

Evaluering av det lovbaserte
legefordelingssystemet i Norge i
perioden 1999 til 2013

Inger Elisabeth Østraat

Master of Public Health

MPH 2014:37



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Evaluering av det lovbaserte legefordingssystemet i Norge i perioden 1999 til 2013

© Nordic School of Public Health NHV

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-982282-2-9



Master of Public Health

– Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Evaluering av det lovbaserte legefordingssystemet i Norge i perioden 1999 til 2013				
Författare Inger Elisabeth Østraat				
Författarens befattning och adress Seniorrådgiver Helsedirektoratet, divisjon Primærhelsetjenester, avdeling Utdanning og personell Universitetsgaten 2, 0164 Oslo				
Datum då examensarbetet godkändes 12.11.2014			Handledare NHV/Extern Dosent Evastina Björk	
Antal sidor 62	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk og engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-982282-2-9

Sammanfattning

Formål: Hensikten med studien er å undersøke hvilken effekt det lovbaserte legefordingssystemet, som var aktivt i Norge fra 1.1.1999 til 30.6.2013, har hatt, og hvordan ordningen har påvirket utviklingen i legestillinger i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Norge. Studien kan gi myndighetene et bedre kunnskapsgrunnlag om statlig regulering av legestillinger.

Metode: Forsknings spørsmålene er i hovedsak belyst gjennom kvantitative deskriptive analyser av registerdata og tilgjengelig statistikk. Saksdokumenter og vedtak om tildeling av legestillinger er gjennomgått, og det er gjennomført en kvalitativ analyse av bakgrunnsdokumentene ved innføringen av ordningen.

Den teoretiske rammen for studien er folkehelsearbeid, organisasjonsteori og resultatkjeden som et styringsverktøy ved gjennomføring av evalueringer.

Resultat: Studien viser at nye legestillinger i primærhelsetjenesten har vært prioritert i hele perioden. Dette kan ha bidratt til å redusere sosiale ulikheter i helse. Antall ubesatte legestillinger er i perioden 1.1.1999 til 30.6.2013 redusert til under 1 % av alle legestillinger, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I samme periode økte antall utdanningsstillinger for leger i spesialisering med 36 %. I alt 54 % av alle nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten er gitt innen nasjonale satsningsområder og prioriterte spesialiteter. Av de nordiske landene har Norge hatt høyest økningen i legedekning pr 1 000 innbyggere i allmennlegetjenesten.

Konklusjon: Studien viser at den statlige reguleringen av nye legestillinger har hatt en effekt, og at et målrettet reguleringssystem kan være et godt administrativt virkemiddel for nasjonal legefording og geografisk fordeling av leger. God forankring og bred deltaking er suksesskriterier.

Nyckelord

evaluering, lovbasert reguleringsordning, legestillinger, legefording, legestillingsregister



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Evaluation of the government-regulated physician distribution system in Norway, 1999–2013				
Author Inger Elisabeth Østraat				
Author's position and address Senior Adviser Norwegian Directorate of Health, Division for Primary Health Care Services, Department of Education and Personnel, Universitetsgaten 2, 0164 Oslo				
Date of approval 12.11.2014		Supervisor NHV/External Docent Evastina Björk		
No. of pages 62	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian and English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-982282-2-9

Abstract

Purpose: This study aimed to investigate the effect of the legally based system for allocating new positions for physicians under a policy that was in effect in Norway between 1 January 1999 and 30 June 2013. The study also aimed to increase understanding of a government-regulated physician distribution system.

Method: The primary methodology involved using quantitative descriptive analysis to review registry data and available statistics. Case documents and decisions related to the allocation of physician positions, and case and policy documents related to the original justification for the government-regulated physician distribution system were also reviewed. The theoretical thesis and framework for this study is public health, organization theory, and the "result chain" as a management tool for executing evaluations and deliberations.

Result: The results of the study show that vacant positions for physicians, both primary and specialists, decreased to less than 1% during the study period. During this same time period, 54% of all new hospital positions were assigned a priority specialty. Positions for specialist education increased 36%. Among the Nordic countries, Norway had the highest increase in coverage by primary care physicians per 1,000 capita during the past 15 years.

Conclusion: The government-regulated physician distribution system in Norway has been effective. Robustness, consensus building, and broad participation are key conditions and ingredients in the recipe for success.

Key words

evaluation, government regulated physician distribution system, physician positions, distribution of physicians, physician position-register, medical and surgical specialists.

INNHOOLD

1	INNLEDNING	5
2	BAKGRUNN	5
2.1	Folkehelseperspektivet	5
2.2	Nordisk perspektiv	9
2.3	Rammebetingelser	11
2.4	Tidligere forskning	14
3	PROBLEMFORMULERING OG FORMÅL	15
3.1	Problemformulering	15
3.2	Formål	15
4	TEORETISK RAMMEVERK	15
4.1	Folkehelse og folkehelsearbeid	15
4.2	Health promotion	16
4.3	Equity-begrepet og sosiale ulikheter	17
4.4	Participation-begrepet og innflytelse på beslutninger	18
4.5	Organisasjonsteoretisk perspektiv	18
4.6	Evalueringsverktøy	20
4.7	Resultatkjeden	20
5	METODISK TILNÆRMING OG GJENNOMFØRING	21
5.1	Design	21
5.2	Datagrunnlag	23
5.3	Etiske og juridiske forhold	23
5.4	Definisjon av begreper	23
5.5	Analysemetode	24
5.6	Fremgangsmåte for hvert av forskningsspørsmålene	24
5.7	Reliabilitet	26
6	RESULTAT	27
6.1	Det første forskningsspørsmålet	27
6.2	Det andre forskningsspørsmålet	31
6.3	Det tredje forskningsspørsmålet	34
6.4	Reliabilitetstest av funnene i studien med andre databaser	36
7	DISKUSJON	38
7.1	Valg av metode	38
7.2	Analysen	39
7.3	Resultatene fra studien	39
8	KONKLUSJON	43
9	TAKK	44
10	REFERANSELISTE	45
11	VEDLEGGSOVERSIKT	51

1 INNLEDNING

Penger og personell blir ofte omtalt som helsesektorens viktigste innsatsfaktorer. Begge er en begrenset ressurs, som krever rett prioritering og rettferdig fordeling. Penger kan imidlertid skaffes til veie ved omfordeling av ressurser, mens det kan ta mange år å utdanne helsepersonell med rett kunnskap og kompetanse.

I Norge har et betydelig antall ledige legestillinger, de fleste i geografiske utkantstrøk og i små og sårbare spesialiteter, vært et stort problem i flere tiår. Lik tilgang på helsetjenester er et politisk mål (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). God fordeling av legestillinger er en av forutsetningene for å nå dette målet. Ulike regulerings-, rekrutterings- og stimulerings tiltak har vært gjennomført (Skoglund, Taraldset 2000, Skaset 2006, Brenne 2007). Ved utgangen av 1998 var det ca 200 ledige stillinger av ca 3 700 legestillinger i primærhelsetjenesten og ca 600 ledige stillinger av ca 9 000 legestillinger i spesialisthelsetjenesten (Skoglund, Taraldset 2000).

Fra 1.1.1999 ble det innført en ny lovbasert ordning for regulering av legemarkedet (Odelstingsproposisjon nr 4 (1998-99) 1998). Etter denne legeforderingsordningen skulle Sosial- og helsedepartementet fastsette årlige kvoter for nye legestillinger/-hjemler innen primær- og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, Spesialisthelsetjenesteloven 1999). Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (Nasjonalt råd) skulle gi departementet råd om kvotefordelingen.

Denne statlige reguleringen av legestillingene ble avvirket fra 1.7.2013. Helse- og omsorgsdepartementet angir i sin begrunnelse for avviklingen at de vil benytte andre og mer tidsriktige styringstiltak for å påse at legeressursene kommer hele landet til gode (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Legestillingsregisteret (LSR), som er et nytt elektronisk verktøy for å monitorere og analysere legestillingene, er utviklet for å følge med på utviklingen (Helsedirektoratet 2013).

Denne studien belyser utviklingen i antall legestillinger og evaluerer måloppnåelsen og forvaltningen av den lovbaserte legeforderingsordningen i Norge i perioden 1999 til 2013. Som tidligere ansatt i sekretariatet for Nasjonalt råd og student ved NHV er det interessant å se på hvilken effekt denne ordningen har hatt i forhold til de ønskede mål for ordningen, og om ordningen kan ha bidratt til å redusere sosiale ulikheter i helse.

