



# Legers arbeidssted og nyutdannede legers tilknytning til arbeidslivet

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2019 / 3

Geir Hjemås, Svetlana Beyrer, Johannes Hansen og Othilde Skjøstad



*Geir Hjemås, Svetlana Beyrer, Johannes Hansen  
og Othilde Skjøstad*

**Legers arbeidssted og nyutdannede legers  
tilknytning til arbeidslivet**

I serien Rapporter publiseres analyser og kommenterte statistiske resultater fra ulike undersøkelser. Undersøkelser inkluderer både utvalgsundersøkelser, tellinger og registerbaserte undersøkelser.

© Statistisk sentralbyrå  
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen  
skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 7. februar 2019

ISBN 978-82-537-9884-4 (trykt)  
ISBN 978-82-537-9885-1 (elektronisk)  
ISSN 0806-2056

<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpig tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	
Desimaltegn	,

## Forord

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Statistisk sentralbyrå (SSB) inngikk i 2018 et samarbeidsprosjekt om modellering og analyser av ressursbruk i helse- og omsorgssektoren.

For å få en bedre forståelse av prosessene som bestemmer tilbud av og etterspørsel etter helse- og sosialpersonell, har Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå (SSB) inngått en analyseavtale. Formålet er å gi et grunnlag for videreutvikling av framskrivningsmodellen for tilbud av og etterspørsel etter helsepersonell (HELSEMOD) som SSB anvender i slike sammenhenger. Forprosjektet besto av to deler: 1) situasjonsbilde av dekkningen av helsepersonell i Norge i 2016 og 2) kartlegging av arbeidssituasjonen til utvalgte helsepersonellgrupper etter endt utdanning.

Statistisk sentralbyrå, 25. januar 2019

Torstein Bye

## Sammendrag

Riktig bemanning i helsetjenesten er en forutsetning for et velfungerende helsevesen i Norge. Det er derfor viktig å følge med på både endringer i etterspørsel og i antall og sammensettingen av helsepersonell.

Nye behandlingsmuligheter, flere eldre og høyere levealder i befolkningen vil få betydning for hvordan man vil planlegge helsetilbudet i framtiden. Det vil med stor sannsynlighet påvirke etterspørselen etter helsepersonell. For å kunne rekruttere og beholde flere i helsetjenesten, er det viktig å vite mer om hvem som tar helseutdanninger og hvilke valg de tar underveis i arbeidskarrieren.

Denne rapporten beskriver dagens legeomfang og hvordan tre utdanningskull med leger har beveget seg i arbeidsmarkedet over tid. Formålet med analysen er å avdekke eventuelle trender som kan gi bedre forståelse av dagens omfang og tilbud av leger. Vi analyserer tre utdanningskull som avsluttet utdanningen i henholdsvis 2005, 2009 og 2013 for å se hvordan deres tilknytning til arbeidsmarkedet endres over tid. Utdanningskullene blir kartlagt 3, 7 og 11 år etter fullført utdanning. For utdanningskullene i 2009 og 2013 blir det færre målepunkter.

Rapporten viser at utdanningskullene blir større og at veksten i første rekke skyldes at flere nordmenn reiser til utlandet for å gjennomføre legeutdanningen.

For å beskrive dagens situasjon brukes tverrsnittsdata fra 2016. Statistikk over antall leger et bestemt år gir en beskrivelse av status over legerressurser dette året, imidlertid er det viktig å følge utviklingen over tid for å kunne forstå eventuelle langsiktige utfordringer. Dette kan gjøres med årlig statistikk over status.

Rapporten viser at selv om det i dag er flest mannlige leger så vil dette bildet, hvis prosessene fortsetter, endre seg i løpet av få år. Alderssammensetningen blant leger viser at mannlige leger er betydelig eldre enn kvinnelige leger. I tillegg er det flest kvinner som gjennomfører legeutdanning, og denne andelen øker.

Leger utdannet i Norge begynner oftere arbeidskarrieren i fylker som har et universitetssykehus sammenlignet med norske leger utdannet i utlandet. Denne rapporten viser at denne forskjellen viskes ut over tid. Dette henger trolig sammen med kravet om spesialisering for leger. Etter endt utdanning bruker leger i snitt 8 år på å fullføre spesialistutdanningen. Dette gjør at legene uavhengig av bakgrunn må følge lignende løp for å bli spesialist.

## Abstract

Appropriate staffing in the health service is a prerequisite for a well-functioning health service in Norway.

Population projections show that the proportion of elderly people is steadily growing. Changes in the composition of the population will affect the demand for health personnel. Therefore, monitoring the changes in number and composition of health personnel is a matter of importance. This report describes the current situation for physicians and goes through three graduated classes, which can reveal a better understanding of the current situation. For this purpose, graduated classes from 2005, 2009 and 2013 have been selected.

The current situation is described by using cross-sectional data from 2016. However, this type of analysis will lack information on development over time. The time perspective in a dynamic analysis adds more knowledge about the analysis objects.

The report shows an increasing trend in the number of graduated physicians, mainly due to many Norwegian students take their medical education abroad.

The report also shows a gender change in the composition of physicians, where female physicians are going to acquire the majority soon. The portion of graduated physicians is more and more dominated by females and they have a significantly younger age composition compared with male physicians.

It is more likely that physicians educated in Norway begin their careers in counties that have a university hospital compared to physicians educated abroad. This report shows that this variation disappears over time with the requirement of specialization for physicians. After completing the education, physicians spend an average of 8 years completing the specialist education. This means that physicians must follow the same track regardless of background.

## Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1. Bakgrunn .....	7
1.2. Formål og problemstillinger.....	7
<b>2. Datagrunnlag</b> .....	<b>9</b>
2.1. Datakilder.....	9
2.2. Populasjon .....	10
2.3. Hva er helsetjenester? .....	11
<b>3. Leger og arbeidssted – hva er status i 2016?</b> .....	<b>13</b>
3.1. Leger jobber med det de er utdannet til .....	13
3.2. Halvparten av legene har spesialisering .....	15
3.3. 60 prosent er utdannet i Norge .....	16
3.4. Leger utenfor arbeidslivet .....	17
<b>4. Leger og arbeidssted – hva er situasjonen for dem som fullførte utdanningen i 2005?</b> .....	<b>19</b>
4.1. Flest leger jobber på sykehus .....	20
4.2. Spesialisering .....	21
4.3. Leger fordelt på fylker .....	22
<b>5. Sammenligning av utdanningskullene</b> .....	<b>24</b>
5.1. Leger i arbeid.....	25
5.2. Fordeling av leger utdannet i utlandet.....	26
<b>6. Oppsummering</b> .....	<b>28</b>
<b>Figurregister</b> .....	<b>29</b>



## 1. Innledning

Nye behandlingsmuligheter, flere eldre og høyere levealder i befolkningen vil trolig endre behovet for helsepersonell fremover. Leger er en av yrkesgruppene det vil da være stort behov for i årene som kommer.

Legeprofesjonen har, i motsetning til nesten alle andre helserelaterte yrker, historisk sett vært dominert av menn. I flere år har imidlertid kvinner vært i flertall på legestudiene, og andelen kvinner ser ut til å øke for hvert år.

Økt behov for leger betyr at utdanningskapasiteten må økes og/eller økt avhengighet av leger som kommer fra utlandet. Antall personer som reiser fra Norge til utlandet for å utdanne seg som lege er økende.

Rapporten er i all hovedsak todelt. For det første presenterer den situasjonen for leger i dag (kapittel 3), for det andre presenterer den situasjonen for ulike utdanningskull av leger (kapittel 4 og 5)

Intensjonen er i begge henseender å belyse ulikheter i hvor legene jobber, både med tanke på type helsetjeneste og geografi, fordelt på kjønn og på om legen er utdannet i Norge eller i utlandet.

Rapporten diskuterer også forskjeller mellom leger utdannet i Norge og norske leger som har utdannet seg i utlandet, spesielt med tanke på hvor i landet de jobber.

### 1.1. Bakgrunn

For å få en bedre forståelse av prosessene som bestemmer tilbud av og etterspørsel etter helse- og sosialpersonell, har Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå (SSB) inngått en analyseavtale. Formålet er å gi et grunnlag for videreutvikling av framskrivningsmodellen for tilbud av og etterspørsel etter helsepersonell (HELSEMOD) som SSB anvender i slike sammenhenger.

Tilgangen i HELSEMOD er i dag summen av nyutdannede leger og leger som har innvandret til Norge, mens avgang vil være utvandring og død. Funnene fra denne rapporten kan bidra til å gi et bedre og mer detaljert bilde av tilgang og avgang for leger i helsetjenesten. Ved å følge utdanningskull over tid vil man kunne bidra til å gi bedre treffsikkerhet i fremtidige framskrivninger av helsepersonell, som i dag baserer seg på et referanseår.

Beskrivelse av situasjonsbildet for 2016 og utdanningskullene skal bidra med å definere faktorer som kan gi forbedringer av dagens HELSEMOD. Fordelen med å se på utviklingen over tid er å se om mønstre er konsistente, samt peke på utviklingstrekk som bør følges opp for kunne justere/utbedre framskrivningene på sikt.

### 1.2. Formål og problemstillinger

Denne rapporten inneholder en analyse hvor SSB belyser bevegelsen av leger i arbeidsmarkedet over tid, for å kunne avdekke trender som kan gi bedre forståelse av dagens situasjon og eventuelt gi innspill til å forbedre framskrivningsmodeller for helsepersonell. Til dette formålet er det plukket ut tre utdanningskull, som avsluttet utdanningen i henholdsvis 2005, 2009 og 2013.

Vi følger utdanningskullene med punktmålinger etter endt utdanning. Den første kommer etter tre år. Antakelsen er at legene tre år etter endt utdanning har gjort et mer «permanent» valg. De neste målingene kommer etter henholdsvis syv og elleve år. Det lar seg av naturlige grunner ikke gjøre å følge alle kullene i like mange år. Kullet fra 2013 blir bare fulgt med én punktmåling i 2016. Det at vi ikke

kan følge alle kullene like lenge er en ulempe. Ved gjentatte undersøkelser senere vil datamengden kunne økes og klarere konklusjoner trekkes.

For bedre å kunne danne seg et bilde av situasjonen på arbeidsmarkedet for nyutdannede leger fra henholdsvis 2005, 2009 og 2013, er det formålstjenlig å starte med en beskrivelse av hvordan det ser ut for alle leger totalt i 2016. Beskrivelsen fra 2016 er avgrenset til å belyse følgende spørsmål:

- Hvordan fordeler legene seg etter kjønn og alder?
- I hvilken næring jobber legene?
- Hvem spesialiserer seg?
- Hvor utdannet de seg?

Med utgangspunkt i beskrivelsen av legene i 2016 vil vi reise følgende spørsmål knyttet til dem som fullførte legeutdanningen i henholdsvis 2005, 2009 og 2013, med mest fokus på kjønn, utdanningssted, næring og spesialisering:

- Hvordan er kjønnsfordelingen på utdanningskullene?
- Hvor starter man karrieren som lege og hvordan forflytter man seg mellom helsetjenester?
- Er det forskjell på leger utdannet i Norge og norske leger utdannet i utlandet?

