

Vekst i antall leger

Fra 1990 til 2009 har helsetjenesten blitt tilført omtrent 7 400 flere legeårsverk. Antall legeårsverk ved sykehusene har økt mest, med om lag 4 700 årsverk. Tilsvarende har veksten i årsverk for kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern vært henholdsvis 1 400 og 800. Det er blitt flere leger fordi utdanningskapasiteten ved medisinerstudiet er forboblet de siste 20 årene. Samtidig studerer mange norske medisin i utlandet, og vi har fått flere utenlandske leger til Norge.

Helsesektoren omtales ofte i media som en sektor i krise på grunn av manglende ressurser. Nedleggelse av sykehus og sykehusavdelinger er hyppig referert. En kan noen ganger lure på om denne sektoren bygges opp eller ned. Tall fra Statistisk sentralbyrå kan vise til en betydelig vekst når det gjelder legeårsverk (se tekstboks om datagrunnlag og tabell 1).

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har til sammen blitt tilført nesten 400 nye årsverk i snitt hvert år siden 1990 (se tekstboks om definisjon av årsverk). Av disse har om lag 250 av årsverkene gått til somatiske sykehus, knapt 80 årsverk til kommunehelsetjenesten og vel 50 årsverk til institusjoner innenfor psykisk helsevern. De resterende har gått til private spesialister med driftsavtale med et helseforetak eller andre somatiske institusjoner.

Definisjon av årsverk

Årsverk i kommunehelsetjenesten er avtalte årsverk eksklusive ansatte som har permisjon eller sykefravær i mer enn fire måneder.

For spesialisthelsetjenesten er årsverk fra 2008 definert som avtalte årsverk eksklusive permisjoner og legemeldt sykefravær. Dette er et brudd fra tidligere da opplysninger ble innhentet via skjema. Definisjonen på årsverk var da avtalte årsverk eksklusive svangerskapspermisjoner. Årsverk for vikarer i forbindelse med sykdom ble ikke telt med. For legespesialister med driftsavtale er definisjonen av årsverk kun avtalte årsverk.

Helsetjenestens inndeling i kommunehelsetjeneste (primærhelsetjeneste) og spesialisthelsetjeneste

Kommunehelsetjenesten er allmenlegens faglige ansvarsområde og omfatter ordinær legepraksis i kommunehelsetjenesten, helsestasjoner og skolehelsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og annet (miljørettet helsevern, annet forebyggende arbeid, administrasjon). Kommunene har ansvar for å tilby disse tjenestene.

Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske sykehus, andre somatiske institusjoner (rehabilitering og opptreningsinstitusjoner), institusjoner innenfor psykisk helsevern, privatpraktiserende legespesialister med og uten driftsavtale og ambulansetjenester. Tjenesten ledes faglig av lege som i tillegg til medisinsk embetseksamen også har spesialistutdanning.

Staten har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten er organisert i fire regionale helseforetak som igjen er organisert i helseforetak.

Fra 2004 ble spesialisert rusbehandling inkludert i spesialisthelsetjenesten. På grunn av kort tidsserie er ambulansetjenesten og rusbehandling ikke inkludert i tabell 1, men er inkludert i tall som gjelder alle sysselsatte leger (tabell 2 og tabell 3).

I tillegg til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har vi bedriftshelsetjeneste og frittstående laboratorievirksomhet.

Anne Mundal

Datagrunnlag

Vi bruker i hovedsak Statistisk sentralbyrås statistikk for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tall for spesialisthelsetjenesten er fra 2008, og er basert på register for Helse- og sosialpersonell. Dette registeret er igjen basert på flere offentlige registre <http://www.ssb.no/hesospers/>.

Overgangen til registerstatistikk har gjort det vanskeligere å skille ut leger som jobber innen psykisk helsevern. Det betyr at leger som skulle vært med under psykisk helsevern kan komme med under somatiske sykehus.

Statistikk for kommunehelsetjenesten er fra 2008, og er basert på opplysninger fra kommunene.

Andre kilder fra SSB er utdanningsstatistikk, eksamener ved universiteter og høyskoler samt historisk statistikk.

Det er også benyttet andre kilder som det blir referert til i artikkelen.