2 BAKGRUNN

2.1 Folkehelseperspektivet

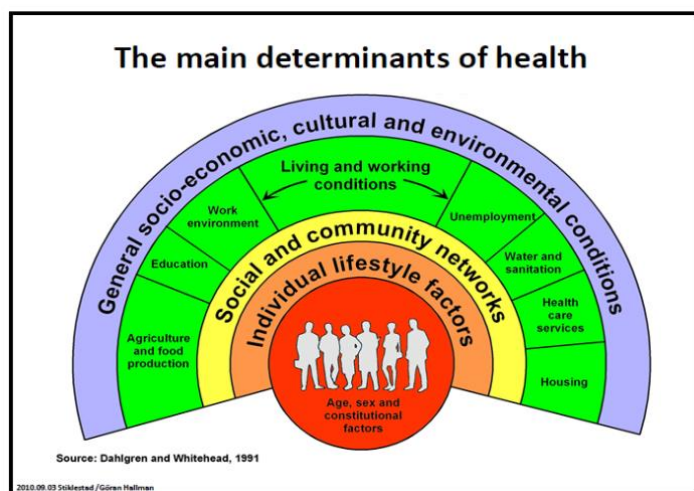
Dette kapitlet belyser folkehelseperspektivet i studien. Mange vil nok ikke tenke på legemangel som et direkte folkehelseproblem, siden behandling av sykdom ligger utenfor folkehelsebegrepet. Det er likevel sider ved legenes arbeid som faller innenfor, og dette vil omtales nærmere i kapittel 2.1.3. På 1800-tallet og på begynnelsen av 1900-tallet, da smittsomme sykdommer herjet og dårlige sanitærforhold forurenset folks drikkevann, var distriktslegene viktige forkjempere i folkehelsearbeidet (Skaset 2006). I

dag har sykdomsbildet endret seg, og folkehelsearbeidet har fått et bredere perspektiv. Dette er presentert i kapittel 2.1.1. I kapittel 2.1.2 presenteres relevante sider ved den norske folkehelsepolitikken. Legenes rolle i folkehelsearbeidet er presentert i kapittel 2.1.3, og i kapittel 2.1.4 beskrives legemangel og helsepersonellutfordringen i et internasjonalt perspektiv.

2.1.1 Grunnlaget for folkehelsearbeidet

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerte i 1946 folkehelsearbeid som noe mer enn å forbygge sykdommer (WHO 1946). Gjennom Alma Ata-deklarasjonen fra 1978 fastsatte WHO at folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelse (Alma Ata-deklarasjonen 1978). WHO's Ottawa Charter om helsefremmende arbeid fra 1986 stadfestet at folkehelsearbeidet er et ansvar for flere samfunnssektorer, samt at det er behov for å tilpasse helsetjenestene i en mer helsefremmende retning (WHO 2009).

Figur 1 illustrerer hvordan individuelle faktorer og samfunnsmessige forhold på ulike nivå påvirker befolkningens helse (Dahlgren, Whitehead 2007). Organisering og struktur på samfunnet, miljø, bo- og arbeidsforhold, sosiale nettverk og egne levevaner er faktorer som påvirker helsen i større eller mindre grad, enten som risikofaktorer eller som beskyttelsesfaktorer.



Figur 1. De ulike faktorer som påvirker helsen (Dahlgren, Whitehead 2007).

Av figur 1 fremgår det at helsetjenesten bare er en av en rekke påvirkningsfaktorer for helse. Mange sentrale virkemidler for å fremme folkehelsen ligger utenfor helsesektoren, og helsetjenestens bidrag til folkehelsearbeidet er således begrenset. Noen viktige bidrag er miljørettet helsevern, samfunnsplanlegging og forskning. Innenfor rammene av hva helsetjenesten kan bidra med i folkehelsearbeidet, er helsepersonell sentrale bidragsyttere, særlig legene med deres spesielle kunnskaper om sykdomsmekanismer og helsetjenester (NOU nr 18 1998).

Folkehelsearbeidet handler om hvordan samfunnet kan tilrettelegge for at befolkningens helse blir så god som mulig. Investeringer i helsefremmende innsatser i dag, innenfor alle samfunnsområder, kan skape bedre helse og livskvalitet for befolkningen på lengre sikt (Melding til Stortinget nr 34 (2012-2013) 2013). Dette innebærer å styrke de verdier som gir befolkningen og individer mulighet for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og livssituasjon, slik at det blir enklere for befolkningen og enkeltindivider å ta de rette valg for egen helse (NOU nr 18 1998).

Forskning viser at sosioøkonomiske forhold har stor betydning for helsen. Helsen følger en sosial gradient, hvor den gradvis forbedres ved høyere økonomisk og sosial posisjon i samfunnet (Marmot 2004).

Det er ingen enhetlig forklaring på hvorfor sosiale ulikheter i helse oppstår. Noen legger vekt på livsstil og helseatferd, andre legger mer vekt på grunnleggende sosiale og psykososiale forhold. Det synes imidlertid å være enighet om at årsakene langt på vei må søkes i et komplekst samspill mellom ulike faktorer, og at ingen enkel forklaring i seg selv er tilstrekkelig (Dahl, Bergsli et al. 2014).

2.1.2 Norsk folkehelsepolitikk

Regjeringen Stoltenberg II fremmet sine mål og prioriteringer for det nasjonale folkehelsearbeidet i Folkehelsemeldingen, God helse - felles ansvar (Melding til Stortinget nr 34 (2012-2013) 2013). For å nå målene skal det benyttes virkemidler fra alle samfunnsområder. De overordnede målene er:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og reduserte sosiale helseforskjeller
- vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Staten er tillagt ansvaret med å identifisere folkehelseutfordringer gjennom å følge utviklingen i befolkningens helsetilstand og de faktorer som påvirker folkehelsen (Folkehelseloven 2011). De tre viktigste rollene for helse- og omsorgstjenesten er i følge Folkehelsemeldingen:

- forebygging som en integrert del av helse- og omsorgstilbudet
- helsekontroller, helseopplysning og livsstilsendring, opplysning, råd og veiledning for å forebygge sosiale problemer
- støtte til det tverrsektorielle arbeidet gjennom oversikt og kunnskap om helseutfordringer, årsakssammenhenger og tiltak

Dette er i samsvar med Samhandlingsreformen hvor målet er at innsatsen skal settes inn tidligere, enten i form av forebyggende tiltak eller tidlig behandling (Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) 2009). Helse- og omsorgstjenestens ansvar er understreket i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og folkehelseloven. I tillegg har spesialisthelsetjenesten et ansvar for kunnskaps- og kompetanseutvikling i samarbeid med kommuner og andre samarbeidspartnere (Spesialisthelsetjenesteloven 1999, Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, Folkehelseloven 2011).

I tillegg bidrar Norge til at vi kan nå WHO's globale mål for en bedre folkehelse, bl.a. målet om forebygging av livsstilssykdommer (Melding til Stortinget nr 34 (2012-2013) 2013), og WHO Europas mål om å redusere «helsegapet» mellom sosioøkonomiske grupper innen medlemsland med minst en fjerdedel (Giæver 2013).

2.1.3 Legenes rolle i folkehelsearbeidet

Gode medisinskfaglige råd er viktige forutsetninger, og danner grunnlaget for samspillet mellom politikk, administrasjon, organisasjoner og frivillig sektor (NOU nr 18 1998). Legene bidrar med forskningsbasert kunnskap på fagfeltet, og bidrar sterkt til politikkutformingen på folkehelsefeltet ved at de innehar betydelige posisjoner i helsesystemene verden over (Nylenna, Larsen 2004).

Tradisjonelt har legers folkehelsearbeid vært drevet frem av spesialister i samfunnsmedisin og arbeidsmedisin, mens allmennlegene har hatt ansvaret for det kurative legearbeidet. Dette er i endring. Med sin lokalkunnskap om befolkningen og lokalmiljøet kan fastlegene og kommunelegene bidra til å styrke folkehelseperspektivet i samfunnsplanleggingen og øke individrettet forebyggende arbeid. Både gjennom Samhandlingsreformen og i Folkehelsemeldingen er det forventet at fastlegene skal ha en mer aktiv rolle i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet (Melding til Stortinget nr 34 (2012-2013) 2013, Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) 2009).

Fastlegen har en gunstig posisjon i forhold til å kunne avdekke livsstilsproblemer, gi oppfølging og behandling. Forskning viser at tidlig intervensjon kan hindre sykdomsutvikling og dårlig helse for enkeltindivider (Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) 2009, Starfield, Shi et al. 2005). Etter fastlegeforskriften § 20 har fastlegen ansvaret for å tilby forebyggende tiltak til personer med betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt (Fastlegeforskriften 2012).

En rapport fra Statens helsetilsyn viser at fastlegene prioriterer kurativt arbeid framfor folkehelsearbeid (Statens helsetilsyn 2003:8). I områder med dårlig legedekning vil helsetjenesten sannsynligvis ikke ha tilstrekkelig fokus på forebygging.