Det er legekullet fra 2005 vi kommer til å ha mest fokus på, i og med at det er det kullet vi har flest målinger for. Det er relativt få år mellom utdanningskullene, så det er ingen grunn til å forvente store forskjeller mellom de ulike kullene. For å redusere gjentakelser har vi for utdanningskullene fra 2009 og 2013 valgt å fokusere på de områdene hvor det er reelle forskjeller fra det første kullet.

## 2. Datagrunnlag

### 2.1. Datakilder

Datagrunnlaget er basert på flere kilder: Registerbasert sysselsetningsstatistikk for helse- og sosialpersonell, a-ordningen, SSBs system for persondata, SSBs Nasjonale utdanningsdatabase (NUDB) og Helsedirektoratets helsepersonellregister (HPR).

Hovedkilden til informasjon om arbeidsforhold er den registerbaserte sysselsetningsstatistikken for helse- og sosialpersonell<sup>1</sup>, som får opplysninger fra A-ordningen, NUDB og HPR og en rekke andre registre. Den registerbaserte sysselsetningsstatistikken omfatter alle utdanningsgrupper og næringer for personer i alderen 15 år og over. Statistikken omfatter både bosatte<sup>2</sup> og ikke-bosatte<sup>3</sup>. I den registerbaserte statistikken for helse- og sosialpersonell prioriteres helse- og sosialfaglig utdanning (med visse unntak) og jobber innen helse- og sosialnæringen, i motsetning til den ordinære sysselsetningsstatistikken som ikke prioriterer type utdanning. Tellingstidspunktet er 4. kvartal (3. uke i november). De sysselsatte kan ha flere arbeidsforhold. Vi har i denne rapporten bare tatt utgangspunkt i hovedarbeidsforholdet.

A-ordningen<sup>4</sup> er hovedkilden den registerbaserte sysselsetningsstatistikken. Dette er en samordnet digital innsamling av opplysninger om arbeidsforhold, inntekt og skatetrekk til Skatteetaten, NAV og SSB. I tillegg til a-ordningen benyttes en rekke andre registre, der de viktigste er helsepersonellregisteret, registeret over vernepliktige fra Vernepliktsverket, Enhetsregisteret og Virksomhets- og foretaksregisteret (VoF). Sistnevnte register gir bl.a. informasjon om arbeidsgiverrelaterte kjennetegn som arbeidssted og næring.

System for persondata (SFP)<sup>5</sup> består av registre som inneholder data om arbeidsmarked, utdanning og velferdsordninger som er ment å kompensere for manglende arbeidsinntekt. SFP omfatter bosatte og ikke-bosatte i alderen 15 år og over per 4. kvartal (3. uke i november). Vi henter opplysninger fra SFP for å få informasjon om dem som av en eller annen grunn ikke står med et registrert arbeidsforhold i a-ordningen. Hvilken status som settes blir i hovedtrekk prioritert etter nærhet til arbeidsmarkedet. Aktiviteter hvor personene gjør noe for å komme i arbeid (for eksempel arbeidssøkende og utdanning), prioriteres foran statuser hvor det er lite sannsynlig at personen kommer tilbake i arbeid (for eksempel alderspensjon eller varig uførhet). Hvis personen er i arbeid vil det bli prioritert først.

Datagrunnlaget for befolkningens utdanningsnivå trekkes direkte ut fra Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB)<sup>6</sup> som er supplert med data fra blant annet Nasjonal vitnemålsdatabase. Type utdanning blir basert på Norsk standard for utdanningsgruppering (NUS2000)<sup>7</sup>. Utdanningsdatabasen bruker i tillegg informasjon om autorisasjon fra HPR, helsepersonellregisteret fra Helse-

<sup>1</sup> <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesopers>

<sup>2</sup> Bosatte i Norge: Personer som skal oppholde seg i Norge i seks måneder eller mer registreres som bosatt i Folkeregisteret.

<sup>3</sup> Ikke-bosatt: Personer som oppholder seg i Norge i mindre enn seks måneder. Disse blir registrert med et D-nummer.

<sup>4</sup> <https://www.skatteetaten.no/bedrift-og-organisasjon/arbeidsgiver/a-meldingen/>

<sup>5</sup> [https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat\\_201147/notat\\_201147.pdf](https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_201147/notat_201147.pdf)

<sup>6</sup> <https://www.ssb.no/omssb/tjenester-og-verktoy/data-til-forskning/utdanning/om-nasjonal-utdanningsdatabase>

<sup>7</sup> <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/norsk-standard-for-utdanningsgruppering-2016>

direktoratet, til å supplere egne data for å få med helsepersonell autorisert via for eksempel voksenopplæring.

Helsepersonell må ha en offentlig godkjenning eller autorisasjon for å kunne jobbe som helsepersonell i Norge. Helsepersonellregisteret administreres av Helsedirektoratet<sup>8</sup>. Vi har brukt helsepersonellregisteret til å identifisere dem som reiser til utlandet for å ta legeutdanningen.

### Sammenheng mellom ulike datakilder

Hovedkilden til dataene vi benytter er registerbasert sysselsetningsstatistikk for helse- og sosialpersonell (heretter kalt sysselsettingsstatistikken). Dataene er trukket fra en referanseuke i november i statistikkåret. Alle variabler knyttet til arbeidsforholdet (årsverk, arbeidsgiver, yrke osv.) er basert på referanseuken. Dataene i SFP, som oppdateres i november året etter statistikkåret, vil ha oppdaterte for selvstendig næringsdrivende; i sysselsettingsstatistikken hentes opplysninger om selvstendig næringsdrivende fra Selvangivelsesregisteret fra året før statistikkåret. Det vil si at hvis personen ble selvstendig næringsdrivende lege i statistikkåret, så vil personen i sysselsettingsstatistikken risikere å stå uten noe registrert arbeidsforhold. Når SFP lages vil Selvangivelsesregisteret være oppdatert og personen vil bli registrert som selvstendig næringsdrivende.

## 2.2. Populasjon

Situasjonsbildet i kapittel 3 inkluderer alle yrkesaktive personer med legeutdanning. Dette vil inkludere alle leger uavhengig av landbakgrunn og utdanningsland.

For legenes utdanningskull fra 2005, 2009 og 2013 er populasjonen alle som har tatt grunnutdanningen for leger i Norge med utdanningskoden 763101 – Cand.med.-utdanning. Disse beskrives i kapittel 4 og 5.

Andelen norske leger i Norge med utenlandsk utdanning er økende. For legene som ble ferdig utdannet i 2013 utgjorde andelen leger som var utdannet i utlandet i overkant av 40 prosent. For å få med alle nyutdannede leger, bør man supplere legekullet utdannet i Norge med dem som fikk legeutdanning i utlandet. I motsetning til dem som har utdannet seg i Norge, har vi ikke noe eget utdanningsregister for dem som har utdannet seg i utlandet. Dermed er det utfordrende å identifisere et eget årskull med leger som har utdannet seg utenfor Norge.

Ved hjelp av helsepersonellregisteret har vi trukket ut de legene som har gjennomført utdanning i utlandet. Uttrekket var basert på vitnemålsdato (år) og utdanningsland, eksklusiv de som er utdannet i Norge. I tillegg satte vi som et kriterium at den enkelte som gjennomførte legeutdanningen i utlandet skulle ha en tilknytning til Norge minst ti år før endt utdanning, det vil si den dato man først ble registrert som bosatt i Norge. De samme personene kunne i teorien ha gjennomført utdanningen i Norge, og formålet var å sørge for at populasjonene skulle ligne mest mulig på hverandre, uavhengig av hvilket land utdanningen faktisk ble gjennomført. Opplysningene om tilknytning er hentet fra SFP. De legene vi sitter igjen med som har tatt utdanningen i utlandet, er for det meste født og oppvokst i Norge, samt innslag av nordmenn som har innvandret i ung alder.

De legene som ikke blir inkludert i populasjonen av utdanningskull er de som etter endt utdanning i utlandet ikke har søkt om eller fått autorisasjon som lege i Norge. De som har tatt utdanningen i Norge vil imidlertid være med i utdanningskullene fra Norge, uavhengig om de har autorisasjon eller ikke. Det bør ellers føyes til at

<sup>8</sup> <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/autorisasjon-og-lisens>

om noen har fått autorisasjon til å jobbe som lege i Norge betyr ikke det nødvendigvis at de benytter seg av den retten.

### 2.3. Hva er helsetjenester?

Vi har definert helsetjenesten til å ligge under følgende næringer:

- 86 – Helsetjenester
- 87 – Pleie- og omsorgstjenester i institusjon
- 88.1 – Sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede

Mer informasjon om standarden og de enkelte næringer, finnes i SSB 2008 NOS 383-2008 Standard for næringsgruppering<sup>9</sup>.

Helsepersonellet blir i statistikken knyttet til ulike helsetjenester basert på hvilket forvaltningsnivå de yter tjenester til, som spesialisthelsetjenesten i statlig regi, kommunale helse- og omsorgstjenester og annen helse, som i de fleste tilfeller er i privat regi. Dette er den samme tilnærmingen som brukes ved utarbeiding av ordinær helsestatistikk publisert av SSB. Målet er at det skal være sammenheng mellom tjenesten som utføres, personell og kostnader.

#### Spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene (RHF) har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen i eget geografiske område. Ansvarer kan oppfylles ved egenproduksjon eller kjøp av tjenester fra andre helseregioner, private aktører eller i utlandet. Spesialisthelsetjenesten omfatter både offentlige og private sykehus, psykisk helsevern, spesialisert rusbehandling og ambulansetjeneste. Under spesialisthelsetjenesten inkluderes også støttevirksomheter under helseforetak og regionale helseforetak som har andre næringskoder enn helse, for eksempel administrasjons- og servicenæringer.

Det er offentlige helseforetak og private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak som inngår i spesialisthelsetjenesten. Dette er den samme populasjonen som er utgangspunktet for publiseringen til SSB og Helsedirektoratet (SAMDATA).

#### Kommunale helse- og omsorgstjenester

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil også inkludere private virksomheter som leverer tjenester på vegne av kommunen. Kommunale helse- og omsorgstjenesten består av kommunehelsetjenesten (fastlege og skole- og helsestasjonstjenester) og pleie- og omsorgstjenester (sykehjem og helsetjenester i hjemmet).

#### Regler for inndeling av kommunal virksomhet i Enhetsregisteret<sup>10</sup>.

Kommunehelsetjenesten er definert med følgende KOSTRA-funksjoner<sup>11</sup>:

- 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- 233 Annet forebyggende helsearbeid
- 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering

<sup>9</sup> [https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/nos\\_d383/nos\\_d383.pdf](https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/nos_d383/nos_d383.pdf)

<sup>10</sup> [https://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/\\_attachment/295798?\\_ts=15a37dd1868](https://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/_attachment/295798?_ts=15a37dd1868)

<sup>11</sup>

[https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/hovedveileder\\_2018.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/hovedveileder_2018.pdf)

Pleie- og omsorgstjenester er definert med følgende KOSTRA-funksjoner:

- 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- 261 Institusjonslokaler

KOSTRA-funksjon blir knyttet til arbeidsforhold og ikke virksomhet. For eksempel vil det si at sysselsatte på et sykehjem kan bli fordelt på flere funksjoner. Det som bestemmer hvilken funksjon en sysselsatt får, blir en kombinasjon av hvilken næring virksomheten har og hvilke tjenestekoder personen står oppført med i personalsystemet. I noen tilfeller brukes også yrke/utdanning for å fastsette funksjon.

