

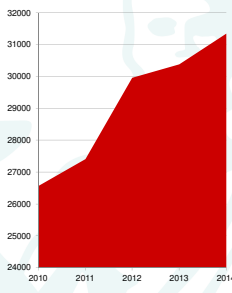
Legestatistikk, register, tilgang av leger og behov for spesialister

Tillitsvalgkurs trinn III, Amsterdam 10.1.2017
Anders Taraldset, statistikksejef i Legeforeningen



Over 33 700 medlemmer

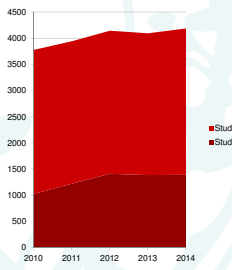
- Vi holder oss rundt 96% av leger under 67 år i Norge
- Økende andel utenlandske leger som er medlem
- Økende andel av de utenlandske legene er spesialister, mens dette er synkende for de norske legene, dels som følge av en økende andel yngre leger, Ylf og Of er nå blitt omtrent like store totalt med ca 9 600 medlemmer hver, mens antallet yrkesaktive medlemmer er mye høyere i Ylf enn i Of.



Geir Riise | 18.01.2017 | Side 2

Få med studentene!

- Over halvparten av alle nye innmeldinger skjer via NMF
- Antallet NMF-medlemmer har ikke økt i vesentlig i Norge siden 2009, men det totale antallet medisinstudenter i Norge har heller ikke økt. I utlandet har antallet medlemmer økt noe, men i et langsiktig perspektiv øker ikke lenger andelen medlemmer av et økende antall norske medisinstudenter i utlandet, reduksjon i medlemstallet i Polen, men opp i Ungarn.
- Antallet nye studentmedlemmer varierer betydelig etter hvilken vervingsinnsats som gjøres
- NMF viktig for rekruttering
Støtte lokalt!



Geir Riise | 18.01.2017 | Side 3

Endring i legestanden

- Behov for ca 1200 nye leger per år for å oppveie pensjonsavgang + økt etterspørsel
- Ca 600 leger per år vil gå av med pensjon (inkl uførhet og død før pensjonsalder)
- Etterspørselsvekst på minst 600 leger per år, se ut til å være økende
- Helsedirektoratet har tidligere ment at behovet må dekkes av en import av ca 350 «erfarne leger/spesialister» hvert år
- Det er i dag bare 950 turnusplasser tilgjengelig per år, som er færre enn antallet leger som utdannes og færre enn behovet
→ «kø» av nyutdannede leger som ønsker turnusplass



Hvedar norske leger må jobbe i klesbutikk



Geir Riise | 18.01.2017

Side 4

En sterk medlemsorganisasjon

- Ca 5 500 registrerte verv blant medlemmene!
- Ca 3 500 (ca 12 % av legemedlemmene) har ett eller flere verv



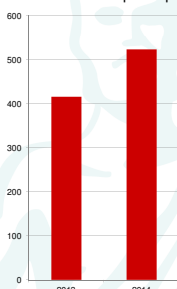
Geir Riise | 18.01.2017

Side 5

Tillitsvalgtsopplæring

- Tillitsvalgte for fastleger, leger i sykehus og kommuner
- Siden 2011 bygd opp i modul 1, 2 og 3
 - Det å være tillitsvalgt
 - Rettigheter, lover og avtaler
 - Praktisk tillitsvalgtarbeid
- Over 140 deltakere på siste modul 1-kurs!
- Egne temakurs, eks særavtale
- Lokale tillitsvalgtkurs kommer i tillegg


Unike deltakere per sept.



Geir Riise | 18.01.2017


Side 6

Nytt medlemsregister fra 1.1.2015

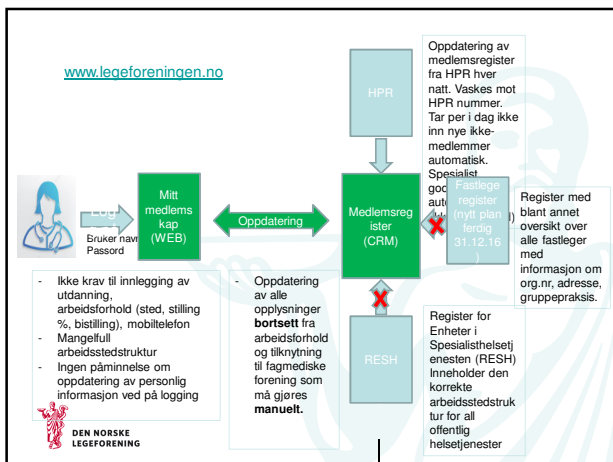


- Omfatter medlemsregister, kurssystem, fakturering (kontingent, kurs, varer) m.m
- Modernisert plattform – system som skal kunne videreutvikles
- Ivaretar økt behov for fleksibilitet
- Oppgradert kurssystem og kurskatalog på nett

→ Bedre medlemservice!