Andre leger som er viktige bidragsytere i folkehelsearbeidet er spesialister i arbeidsmedisin, medisinsk mikrobiologi og psykiatri. Arbeidsmedisinere har god kunnskap om arbeidsmiljøforhold og arbeidsmiljøets virkning på kroppen. Spesialister i medisinsk mikrobiologi analyserer prøver fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesialister i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri er gode støttespillere for fastlegene i forbindelse med tidlig intervensjon ved psykisk sykdom hos barn og voksne.

Pr 16. juni 2014 var det registrert 23 051 leger i Den norske legeforenings medlemsregister. Av disse var 3 % tilknyttet foreningen for samfunnsmedisinsk arbeid og 23 % tilknyttet allmenlegeforeningen. Dette viser at andelen leger med folkehelsearbeid som hovedarbeidsområde er svært lav, men at potensialet er betydelig større dersom allmennlegene får en mer aktiv rolle i folkehelsearbeidet.

2.1.4 Helsepersonellutfordringen i et globalt perspektiv

Et velfungerende helsevesen er avhengig av et tilstrekkelig antall helsearbeidere. Helsepersonellens kompetanse og egnethet utgjør grunnlaget for vekst og utvikling av tjenestene. Med svake nasjonale helsesystemer klarer ikke fattige land å forhindre migrasjon eller gjennomføre nødvendige endringer for å snu den vanskelige situasjonen. Et tilstrekkelig antall helsearbeidere er ifølge WHO helt nødvendig for å nå FNs tusenårsmål knyttet til helse (Helsedirektoratet 2007).

The World Health Report 2006 viser at det mangler ca 4,3 millioner helsearbeidere (leger, sykepleiere og jordmødre) på verdensbasis. Dette rammer utviklingsland hardest. Afrika har 25 % av sykdomsbyrden i verden, men bare 3 % av verdens helsearbeidere. I 2004 hadde land som Malawi og Mali henholdsvis 0,02 og 0,08 leger og 0,49 og 0,59 sykepleiere pr 1 000 innbyggere. WHO har anslått at et land trenger om lag 2,5 leger, sykepleiere og jordmødre pr 1 000 innbyggere (The World Health Report 2006, Hongoro, McPake 2004). Til sammenligning har Norge mer enn 20 000 leger og 120 000 sykepleiere på en befolkning på ca fem millioner. Sett i et globalt perspektiv er det ingen legemangel i Norge - kun dårlig fordeling (Hagen 1996).

Økt globalisering gir økt mobilitet. Mennesker fra fattige områder vil ofte søke seg til en bedre hverdag i en rikere del av verden (St.meld. nr 13 (2008-2009) 2009). Dette forholdet styres av en rekke push- og pullfaktorer. For fattige land er denne migrasjonsstrømmen nesten utelukkende negativ. Den Afrikanske Unionen har beregnet en utdanningskostnad på 500 millioner dollar pr år for helsepersonellet som migrerer til rikere land. Samtidig kan tidsbegrenset migrasjon gi visse gevinster, ved at migranter tar med hjem den kunnskapen de tilegner seg ute (De Vreyer, Gubert et al. 2010).

WHOs globale kode for praktisering av internasjonal rekruttering av helsepersonell ble vedtatt under Verdens helseforsamling i 2010 (Taylor, Hwenda et al. 2011). Formålet med koden er å medvirke til at rike land ikke bidrar til aktiv rekruttering fra fattige land, eller fra land som selv rekrutterer fra fattige land. Dette anses som uetisk. I rapporten "Utdanne nok og utnytte godt" gis det forslag til hvordan Norge kan være mer selvforsynt med helsepersonell (Helsedirektoratet 2009).

Innen EU derimot, er det lagt til rette for et felles arbeidsmarked, og dette er en ønsket migrasjonspolitikk. Norge er knyttet til EUs indre marked gjennom EØS-avtalen. EU-direktiv 36/2005 om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner gir helsepersonell med utdanning fra et EU-land, rettigheter til å få sine yrkeskvalifikasjoner godkjent i et annet EU/EØS-land, herunder Norge (EU-direktiv 36/2005 2007).

2.2 Nordisk perspektiv

Den nordiske velferdsmodellen kjennetegnes ved sine kjerneverdier og universelle ordninger. Hvordan disse verdiene utfordres ved en økende grad av privatisering blir omtalt i kapittel 2.2.2. De nordiske landene har hatt mange av de samme utfordringene

når deg gjelder underskudd på leger, men har taklet dem på ulike måter. Dette omtales i kapittel 2.2.1. Landene har inngått avtaler som gjør godkjenningssprosessene enklere for leger som ønsker å jobbe i et annet nordisk land enn det landet de er utdannet i.

2.2.1 Tilbud og etterspørsel etter leger i de nordiske land

Befolkningsmønster og helsepolitikk har påvirket utformingen av legetjenestene i de nordiske land. I Norge, Danmark, Finland og Sverige har man hatt som mål å bedre allmennlegedekningen. Norge og Danmark har begge en velfungerende fastlegeordning. I Sverige har «vårdsentralene» et samlet ansvar for allmennlegetjenesten til befolkningen i et avgrenset område. Finland er det landet som har satset mest på utbygging av allmennlegetjenesten, hvor også spesialutdannede sykepleiere har en sentral rolle, ettersom legemangel har vært et stort problem også i Finland (Kokko 2009). Sverige trenger 450 nye allmennleger for å komme opp på et ønsket nivå med 1500 innbyggere pr allmennlege (Sveriges läkarförbund 2013). Bare Island har en dårligere allmennlegedekning enn Sverige. Forholdene på Island kan ikke sammenlignes direkte med de øvrige nordiske land. De har ingen fastlegeordning, men en svært god spesialistlegedekning, og befolkningen kan fritt velge om de vil konsultere en spesialist eller en allmennlege.

I Norden har man siden 1981 hatt en felles nordisk overenskomst om gjensidig godkjenning av helsepersonell. Denne ble etablert for å forenkle autorisasjonsprosessen for helsearbeidere innen de nordiske land (Nordisk Ministerråd 1998).

Legearbeidsmarkedet i Norden har i flere tiår blitt overvåket og analysert av Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (SNAPS). 2010-prognosen viser at de fleste nordiske land vil få et legeunderskudd i nærmeste fremtid (SNAPS-rapport 2010).

Skoglund og Taraldset beskriver hvordan legedekningen har endret seg i de nordiske landene i årene 1980 til 2000, og belyser de forhold som førte til redusert studiekapasitet på 1980-tallet (Skoglund, Taraldset 2000). De argumenterer for at prognosene fra 1980-årene slo feil fordi de utelukkende var bygget på økonomiske metoder og økonomiske rammer, og syntes å ha undervurdert helsemessige behov, helsepolitiske normer og trendfremskrivning. På 1990-tallet ble det iverksatt ulike tiltak for å bedre den problematiske legesituasjonen i Norden, blant annet økt opptak til studiene og økt arbeidsinnvandring. Det var bare i Norge at det ble innført en sterk sentral regulering av legestillingene. I de øvrige landene har det stort sett vært overlatt til sykehuseierne (amtene, landstingene) å styre utviklingen i legestillinger, det vil si markedsstyring innenfor økonomiske rammer (Skoglund, Taraldset 2000).

I Norge brukes modellen HELSEMOD for å gjøre beregninger av det framtidige arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell. Modellen er utarbeidet av Statistisk Sentralbyrå (SSB). Det er utarbeidet fire scenarioer etter ulike forventninger om sysselsetting, arbeidskapasitet, utdanningskapasitet og dødelighet. Alle fire scenarioer viser en tilfredsstillende tilgang på leger på kort sikt. For referansebanen, som er den

mest sannsynlige, forventes en svak underbalanse på 350 leger mot 2030. For de tre andres scenarioene forventes en overbalanse også på lengre sikt (HELSEMOD 2012).

Ved å følge med på de faktorer som påvirker utviklingen i arbeidsmarkedet, både nasjonalt og internasjonalt, kan man regulere utdanningskapasiteten før krisene oppstår. Men selv med gode prognoser, kan det være vanskelig å forutsi utviklingen i det nasjonale arbeidsmarkedet (Nordisk Ministerråd 2006, Skoglund, Taraldset 2000).

2.2.2 Den nordiske velferdsmodellen

Den nordiske velferdsmodellen bygger på kjerneverdier som likhet, rettferdighet, sosial inkludering og økonomisk trygghet for alle. De nordiske helse- og velferdssystemene har vært basert på en felles forståelse av at vi alle subsidierer hverandre gjennom livsløpet for å få dekket de sentrale behov. Alle skal yte etter evne, og alle er potensielle mottakere når et hjelpebehov oppstår (Stamsø 2005).