### **Andre helsetjenester**

Andre helsetjenester er det som ikke er inkludert i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og ligger utenfor det offentliges ansvar. For eksempel inkluderer dette private kommersielle foretak som Volvat og Aleris, selv om enkelte av virksomhetene under disse foretakene har en avtale med det offentlige. For legene vil dette for det meste være de med privat praksis. Flere av disse legene har trolig en avtale med det offentlige, såkalte avtalespesialister som har avtaler med de regionale helseforetakene. Privatpraktiserende fastleger er plassert under den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

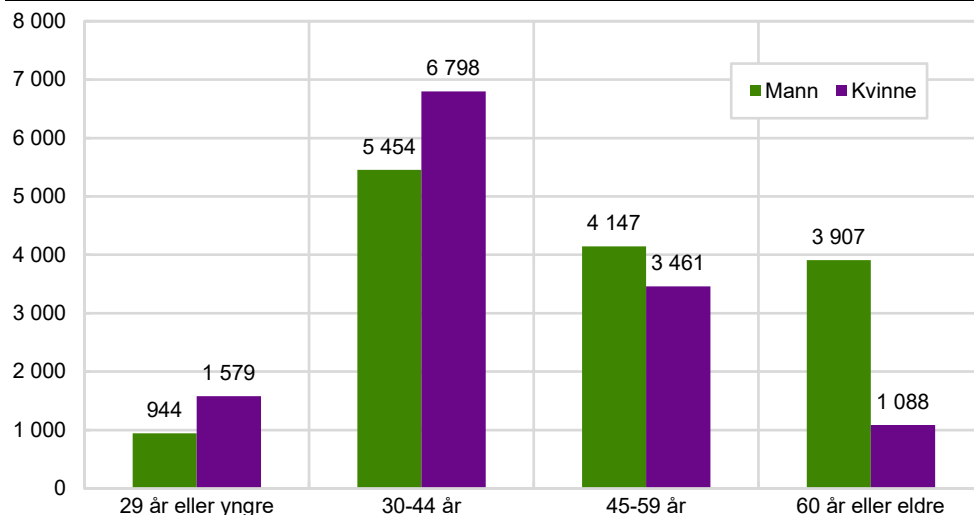
### **Utenfor helsetjenesten**

Det at man jobber utenfor det som defineres som helsetjenesten betyr ikke nødvendigvis at helseutdanningen er irrelevant for den jobben man har. Det jobber mye helsepersonell i offentlig administrasjon og i utdanningssektoren.

### 3. Leger og arbeidssted – hva er status i 2016?

I Norge var det sysselsatt 27 378 personer med legeutdanning i 2016. Litt over halvparten av disse var menn. Det er imidlertid stor forskjell på alderssammensetningen mellom mannlige leger og kvinnelige leger. For menn er flertallet av legene over 45 år, mens de fleste kvinnelige leger er under 45 år. Antall mannlige leger over 60 år, og flertall blant kvinner i de yngste alderskategoriene tilsier at kvinnelige leger vil være i flertall i fremtiden, se figur 3.1

**Figur 3.1 Leger i Norge, fordelt på alder og kjønn. 2016. Sysselsatte**



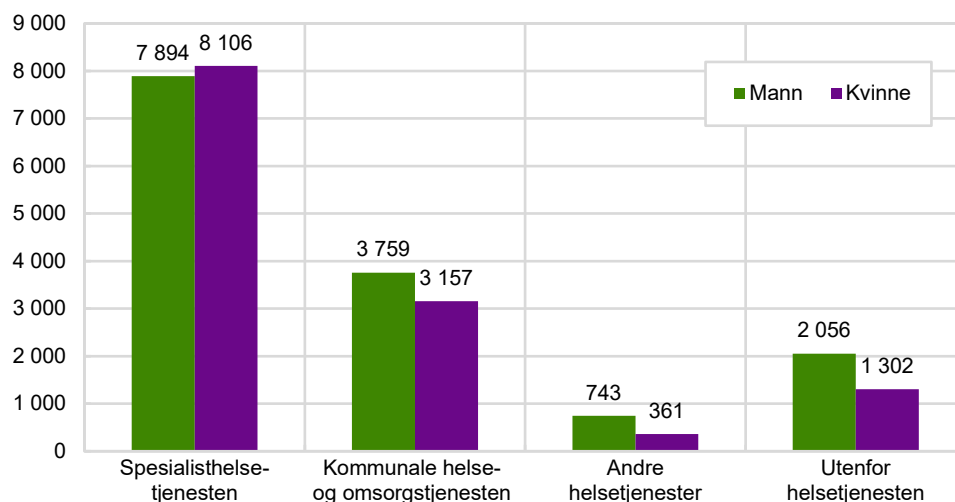
Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå

#### 3.1. Leger jobber med det de er utdannet til

Helsetjenesten kan i grove trekk deles inn i spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester og annen helsetjeneste.

Om lag 24 000 av totalt 27 000 leger jobber innen helsetjenesten, hvorav de fleste jobber i spesialisthelsetjenesten, se figur 3.2. Legene som jobber utenfor helsetjenesten jobber primært innen undervisning og offentlig administrasjon. Det at leger jobber utenfor helsetjenesten betyr ikke nødvendigvis at de ikke jobber med helse. Legene som underviser på universitetene bidrar med å få fram nye leger, og legene som jobber i blant annet Helsedirektoratet eller Folkehelseinstituttet bidrar med planlegging og kartlegging av helserelaterte spørsmål.

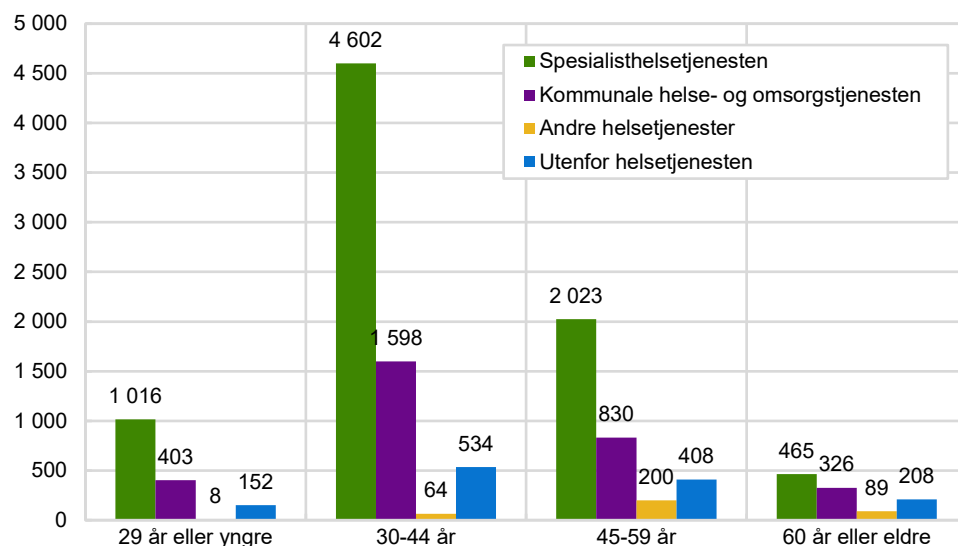
**Figur 3.2 Leger, fordelt på helsetjenester og kjønn. 2016. Sysselsatte**



Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå

Både for kvinner og menn ser det ut til å være en sammenheng mellom legenes alder og arbeidssted. Uansett alder jobber de fleste legene i spesialisthelsetjenesten, men det er de yngste som er i flertall i spesialisthelsetjenesten, se figur 3.3 og 3.4. For dem som jobber utenfor helsetjenesten og i annen helsetjeneste er det mindre aldersforskjell. Annen helsetjeneste vil for legene i all hovedsak bety at de jobber i privat sektor på eget legekontor eller sammen med andre private leger. En del av disse har trolig også en avtale om å behandle pasienter fra spesialisthelsetjenesten etter avtale med de regionale helseforetakene.

**Figur 3.3** Kvinnelige leger, fordelt på alder og helsetjeneste. 2016. Sysselsatte

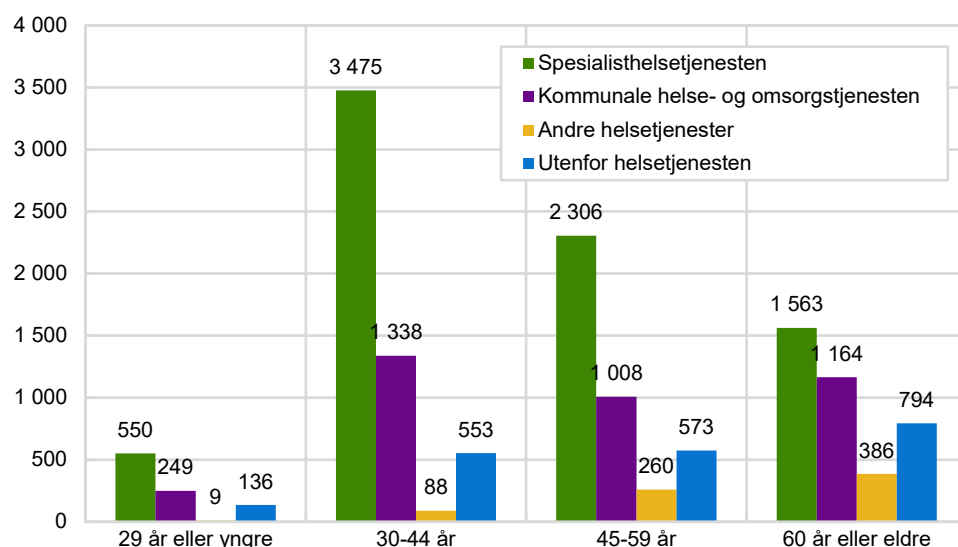


Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå

Å starte egen praksis eller få jobb utenfor helsetjenesten krever i mange tilfeller lang arbeidserfaring, og dette kan derfor være en av forklaringene på at aldersforskjellen er jevnere i disse kategoriene.

Menn jobber i større utstrekning enn kvinner utenfor helsetjenesten og i annen helsetjeneste, se figurene 3.2, 3.3 og 3.4. Det vil nok i stor grad kunne forklares med at mannlige leger i gjennomsnitt er eldre enn kvinner og dermed har mer erfaring.

