

Of passerer 8 000 medlemmer

av Anders Taraldset, statistikkjef i Legeforeningen

Norsk overlegeforening (Of) passerte 8 000 ordinære medlemmer 21. februar 2011. Per 29. mars var Ofs medlemstall økt til 8.051 ordinære og 32 assosierte medlemmer.

Medlemstall

Ved det konstituerende møtet i 1961 fikk Of 61 medlemmer, og nye medlemmer kom raskt til. Allerede i 1963 var medlemstallet økt til 375, og det tok mindre enn ti år å fordoble dette medlemstallet. I 1973 var medlemstallet økt til 850. Figur 1 viser medlemsutviklingen videre, fra 1973 til 2011. Etter 1973 fulgte to perioder med stillstand i medlemstallet, 1973- 77 og 1980- 83. Fra 1977 til 1980 var det imidlertid en god medlemsvekst, og det har det også vært i alle årene etter 1983. Et stort sprang i medlemstallet skjedde da Legeforeningen i 1993 innførte obligatoriske medlemskap i yrkesforeninger for alle medlemmer. Dette er forklaringen på at medlemstallet ble nesten fordoblet fra 1992 til 1993.

Of er i dag den desidert største av alle Legeforeningens underforeninger. Dersom vi ser på yrkesaktive medlemmer under 70 år i Norge har riktignok Yngre legers forening (Ylf) 668 flere ordinære medlemmer enn Of per 14. februar, ettersom Ylf har en ubetydelig andel pensjonister. Men 16 % av Ylfs medlemmer står med ukjent stilling i medlemsregisteret. Dette er medlemmer av Legeforeningen som blir stående i Ylf når stillingen er ukjent, for eksempel etter fullført turnustjeneste. Når vi avgrenser til medlemmer med kjent arbeidsforhold, er Of den største foreningen også for yrkesaktive medlemmer under 70 år i Norge med 336 flere medlemmer enn Ylf. Ylf har også en høyere andel medlemmer utenfor sykehus enn Of, slik at Of uansett er den klart største foreningen for sykehusleger.

Of har 149 yrkesaktive medlemmer i utlandet, og 1 267 medlemmer i Norge som er ikke-yrkesaktive og/eller er fylt 70 år, herav 1 165 alderspensjonister, samt 43 ikke-yrkesaktive medlemmer i utlandet. Andelen alderspensjonister er raskt økende. I det følgende skal vi se nærmere på de 6 535 yrkesaktive ordinære medlemmene av Of under 70 år i Norge per 14. februar 2011, og i det følgende refereres disse til som "Ofs medlemmer".

Tariffområde, arbeidssted og regional fordeling

Tabell 1 og figur 2 viser fordelingen av Ofs medlemmer etter tariffområde. 5 756 eller 88 % av disse er ansatte i helseforetak, som tariffmessig utgjør Spekter område 10 - Helse. Fordi 2,6 % av Ofs medlemmer står uten registrert ansettelse i medlemsregisteret, er nok den reelle andelen nærmere 90 %. Tabell 2 viser først fordelingen av medlemmene på helseforetak, og deretter fordelingen på arbeidssteder for de som ikke arbeider i helseforetak. Det fremgår at Oslo Universitetssykehus er det desidert største helseforetaket, med nesten 21 % av Ofs medlemmer, noe som er omtrent like mange som de tre neste på listen til sammen. Det er imidlertid mulig at overføringene av leger fra Oslo Universitetssykehus til hhv Vestre Viken HF og Akershus Universitetssykehus som følge av organisasjonsendringer med virkning fra 1. januar 2011 ennå ikke er fanget opp fullstendig i medlemsregisteret.

Av de som arbeider utenfor helseforetak, er det tariffområdet HSH- HUK som er størst. Dette omfatter de fleste av de private, ideelle sykehusene, som gjerne er organisert som private stiftelser, men som står på offentlige helseplaner. Av disse er de største Diakonhjemmet

Sykehus i Oslo, Haraldsplass i Bergen og Martina Hansen i Bærum. I tillegg har vi Lovisenberg diakonale sykehus som i 2008 tariffmessig ble overført fra HSH til Spekter Område 4 - Lovisenberg.