Fra omkring 1980-årene kom det sterke signaler om at velferdsstaten var blitt for dyr og at Staten hadde en for dominerende rolle. Likevel var det ikke før mot slutten av 1990-tallet at konkurranseutsetting og privatisering kom i gang for alvor. Siden den tid har det vært en rekke reformer og endringsprosesser. Politikken og ideologien har endret seg ved at Staten har fått en mindre aktiv rolle, både når det gjelder styring og tjenesteutføring. Markedskrefter og private løsninger har gradvis fått en større betydning, og et større ansvar for å utføre tjenestene (Dale, Thorsen 2004).

Nordisk Ministerråd har i sitt velferdsforskningsprogram konkludert med at de nordiske landene har en nordisk velferdsmodell som er basert på et felles verdigrunnlag, selv om landene fører forskjellig velferdspolitik og har ulike strategier for å håndtere velferdsutfordringene (Nordisk Ministerråd 2006). Danmark har gått lenger enn de øvrige landene i å innlemme privat sektor i utføring av tjenester. På Island er tilgang til velferdsordninger i stor grad basert på arbeidsdeltakelse. Finland har en stor frivillig sektor, mens i Norge har velferdstjenester i stor grad vært både styrt og drevet av offentlig sektor. Den nordiske velferdsmodellen står ved et veiskille. Landene må forberede seg på økende utfordringer i forhold til kjerneverdiene i velferdsmodellen. Idealene om likhet og universelle ordninger kan bli svekket, og det kan bli innført mer forsikringsordninger, behovsprøvde ordninger, og individualiserte ordninger. Politikernes evne til å håndtere situasjonen, og deres evne til fornyelse og innovasjon, vil være avgjørende for hvor de nordiske land vil stå internasjonalt om en tiårs tid. Det pekes på tre hovedutfordringer; utviklingen i den globale økonomien, ideologien som hinder for innovasjon, og marginalisering og ekskludering (Nordisk Ministerråd 2006).

2.3 Rammebetingelser

Kapitlet om rammebetingelser viser hvordan det norske helsesystemet har endret seg de sist 15 årene. Mange av disse endringene har hatt en direkte eller indirekte betydning for legefordelingen. Dette er vist i kapittel 2.3.1. Kapittel 2.3.2 beskriver tidligere

reguleringsordninger, med omtale av det avtalebaserte legefordingssystemet gjennom ULS-avtalene. I kapittel 2.3.3 er det beskrevet hvordan Nasjonalt råd i perioden 1.1 1999 til 30.6.2013 forvaltet det lovbaserte legefordingssystemet på delegert myndighet fra departementet.

2.3.1 Det norske helsesystemet

Spesialisthelsetjenesten i Norge er inndelt i fire helseregioner: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst, som ble slått sammen av Helse Sør og Helse Øst i 2007. I hver helseregion er det et regionalt helseforetak (RHF) med flere underliggende helseforetak (HF) som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i regionen.

Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten, som omfatter: fastlegeordningen, kommunal legevakt, skolehelsetjeneste, helsestasjonsvirksomhet, fengselshelsetjeneste, sykehjemstjenesten, miljørettet helsevern og samfunnsmedisinsk arbeid. Tjenestene utføres enten av fastleger som en del av deres offentlige legearbeid, eller av fast ansatte leger.

Etter 1999 har flere store helsereformer påvirket etterspørselen etter leger og legestillinger, og en god fordeling av legeressursene mellom de to nivåene i helsetjenesten, er fortsatt en sentral utfordring (Melding til Stortinget nr 16 (2010-2011) 2011). I 2001 trådte nye helselover i kraft, bl.a. spesialisthelsetjenesteloven og lov om pasientrettigheter, med store forventninger til spesialisthelsetjenesten. (Spesialisthelsetjenesteloven 1999, Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Samme år ble fastlegeordningen innført noe som førte til et behov for nye fastlegestillinger (Odelstingsproposisjon nr 99 (1998-99)). I 2002 ble det gjennomført både en forvaltningsreform (Stortingsproposisjon nr 84 (2000-2001) 2001) og en sykehusreform (Odelstingsproposisjon nr 66 (2000-2001) 2001). Eierskapet for sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til Staten gjennom RHFene. For å få mer helhetstenkning og samarbeid mellom de to nivåene i helsetjenesten, kom Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen i 2009 (Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) 2009), som stiller ytterligere krav til legetjenestene i kommunene. Den ble iverksatt i 2012 sammen med ny folkehelselov og ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov (Folkehelseloven 2011, Helse- og omsorgstjenesteloven 2011).

2.3.2 Historikk om legemangel og legeregulering i Norge

Legemangelen som preget den norske helsetjenesten i flere tiår, rammet først og fremst distrikts- og utkantstrøk i Nord-Norge og på Vestlandet. Av totalt nærmere 12 800 legeårsverk var det pr 31.12.1998 ca 220 ledige stillinger i primærhelsetjenesten og ca 600 ledige stillinger i spesialisthelsetjenesten. Ulike stimulerings- og legeregulerings tiltak har vært forsøkt for å bedre legedekningen i de berørte områdene og for å sikre en bedre legefording (Skoglund 2013, Skaset 2006). Fra slutten av 1980-tallet ble fordeling av nye legestillinger administrert av et partssammensatt utvalg for stillingsstruktur og legefording (ULS).

ULS forvaltet Legefordelingsavtalen (1989-1998), som hadde som formål å bedre legedekningen i utkantstrøk, og Stillingsstrukturavtalen (1985-1998), som hadde som formål å sikre nødvendig utdanningskapasitet og sørge for en god geografisk fordeling av legespesialister. Stillingsstrukturavtalen regulerte også legers tilsetning i utdanningsstillinger og organiseringen av legers spesialistutdanning. Partene i ULS var Kommunenes Sentralforbund (KS), Oslo kommune, Staten og Den norske legeforening (Dnlf). Disse representerte arbeidstakerne og arbeidsgiverne i legemarkedet. I motsetning til Nasjonalt råd hadde ULS en mye svakere organisatorisk forankring i byråkratiet og i fagmiljøet.

Avtalene ble oppsagt av KS og Oslo kommune med virkning fra 1.1.1999. Begrunnelsen var at ordningen ikke ble tilstrekkelig respektert, og at det ble opprettet stillinger som ikke var godkjent av ULS.

Oppsigelsen førte til at departementet måtte finne nye løsninger for regulering av legemarkedet. I Odelstingsproposisjon nr 4 (1998 – 1999) foreslo Sosial- og helsedepartementet en ny nasjonal reguleringsordning. Gjennom endringer i kommunehelsetjenesteloven og sykehusloven ble det lovfestet at departementet skulle godkjenne opprettelse av alle nye offentlige legestillinger. Ordningen skulle omfatte all medisinsk virksomhet regulert i de to lovene, samt private sykehus og institusjoner som var offentlig finansiert (Odelstingsproposisjon nr 4 (1998-99) 1998, Spesialisthelsetjenesteloven 1999, Helse- og omsorgstjenesteloven 2011).

2.3.3 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling

Forvaltningen av det lovbaserte legefordelingssystemet ble lagt til det nyopprettede Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (forkortet Nasjonalt råd, NR eller Rådet). Vedlegg 2 viser NRs mandat og sammensetning. NR ble nedlagt 1.7.2013 som følge av avviklingen av kvotefordelingssystemet.

NRs hovedoppgave i forbindelse med legefordeling var å gi råd om årlige stillingskvoter til departementet. Legestillingene ble registrert i NR-databasen, som var et nasjonalt register over godkjente overlege- og LiS-stillinger (utdanningsstillinger for spesialistutdanning) i spesialisthelsetjenesten. NR benyttet fastlegeregisteret og annen offisiell statistikk for å holde oversikt over stillinger i primærhelsetjenesten.

Som følge av helsereformene på begynnelsen av 2000-tallet ble NRs sammensetning og mandat evaluert i 2005. Dette ga pasientrepresentantene ett ekstra medlem i Rådet.

I 2006 gjennomførte Riksrevisjonen en undersøkelse av tildelte og faktiske legestillinger ved å sammenligne med data fra Legeforeningens medlemsregister, og fant et mindre avvik. RHFene gjennomførte en internrevisjon for å rydde opp i ulovlighetene, og departementet besluttet at kontrollfunksjonen gjennom NR-databasen måtte forbedres. Det nye Legestillingsregister (LSR) ble tatt i bruk 1.1.2013. I løpet av 2014 er det planlagt at alle lønns- og personalsystemene til helseforetakene (HFene) skal være integrert med LSR.

2.4 Tidligere forskning

Litteratursøk på nettet viser ingen sammenlignbare land som har, eller har hatt, en lovbasert ordning som virkemiddel for reguleringen av legemarkedet. Det er derfor vanskelig å finne tidligere forskningsdata om slike ordninger. Søk på ”Health – personnel – gap – workforce” ga ingen relevante treff.