**Figur 3.4** Mannlige leger, fordelt på alder og helsetjenester. 2016. Sysselsatte



Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå



### 3.2. Halvparten av legene har spesialisering

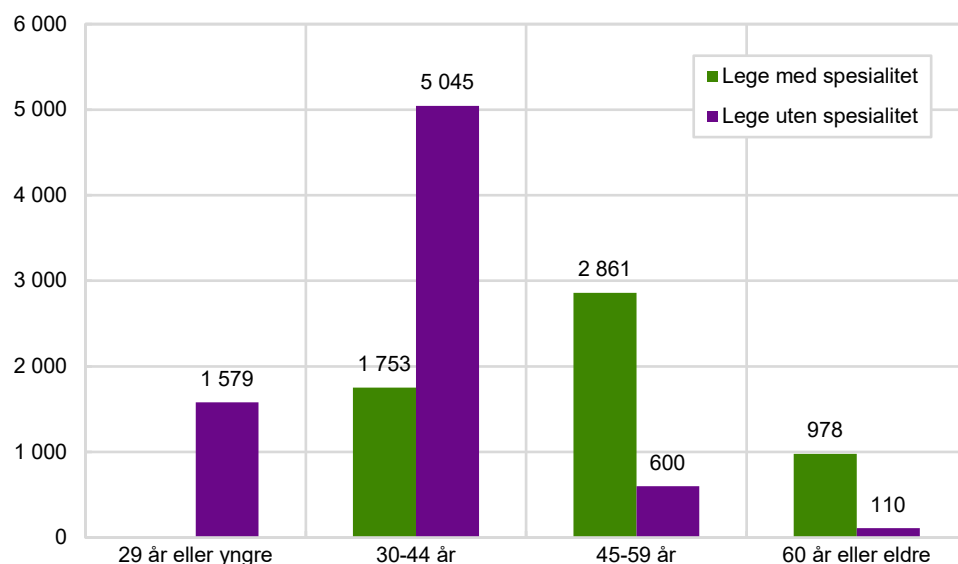
Det er et krav om at leger skal spesialisere seg. Det gjelder for allmennleger i kommunale helse- og omsorgstjenester, og for sykehusleger som starter i LiS-stillinger (lege i spesialisering). Det betyr at de fleste leger før eller senere vil ende opp som spesialister.

I 2016 hadde halvparten av alle leger fullført en spesialistutdanning. Med tanke på det kravet om at leger må spesialisere seg er det en relativt liten andel som har gjort det. Forklaringen ligger i den tiden det tar å fullføre spesialistutdanningen. I følge Legeforeningens statistikk om utdanningstid for spesialisering tar det for de fleste i overkant av 8 år å fullføre spesialistutdanningen<sup>12</sup> etter at autorisasjon som lege er mottatt. Med tanke på at leger i gjennomsnitt er i underkant av 30 år når de er ferdig med medisinstudiene, vil mange av legene ikke være spesialist før de nærmer seg 40 år.

Antall menn med spesialistutdanning er 8 800, noe som tilsvarer 60 prosent av alle mannlige leger. For kvinner er det 5 600 med spesialistutdanning, eller om lag 40 prosent av alle kvinnelige leger. Forskjellen mellom kjønnene henger sterkt sammen med den ulike alderssammensetningen. Ser man innenfor de ulike alderskategoriene er fordelingen mellom kjønnene ganske lik, se figur 3.5 og 3.6.

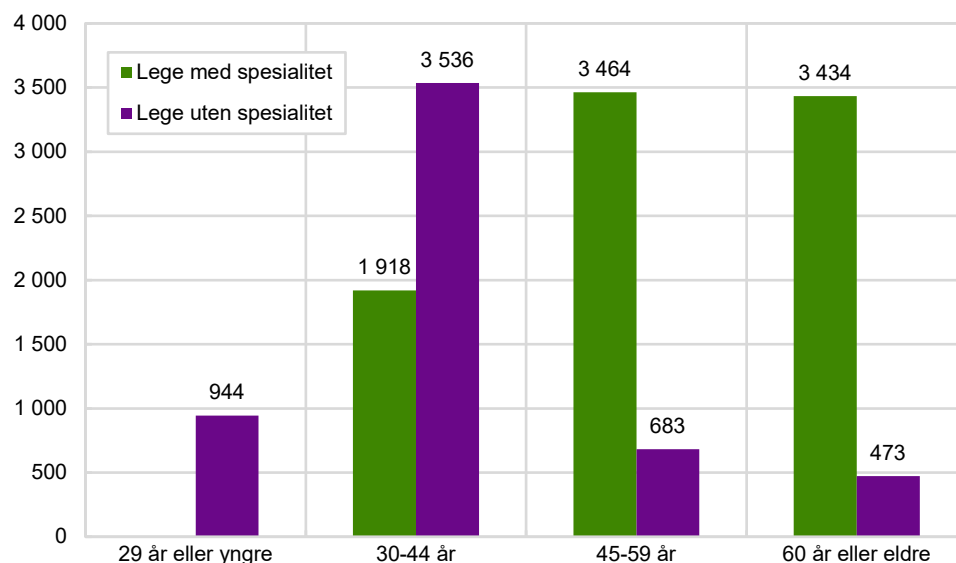
Unntaket er for leger i alderen 30-44 år. I denne alderskategorien har kvinner sjeldnere fullført en spesialistutdanning sammenliknet med menn i samme aldersgruppe. Det kan være fordi kvinner enten starter senere eller bruker lengre tid på å fullføre spesialistutdanningen. Tallene fra Legeforeningen viser at kvinner bruker i underkant av ett år mer enn menn på å fullføre spesialistutdanningen etter mottatt autorisasjon.

**Figur 3.5** Kvinnelige leger med og uten spesialitet, fordelt på alder, i Norge. 2016. Sysselsatte



Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå

<sup>12</sup> <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Spesialister/>

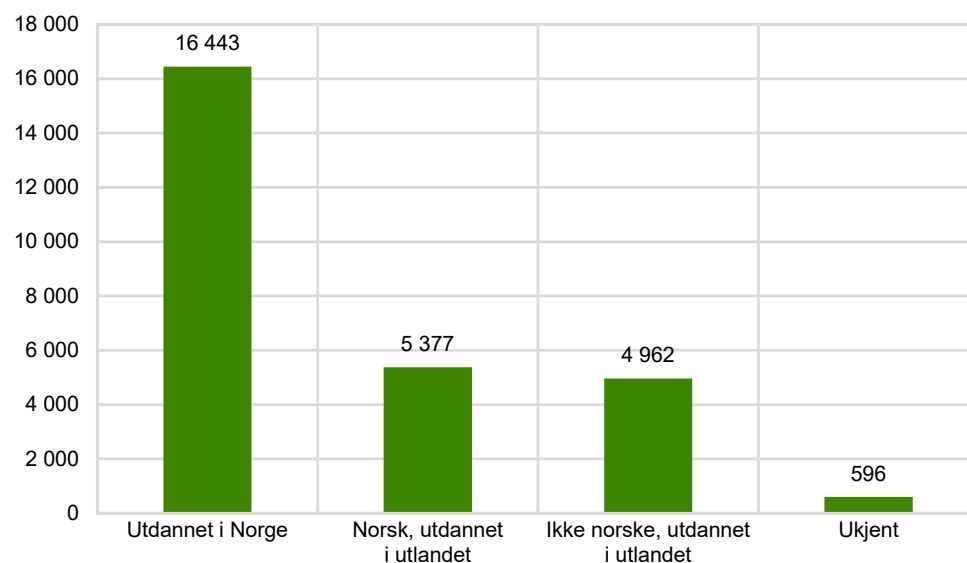
**Figur 3.6** Mannlige leger med og uten spesialitet, fordelt på alder. I Norge. 2016. Sysselsatte.

Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå

Vi har ikke sett noe nærmere på betydningen av at kvinner bruker lengre tid på å bli spesialist enn menn, og hvilken effekt det eventuelt kan ha. Men det er ikke urimelig å anta at det vil påvirke karrierevalg og -muligheter. I en slik sammenheng er det blant annet nærliggende å reise spørsmål om i hvilken grad barn og familieforpliktelser påvirker menn og kvinner ulikt.

### 3.3. 60 prosent er utdannet i Norge

I 2016 var 16 400 av de yrkesaktive legene utdannet i Norge, eller om lag 60 prosent av alle yrkesaktive leger. Av dem som hadde fullført utdannelsen sin i utlandet var halvparten norske, se figur 3.7. Norske leger som har tatt utdanningen i utlandet har oftest gjort det i andre europeiske land, og da vanligvis i Polen, Tyskland, Danmark, Ungarn og Sverige.

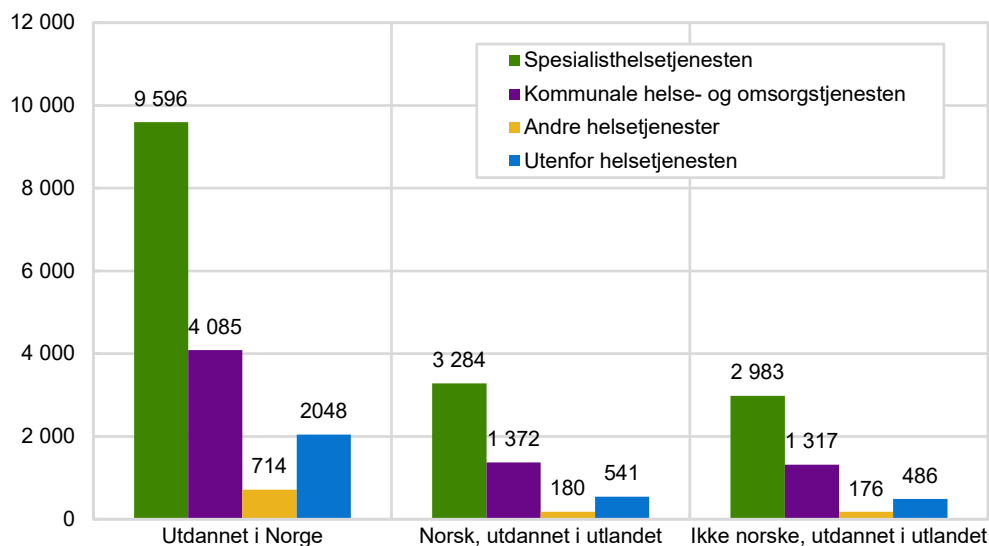
**Figur 3.7** Leger, fordelt på utdannet i Norge eller utlandet og nasjonalitet. 2016. Sysselsatte.

Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå

Hvor leger er utdannet eller hvor de kommer fra ser ikke ut til å påvirke hvor de jobber, se figur 3.8. Leger utdannet i Norge har imidlertid en større sannsynlighet for å jobbe i annen helsetjeneste eller utenfor helsetjenesten. Dette henger trolig

sammen med alderssammensetningen for leger utdannet i Norge og i utlandet. Å ta utdanningen i utlandet er en relativ ny trend, og det er derfor færre eldre leger i denne gruppen. I figur 3.3 og 3.4 kom det tydelig fram at annen helsetjeneste og utenfor helsetjenesten i større grad preges av eldre leger.