Tabell 3 viser fordelingen av de 5 756 Of-medlemmene i Spekter område 10- Helse fordelt på regionalt helseforetak (RHF). Det fremgår her at RHF Sør-Øst har 57 % av disse 5 756 medlemmene, RHF Vest har 18,1 %, RHF Midt-Norge har 14,7 % og RHF Nord har 10,2 %. Dette kan sammenlignes med fordelingen på folketall. Av Norges befolkning hører 56,3 % til Sør-Øst, 20,9 % til Vest, 13,3 % til Midt-Norge og 9,5 % til Nord. Det er altså RHF Vest som har færrest overleger per innbygger. Når vi tar med de private blir andelen av overlegene litt høyere i Sør-Øst, omtrent uendret i Vest og lavere i Midt-Norge og Nord.

Tilsvarende fordeling for Ylfs medlemmer gir 54,2 % i RHF Sør-Øst, 18,9 % i RHF Vest, 14,8 % i RHF Midt-Norge og 12,0 % i RHF Nord. Sammenlignet med Ofs medlemmer er dette en lavere andel i RHF Sør-Øst og en litt høyere andel i de øvrige RHF-ene, særlig i RHF Nord, noe spesielt turnuslegene bidrar sterkt til, men også leger i spesialisering.

Kjønn og alder

Figur 4 viser at 35 % av Ofs yrkesaktive medlemmer er kvinner, men figur 1 viste kjønnsfordelingen for alle Ofs ordinære medlemmer, og der er kvinneandelen 31,7 %. Forskjellen skyldes først og fremst at kvinneandelen bare er 14,6 % blant alderspensjonistene. Tabell 4 viser kjønnsfordelingen etter aldersgruppe. Her fremgår det at kvinneandelen blant Ofs medlemmer er høyest i aldersgruppen 40- 44 år med 46,6 % kvinner og nest høyest i aldersgruppen 45- 49 år med 44,7 %.

Det er et klart avvik fra legepopulasjonen som helhet at kvinneandelen ikke er høyest i de yngste aldersgruppene. For alle Legeforeningens yrkesaktive medlemmer i Norge er kvinneandelen til sammenligning 57,4 % i aldersgruppen 30- 34 år, 51,3 % i aldersgruppen 30- 34 år, 50,7 % i aldersgruppen 35- 39 år og 50,7 % i aldersgruppen 40- 44 år. Dette tyder på at kvinnelige leger blir overleger senere enn menn og/eller at de i mindre grad enn menn blir overleger. Vi ser lignende utviklingstrekk i statistikken for godkjente spesialister. Der ser vi for det første at kvinneandelen for nye spesialistgodkjenninger etter norske regler var høyest i årene 2003- 05 med 45,5 %, mens den tilsvarende kvinneandelen har vært 42,8 % for årene 2006- 10. En klart lavere kvinneandel blant overføringene fra EU/EØS bidrar til å forsterke disse forskjellene, spesielt ettersom andelen overføringer er økende. Dessuten ser vi at medgått tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning i økende grad er lengre for kvinner enn for menn. Vi har ikke data for tiden fra spesialistgodkjenning til overlegestilling, men dersom også denne tiden skulle være lengre for kvinner enn for menn, vil dette bidra ytterligere til å forklare den relative lave kvinneandelen blant overleger under 45 år.

Tabell 5 viser at gjennomsnittsalderen blant Ofs medlemmer er 3,74 år høyere for menn enn for kvinner, mens forskjellen i medianalder er fem år. Aller størst er aldersforskjellen på 3. kvartil med seks år. Dette betyr at den eldste fjerdeparten av de mannlige overleger er 60,4 år eller eldre, mens den eldste fjerdeparten av de kvinnelige overleger er bare 54,4 år eller eldre. Aldersspredningen, målt ved standardavviket, er større for menn enn for kvinner. Dette har sammenheng med at de fleste av de kvinnelige overlegene er i alderen 40- 54 år, mens spredningen på alder er større for de mannlige overlegene.

Statsborgerskap og kjønn

Figur 5 og tabell 6 viser at 18,4 % av Ofs medlemmer er utenlandske statsborgere. For Ylfs medlemmer er den tilsvarende andelen 12,9 %. Tidligere var de utenlandske legene i Norge klart yngre enn de norske legene og andelen spesialister var også langt lavere blant utenlandske enn blant norske leger. Dette har endret seg kraftig de seneste årene. De utenlandske legene er gjennomsnittlig fortsatt litt yngre enn de norske legene (unntaket er leger fra andre nordiske land, som gjennomsnittlig er eldre enn de norske), men andelen godkjente spesialister er nå likevel klart høyere for utenlandske enn for norske leger. Dette gjenspeiles i at andelen utlendinger nå er blitt klart høyere blant overordnede enn blant underordnede sykehusleger.