DEN NORSKE LEGEFORENING
Geir Riise | 18.01.2017 | Side 7



Autorisasjon i 2015 etter utdanningsland, kun medl. og tidligere medl. Dnlf (n = 552 aldri medl. holdt utenfor)

	Norske statsborgere	Utenlandske statsborgere
• Norge	552	11
• Polen	165	11
• Ungarn	64	7
• Ukjent	40	23
• Slovakia	48	0
• Danmark	28	25
• Tyrkland	8	16
• Tsjekkia	18	1
• Latvia+Litauen	17	5
• Romania	13	5
• Serbia	4	10
• Russland	3	10
• Sveits	5	4
• Nederland	1	5
• Ukraina	2	4
• Irland	4	0
Totalt	1029	171

(inkluderer flere land enn de som vises i tabellen)

• Av de 171 utenlandske statsborgere med autorisasjon i 2015 har 29 norsk spesialistgodkjenning. De 552 ikke-medlemmene som er holdt utenfor, er trolig nesten utslukkende utenlandske statsborgere, men 361 av disse står med ukjent statsborgerkap og ingen av de 552 står med universitet eller utdanningsland i Legeforeningens legeregister. Av disse 552 har 85 norsk spesialistgodkjenning. Når det gjelder registrering av cand.med. i 2015, omfatter dette bare medlemmer (og vi har det på tidligere medlemmer), og vi har trolig en klar underrapportering. Av disse er det 910 som står som norske statsborgere, mens 22 står med ukjent statsborgerkap. Dette tallet inkluderer dermed 43 utenlandske statsborgere, trolig mindre enn underrapporteringen av cand.med. år.

DEN NORSKE LEGEFORENING

The Helsemod Model

- Demography alt. - Scenario based on demographic development alone
- Reference alt. - Baseline scenario, based on a 0.4 percent annual increase in demand per user of the services, in addition to the demographic development
- High alt. - Growth scenario, based on a 0.49 percent annual increase in demand per user of the services, in addition to the demographic development
- Supply - Supply of physicians



The "HELSEMOD" model from Statistics Norway

- Model that projects supply and demand of healthcare personnel. It is mainly used to plan future health and educational policies.
- The model is based on several simplifying assumptions and projects supply and demand for 20 different groups of healthcare personnel.

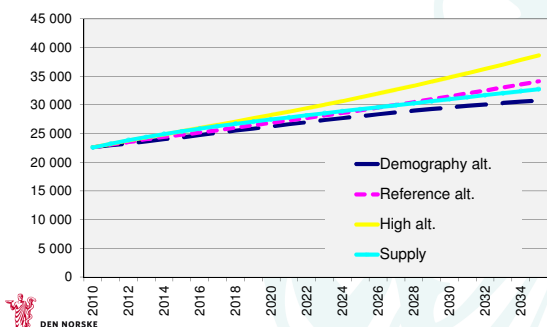


The Helsemod Model

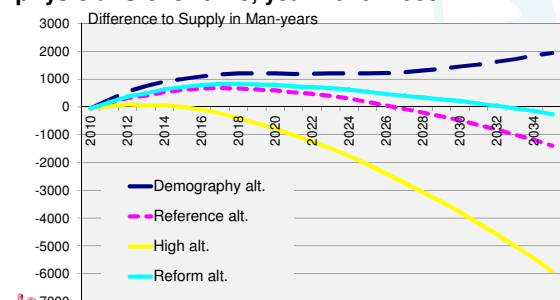
- Demography alt. - Scenario based on demographic development alone
- Reference alt. - Baseline scenario, based on a 0.4 percent annual increase in demand per user of the services, in addition to the demographic development
- High alt. - Growth scenario, based on a 0.49 percent annual increase in demand per user of the services, in addition to the demographic development
- Supply - Supply of physicians



The different scenarios, development of man-years for physicians over time, year 2010-2035.



Norway Helsemod 2012 - The different scenarios, development of man-years for physicians over time, year 2010- 2035.



Hvordan beregne «behov» for spesialister?

- Tre elementer: årlig tilgang, årlig avgang og forventet etterspørselsvekst
- 1) Årlig tilgang: Kan enten beregnes fra antallet stillinger (usikkert), eller fra historiske data for antall spesialistgodkjenninger per år
- 2) Årlig avgang: Har faktiske data for antallet yrkesakt. spesialister i hvert årskull. Pensjonsavgang ved hvilken alder? Økning eller nedgang i alder ved avgang? (usikkert)



Etterspørselsvekst/sårbarhet?