**Figur 3.8 Leger i Norge etter utdanningsland, fordelt på helsetjenester. 2016. Sysselsatte**



Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå

### 3.4. Leger utenfor arbeidslivet

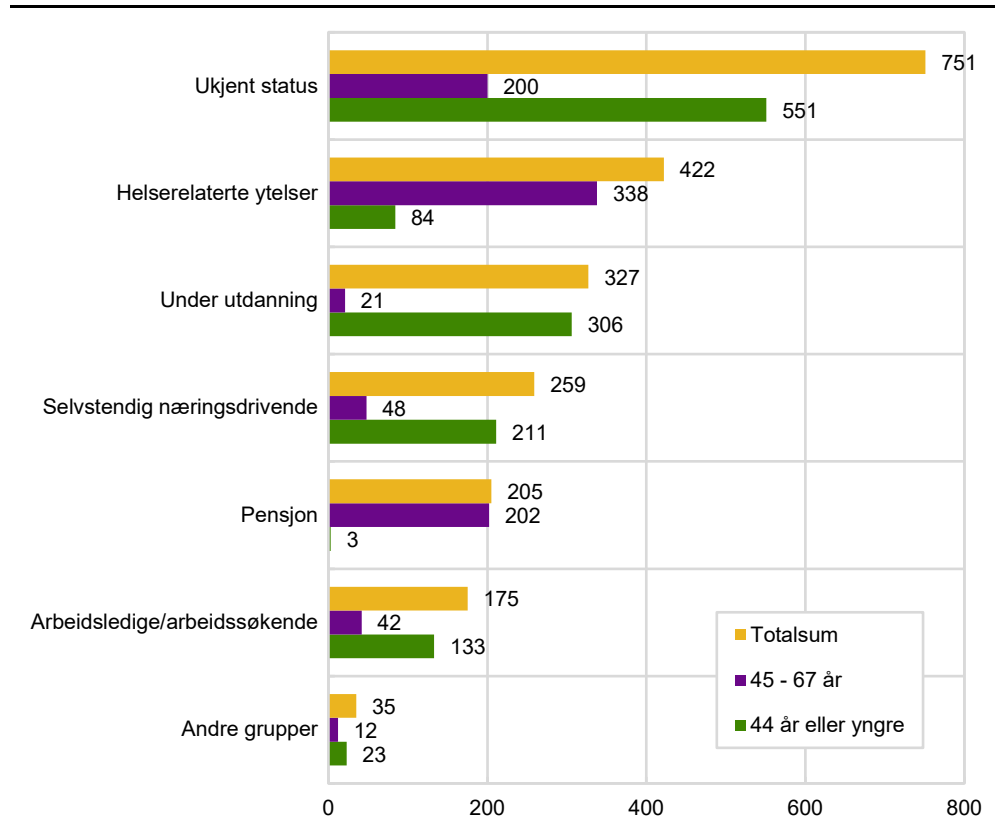
Det er ikke alle leger som er i jobb. I 2016 var det 2 174 leger, 67 år eller yngre, som ikke var registrert i jobb i sysselsettingsstatistikken. Av disse ble imidlertid om lag 259 i ettertid registrert som selvstendig næringsdrivende.

De fleste av kategoriene i figur 3.9, som viser leger utenfor arbeidslivet, vil naturlig nok være påvirket av alder. Det er flere i den eldste aldergruppen som er pensjonert, og det er flere yngre som er under utdanning.

Over halvparten av de 422 personene med legeutdanning som er utenfor arbeidslivet med helserelaterte ytelser mottar varig uførepensjon, mens 124 personer eller om lag en fjerdedel mottar arbeidsavklaringspenger.

De aller fleste av de 327 personene som er under utdanning tar en høyere medisinsk utdanning, som er noe annet enn en legespesialistutdanning. Legespesialistutdanningen tas i forbindelse med jobb.

**Figur 3.9 Leger utenfor arbeidslivet, fordelt på aktiviteter/ytelser. 67 år eller yngre. 2016.**  
Antall



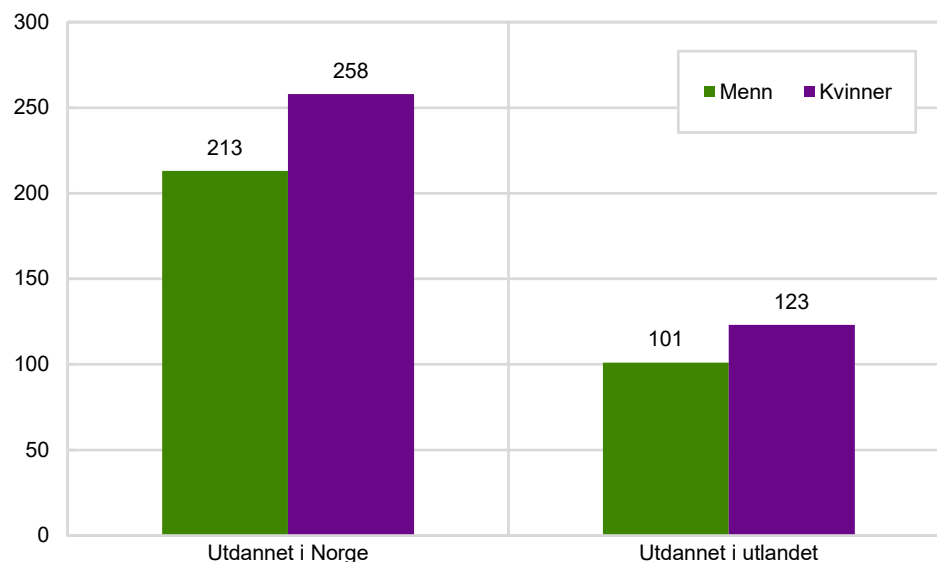
Kilde: System for persondata (SFP), Statistisk sentralbyrå

Status ukjent betyr at vi ikke har noen opplysninger som tilsier at de har mottatt inntekt eller en form for stønad til erstatning for inntekt. Det kan bety at de av ulike grunner ikke har behov for inntekt/ytelser. En annen årsak kan være at de ikke har meldt utflytting fra Norge, men står registrert som bosatt i Norge.

## 4. Leger og arbeidssted – hva er situasjonen for dem som fullførte utdanningen i 2005?

Det ble ferdigutdannet 695 leger i 2005. Av disse ble 471 utdannet i Norge, noe som tilsvarer i underkant av 70 prosent av alle ferdigutdannede leger. Kvinnene er i flertall, se figur 4.1. Det er liten forskjell i alderssammensetning, både mellom kjønn og utdanningsland. Ved utdanningsslutt er medianen 28 år for alle kombinasjoner vist i figur 4.1.

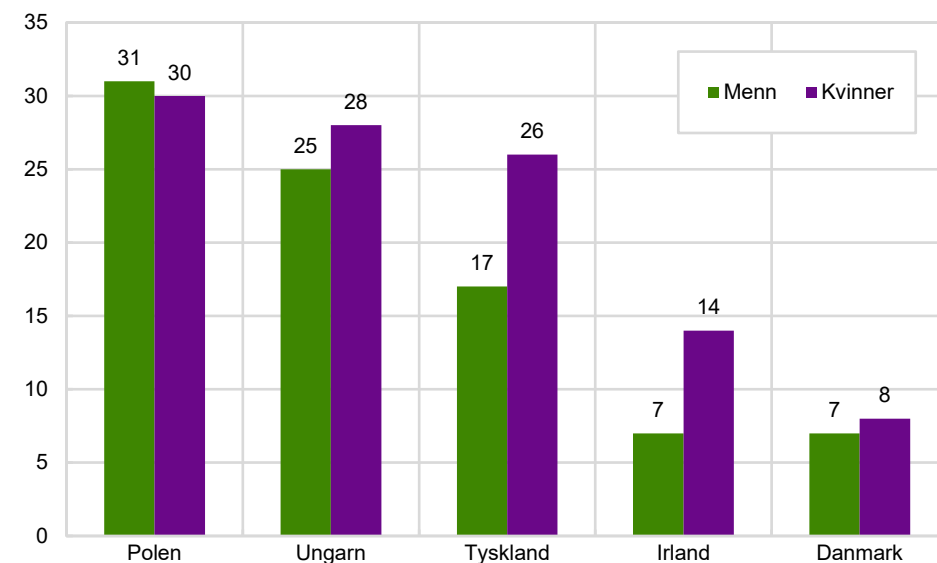
**Figur 4.1 Leger ferdigutdannet i 2005, fordelt på utdanningsland og kjønn. Antall**



Kilde: Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB), Statistisk sentralbyrå og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

Av de 224 personene med fullført legeutdanning fra utlandet i 2005, var det 85 prosent som fullførte utdanningen i Polen, Ungarn, Tyskland, Irland eller Danmark, se figur 4.2. Det er relativt små kjønnsforskjeller i valg av utdanningsland.

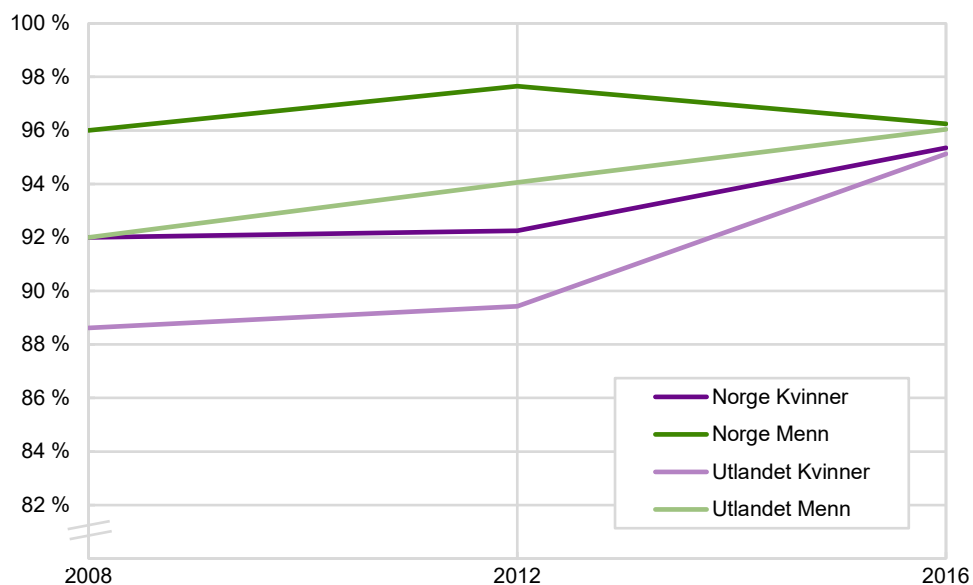
**Figur 4.2 Leger ferdigutdannet i utlandet i 2005, fordelt på utvalgte utdanningsland og kjønn. Antall**



Kilde: Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

Tre år etter endt utdanning var nesten alle legene som utdannet seg i 2005 i jobb. De påfølgende årene stiger andelen leger som er i jobb. For årgangene 2008 og 2012 er yrkesdeltakelsen noe større for menn, enten utdanningen er fullført i Norge eller ei, men i 2016 er disse forskjellene utlignet, se figur 4.3.