Anne Mundal er sosialøkonom og rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (anne.mundal@ssb.no)



Tabell 1. Antall årsverk for leger i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. 1990-2009

	1990	1995	2000	2005	2007	2009
I alt	8 898	10 200	12 813	14 644	15 395	16 335
Leger i spesialisthelsetjenesten i alt						
Somatiske sykehus ¹	4 576	5 402	7 073	8 199	8 640	9 290
Andre somatiske institusjoner	21	79	74	84	89	71
Privatpraktiserende legespesialister ²	285	277	546	558	561	572
Institusjoner innenfor psykisk helsevern	742	886	1 141	1 411	1 532	1 581
Privatpraktiserende legespesialister, psykiatri ²	56	56	170	173	177	184
Leger i kommunehelsetjenesten i alt						
Ordinær legepraksis i kommunehelsetjenesten		2 816	3 102	3 502	3 645	3 817
Pleie- og omsorgstjenesten	..	201	230	275	320	383
Helsestasjoner og skolehelsetjenesten	..	213	228	214	207	210
Annen kommunalt lønnet virksomhet	..	271	250	230	224	226

¹ Private sykehus som ikke inngår i en offentlig helseplan, er inkludert fra 1995.

² Omfatter private spesialister som har driftsavtale med et helseforetak. Fra 1998 ble finansieringen av privatpraktiserende spesialister endret, slik at flere inngikk avtale om driftstilskudd fra fylkeskommunene og dermed kom med i statistikkgrunnet.

Kilde: Kommunehelsetjenesten, og Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Denne store økningen i antall leger gjør at blir det stadig færre innbyggere å betjene for hver lege, selv om folketallet også har økt. I 1981 var det om lag 456 innbyggere per lege, mens antallet var sunket til 383 i 1991 og har ytterligere gått ned til 213 i 2009 (se tabell 2). Utviklingen er noe større enn tallene viser, i og med at man før 1991 også inkluderte pensjonerte leger i statistikkgrunnet.

Det at antall leger har økt, førte til at Norge i 2008 hadde høyest legedekning per innbygger av de nordiske landene, og er blant OECD-land med høyest legedekning.

Legens nøkkelrolle

Den sterke veksten i antall leger skyldes at det er stor etterspørsel etter denne profesjonens tjenester.

Profesjon kommer av det latinske ordet *professio*, bekjennelse eller erklæring. Legene bekjenner seg til verdien helse. God helse er svært viktig for folk, og den medisinsktekniske utviklingen skaper stadig nye helsetilbud (Berg 1979).

Kostnadene for den enkelte pasient ved bruk av helsetjenester i Norge er lave fordi utgiftene til helsetjenester i hovedsak blir betalt kollektivt i form av skatter og avgifter, og en mindre del betales av pasienten selv i form av egenandeler.

Legene har fremdeles en nøkkelrolle innenfor helsetjenesten, selv om det har kommet til en rekke andre yrkesgrupper som arbeider med helsetjenester, som sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, radiografer, fysiokjemikere, ergoterapeuter og så videre. I sykehusene er det legene som har hovedansvaret for pasienten og beslutter hvilken behandling som skal gis.

Legenes nøkkelrolle skyldes at de i stor grad bygger sin kunnskap på

egen empirisk forskning, selv om utviklingen i det medisinske faget er nært knyttet til den tekniske utviklingen og til ingeniørene. De andre yrkesgruppene innenfor helsetjenesten må i høy grad fungere på faglige premisser som kommer fra legene (Berg 1979).

Hvor jobber legene?

I alt var det 22 489 sysselsatte leger i Norge ved utgangen av 2009 (se tabell 3). Legene har høy yrkesdeltagelse, så dette utgjorde 21 616 avtalte årsverk fratrukket permisjoner. I underkant av 5 prosent av legene var 67 år eller eldre.

De aller fleste legeårsverkene var knyttet til arbeid med å tilby helsetjenester, 86 prosent. Litt under 5 prosent av årsverkene var knyttet til undervisning, om lag 4 prosent til annen tjenesteyting som aktiviteter i medlemsorganisasjoner, herunder arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner og så videre.

En rekke leger arbeider innenfor forskning, men det er vanskelig på en god måte å få skilt ut antall årsverk som er knyttet kun til forskning, fordi mange leger har kombinerte stillinger hvor både forskning og behandling av pasienter inngår.

