ikke tilsatt	133	117	125	121	143	143	53	46	35	74	60
	Søkere	422	384	387	372	411	381	310	271	258	302	290
	Andel tilsatt %	68,5	69,5	67,7	67,5	65,2	62,5	82,9	83,0	86,4	75,5	79,3
	Andel av søkere	44,1	41,7	41,3	37,2	36,1	29,8	42,5	40,5	38,4	37,4	32,3
Fra EU/EØS	Tilsatt	159	167	180	194	182	197	163	198	186	197	186
	Ikke tilsatt	314	310	295	340	395	450	179	139	126	188	206
	Søkere	473	477	475	534	577	647	342	337	312	385	392
	Andel tilsatt	33,6	35,0	37,9	36,3	31,5	30,4	47,7	58,8	59,6	51,2	47,4
	Andel av søkere	49,4	51,8	50,6	53,3	50,7	50,6	46,8	50,4	46,4	47,6	43,7
Utenfor EU/EØS	Tilsatt	7	12	13	12	13	19	18	18	32	25	25
	Ikke tilsatt	56	47	63	83	138	231	60	43	70	96	191
	Søkere	63	59	76	95	151	250	78	61	102	121	216
	Andel tilsatt	11,1	20,3	17,1	12,6	8,6	7,6	23,1	29,5	31,4	20,7	11,6
	Andel av søkere	6,6	6,4	8,1	9,5	13,3	19,6	10,7	9,1	15,2	15,0	24,1

Kilde: Helseidrettsdirektoratets statusrapporter for turnus- og LiS1-stillinger. Første til åttende søknadsrunde for turnusstillinger og første til tredje søknadsrunde for LiS1-stillinger.

Vedlegg – statistikk om autorisasjon og spesialistgodkjenning

Tabell 42. Antall autorisasjoner i 2017, fordelt på yrkesgruppe og utdanningssted, og andel som er utdannet i Norge.

	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Totalsum	Andel norskutdannet
Ambulansearbeider (AA)	338	6	10	1	355	95,2 %
Apotektekniker (AT)	223	0	10	26	259	86,1 %
Audiograf (AU)	38	1	0	0	39	97,4 %
Bioingeniør (BI)	226	10	8	10	254	89,0 %
Ergoterapeut (ET)	220	14	1	1	236	93,2 %
Provisorfarmasøyt (FA1)	125	11	46	11	193	64,8 %
Reseptarfarmasøyt (FA2)	108	8	3	154	273	39,6 %
Fotterapeut (FO)	44	1	1	0	46	95,7 %
Fysioterapeut (FT)	311	85	76	9	481	64,7 %
Helsesekretær (HE)	555	0	2	8	565	98,2 %
Helsefagarbeider (HF)	3 818	221	33	564	4 636	82,4 %
Jordmor (JO)	109	94	34	0	237	46,0 %
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	17	7	0	0	24	70,8 %
Kiropraktor (KI)*	0	3	48	12	63	0,0 %
Lege (LE)	673	333	1 049	296	2 351	28,6 %
Ortopediingeniør (OI)**	0	5	0	1	6	0,0 %
Optiker (OP)	43	8	13	9	73	58,9 %
Ortoptist (OR)*	0	1	4	2	7	0,0 %
Perfusjonist (PE)*	0	1	0	0	1	0,0 %
Psykolog (PS)	251	120	10	7	388	64,7 %
Radiograf (RA)	161	8	11	3	183	88,0 %
Sykepleier (SP)	4 001	789	488	96	5 374	74,5 %
Tannhelsesekretær (TH)	191	3	9	12	215	88,8 %
Tannlege (TL)	123	19	173	17	332	37,0 %
Tannpleier (TP)	74	3	6	0	83	89,2 %
Tanntekniker (TT)	10	4	15	3	32	31,3 %
Vernepleier (VP)	844	0	0	0	844	100 %
Totalsum	12 592	1 771	2 142	1 243	17 748	70,9 %

Kilde: Helsepersonellregisteret (HPR).

*Utdanningen for kiropraktorer, ortoptister og perfusjonister finnes ikke i Norge.

**Ortopediingeniørstudiet har kun oppstart annethvert år.

Tabell 43. Nye spesialistgodkjenninger i perioden 2014 til 2017, fordelt på konverteringer og godkjenninger etter norsk regelverk.