- 3) Det kan være ulike tilnærminger for forventet etterspørselsvekst, blant annet knyttet til forventet sykdomsutvikling, demografisk utvikling, medisinsk-teknisk utvikling, oppgaveglidning og evt politiske prioriteringer. I tillegg til dette kan en spesialitet kanskje være «sårbar» rett og slett fordi den er relativt liten og/eller er av spesielt stor betydning for behandlingsskjeden og/eller er avgjørende for en bestemt pasientgruppe?



Spesialiteter med svak nettilgang

Legeforeningens beregninger av nettilgang viser at:

- * Arbeidsmedisin og samfunnsmedisin vil få et synkende antall yrkesaktive spesialister ved nåværende antall nye godkjenninger per år
- Generell kirurgi og de fleste grenspesialiteter under generell kirurgi vil ha en relativt svak vekst
- Utviklingen ser også svak ut i Øye- og ØNH-sykdommer samt lab. fag som Medisinsk biokjemi, imm. og transfusjonsmedisin og med. genetikk



Spesialiteter med høy antatt etterspørselsvekst (Dnlf)

- Grenspesialiteter under generell kirurgi og indremedisin kan antas å ha høy etterspørselsvekst som følge av endringer i spesialitetsstruktur. Sammen med den svake nettilgangen, er det derfor avgjørende å øke utdanningskapasiteten i disse spesialitetene.
- Som følge av dette kan behovet øke spesielt kraftig for gastroenterologisk kirurgi
- Veksten i tilgangen på spesialister i geriatri vil være langt svakere enn veksten i antallet eldre, men årlig netto vekst i tilgang har økt til 6,2 % per år basert på antall spesialistgodkjenninger per år 2013- 2016.



Spesialiteter med høy antatt etterspørselsvekst

- RHFene er bedt om å prioritere onkologi og patologi (sykdomsutvikling)
- Radiologi antas også å ha høy etterspørselsvekst (sykdomsutvikling samt medisinsk og teknologisk utvikling?)
- Fysikalsk medisin og rehabilitering samt revmatologi (sykdomsutvikling)
- Psykiatri og BUP har gjerne hatt høy politisk prioritet (sykdomsutvikling)
- Allmennmedisin – ikke rekrutteringsproblem per i dag, men økt behov pga nye oppgaver, også på sykehjem, helsestasjon mv. Dersom obligatorisk spesialitet, må veksten i spesialister i allmennmedisin være større enn veksten i allmennleger. Slik er det ikke per i dag!



Årlig tilgang (siste 10 år) og avgang (født år 1947-1956), prosentvis årlig vekst i nettobeholding i enkeltspesialiteter, slide 1

- Geriatri: Tilgang 7,3, avgang 3,2, vekst 3,4 % er trolig lavere enn veksten i antallet eldre fremover (i hvert fall av de eldste av de eldre)
- Gastroenterologisk kirurgi: Tilgang 11,4, avgang 6,5, vekst 2,0 % er trolig langt lavere enn reell etterspørselsvekst ved nedleggelse (?) av hovedspesialiteten generell kirurgi
- Arbeidsmedisin: Tilgang 5,2, avgang 10,4, **nedgang** 2,4 %
- Samfunnsmedisin: Tilgang 8,2, avgang 24,9, **nedgang** 4,7 %



Årlig tilgang (siste 10 år) og avgang (født år 1946-1955), prosentvis årlig vekst i nettobeholding i enkeltspesialiteter, slide 2

- Onkologi: Tilgang 15,0, avgang 4,8, vekst 3,8 %, kanskje lavere enn etterspørselsveksten? Stor økning i kreftforekomst/behandling.
- Patologi: Tilgang 11,0, avgang 6,5, vekst 1,9 %, trolig lavere enn etterspørselsveksten. Stor økning i kreftdiagnostikk.
- Radiologi: Tilgang 39,1, avgang 11,2, vekst 3,8 %, trolig lavere enn etterspørselsveksten? Har hatt meget stor etterspørselsvekst til nå.
- Fysikalsk med. og rehabilitering: Tilgang 10,2, avgang 5,3, vekst 2,5 %, lavere enn forventet etterspørselsvekst?
- Medisinsk biokjemi, imm. og transfusjonsmedisin og med. genetikkk går omtrent i 0, hva er etterspørselsveksten?
- ØNH-sykdommer og Øyesykdommer øker bare med hhv. 0,6 % og 1,2 %, antakelig lavere enn etterspørselsveksten.
- Hudsykdommer: Tilgang 7,8, avgang 4,4, % vekst 1,9, trolig lavere enn forventet etterspørselsvekst? Høyest andel i privat spesialistpraksis av samtlige spesialiteter.