Blant Ofs medlemmer er den største gruppen leger fra de 12 EU-landene før 1.5.2004 utenom Norden (som har tre EU-land), og de fleste av disse er fra Tyskland. Blant Ylfs medlemmer derimot er det leger fra land utenfor EU/EØS som utgjør den største gruppen. Blant Ylfs medlemmer er leger fra de 12 EU-landene før 1.5.2004 utenom Norden den nest største gruppen, tett fulgt av Norden. Blant Ofs medlemmer utgjør leger fra Norden en lavere andel enn blant Ylfs medlemmer. Ylfs medlemmer har en noe høyere andel enn Ofs medlemmer fra de to nyeste EU-landene, fra 1.1.2007, Romania og Bulgaria.

Tabell 6 viser også kvinneandelen etter de ulike gruppene av statsborgere. Det fremgår her at godt over halvparten av Ofs medlemmer fra de 10+2 nye EU-landene er kvinner, mens kvinneandelen er lavest blant overleger fra Sveits (som ikke er EØS-land, men har særskilte avtaler med EU) og fra Norden.

Stillingsgrupper

Tabell 7 og figur 6 viser fordelingen på stillingsgrupper. Av Ofs medlemmer er 70,4 % "vanlige" overleger. Dette er en økning fra tilsvarende andel for ti år siden, da 65 % var "vanlige" overleger. Dette gjenspeiler først og fremst en ganske kraftig nedgang i andelen avdelingsoverleger, fra 14,6 % i 2001 til bare 6,0 % i 2011, men det er samtidig en økning i andelen avdelingssjefer og lignende stillingsbetegnelser. Andelen konstituerte overleger har også økt kraftig, og dersom disse regnes sammen med "vanlige" overleger er den relative nedgangen enda større. Den nest vanligste stillingsbetegnelsen er seksjonsoverlege og her er det absolutt sett en økning, men en relativ nedgang de siste ti årene. Fotnoten til tabell 7 gir noe flere detaljer om stillingsbetegnelsene samt opplysninger om omfanget av bistillinger. Tallene for bistillinger kan være litt lavere enn det om er reelt pga. mulig underrapportering av bistillinger til medlemsregisteret.

Spesialitet og yrkesforening

Tabellene 8- 11 er spesialitetsvise tabeller, og disse viser kun de 30 hovedspesialitetene. Disse tabellene viser ikke alle godkjente spesialister i hver spesialitet, men fordeler medlemmene etter sist godkjente hovedspesialitet. Dobbelt- og trippelspesialister osv vises dermed kun en gang i hver av tabellene. Dette er også kriteriet som vanligvis benyttes for obligatorisk medlemskap i fagmedisinsk forening.

Tabell 8 er den eneste av tabellene som ikke er avgrenset til Ofs medlemmer. Hensikten er å vise hvordan Ofs andel av de godkjente spesialistene varierer mellom de ulike spesialitetene. Tabellen viser øverst tre spesialiteter som i all hovedsak praktiseres utenfor sykehus (selv om

arbeidsmedisin praktiseres i sykehus i større grad enn de to andre) og de 27 øvrige hovedspesialitetene som er sykehusbaserte. Det fremgår av tabellen at blant disse hovedspesialitetene er det to spesialiteter som skiller seg klart ut ved at Of har mindre enn halvparten av spesialistene, nemlig øyesykdommer og hud- og veneriske sykdommer. I øre-nese-halssykdommer er omtrent halvparten av spesialistene medlemmer av Of. Disse tre spesialitetene har en høy andel medlemmer av Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL). Absolutt sett er det også mange PSL-medlemmer i psykiatri, fødselshjelp og kvinnesykdommer og indremedisin. Plastikkirurgi har også en relativt høy andel PSL-medlemmer, men dette er en nokså liten spesialitet.

Antall spesialister blant Ofs medlemmer

Tabell 9 er sortert etter antall spesialister i hver spesialitet blant Ofs medlemmer. Dersom grenspesialitetene hadde vært med ville indremedisin og generell kirurgi kommet mye lengre ned på listen, ettersom hvert medlem kun vises på én spesialitet i tabellen. Det følger av det som er sagt i forrige avsnitt at rangeringen av spesialiteter blir annerledes for medlemmer av Of enn for alle spesialister. Merk at 335 av Ofs medlemmer ikke har noen godkjent spesialitet. Mange av disse er konstituerte overleger.