	Totalt	Konvertert	Norsk regelverk	Andel konvertert
Allmennmedisin	872	83	789	9,5 %
Anestesiologi	331	143	188	43,2 %
Arbeidsmedisin	41	2	39	4,9 %
Barne- og ungdomspsykiatri	116	15	101	12,9 %
Barnekirurgi	5	0	5	0,0 %
Barnesykdommer	156	22	134	14,1 %
Blodsykdommer	27	3	24	11,1 %
Bryst- og endokrinkirurgi	15	0	15	0,0 %
Endokrinologi	28	8	20	28,6 %
Fordøyelsesykdommer	61	11	50	18,0 %
Fysisk medisin og rehabilitering	54	5	49	9,3 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	166	51	115	30,7 %
Gastroenterologisk kirurgi	85	10	75	11,8 %
Generell kirurgi	241	59	182	24,5 %
Geriatrici	49	7	42	14,3 %
Hjertesykdommer	116	29	87	25,0 %
Hud- og veneriske sykdommer	54	18	36	33,3 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	15	4	11	26,7 %
Indremedisin	433	64	369	14,8 %
Infeksjonssykdommer	43	5	38	11,6 %
Karkirurgi	26	9	17	34,6 %
Klinisk farmakologi	14	0	14	0,0 %
Klinisk nevrofysiologi	8	1	7	12,5 %
Lungesykdommer	56	13	43	23,2 %
Maxillofacial kirurgi	4	2	2	50,0 %
Medisinsk biokjemi	15	0	15	0,0 %
Medisinsk genetikk	14	0	14	0,0 %
Medisinsk mikrobiologi	36	5	31	13,9 %
Nevrokirurgi	19	3	16	15,8 %
Nevrologi	102	19	83	18,6 %
Nukleærmedisin	13	4	9	30,8 %
Nyresykdommer	32	4	28	12,5 %
Onkologi	91	6	85	6,6 %
Ortopedisk kirurgi	226	81	145	35,8 %
Patologi	69	25	44	36,2 %
Plastikkirurgi	53	14	39	26,4 %
Psykiatri	447	106	341	23,7 %
Radiologi	328	147	181	44,8 %
Revmatologi	41	10	31	24,4 %
Rus- og avhengighetsmedisin	128	0	128	0,0 %
Samfunnsmedisin	76	1	75	1,3 %
Thoraxkirurgi	12	3	9	25,0 %
Urologi	50	14	36	28,0 %
Øre-nese-halssykdommer	71	17	54	23,9 %
Øyesykdommer	89	28	61	31,5 %
Totalt	4928	1051	3877	21,3 %

Kilde: Helsepersonellregisteret.

Vedlegg – statistikk om høyere utdanning

Tabell 44. Nøkkeltall for utdanning av leger

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kandidatmåltall ^{a)}	a)	a)	546	546	546	546
Fullførte grader ^{b)}	565	530	520	515	535	515
Antall studieplasser ^{b)}	600	600	606	606	636	636
Autorisasjoner ^{c)}	1 682	2 764	2 074	1 879	1 658	2 351
Utenlandsstudenter ^{d)}	3 082	3 177	3 237	3 355	3 292	3 177

Tabell 45. Nøkkeltall for utdanning av sykepleiere

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kandidatmåltall ^{a)}	a)	a)	3 493	3 477	3 477	3 477
Fullførte grader ^{b)}	3 506	3 543	3 630	3 639	3 783	4 009
Antall studieplasser ^{b)}	4 348	4 494	4 462	4 566	4 764	4 763
Autorisasjoner ^{c)}	6 030	6 367	5 827	5 570	5 184	5 374
Utenlandsstudenter ^{d)}	150	146	137	128	131	139

Tabell 46. Nøkkeltall for utdanning av tannleger

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kandidatmåltall ^{a)}	a)	a)	139	139	139	139
Fullførte grader ^{b)}	148	127	112	119	116	120
Antall studieplasser ^{b)}	153	153	153	153	153	153
Autorisasjoner ^{c)}	279	292	290	262	293	332
Utenlandsstudenter ^{d)}	249	250	287	290	285	272

Tabell 47. Nøkkeltall for utdanning av psykologer

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kandidatmåltall ^{a)}	a)	a)	246	262	262	278
Fullførte grader ^{b)}	235	225	230	234	272	260
Antall studieplasser ^{b)}		Fullstendig DBH-statistikk ikke tilgjengelig				Ca. 336
Autorisasjoner ^{c)}	349	379	380	445	421	388
Utenlandsstudenter - OBS! Alle grader ^{d)}	762	889	986	1 066	1 008	955

Kilder:

a) Kunnskapsdepartementet. Kandidatmåltallene ble innført i 2014.

b) Database for høyere utdanning (DBH). Noen av tallene er avrundet til nærmeste fem pga. GDPR.

c) Helsepersonellregisteret.

d) Gradsstudenter som får støtte fra Lånekassen.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no