Større utdanningskapasitet for leger

Økningen i antall leger de senere årene har vært mulig på grunn av utvidet utdanningskapasitet av medisinerer ved norske universiteter, at flere nordmenn studerer medisin ved utenlandske universiteter, og at mange utenlandske leger har kommet til Norge.

Av bekymring for at det skulle bli for mange leger og dermed ledighet blant legene, gikk antall studieplasser for leger ned på midten av 1980-tallet, og det samme gjaldt antallet norske studenter i utlandet. Det ble antatt at det i årene som kom ikke ville være økonomisk grunnlag til å lønne det antallet leger som ble utdannet (Willumsen mfl. 1982). Den økonomiske veksten ble imidlertid bedre enn først antatt, og vi fikk i stedet mangel på leger.

Tabell 3. Antall sysselsatte leger, antall årsverk eksklusive permisjoner og prosentandel av avtalte årsverk eksklusive permisjoner, etter næring. 2009. Antall og prosent

	Antall sysselsatte leger	Avtalte årsverk ekskl. permisjoner	Prosentandel av avtalte årsverk ekskl. permisjoner
I alt	22 489	21 616	100,0
1 Helse	19 521	18 605	86,1
3 Sosiale tjenester ¹	85	73	0,3
4 Offentlig administrasjon	652	622	2,9
5 Undervisning	939	1 021	4,7
6 Utleie av arbeidskraft	65	56	0,3
7 Tjenesteyting ellers	849	770	3,6
8 Primær- og sekundærtjenester	230	230	1,1
9 Annet	148	234	1,1

¹ Sosiale tjenester inngår barnehager, barneparker, skolefritidsordninger, fritidsklubber for barn og ungdom, arbeidstrening for ordinært arbeidsmarked, sosiale velferdsorganisasjoner og varig vernet arbeid.

Kilde: Helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 2. Antall leger og antall innbyggere per lege. 1900-2009¹

År	Antall leger	Antall innbyggere per lege
1900	890	2 519
1910	1 188	2 012
1920	1 346	1 969
1930	1 770	1 591
1940	2 357	1 265
1950	3 330	985
1960	4 066	884
1970	5 665	686
1981	8 981	456
1991	11 089	383
2000	15 451	290
2005	19 197	240
2008	21 471	221
2009	22 489	213

¹ Fra 1900-1981 omfatter statistikken både yrkesaktive og ikke yrkesaktive leger. For 1991 gjelder tallet kun yrkesaktive medlemmer av Legeforeningen til og med 69 år. Fra 2000 gjelder tallene alle sysselsatte leger.

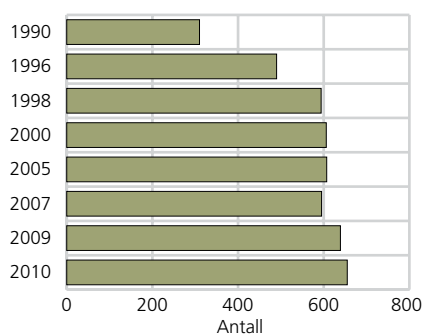
Kilde: Historisk statistikk, og Helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå, Den norske legeforening.

Regulering av legestillinger

Mangelen på leger var særlig merkbar på 1990-tallet. Kommunene og fylkeskommunene etterspurte flere leger enn tilbudet, og antall ubesatte stillinger økte, særlig i distriktene.

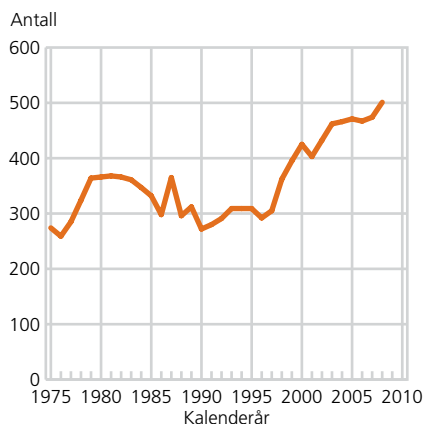
Helsemyndighetene har prøvd å styre utviklingen av nye legestillinger gjennom lover og avtaler. Nye legestillinger i helsevesenet er i prinsippet styrt av sentrale helsemyndigheter som setter årlige rammer for hvor mange stillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Figur 1. Opptak til medisinerstudiet ved norske universiteter. 1990-2010. Antall



Kilde: Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Figur 2. Kandidater som har fullført medisinerstudiet ved norske universitet, etter kalenderår. 1975-2008. Antall



Kilde: Eksamen ved universiteter og høyskoler, Statistisk sentralbyrå.