Litteratursøk på ordet ”legestilling” viste en evaluering av ULS fra 1997 (Buhaug 1997). Buhaug fant at utdanningskapasiteten hadde økt betydelig, og at det var oppnådd en rimelig geografisk fordeling av legestillingene. Antallet ubesatte stillinger hadde økt, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og det var opprettet et større antall ikke godkjente legestillinger. Buhaug fant at ULS-avtalen hadde lav troverdigheten blant brukerne, og ble ikke tilstrekkelig respektert. Det var også smutthull i avtalen. En avgjørende svakhet ved ordningen var at ULSsekretariatet manglet virkemidler for å sanksjonere ved brudd på avtalen. Sekretariatets organisatoriske forankring i Helsetilsynet var heller ikke tilfredsstillende.

Brenne gjennomførte i 2007 en studie av hva norske myndigheter kan gjøre for å oppnå en bedre geografisk fordeling av leger i primærhelsetjenesten (Brenne 2007). I studien introduserte han et teoretisk rammeverk for å analysere legemarkedet og den geografiske fordelingen av leger. Han påviste fire virkemidler for å nå de politiske mål om å redusere antallet ubesatte legestillinger og bedre den geografiske fordelingen av leger: øke antallet leger (økt utdanningskapasitet), øke upopulære stillingers popularitet, endre legers preferanser og heve statusen for allmennlegestillinger. Hans konklusjon var at det beste tiltaket er å utdanne nok leger, så det blir et stort tilbud av leger, som medfører at noen leger må velge de mindre populære stillingene. Samtidig påpekte han at det er viktig å gjøre disse stillingene mer attraktive. Brenne henviste til flere andre studier som har sett på hvordan stillinger kan bli mer attraktive.

Brenne diskuterte ikke den lovbaserte legefordelingsordning i sin studie, men argumenterte med at ingen av legefordelingsordningene har vært effektive, og viste til evalueringen av ULS og en avisartikkel i Dagens Medisin fra 2006. Brennes studie og denne studien bruker noe av det samme datagrunnlaget, men hans tidsserier er fra 1984/86 til 2004. Det er interessant å merke seg at Brenne ikke drøfter sammenhengen mellom nedgangen i ubesatte stillinger og innføringen av den nye legefordelingsordningen fra 1999.

En gjennomgang av masteroppgaver og doktorgrader ved Nordic School of Public Health (NHV), Universitet i Oslo og Universitet i Bergen viser ingen flere studier enn Brenne sin med direkte relevans for nasjonal legefordeling.

Det er mange studier som viser hva som kan bidra til rekruttering og stimulering av leger i perifere områder, og hva leger vektlegger ved valg av arbeidssted (Ozegowski 2013, Natanzon, Szecsenyi et al. 2010). Flere norske studier har også undersøkt dette temaet (Askildsen, Holmås 2013, Skaset 2006, Skoglund, Taraldset 2000).

3 PROBLEMFORMULERING OG FORMÅL

3.1 Problemformulering

Selv om Norge har en svært god legedekning, er det problemer med rekruttering til legestillinger i geografiske utkantstrøk og i små og mindre populære spesialiteter.

I 1999 ble det innført en lovbasert ordning for regulering av nye legestillinger innen offentlig sektor. Målsettingen for ordningen er beskrevet i lovforarbeidene.

I den offentlige debatten har det blitt reist spørsmål om hvordan ordningen har blitt forvaltet, og i hvilken grad de ulike aktørene har overholdt reguleringsordningen. Det har tilsynelatende blitt færre ubesatte legestillinger, men det er uvisst om den geografiske og spesialitetsmessige fordelingen har blitt bedre. Hva er effekten av denne ordningen, og hvordan har den påvirket legefordelingen i perioden 1999 til 2013?

Følgende forskningsspørsmål er formulert:

1. Hva var den politiske målsettingen med den lovbaserte legefordelingsordningen i Norge, i perioden 1999 til 2013, og i hvilken grad har Nasjonalt råd og departementet fulgt opp denne målsetningen gjennom tildeling av nye legestillinger?
2. Hvordan har utviklingen i legestillinger vært i perioden 1999 til 2013 i forhold til:
 - a) geografisk fordeling
 - b) spesialitetsmessig fordeling
3. Hvordan har utviklingen i legestillinger vært i de øvrige nordiske landene, i perioden 1999 til 2013?

3.2 Formål

Hensikten med studien er å undersøke om den statlige reguleringen av nye legestillinger i primær- og spesialisthelsetjenesten i perioden 1999 til 2013 har innfridd den politiske målsettingen for legefordelingen i Norge.

Studien kan øke kunnskapen om effekten av nasjonal regulering av nye legestillinger, og bidra som kunnskapsgrunnlag for statlige myndigheter og politikere.

4 TEORETISK RAMMEVERK

4.1 Folkehelse og folkehelsearbeid

Folkehelsen betegner befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Folkehelsearbeid er det samfunnet gjør for å fremme befolkningens helse og forebygge faktorer som kan ha en negativ innvirkning på folkehelsen (Folkehelseloven 2011).

Sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid er to ulike perspektiver innen folkehelsearbeidet. Grovt beskrevet bygger sykdomsforebygging på et positivistisk vitenskapssyn som forklarer mennesker og sykdom ut i fra naturvitenskapen, mens helsefremmende arbeid inkluderer de sosiale og samfunnsmessige determinantene, og bygger på et hermeneutisk vitenskapssyn (Schancke 2006).

Skillet mellom den biomedisinske og den sosiale modellen for helse, er først og fremst at den biomedisinske modellen er rettet mot å forebygge og behandle sykdom, mens den sosiale modellen har et salutogent fokus og ser på helse som en ressurs og et produkt av både sosiale, samfunnsmessige og biologiske faktorer (Naidoo, Wills 2011).

Gjennom et godt folkehelsearbeid vil det blant annet være mulig å forebygge livsstilssykdommer (NCD), som er et økende problem i store deler av verden. Ved å jobbe forebyggende og ikke minst helsefremmende kan man øke befolkningens helse og velbefinnende og samtidig spare penger ved at befolkningen blir mindre syke (Starfield, Shi et al. 2005). Hvilken tilnærming man velger, vil ofte være avhengig av hvilken fagbakgrunn man har og hvilken grunntenkning, tradisjon og vitenskapssyn denne bygger på.

Legers primæroppgave er å forbygge og behandle sykdom. Slik var det også da Legefordelingssystemet ble innført i 1999. Innen medisin og epidemiologi er det fortsatt den biomedisinske tilnærmingen til helse som er den rådende, selv om man også søker å benytte sosiale teorier i NCD-arbeidet (McQueen 2013).

I denne studien er det forsøkt å innta et helsefremmende perspektiv som bygger på den sosiale helsemodellen, men ettersom store deler av det medisinske fagmiljøet fortsatt har en biomedisinske tilnærming til helse, må det konstateres at studien både har et sykdomsforebyggende og et helsefremmende perspektiv. Jf. Beatties modell fra 1991 (Naidoo, Wills 2011), er metoden og praksisen som Legefordelingssystemet bygger på både topptungt og ekspertledet. Initiativet kom fra statlig hold og representerer en top-down modell. Samtidig var deltakelse og inkludering et viktig prinsipp for Nasjonalt råds arbeid. Gjennom en bred inkludering i saksforberedelsene, brede debatter i Rådet og aktiv deltakelse og medvirkning fra alle rådsmedlemmer kan man si at rådsarbeidet var en bottom-up prosess, som samsvarer med den sosiale helsemodellen.

4.2 Health promotion

Ottawa Charteret definerer health promotion (HP) som den prosess, som gjør mennesker i stand til i høyere grad å være herre over og forbedre egen helse. Gjennom Ottawa Charteret fikk man et rammeverk og et dynamisk, internasjonalt handlingsprogram, med verdier, strategier og prinsipper for health promotion arbeidet (WHO 2009). I Norge benevnes HP som helsefremmende arbeid.

Ottawa Charteret beskriver de ulike prosessene og arbeidet som nedlegges i å forbedre folkehelsen, både for enkeltindivider og for grupper i befolkningen. Charteret definerer tre strategier for hvordan man bør jobbe; advocate, enable og mediate. Advocate handler

om hvordan man kan informere, promotere og drive lobbyvirksomhet får å få fram budskapet og oppnå støtte. Enable handler om hvordan man kan understøtte og sikre at befolkningen har kompetanse og tilstrekkelig informasjon til å treffe de rette beslutninger. Mediate handler om å koordinere, megle og forhandle slik at ulike aktører integreres og deltar i arbeidet med å oppnå bedre helse og livskvalitet (WHO 2009).