Over tid har psykiatri, anesthesiologi, radiologi og ortopedisk kirurgi styrket sin relative posisjon antallsmessig blant Ofs medlemmer, mens generell kirurgi har hatt den største nedgangen. I rapporten ”Spesialistutdanningen av leger” fra november 2009 har vi i kapittel 5 utarbeidet fremskrivninger av behovet for spesialister og kommet frem til at det er hud- og veneriske sykdommer og generell kirurgi som vil trenge den største økningen i utdanningskapasitet for å oppnå balanse mellom tilgang og etterspørsel etter spesialister, basert på tall for fremtidig pensjonsavgang, antallet nye spesialister godkjent etter norske regler hvert år, og de antakelsene vi har gjort mht. forventet etterspørselsvekst. Generell kirurgi ville her ha kommet ut med det desidert største behovet dersom vi hadde lagt til grunn samme etterspørselsvekst som de fleste andre spesialitetene. Men denne spesialiteten kommer likevel ut med et relativt høyt behov for vekst i nye spesialistgodkjenninger til tross for at anslaget for etterspørselsvekst er lagt meget lavt.

Kjønnsfordeling i hver spesialitet

Tabell 10 viser kjønnsfordelingen prosentvis for hver spesialitet med grunnlag i det samme tallmaterialet som i tabell 9. Det fremgår at det nå er fem spesialiteter som har kvinneflertall blant Ofs medlemmer. Barne- og ungdomspsykiatri var den første spesialiteten som oppnådde kvinneflertall, og dette skjedde allerede på 1980-tallet, da spesialiteten var svært liten. De fire andre spesialitetene har oppnådd kvinneflertall relativt nylig og har alle omkring 54 % kvinner blant Ofs medlemmer som er godkjente spesialister. Merk imidlertid at hud- og veneriske sykdommer ikke har kvinneflertall når alle yrkesaktive spesialister medregnes. Årsaken er at andelen privatpraktiserende spesialister her er svært høy som nevnt foran, samtidig med at kvinneandelen er langt lavere blant privatpraktiserende spesialister enn blant overleger særlig i denne spesialiteten. Blant privatpraktiserende spesialister er det kun fødselshjelp og kvinnesykdommer som har kvinneflertall blant yrkesaktive leger. Når pensjonister medregnes, er kvinneandelen klart lavere i alle spesialiteter.

Gjennomsnittsalder i hver spesialitet

Spørsmålet om sammenligning mellom spesialitetene mht gjennomsnittsalder er ganske ofte stilt, blant annet fordi det er en viktig indikator i forhold til tilgang og avgang av spesialister.

Tabell 11 er sortert etter gjennomsnittsalder. Det fremgår av tabell 11 at gjennomsnittsalderen blant Ofs medlemmer er høyest i de tre spesialitetene som hovedsakelig praktiseres utenfor sykehus (selv om arbeidsmedisin praktiseres i sykehus i større grad enn de to andre) og hvor antallet Of-medlemmer er lite. Deretter følger to laboratoriefag og så generell kirurgi. Generell kirurgi kjennetegnes av en høy andel spesialister i de høyere aldersgrupper, kombinert med at antallet nye spesialistgodkjenninger etter norske regler er relativt lite i forhold til antallet spesialister totalt. Derimot er antallet overføringer av spesialistgodkjenninger fra EU/EØS relativt høyt i generell kirurgi. Rekrutteringssituasjonen i generell kirurgi avhenger derfor i stor grad av i hvilken grad disse utenlandske spesialistene blir værende i Norge.

Tabell 11 viser også kvartiler og medianalderen for hver spesialitet. I forhold til fremtidige pensjonsavganger de nærmeste 5- 10 årene vil 3. kvartil være det beste grunnlaget for sammenligning mellom spesialitetene. Her ligger nukleærmedisin og medisinsk mikrobiologi særlig høyt, dernest klinisk nevrofysiologi, generell kirurgi, fysikalsk medisin og rehabilitering og den aller minste hovedspesialiteten, kjevekirurgi og munnhulesykdommer. Også revmatologi og patologi har en relativt høy alder på 3. kvartil.