I løpet av 1990-tallet ble studiekapasiteten for leger derfor økt betydelig. I 1990 var det 310 studieplasser for medisinerstudenter ved norske universiteter, mens antallet var økt til nær 600 i 1998. Studentopptaket holdt seg på dette nivået fram til 2009, da vi igjen fikk en mindre økning i opptaket (se figur 1).

Resultater av økt utdanningskapasitet for leger i Norge ser en først mot slutten av 1990-tallet. Dette er fordi medisinerstudiet er et seksårig studium, og det tar tid før økt utdanningskapasitet resulterer i ferdig utdannede kandidater. I perioden 1990-1998 var antall ferdig utdannede medisinerstudenter om lag 300. Antallet var økt til omkring 360 i 1998, og veksten har fortsatt fram til om lag 500 kandidater i 2008 (se figur 2).

Antall norske medisinerstudenter som studerer i utlandet, har også økt. I skoleåret 1994/1995 hadde totalt 579 studenter støtte fra Statens lånekasse for utdanning for å studere medisin i utlandet. Dette antallet var økt til 1 185 i skoleåret 1997/1998 og ytterligere til 2 750 i 2010/2011. Nå er medisinerstudiet seksårig i land som Lånekassen gir støtte til, så dette betyr om lag 460 studenter per skoleår.

Både kvinnelige og mannlige medisinerere har høy yrkesdeltagelse, ved at de fleste deltar i arbeidslivet (94 prosent) og har høy stillingsprosent. Det har også kommet flere utenlandske leger til Norge. I 2009 var 3 639 leger med utenlandsk statsborgerskap sysselsatt i Norge. Det utgjør 16 prosent av totalt antall sysselsatte leger.

Færrest ledige legestillinger i kommunehelsetjenesten

Helsetjenesten er som før nevnt organisert i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Å tilby primærhelsetjenester er lagt inn under kommunenes ansvarsområde, og allmennlegen har det faglige ansvaret.

Allmennlegen er som regel pasientens første kontakt. Han diagnostiserer, behandler, rehabiliterer og driver forebyggende helsearbeid. Hoveddelen av pasientene mottar all behandling hos allmennlegen, om lag 90 prosent (Norges forskningsråd 2006). Allmennlegen er også «portvakt» til resten av helsetjenesten. Han skal ha bred og generell kunnskap om medisinske tilbud i hele helsetjenesten og kunne sortere ut pasienter som kan ha nytte av å bli henvist til medisinsk spesialist, fysioterapeut, kiropraktor, psykolog og så videre.

Veksten i legeårsverk i kommunene siden 1990 har særlig bedret bemannings-situasjonen i primærhelsetjenesten. I 1999 ble det rapportert 222 ubesatte legeårsverk (kommunehelsetjenesten) Etter innføringen av fastlegeordningen (se tekstboks) ble ubesatte stillinger beregnet på bakgrunn av ledige lister. I 2008 var det 85 ledige lister for fastleger beregnet til 32 årsverk (NAV). Samtidig var flere lister åpne for ny pasienter. Ledige lister er beregnet til å utgjøre 228,5 årsverk.

I 2009 var i alt 4 637 legeårsverk knyttet til kommunehelsetjenesten. De fleste av disse årsverkene var knyttet til ordinær legepraksis i kommunene (82 prosent). Resten var fordelt på pleie- og omsorgstjenesten (383 årsverk), arbeid ved helsestasjoner og skolehelsetjenesten (210 årsverk) og annen kommunal virksomhet som miljørettet helsevern, administrasjon og annet forebyggende helsearbeid (226 årsverk).

Fastlegeordningen

En fastlege skal normalt ikke ha flere enn 2 500 pasienter på sin liste. På den måten sikrer en seg at legen har tid til å ivareta pasientene. Det er anslått at et fullt kurativt årsverk kan behandle om lag 1 500 pasienter. Dersom legen utfører annet kommunalt arbeid, kan legen kreve å få avkortet listen.