De fem innsatsområdene i Ottawa Charteret er:

- Utvikle en helsefremmende politikk
- Styrke innsatser i lokalsamfunnet
- Skape støttende miljøer
- Utvikle personlige ferdigheter
- Ny-orientere helsevesenet

Ottawa Charteret bygger på rettigheter, verdier og prinsipper om likebehandling nedfelt i menneskerettskonvensjonen og barnekonvensjonen. Disse generelle prinsippene er: rettferdighet, empowerment, deltakelse, tverrfaglighet, et holistisk syn på helse, bærekraft og å benytte ulike strategier (Rootman 2001).

Da man i 2005 avholdt den 6. globale konferansen for HP i Bangkok, var livsstilssykdommene (NCD) og utfordringene i forhold til globalisering og urbanisering blitt et økende problem. Det var behov for nye og sammenhengende strategi innen alle regjeringsnivåer, FNs forsamlinger og alle andre organisasjoner, herunder den private sektor (Jackson, Perkins et al. 2006, WHO 2009). Tenkningen måtte endres fra ”bottom up” til ”top down”.

De verdier og prinsipper som ble nedfelt i Ottawa Charteret bør være styrende for alt folkehelsearbeid, og de har nok også ligget til grunn for etableringen av Legefordelingssystemet. Systemet var et resultat av en statlig policy. Ved etableringen av ordningen ble sannsynligvis alle de tre strategier benyttet. Man tenkte nok mest på dette som et tiltak for å sikre befolkning nødvendige legetjenester uti fra et forbyggende og behandlende perspektiv. I de senere år viser statlige dokumenter at man ønsker at legene også skal jobbe mer helsefremmende.

4.3 Equity-begrepet og sosiale ulikheter

Sosiale ulikheter i helse er definert som ulikheter som anses som urettferdige, systematiske, sosialt frembrakt og som det er mulig å gjøre noe med (Naidoo, Wills 2011). Dette kan ses i sammenheng med prinsippet om rettferdighet (equity) i Ottawa Charteret, som innebærer at det ikke skal diskrimineres på bakgrunn av sosioøkonomiske forhold (Braveman, Gruskin 2003).

Nødvendig tilgang til helsetjenester er en grunnleggende menneskerett nedfelt i både barnekonvensjonen og menneskerettighetene. Urettferdig fordeling av helsetjenester, hvor de mest trengende ikke får hjelp, er en sosial helsedeterminant (Marmot, Friel et al. 2008). Det kan være ulike årsaker til at helsetjenesten ikke når ut til alle mennesker, herunder økonomiske og språklige barrierer. Den «omvendte omsorgsloven» beskriver

hvordan tilgjengelighet til helsetjenester er dårligst for dem som trenger dem mest. Dette viser at helse og levekår er nært knyttet til hverandre, og at det er geografiske ulikheter både i helse og i tilgang til helsetjenester (Lian, Westin 2009).

Ottawa Charteret presiserer at helse må settes på agendaen på alle nivåer og innen alle sektorer. Politiske vedtak og sosiale støtteordninger kan bidra til mer likhet i fordelingen av ressurser i samfunnet innen alle sektorer (WHO 2009, Marmot, Friel et al. 2008). I et «Call for action» fra Sundsvall i 1991 ble det nedfelt at over en milliard mennesker ikke har tilgang til nødvendige tjenester (WHO 2009). I Ottawa Charteret ønsket man å re-orientere helsevesenet slik at det i tillegg til å behandle og kurere sykdom også får et større ansvar for det helsefremmende arbeidet.

Målet for legefordelingsarbeidet i Norge har vært å styrke legedekningen i primærhelsetjenesten og øke antallet legestillinger i små og sårbare spesialiteter. Dette kan gi en mer rettferdig legefordeling. Dette handler om å styrke legetjenestene for de mest trengende og redusere sosiale ulikheter i helse (Lian, Westin 2009).

4.4 Participation-begrepet og innflytelse på beslutninger

Ottawa Charteret har medvirkning fra lokalsamfunnet som en av sine fem innsatsområder. Det er viktig for befolkningen å medvirke på en positiv måte i folkehelsearbeidet, fremfor at det blir «overkjørt» av avgjørelser tatt på høyere nivå.

Dette prinsippet om deltakelse (participation) i beslutningsprosesser er også ett av prinsippene i Ottawa Charteret (Rootman 2001). Til tross for to ulike benevnelser, er målet med både medvirkning og deltakelse langt på vei det samme, at man skal arbeide med å involvere flere i alle stadier, og at prosessene i stor grad går nedenfra og opp «bottom-up».

I Norge har de ulike partene innen helseforvaltningen, legeutdanningen og brukerorganisasjonene vært samlet i Nasjonalt råd for å foreslå en fordeling og prioritering av nye legestillinger på ulike tjenestenivåer og prioriterte områder. Gjennom deltakelse fra to pasientforeninger har også brukerne av tjenestene vært representert i beslutningsprosessene. Brukerrepresentantene har informert Rådet om hvilke deler av tjenestene som burde styrkes og hvilke nye legestillinger som burde prioriteres ut i fra et pasientperspektiv. Tilsvarende har Legeforeningens representanter i Rådet kunne gi uttrykk for hva som er viktig sett fra legenes perspektiv.

4.5 Organisasjonsteoretisk perspektiv

4.5.1 Medvirkning i beslutningsprosesser

Medvirkning kan defineres som en felles beslutning mellom deltakere på ulike hierarkiske nivå, eller mellom to eller flere parter (Elvekrok 2006). Ved å samle alle impliserte parter til felles beslutningsprosess er det større sjanse for at beslutningene blir

akseptert og respektert av hver enkelt part. Deltakere som får informasjon og utvidet sine kunnskaper om ulike konsekvenser og ulike løsninger, får et større eieransvar i den felles beslutningen som fattes (Dussault, Dubois 2003).

Verdien av en beslutning kommer først til uttrykk når den omsettes i handling. Det kan være enklere å få gjennomført en implementeringsprosess hvis beslutningen er fattet gjennom en demokratisk og inkluderende prosess. Slike beslutningsprosesser er ofte mer tidskrevende og ressurskrevende enn når leder har en mer autoritær lederstil. Valg av tilnærming er avhengig av hva leder ønsker å oppnå; gjennomføring etter egen plan, eller få innspill til planen (Bourgeois, Brodwin 1984).

Hvem som medvirker i en beslutningsprosess vil ha betydning for utfallet. Ved å inkludere eller ekskludere individer fra en beslutningsarena, bestemmer man samtidig, bevisst eller ubevisst, hvilke typer problemer eller løsninger som diskuteres og hvordan informasjon blir tolket og vektlagt. Dette underbygger en sammenheng mellom medvirkning og utfall (Elvekrok 2006).

Denne teorien kan forklare ulike sider ved arbeidet i Nasjonalt råd, holdningene til rådsarbeidet og prosessene som ført fram til de endelige vedtakene. Alle medlemmene i Rådet hadde bred kompetanse og lang erfaring enten som rådgivere, ledere eller mellomledere i sine virksomheter. Rådet representerte ulike yrkesgrupper: leger, annet helsepersonell, jurister, samfunnsvitere og økonomer. De hadde god kjennskap til saksfeltet, men fra ulike perspektiv: RHFene og KS som arbeidsgivere, Legeforeningen som arbeidstakere og behandlere, universitetene som utdanningsinstitusjoner, Staten som myndighetsorgan og brukerrepresentantene som borgere og brukere av tjenestene.

Ved uenigheter blant rådsmedlemmene forsøkte alltid rådsleder å forhandle fram et vedtak som alle kunne samles om, siden det var enklere å få gjennomslag for rådene i departementet dersom rådene var enstemmige. Hvis konsensusløsninger ikke var mulig, ble det stemt over alternative forslag til vedtak. Det var stemmeplikt i Rådet, slik at alle medlemmene måtte gjøre seg opp en mening i hver enkelte sak. Vanligvis var det slik at medlemmene fra de ulike partene, f.eks. representantene fra Legeforeningen eller fra universitetene, stemte likt, men noen ganger dannet det seg koalisjoner på tvers av partstilhørigheten i Rådet.

Teorien kan belyse hvorfor vedtakene i høy grad har blitt akseptert av de ulike partene, og hvorfor vedtakene i det tidligere ULS-systemet, hvor man ikke hadde den samme medvirkningen i beslutningsprosessene, ikke hadde en tilsvarende lojalitet.

4.5.2 Opplevelse av rettferdighet i beslutningsprosesser

På gruppenivå viser funn at opplevelse av rettferdighet har en positiv effekt på innstillingen til organisasjonen. Dette kan redusere konfliktnivå og øke ytelse (Elvekrok 2006). Motsatt kan opplevelse av urimelighet under noen forutsetninger resultere i forsøk på å sabotere eller forsinke implementeringsprosesser (Cobb, Wooten et al. 1995).