**Figur 4.3 Leger ferdigutdannet i 2005, i jobb i 2008, 2012 og 2016, fordelt på utdanningsland og kjønn. Andel**



Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk Sentralbyrå, Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB) og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

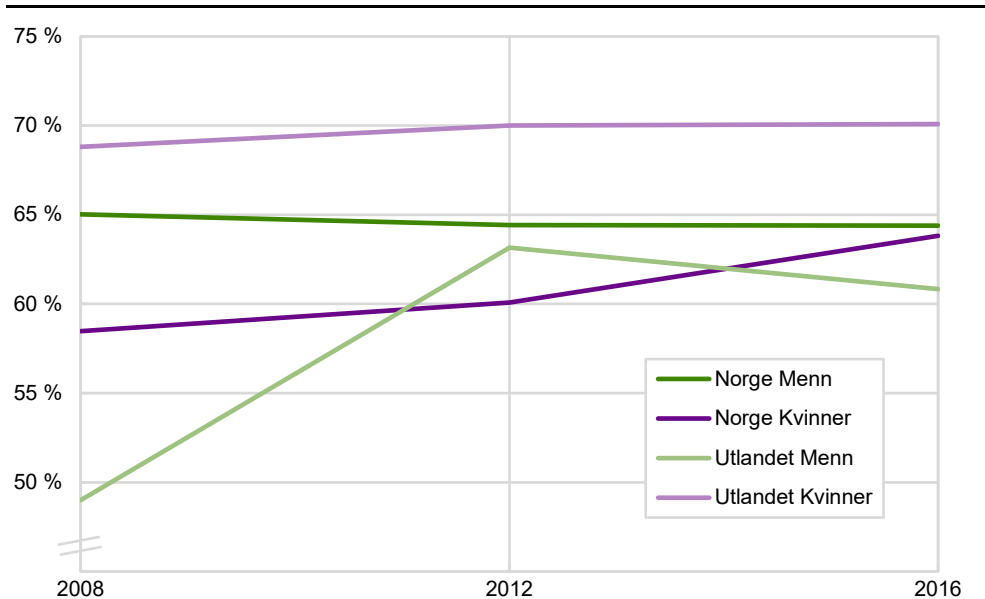
De av legene som fullførte utdanningen i 2005 og som ikke var i jobb i årene etter, var i all hovedsak utvandret/ennå ikke returnert til Norge eller deres status var ukjent. Status ukjent betyr at vi ikke har noen opplysninger som tilsier at de har mottatt inntekt eller en form for stønad til erstatning for inntekt. Det kan bety at de ikke har behov for noen inntekt eller ytelser, noe som igjen betyr at de enten blir forsørget av andre eller tærer på egne midler. En annen årsak kan være at de ikke har meldt utflytting, som påpekt tidligere.

#### 4.1. Flest leger jobber på sykehus

De fleste legene som fullførte utdanningen i 2005 jobber i spesialisthelsetjenesten. Tre år etter endt utdanning er det imidlertid store forskjeller mellom kjønn og etter utdanningsland. Blant menn utdannet i utlandet var det 50 prosent som jobbet i spesialisthelsetjenesten i 2008, mens tilsvarende tall for kvinner utdannet i utlandet var 70 prosent. Denne forskjellen blir noe mindre fram mot 2016.

For leger utdannet i Norge er det en motsatt kjønnsfordeling, en noe større andel menn jobber i spesialisthelsetjenesten i 2008 sammenlignet med kvinner, men den forskjellen er utlignet i 2016.

**Figur 4.4 Leger ferdigutdannet i Norge i 2005 som jobber i spesialisthelsetjenesten. Fordelt på kjønn, utdanningsland og arbeidsår. Andel**



Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå, Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB) og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

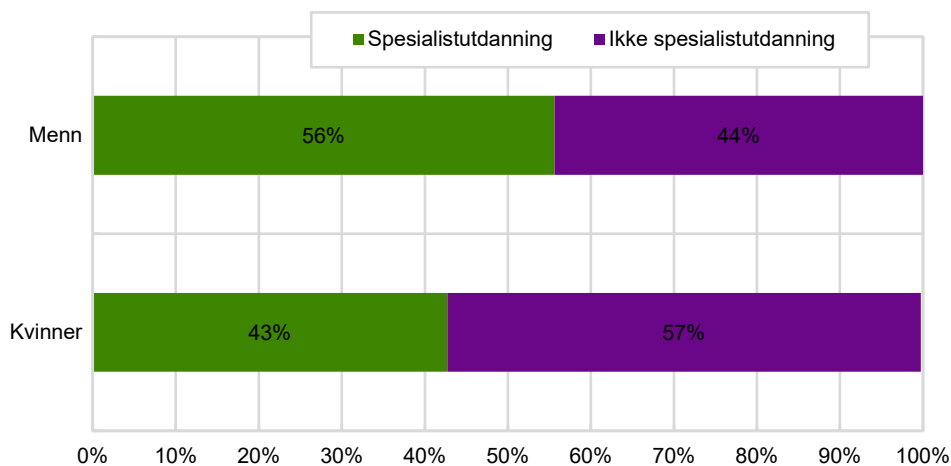
## 4.2. Spesialisering

En spesialistutdanning for leger kan normert sett ta fra fem til syv år å gjennomføre avhengig av type spesialisering, men i realiteten tar det fra åtte til ti år. For legene som var ferdig utdannet i 2005 vil det derfor være mest hensiktsmessig å se på status for spesialistutdanning i 2016, som er elleve år etter fullført utdanning.

Om lag 55 prosent av de mannlige legene har tatt spesialistutdanning, mens i overkant av 40 prosent av de kvinnelige legene har spesialisert seg, se figur 4.5. I underkant av 80 prosent av legene er i 2016 i aldersgruppen 36-40 år. Fordelingen på spesialistutdanning er i tråd med den kjønnsforskjellen vi finner for alle leger i Norge for samme aldersgruppe, se figur 3.5 og 3.6.

Ser man på legene fra 45 år og oppover, for alle leger i Norge, er det ingen forskjell mellom kjønn i andel med fullført spesialistutdanning. Det er dermed grunn til å tro at kjønnsforskjellen i spesialistutdanning for legekullet fra 2005 vil jevne seg ut etterhvert.

**Figur 4.5 Leger ferdigutdannet i 2005, fordelt på spesialistutdanning og kjønn. Andel**



Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå, Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB) og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

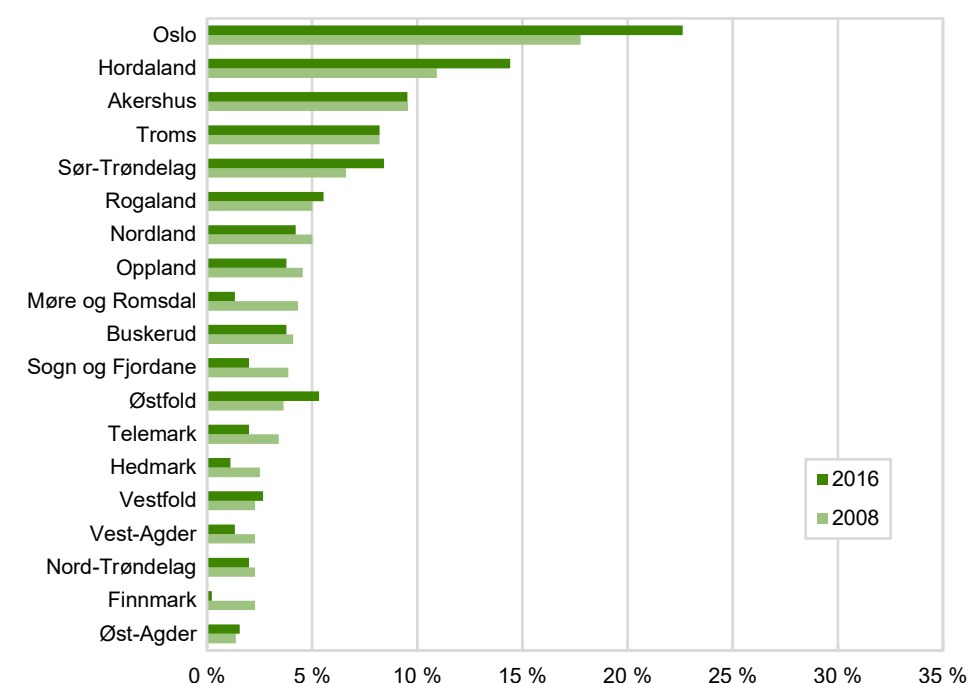
### 4.3. Leger fordelt på fylker

For legene som var ferdigutdannet i 2005 var det ingen store forskjeller mellom hvordan dem som var utdannet i Norge og utdannet i utlandet plasserte seg geografisk, se figur 4.6 og 4.7. Unntaket er Troms, som har en mye større andel med leger utdannet i Norge i forhold til leger utdannet i utlandet. Det er også en trend mot at legene som er utdannet i Norge i større grad jobber i fylker med universitetssykehus eller i fylkene hvor det er utdanningssteder for leger i Norge; Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

Her kunne det vært interessant å se på i hvilken grad utdanningssted (hvor i Norge utdanningen er fullført) for dem som er utdannet i Norge, kombinert med hvor i landet de kommer fra, vil påvirke hvor i landet de velger å jobbe.

En tredjedel av legene som utdannet seg i utlandet har flyttet til Oslo elleve år etter endt utdanning. Ser vi på forskjellen mellom 2008 og 2016, er det en trend som kan tyde på at legene trekker mot fylkene som har universitetssykehus uavhengig av om utdanningen ble tatt i Norge eller utlandet, se figur 4.6 og 4.7.

**Figur 4.6 Leger ferdigutdannet i Norge i 2005, fordelt på fylke og arbeidsår. Andel**

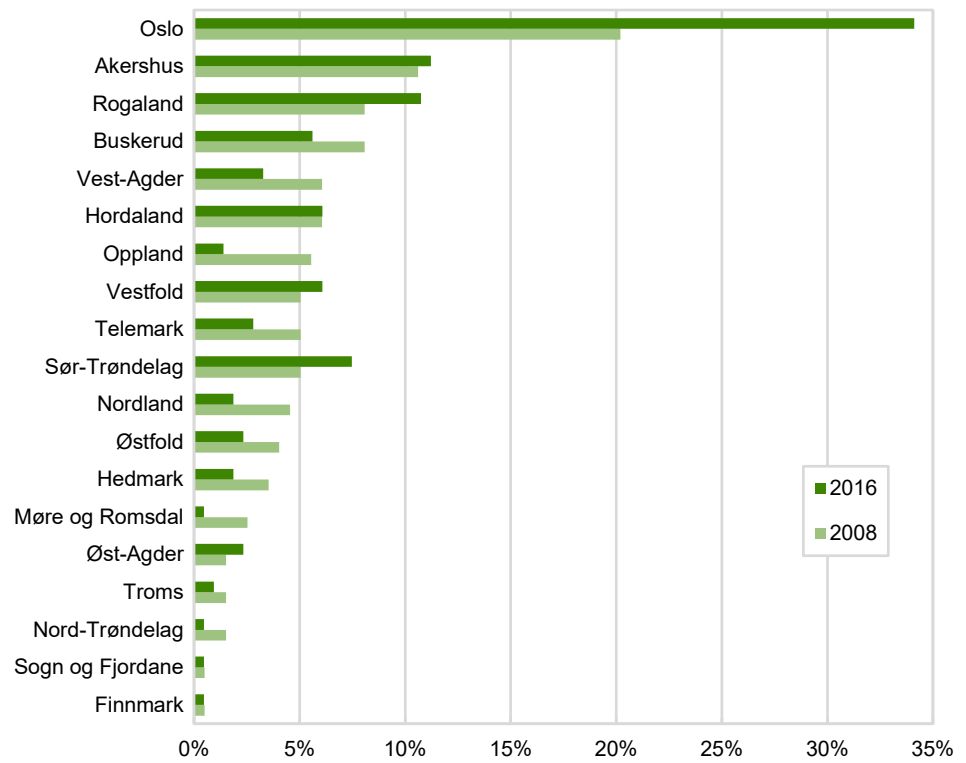


Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå, Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB) og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

Det kan være flere årsaker til denne forflytningen. En av årsakene kan være kravet om spesialisering. Valgmulighetene innen de ulike spesialiseringene vil være bedre ved universitetssykehusene enn det man finner ved de ordinære sykehusene. I tillegg vil universitetssykehusene gi leger en bedre mulighet til å drive med forskning.