Regulering av allmennlegepraksis

Før 1992 kunne leger fritt etablere praksis som allmennlege selv om de ikke hadde avtale med kommunene om driftstilskudd. Legepraksisen ble finansiert ved refusjon fra Rikstrygdeverket og pasientbetaling.

På grunn av overetablering i folkerike kommuner og mangel på leger i distriktene ble denne ordningen endret fra oktober 1992. Den som etablerte seg i privat legepraksis etter dette tidspunktet, uten driftsavtale med kommunen, ville ikke få rett til trygderefusjon. Vedtaket kan i noen grad sees på som et forsøk på å begrense veksten i helt privat legevirksomhet.

Innføring av fastlegeordningen

I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen i 2001 fikk kommunehelsetjenesten et løft og ble tilført rundt 300 nye legeårsverk i løpet av årene 2001 og 2002.

Med fastlegeordningen skulle forholdet mellom lege og pasient være fast, knyttet sammen i et kontraktfestet forhold. Hver innbygger ble knyttet til en lege, og legen fikk en fast liste med pasienter å betjene. Fastlegeordningens intensjon er å bidra til forpliktelse og kontinuitet og bedre tilgjengelighet til legen (Berg 2005).

Pasienten fikk reduserte valgmuligheter og kan kun skifte lege to ganger i året, noe som reduserer mulighetene for «doktorshopping». Samtidig er det vanskeligere for pasienter å få tilgang til en lege som har full liste. Fastlegen skal prioritere sine egne pasienter, og «fremmede» vil oftere bli avvist.

Allmennlegene – ofte selvstendig næringsdrivende

Allmennlegens tilknytning til kommunene varierer. I 2009 var de fleste fastlegene selvstendig næringsdrivende med driftsavtale (74 prosent). Resten var fastlønnet (14 prosent) og midlertidig ansatte som turnuskandidater (9 prosent), og 3 prosent av allmennlegene var selvstendig næringsdrivende uten tilknytning til en kommune (se tabell 4).

Til sammenligning var 51 prosent av legene i kommunehelsetjenesten selvstendig næringsdrivende med driftsavtale og 38 prosent fastlønnet i 1990. Utviklingen viser at ordningen med fast engasjerte leger etter hvert forvitrer. Kommunene inngår i stedet kontrakter med selvstendig næringsdrivende leger.

Tabell 4. Tilknytningsform for allmennlegene i kommunene. 1986-2009¹. Prosentandeler

	Leger med fast lønn	Private leger med driftsavtale	Helt private leger	Turnuskandidater
1986	35	53	4	7
1990	38	51	5	6
1995	29	58	6	6
2000	18	68	7	7
2005	13	76	2	9
2009	14	74	3	9

¹ Fra 2002 er også leger ved sykehjem inkludert i statistikken.

Kilde: Kommunehelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 5. Antall sysselsatte legespesialister¹. 2009

I alt	9 444
Anestesiologi	773
Arbeidsmedisin	219
Barne- og ungdomspsykiatri	215
Barnesykdommer	511
Fysikalsk medisin og rehabilitering	139
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	593
Generell kirurgi	229
Barnekirurgi	16
Gastroenterologisk kirurgi	212
Karkirurgi	90
Thoraxkirurgi	57
Urologi	143
Bryst- og endokrinkirurgi	19
Hud- og veneriske sykdommer	150
Immunologi og transfusjonsmedisin	46
Indremedisin	365
Blodsykdommer	72
Endokrinologi	75
Fordøyelsesykdommer	185
Geriatrici	98
Hjertesykdommer	324
Infeksjonssykdommer	91
Lungesykdommer	163
Nyresykdommer	106
Kjvekekirurgi og munnhulesykdommer	15
Klinisk farmakologi	39
Klinisk nevrofysiologi	30
Medisinsk biokjemi	56
Medisinsk genetikk	34
Medisinsk mikrobiologi	90
Nevrokirurgi	63
Nevrologi	282
Nukleærmedisin	48
Onkologi	169
Ortopedisk kirurgi	461
Patologi	194
Plastikkirurgi	86
Psykiatri	1198
Radiologi	586
Revmatologi	122
Samfunnsmedisin	394
Øre-nese-halssykdommer	305
Øyesykdommer	379
Utgåtte spesialiteter	2

¹ En lege kan ha flere spesialiteter. Her er den nyeste spesialistutdanningen tatt med. Allmenntidmedisinere er ikke inkludert fordi de anses som generalister og ikke spesialister.