Opplevelsen av rettferdighet i prosedyrer og opplevelsen av å bli «hørt» øker sannsynligheten for beslutningsaksept i kompliserte valg. Dette utvikler holdninger og atferd som er nødvendig for å gjennomføre en vellykket ending, selv om beslutningen kan ha negative følger for grupper eller enkeltpersoner (Cobb, Wooten et al. 1995, Elvekrok 2006).

Sett i forhold til denne studien, var møtene i Rådet tilrettelagt slik at det var godt med tid til de ulike sakene. Det var brede og åpne debatter, hvor alle medlemmene ble «hørt». Arbeidsformen i Rådet var i råd med teorien om rettferdighet i beslutningsprosesser (Cobb, Wooten et al. 1995). Dette kan også ses i sammenheng med at Rådets vedtak i stor grad fulgt opp av departementet i departementets styringsdokumenter til RHFene, og de ble i stor grad overholdt av RHFene og HFene.

4.6 Evaluering som styringsverktøy

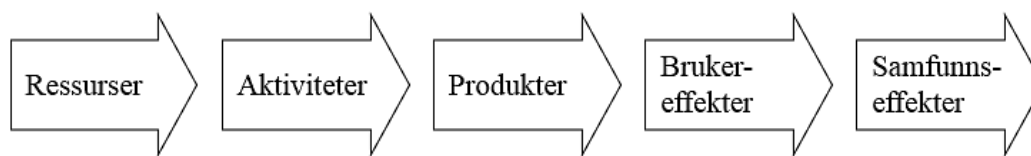
Innen statlig forvaltning benyttes evalueringer som styringsverktøy for å sikre gode beslutningsprosesser og riktig og effektiv ressursbruk. En evaluering defineres som en systematisk datainnsamling, analyse og vurdering av en planlagt, pågående eller avsluttet aktivitet, en sektor, en virksomhet, eller et virkemiddel. I økonomireglementet § 16 Evalueringer, er det nedfelt at: «Alle virksomheter skal sørge for at det gjennomføres evalueringer for å få informasjon om effektivitet, måloppnåelse og resultater innenfor hele eller deler av virksomhetens ansvarsområde og aktiviteter ...». Bestemmelsen gjelder all statlig virksomhet, herunder lovgivning (Senter for statlig økonomistyring 2009).

Denne studien er en evaluering av lovbestemmelsen om statlig regulering av nye legestillinger i primær- og spesialisthelsetjenesten, et strukturelt virkemiddel i den statlige styringen av legetjenestene. Det er litt underlig at departementet ikke gjennomførte en evaluering av legefordelingen da Nasjonalt råd ble evaluert i 2005. Det er mulig at departementet ikke fant dette hensiktsmessig ut ifra en helhetsvurdering av risiko, egenart eller vesentlighet, eller at de ikke fant det hensiktsmessig å bruke ressurser på en slik evaluering (Senter for statlig økonomistyring 2009).

Studien var planlagt som en underveisevaluering for å vurdere om tiltaket hadde den ønskede effekt og om man var på rett kurs. Siden ordningen nå er avviklet, er studien en etterevaluering eller sluttevaluering som kan si noe om effekten av tiltaket, og gir en vurdering av om tiltaket har oppfylt målsettingen (Øvretveit 1998).

4.7 Resultatkjeden

Med utgangspunkt i resultatkjeden kan en vurdere hvilke trinn eller sammenhenger som er særlig interessert i ved en evaluering, og deretter velge relevante evalueringstema og evalueringsspørsmål. Den generelle modellen er vist i figur 2.



Figur 2. Resultatkjeden viser hvordan ressurser og aktiviteter omformes til tjenester og produkter som igjen gir visse brukereffekter eller samfunnseffekter.

Resultatkjeden er en årsakskjede, og pilene går fra venstre mot høyre, og viser hvordan verdiskapning skjer i en virksomhet. Første ledd beskriver innsatsfaktorer og ressurser. Disse brukes til å gjennomføre ulike aktiviteter eller arbeidsprosesser, som igjen resulterer i ulike produkter eller tjenester, rettet mot bestemte brukere eller samfunnet som helhet (Senter for statlig økonomistyring 2009).

Ved analyse av lover vil ofte de overordnede målene med en lovregulering være identiske med de tiltenkte samfunnseffektene. I så fall vil en effektanalyse kunne være identisk med en måloppfyllelsesanalyse, og den bør rettes mot effektleddene i resultatkjeden. De overordnede målene kan være omtalt i lovens formålsparagraf eller andre rettskilder, men de kan være vagt formulert og vanskelig å realisere på kort sikt. Dette gjør at det kan være vanskelig å måle bruker- og samfunnseffekter. Det kan derfor knyttes mål til elementene lenger til venstre i kjeden også, og på den måten kan en beregne måloppnåelse her også (Senter for statlig økonomistyring 2009).

I en resultatkjede av forvaltningen av Legefordelingsordningen, vil ressursene kunne være Nasjonalt råd og sekretariat med en særlig kompetanse og et årlig budsjett. Aktivitetene vil være møter, innhenting av informasjon og saksforberedelser. Produktene blir vedtak med råd til departementet om tildeling av nye legestillinger. Vedtakene kommer RHFene og kommunene til gode ved at de får nye legestillinger, og kan tilsette nye leger. Dette kan øke pasientbehandlingen. Samfunnseffekten kan være økt antall leveår med god helse for befolkningen, eller en bedre nasjonal legefordeling. Effekt og måloppnåelse måles i forhold til i hvilken grad formålet er oppnådd. Måloppnåelse måles også i forhold til hvilke ulike typer legestillinger som er opprettet.

5 METODISK TILNÆRMING OG GJENNOMFØRING

5.1 Design

Studien benytter både kvalitative og kvantitative metoder, men bygger i hovedsak på kvantitative deskriptive analyser. Forskningsspørsmålene er belyst ved ulike metodiske tilnærminger (Øvretveit 1998, Johannessen, Tufte et al. 2004):

- Det første forskningsspørsmålet om målsettingen og forvaltningen av ordningen, er belyst ved en dokumentanalyse av sentrale styringsdokumenter, en gjennomgang av NRs saksdokumenter og departementets oppdragsdokumenter til RHFene. Relevante dokumenter fra Helsedirektoratets arkiv har vært gjennomgått for å avklare enkelte spørsmål i forbindelse med stillingstildeling.

- Det andre forskningsspørsmålet om utviklingen i legestillinger, geografisk og spesialitetsmessig, blir i hovedsak belyst ved bruk av deskriptive analyser av registerdata fra NR-databasen.
- Det tredje forskningsspørsmålet om utviklingen i legestillinger i de nordiske landene, er i hovedsak belyst ved bruk av deskriptive analyser av tilgjengelig statistikk fra OECD, Nordisk statistikkbank og WHO Europaregionen. I studien benyttes kun data for de nordiske landene. (De selvstyrte områdene Grønland, Åland og Færøyene er ikke inkludert.)
- Dataene fra egen studie blir reliabilitetstestet gjennom sammenligninger med data fra andre databaser.

Studien benytter data for legestillinger tildelt gjennom legefordingssystemet, data fra SSB, Fastlegeregisteret og Legeforeningens medlemsregister. Studien inkluderer ikke turnuslegestillinger, da denne stillingstypen ikke ble regulert gjennom det lovbaserte legefordingssystemet. Måletidspunktet for SSB-tallene er pr 1.10 hvert år. De øvrige måletidspunktene er pr 1.1. hvert år og 30.6 for 2013. SSB-tallene er i studien ført på kolonnen for 1.1. etterfølgende år.

For å kunne si noe om effekten av den statlige legereguleringen, undersøkes det om andelen legeårsverk i primærhelsetjenesten er økende eller synkende etter innføringen av legefordingssystemet. Eksempel på statistikk er vist i tabell 1 og figur 3.

Tabell 1. Utviklingen i legeårsverk i primær- og spesialisthelsetjenesten i perioden 1.1.1999 til 30.6.2013.

Kategori \ År	1.1.1999	1.1.2004	1.1.2009	30.6.2013
Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten	S_1	S_2	S_3	S_4
Legeårsverk i primærhelsetjenesten	P_1	P_2	P_3	P_4
Sum legeårsverk	$S_1 + P_1$	$S_2 + P_2$	$S_3 + P_3$	$S_4 + P_4$

$$\frac{P_4}{S_4 + P_4} > \frac{P_1}{S_1 + P_1}$$

Figur 3. Andelen legeårsverk i primærhelsetjenesten 30.6.2013 og 1.1.1999.

Fordi det er vanskelig å måle resultater jo lengre til høyre man kommer i resultatkjeden, er flere av forskningsspørsmålene knyttet til resultater av NR og departementets vedtak (Senter for statlig økonomistyring 2009). Det blir undersøkt hvordan forvaltningen har fulgt opp ordningen, og hvilke vedtak som er fattet av Nasjonalt råd og departementet.