**Figur 4.7 Leger ferdigutdannet i utlandet i 2005, fordelt på fylke og arbeidsår. Andel**



Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk Sentralbyrå, Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB) og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

## 5. Sammenligning av utdanningskullene

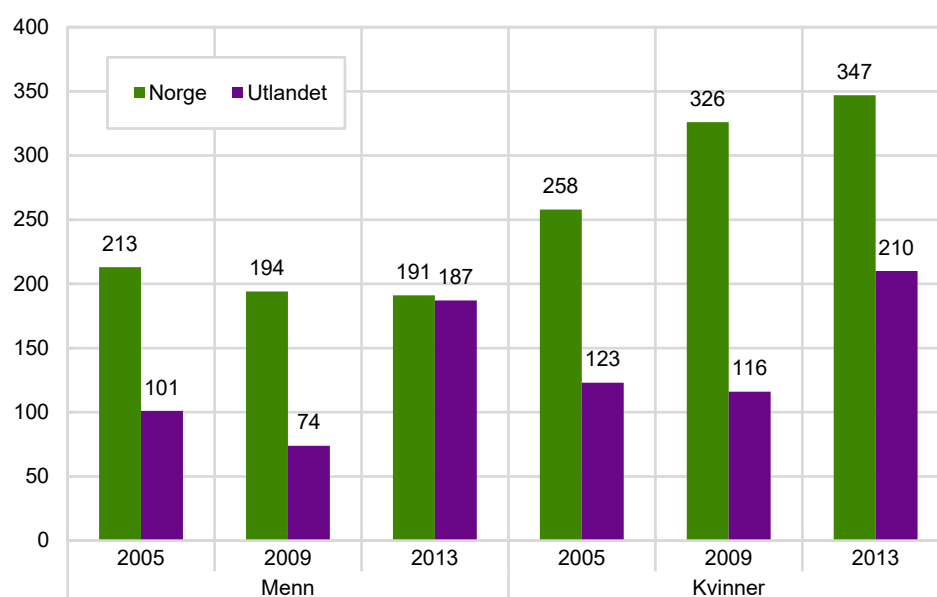
I dette kapittelet ser vi på forskjeller mellom utdanningskullene 2005, 2009 og 2013. Det er kun åtte år mellom det første og siste utdanningskullet, så det er på de fleste områder relativt stabilt. Vi har her valgt å fokusere på de mest relevante forskjellene.

I 2013 ble det utdannet 240 flere leger enn i 2005, noe som tilsvarer en vekst på 35 prosent. Det er først og fremst etter 2009 at veksten kommer. Det som driver veksten er kvinner og utdannende i utlandet. Ser vi kun på leger som har utdannet seg i Norge, er det 67 flere som utdannet seg i 2013 enn i 2005, noe som tilsvarer en vekst på 14 prosent, se figur 5.1.

Det var ingen kjønnsforskjell mellom de som tok utdanningen i Norge og utlandet, for 2005-kullet, når man ser på relative størrelser. For utdanningskullet i 2013 har dette bildet endret seg betydelig. Nær halvparten av mennene tar legeutdanningen i utlandet i 2013, mens det for kvinner er et klart flertall som utdanner seg i Norge, men også her øker andelen med utdanning fra utlandet.

Kjønnsforskjellen er i tråd med bildet presentert i figur 3.1, som viste at kvinnene på sikt vil bli i flertall.

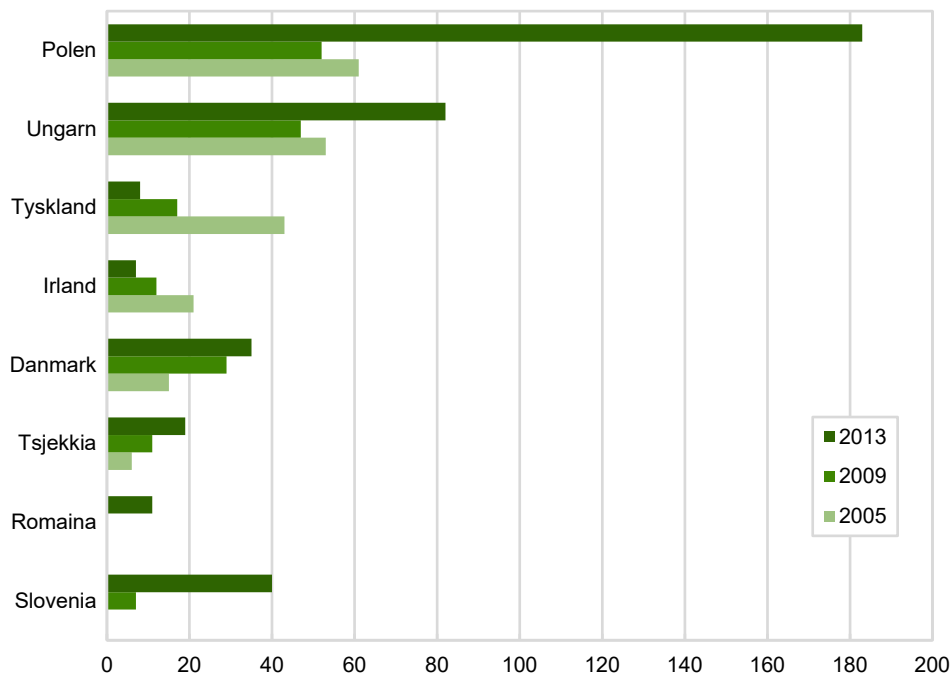
**Figur 5.1 Leger utdannet i 2005, 2009 og 2013, fordelt på kjønn, utdanningsland og utdanningsår. Antall**



Kilde: Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB), Statistisk sentralbyrå og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

I underkant av halvparten av alle utenlandsstudentene fullførte utdanningen i Polen i 2013. Det er først og fremst i Polen veksten mellom 2005 og 2013 kommer. I tillegg øker antallet jevnt over i øst-europeiske land. Tyskland er det landet som har hatt den største nedgangen i antall studenter, se figur 5.2.

**Figur 5.2 Leger utdannet i 2005 og 2013, fordelt på utvalgte utdanningsland og utdanningsår. Antall**

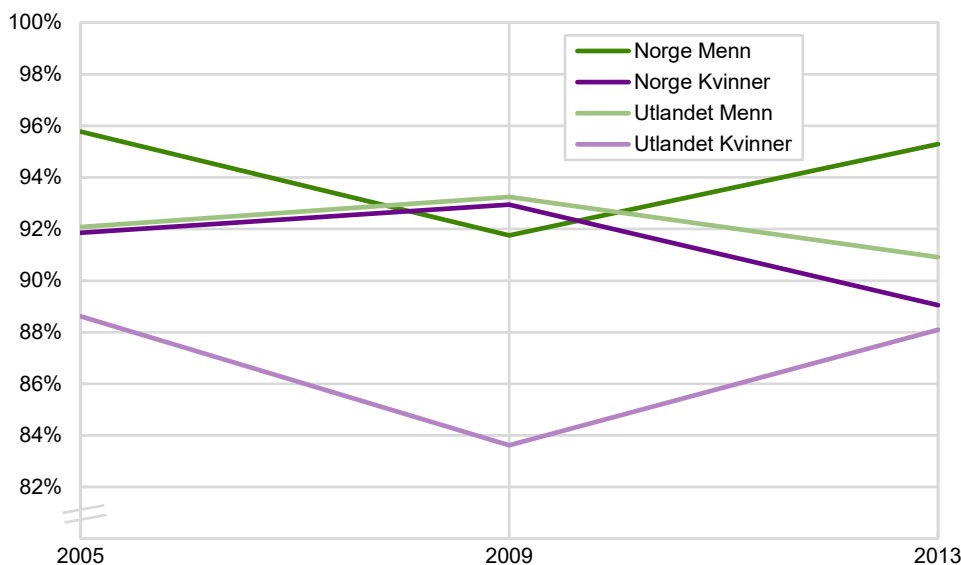


Kilde: Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB), Statistisk sentralbyrå og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

### 5.1. Leger i arbeid

Norske kvinner som har tatt legeutdanningen i utlandet har en noe lavere yrkesdeltakelse i Norge tre år etter endt utdanning, se figur 5.3. Det er imidlertid ingenting som tyder på at de har større problemer med å skaffe seg jobb enn de andre nyutdannede legene. De aller fleste av dem har ennå ikke kommet tilbake fra utlandet eller har startet opp som selvstendig næringsdrivende i statistikkåret for sysselsetningen. Som nevnt tidligere faller de som starter opp som selvstendig næringsdrivende i statistikkåret ut av sysselsetningsstatistikken for det året. Dette gjelder også for halvparten av kvinnene som tok utdanningen i Norge i 2013 og er registrert uten jobb i 2016.