Kilde: Register for helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

Spesialisthelsetjenesten i vekst

Medisinske spesialister har det faglige ansvaret for spesialisthelsetjenesten, mens allmennlegen har ansvaret for primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten). For å bli spesialist kreves det i tillegg til medisinsk embetseksamen også spesialistutdanning.

Antall sysselsatte legespesialister har økt fra 6 858 i 2000 til 9 444 i 2009 (se tabell 5), en økning på nesten 38 prosent. I 2009 var 42 prosent av legene spesialister. Om lag 65 prosent av spesialistene var knyttet til institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten, somatiske sykehus, rehabiliterings- og oppretningsinstitusjoner og institusjoner innenfor psykisk helsevern. Nesten 16 prosent av spesialistene var personlig næringsdrivende eller i private foretak. Resten av spesialistene var knyttet til offentlig administrasjon og undervisning (7 prosent), fastleger i kommunene (3 prosent), annen helsetjeneste (4 prosent) og annet (5 prosent).

Den sterke økningen i antall spesialister har ført til færre ledige legestillinger i spesialisthelsetjenesten. Ved utgangen av 1999 var det 361 helt ledige stillinger i spesialisthelsetjenesten (NR). I januar 2010 oppgav de regionale helseforetakene 87 ledige stillinger til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR). Definisjonen av ledige stillinger er stillinger som har vært helt ledige i minst seks måneder. De fleste ledige legestillingene er innenfor psykiatri (50 prosent). I somatikk er det få ledige stillinger innenfor hver spesialitet, unntaket er radiologi med åtte ubesatte stillinger.

Det medisinske faget er spesialisert

Vi har her til lands 44 spesialistutdanninger fordelt på hovedspesialiteter (30) og grenspesialiteter (14) (se tekstboks). En medisinsk spesialistutdanning er knyttet til en avgrenset del av det medisinske fagområdet. Oppsplittingen av det medisinske faget følger av den store kunnskapsutviklingen som har vært innenfor dette faget. Det er i tillegg også mer uformell spesialisering i form subspecialisering og etablering av kompetanseområder hvor det ikke kreves formell utdanning (Den norske legeforening).

De fleste spesialistutdanningene er rettet mot et avgrenset område innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. Til arbeid i psykisk helsevern er det to spesialistutdanninger, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Det er også opprettet spesialistutdanning for allmenntidmedisinere. En spesialist i allmenntidmedisin er ikke spesialist i vanlig forstand, ved at en fordyper seg i en avgrenset del av de medisinske fagene, men kan sees på som en høyt kvalifisert generalist. Denne spesialistutdanningen er heller ikke godkjent i EU. Allmenntidmedisineren vil fremdeles være pasientens første kontakt, og vil eventuelt henvise pasienten videre til spesialisthelsetjenesten.

Helsereformer i spesialisthelsetjenesten

Et problem med spesialisthelsetjenesten har vært for lav behandlingsskapasitet i forhold til etterspørselen. Dette har ført til køer av pasienter som må vente til dels lenge for å få behandling. I tillegg til å tilføre helsepersonell har helsemyndighetene også gjennomført flere reformer for å øke antall behandlinger som utføres.

Reformene går blant annet i retning av å innføre mer markedsliknende forhold i sektoren. Med innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997



ble finansieringen av sykehusene endret fra hovedsakelig rammefinansiering (fast beløp) til en kombinasjon av stykkpris- og rammefinansiering. De økonomiske virkemidlene som her benyttes, er å knytte finansieringen til antall behandlinger som utføres. Dette skal gi incentiver til økt behandling.

I 2001 ble «retten til fritt sykehusvalg» innført. Pasientene kan velge sykehus med ledig behandlingsskapasitet og slippe unødig ventetid, samtidig blir ledig behandlingsskapasitet bedre utnyttet.

For å få bedre styring av somatiske sykehus og institusjoner innenfor psykisk helsevern ble det i 2002 gjennomført organisatoriske endringer. Driftsansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkekommunen til staten i 2002. Spesialisthelsetjenesten ble så organisert i helseforetak med profesjonell ledelse.

27. april 2010 ble samhandlingsreformen vedtatt med den hensikt å gi bedre arbeidsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, kommunene får medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Reformen skal også styrke det forebyggende helsearbeidet. Det skal satses mer på kommunal helsetjeneste og bedre samarbeid mellom kommunene.

Spesialister

En medisinsk spesialitet er en avgrenset del av det medisinske fagområdet. Avgrensningen

er gjort fordi det ansees nødvendig for å oppnå en tilstrekkelig forebygging, diagnostikk og behandling av en gitt sykdomsgruppe. Spesialistutdanningen tar sju-åtte år for hovedspesialitet og ytterligere to år for grenspesialitet (Den norske legeförening).

For hovedspesialiteter er en vesentlig del av utdanningen er uavhengig av andre spesialiteter.

Når det gjelder grenspesialiteter er en vesentlig del av utdanningen avhengig av utdanning i en hovedspesialitet (Den norske legeförening).

De fleste spesialistutdanningene er rettet mot et avgrenset område innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. Til arbeid i psykisk helsevern er det to spesialistutdanninger, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Spesialitetene samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er mer rettet mot grupper av pasienter.

Blir det ledighet blant legene?

Med den sterke veksten i antall leger som vi har hatt de siste årene og færre ledige stillinger i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kan en lure på om vi vil komme til å oppleve en tid med ledighet blant legene.

Statistisk sentralbyrå har arbeidet med framskrivninger av tilbud og etterspørsel etter helse- og sosialpersonell fram mot 2030 ([Texmoen og Stølen 2009](#)). I dette arbeidet har de benyttet modellen (HELSEMOD) hvor det presenteres flere alternativer for hvordan utviklingen på arbeidsmarkedet vil bli. Framskrivningen som det legges mest vekt på i rapporten når det gjelder leger, det såkalte «referansealternativet», vil gi noe overskudd av leger i første del av framskrivningsperioden og en svak underdekning av leger mot 2030.

Dette alternativet vil gi en etterspørselsvekst av leger på om lag 49 prosent. I framskrivningen tar man hensyn til demografiske endringer som følge av eldrebølgen. Det forutsetter en årlig personellvekst (0,5 prosent) som følge av standardheving i sektoren og i opptaket av studenter ved universiteter i inn- og utland, og at fullføringsgrad er forutsatt konstant på nivået som i 2007.

Referanser

Berg, Ole (1979): Medisinens deprofesjonalisering? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 1, 37-41. 1979.

Berg, Ole (2005): Fra politikk til økonomikk, Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*.

Den norske lægeforening (2007): Utredning om spesialistutdanning av leger.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (1999): Årsmelding 1999.

Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR): http://www.helsedirektoratet.no/nasjonalt_rad

NAV (Norsk Arbeid og velferd) http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Annen+statistikk/Helsetjenester/Fastlegeordningen/_attachment/184202?true&_ts=11f37d80d40

Norges forskningsråd (2006): Evaluering av fastlegereformen 2001-2005.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, Database for statistikk om høgere utdanning (DBH). <http://dbh.nsd.uib.no/statistikk/>

Statens lånekasse for utdanning. <http://www.lanekassen.no/>

Texmoen I, Stølen NM (2009): *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008*, Rapport nr. 9, 2009, Statistisk sentralbyrå.

Willunmsen E, Grundt J, Kjeldberg A, Sletner IJ, Syrrist O-P, Haugeb Ø. (1982): Utdanningskapasiteten for leger og fysioterapeuter. Sosialdepartementet. 1982.

Litteratur

Berg, Ole (1987): Medisinens logikk, studier i medisins sosiologi og politikk, Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedepartementet (1999): *Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001: Rett person på rett plass*, 3. utgave.

Den norske legeforening (1973): Retningslinjer for opprettelse av nye spesialiteter og grensespesialiteter, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, Nr. 9, 1973.

Skoglund, E. og A. Taraldset (2000): Legemarkedet i Norden 1980-2000, *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, Nr. 17, 2000.

Skoglund E. (2002b): Legers spesialistutdanning: et historisk tilbakeblikk, *Ylforum*, 2002; nr. 10: 14-7.