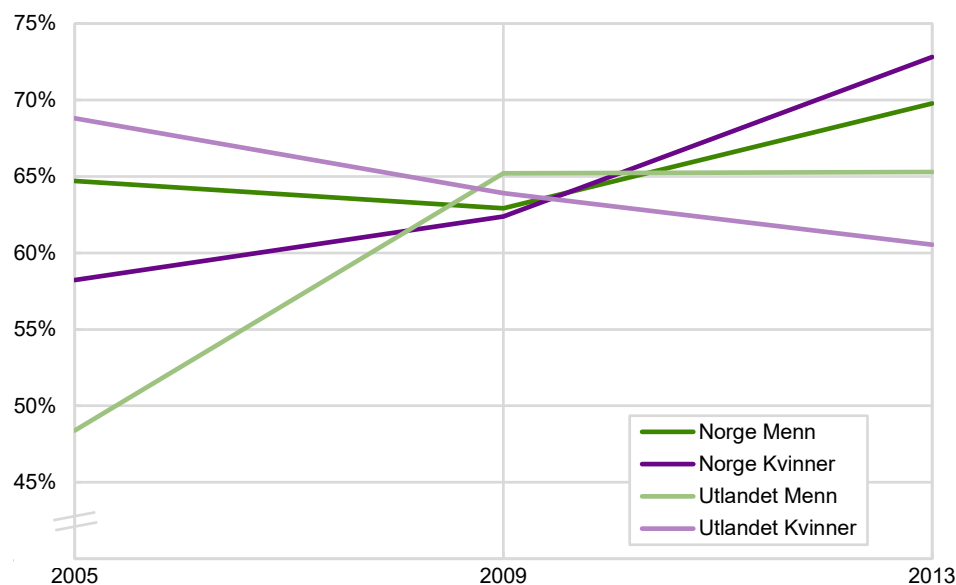
**Figur 5.3 Leger ferdigutdannet i 2005, 2009 og 2013 som er i jobb tre år etter endt utdanning, fordelt på utdanningsår og kjønn. Andel**



Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk Sentralbyrå, Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB) og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

For kullet som var utdannet i 2005 var det store forskjeller i hvem som jobbet i spesialisthelsetjenesten tre år etter endt utdanning. Spesielt menn utdannet i utlandet var lavt representert sammenlignet med resten. For utdanningskullet fra 2009 er det imidlertid ingen forskjeller, og for utdanningskullet fra 2013 er det noen forskjeller, men ikke de samme som i 2005, se figur 5.4. Det blir derfor vanskelig å konkludere med at det finnes noen gjenkjennbare trekk i de valg man tar på bakgrunn av kjønn og utdanningsland.

**Figur 5.4** Leger ferdigutdannet i 2005, 2009 og 2013 som jobber i spesialisthelsetjenesten tre år etter endt utdanning, fordelt på utdanningsår og kjønn. Andel



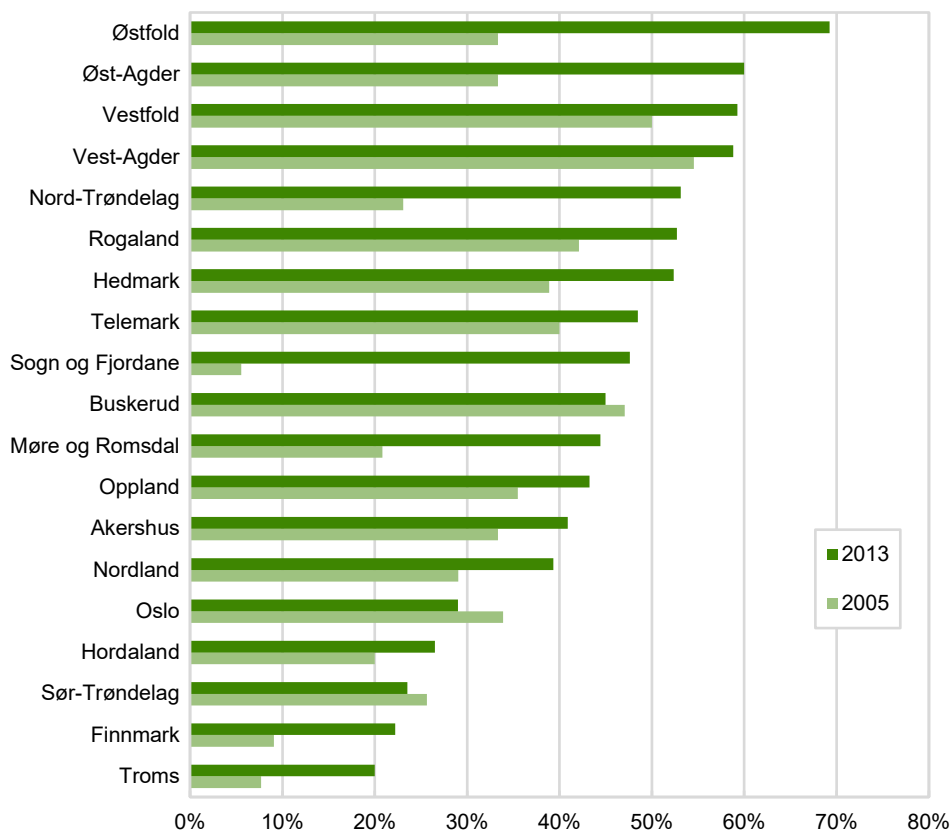
Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk Sentralbyrå, Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB) og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

## 5.2. Fordeling av leger utdannet i utlandet

I 2005 fullførte 32 prosent av de ferdig utdannede legene utdannelsen i utlandet, mens tilsvarende tall i 2013 var 42 prosent.

Det er i utgangspunktet ingen grunn til å forvente at leger utdannet i Norge og leger utdannet i utlandet jobber i ulike deler av landet. Vi ser at om lag 32 prosent av de legene som jobbet i Østfold i 2008, og var ferdigutdannet i 2005, utdannet seg i utlandet, noe som er i tråd med andelen leger utdannet i utlandet totalt. Men for kullet utdannet i 2013 er andelen økt til i underkant av 70 prosent, noe som er betydelig større enn den andelen på 42 prosent som de utgjør på landsnivå. For utdanningskullet i 2013 kan det se ut som om leger utdannet i utlandet i større grad jobber i fylker som ikke har universitetssykehus. I 2005 ser det ut til å være mer tilfeldig, se figur 5.5. Antall leger det her er snakk om er såpass lite at tilfeldig variasjon kan slå ut på andelstallene for de minste fylkene.

**Figur 5.5 Leger ferdigutdannet i utlandet i 2005 og 2013, fordelt på fylke. Tre år etter utdanningsåret. Andel.**



Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå, Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB) og Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet

## 6. Oppsummering

Denne rapporten har blant annet vist at:

- I 2016 var 53 prosent av alle sysselsatte med legeutdanning menn.
- I 2016 var om lag 65 prosent av alle kvinnelige leger under 45 år, mens tilsvarende andel for menn var 45 prosent.
- I 2016 jobbet i underkant av 90 prosent av legene i helsetjenesten.
- I 2016 jobbet de fleste legene i spesialisthelsetjenesten; og andelen blir mindre med stigende alder.
- I 2016 er det mer alder enn kjønn som er avgjørende for hvilken helsetjeneste man jobber i.
- I 2016 hadde 52 prosent av alle leger fullført en spesialistutdanning.
- I 2016 hadde 60 prosent av legene fullført utdanningen i Norge.

Rapporten har videre vist at:

- Det var 695 personer som fullførte legeutdanning i 2005.
- De fleste som fullførte legeutdanning i 2005 gjorde det i Norge.
- De fleste som fullførte legeutdanning i 2005 var kvinner.
- I overkant av to tredjedeler av legene som fullførte legeutdanning i 2005 jobber i spesialisthelsetjenesten.
- For menn som fullførte legeutdanning i utlandet i 2005 var det 50 prosent som jobbet i spesialisthelsetjenesten i 2008, mens tilsvarende tall for kvinner var 70 prosent.
- For menn som fullførte legeutdanning i Norge i 2005 var det en noe større andel som jobbet i spesialisthelsetjenesten i 2008 enn hva som gjaldt for kvinner.
- Av de som fullførte legeutdanningen i 2005 er det flere menn som har tatt spesialisering enn kvinner, målt i andel.
- Leger utdannet i Norge jobber i større grad i fylker med universitetssykehus enn norske leger utdannet i utlandet.

Rapporten har også vist at:

- Andelen kvinnelige leger øker.
- Flere tar utdanningen i utlandet enn før.
- Hvor man har tatt utdanningen kan påvirke hvor man jobber.
- Lenger arbeidserfaring visker ut forskjellene i arbeidssted mellom leger utdannet i Norge og leger utdannet i utlandet.

For å komplettere bildet ytterligere anbefales det å se nærmere på:

- Om og eventuelt hvordan utdanningssted og oppvekststed påvirker arbeidssted
- Om familieforpliktelser forsinker kvinner mer enn menn i å spesialisere seg
- Analyser av årsakene til legers avgang fra helsetjenesten.

## Figurregister

Figur 3.1	Leger i Norge, fordelt på alder og kjønn. 2016. Sysselsatte .....	13
Figur 3.2	Leger, fordelt på helsetjenester og kjønn. 2016. Sysselsatte.....	13
Figur 3.3	Kvinnelige leger, fordelt på alder og helsetjeneste. 2016. Sysselsatte .....	14
Figur 3.4	Mannlige leger, fordelt på alder og helsetjenester. 2016. Sysselsatte .....	14
Figur 3.5	Kvinnelige leger med og uten spesialitet, fordelt på alder, i Norge. 2016. Sysselsatte .....	15
Figur 3.6	Mannlige leger med og uten spesialitet, fordelt på alder. I Norge. 2016. Sysselsatte. ....	16
Figur 3.7	Leger, fordelt på utdannet i Norge eller utlandet og nasjonalitet. 2016. Sysselsatte. ....	16
Figur 3.8	Leger i Norge etter utdanningsland, fordelt på helsetjenester. 2016. Sysselsatte .....	17
Figur 3.9	Leger utenfor arbeidslivet, fordelt på aktiviteter/ytelser. 67 år eller yngre. 2016. Antall.....	18
Figur 4.1	Leger ferdigutdannet i 2005, fordelt på utdanningsland og kjønn. Antall .....	19
Figur 4.2	Leger ferdigutdannet i utlandet i 2005, fordelt på utvalgte utdanningsland og kjønn. Antall .....	19
Figur 4.3	Leger ferdigutdannet i 2005, i jobb i 2008, 2012 og 2016, fordelt på utdanningsland og kjønn. Andel.....	20
Figur 4.4	Leger ferdigutdannet i Norge i 2005 som jobber i spesialisthelsetjenesten. Fordelt på kjønn, utdanningsland og arbeidsår. Andel.....	21
Figur 4.5	Leger ferdigutdannet i 2005, fordelt på spesialistutdanning og kjønn. Andel .	21
Figur 4.6	Leger ferdigutdannet i Norge i 2005, fordelt på fylke og arbeidsår. Andel .....	22
Figur 4.7	Leger ferdigutdannet i utlandet i 2005, fordelt på fylke og arbeidsår. Andel ..	23
Figur 5.1	Leger utdannet i 2005, 2009 og 2013, fordelt på kjønn, utdanningsland og utdanningsår. Antall .....	24
Figur 5.2	Leger utdannet i 2005 og 2013, fordelt på utvalgte utdanningsland og utdanningsår. Antall .....	25
Figur 5.3	Leger ferdigutdannet i 2005, 2009 og 2013 som er i jobb tre år etter endt utdanning, fordelt på utdanningsår og kjønn. Andel.....	25
Figur 5.4	Leger ferdigutdannet i 2005, 2009 og 2013 som jobber i spesialisthelsetjenesten tre år etter endt utdanning, fordelt på utdanningsår og kjønn. Andel .....	26
Figur 5.5	Leger ferdigutdannet i utlandet i 2005 og 2013, fordelt på fylke. Tre år etter utdanningsåret. Andel.....	27

© Statistisk sentralbyrå, 2019

Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

ISBN 978-82-537-9884-4 (trykt)

ISBN 978-82-537-9885-1 (elektronisk)

ISSN 0806-2056