Det er benyttet deskriptive analyser av legestillinger tildelt gjennom legefordingssystemet. I analysene beskrives utviklingen i nye stillinger i perioden 1.1.1999 til 30.6.2013. Veksten i nye stillinger beregnes i sum av nye årsverk og i

relativ vekst i årsverk i forhold til 1.1.1999. Det er fortatt analyser av fordelingen av nye stillinger, og utvikling i legedekning pr 1 000 innbyggere. Noen analyser viser data på helseregionnivå. Andre analyser viser data for spesialitet og stillingstype. Av praktiske årsaker presenteres noen data i femårsperioder, enten samlet for hele femårsperioden, eller med uttrekk av data pr 1.1.1999, 1.1.2004, 1.1.2009 og 30.6.2013. I noen tabeller og figurer vises tallmaterialet for hele perioden 1999 til 2013. Materialet omfatter hele utvalget. Det er derfor ikke behov for ytterligere statistiske analyser (Johannessen, Tufte et al. 2004).

5.2 Datagrunnlag

Data for legestillinger, legeårsverk og antall leger i Norge og Norden. Data er mottatt på fil eller lastet ned fra tilgjengelige statistikkbanker:

- NR-databasen (Helsedirektoratet 2012)
- Excel-fil med nye legestillinger i primærhelsetjenesten
- Legestillingsregisteret (Helsedirektoratet 2013)
- Statistisk Sentralbyrå (SSB) (Statistisk Sentralbyrå 2014)
- OECD (OECD 2014)
- Nordisk statistikkbank (Nordisk statistikkbank 2014)
- WHO Europa (WHO Regional Office for Europe 2014)
- Fastlegeregisteret (Fastlegeregisteret 2014)
- Legeforeningens medlemsregister (Taraldset 2014)
- Oversikt over antallet turnusstillinger i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2010, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 2012)

Det er i tillegg benyttet følgende dokumenter:

- Saksmapper fra NRs møter som er tilgjengelige i Helsedirektoratet
- Saker fra Helsedirektoratets og NRs arkiver
- Odelstingsproposisjon nr 4 1998-99 og Innstilling til Stortinget nr 21 1998-99 (Odelstingsproposisjon nr 4 (1998-99) 1998, Innstilling til Stortinget nr 21 (1998-99) 1998)

5.3 Etiske og juridiske forhold

Studien vil bygge på offentlig tilgjengelig statistikk og skriftlige vedtak. Studien berører ingen enkeltpersoner eller benytter taushetsbelagt materiale. Det er derfor ikke nødvendig å søke særlig tillatelse (Johannessen, Tufte et al. 2004).

5.4 Definisjon av begreper

En liste med definisjoner av ulike begreper som er benyttet i denne studien er vedlagt. Den er utarbeidet til denne studien, og er i samsvar med forvaltningens bruk av begrepene. Se vedlegg 1.

5.5 Analysemetode

NR-databasen er utviklet i dataprogrammet Access. Uttrekk fra databasen er lagret som en Excel-fil og analysert i regneark og pivottabeller i Excel. Tabeller og grafer viser utviklingen over tid. Analysene belyser variasjoner i tildelte legestillinger mellom de ulike spesialiteter, fordelt på stillingstype og år. Statistikk fra øvrige databankene er lastet ned som Excel-filer.

Alle nye stillinger er gitt som hele årsverk, men det finnes også reduserte stillinger i NR-databasen. Når det refereres til legestillinger i denne studien er det antall av hele legestillinger det vises til dvs. sum av årsverk, ikke antallet legestillinger.

Dokumentgjennomgangen av NRs tilrådninger og departementets vedtak om nye legestillinger er gjennomført ved manuell gjennomgang av NRs saksmapper og departementets oppdragsdokumenter til RHFene. Materialet er gjennomgått, kategorisert og ført inn i en Excel-fil for videre behandling.

Den kvalitative dokumentanalysen er gjennomført ved en manuell gjennomgang av lovforarbeidene ved innføringen det lovbaserte legefördelingssystemet i 1999. Tekst som gjelder formålet med ordningen ble markert og videre bearbeidet. Resultatet presenteres til dels i tabellform. (Øvretveit 1998).

Deretter følger en drøfting av styrker og svakheter ved undersøkelsen og mulige påvirkningsfaktorer (Johannessen, Tufte et al. 2004, Øvretveit 1998).

5.6 Fremgangsmåte for hvert av forskningsspørsmålene

5.6.1 Det første forskningsspørsmålet om målsettingen og forvaltningen av ordningen

Stortingets og departementets målsetting med lovreguleringen er belyst ved gjennomgang av Odelstingsproposisjon nr 4 (1998–99) og Innstilling til Stortinget nr 21 (1998-99).

Deretter er det foretatt en gjennomgang av NRs tilrådninger om årlige kvoter av LiS- og overlegestillinger i spesialisthelsetjenesten. Vedtakene er analysert etter stillingstype, spesialitet og helseregion jf. vedlegg 3. En tilsvarende gjennomgang er foretatt av departementets vedtak om tildeling av nye stillinger til spesialisthelsetjenesten, jf. vedlegg 4.

I forbindelse med gjennomgangen av NRs saksmapper er det utarbeidet en oversikt over utviklingen i ubesatte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten.

Fra Fastlegeregisteret er det innhentet data for ubesatte fastlegelister i primærhelsetjenesten. Ettersom en fastlegeliste normalt tilsvarer en full stilling, er hver ledig fastlegeliste registrert som ett ubesatt årsverk i denne studien.

Excel-filen med data om tildelte legestillinger i primærhelsetjenesten er oppdatert med vedtakene fra 2013. Deretter er det foretatt stikkprøver mot NRs og Helsedirektoratets arkiv for å sjekke at alle vedtakene fra tidligere år var registrert. Manglende data ble etterregistrert.

Deretter er det foretatt analyser av NRs tilrådninger og departementets vedtak om tildelinger av nye legeårsverk. Det er skilt mellom tildelinger til primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er i tillegg utarbeidet en analyse av legedekningen basert på årsverk i primær- og i spesialisthelsetjenesten, og den relative veksten for de to tjenestenivåene.

Antall årsverk pr 1.1.1999 i primærhelsetjenesten er beregnet ut fra årsverkstallet til SSB. Sum av ubesatte legeårsverk er lagt til, og årsverk for turnusstillinger er trukket fra. For årsverk i spesialisthelsetjenesten er NRs database med tall pr 1.1.1999 benyttet. Sum av ubesatte årsverk og «Hernes-amnestiet» er lagt til. Se vedlegg 1. Stillinger tildelt fra departementet inkluderer stillinger tildelt fra NR-sekretariatet. Se vedlegg 5.

5.6.2 Det andre forskningsspørsmålet om geografisk og spesialitetsmessig utvikling i legestillinger

Problemstillingen er belyst ved bruk av registerdata fra NR-databasen pr 31.12.2012 som er supplert med data fra LSR for perioden 1.1.2013 til 30.6.2013. Av praktiske årsaker omtales NR/LSR-filen som NR-databasen i studien. Filen inneholdt følgende variabler: Stillingens ID-nr, spesialitet, stillingstype (overlege/LiS), årsverk, gyldig fra dato, gyldig til dato, eier (helseregion/annet), sykehus (HF), avdeling og kommentarfelt.

Det er benyttet ytterligere to variabler: kvoteår og tildelingstype. Feltet kvoteår beskriver hvilket år stillingen ble tildelt, og verdiene er årstall mellom 1999 og 2013. Funnene fra dokumentgjennomgangen er benyttet til kategoriseringen sammen med andre opplysninger som var registrert i NR-databasen.

I NR-databasen hadde mange stillinger registrert opplysninger om kvoteår i merknadsfeltet. Der hvor dette manglet ble det beregnet etter stillingens ID-nummer siden alle stillinger ble registrert kronologisk. For variabelen tildelingstype var det ønskelig å angi om det var ordinær kvote eller ekstratildeling. Det er videre skilt mellom tildelinger fra departementet og fra NR-sekretariatet. Verdiene: «Hernes-amnestiet», «deling av gammel stilling» og «erstatning for slettet stilling» er benyttet for stillingene som var tildelt av NR-sekretariatet. Se vedlegg 5.

Ved usikkerhet om kategoriseringen er brev og vedtak fra NRs møter benyttet til å fastsette kvoteår og tildelingstype. Tidligere sikkerhetskopier av NR-databasen har vært benyttet til kvalitetssjekk av kategoriseringen og for å finne opprinnelige kjennetegn ved stillingene.

Det er først foretatt en analyse av den geografiske utviklingen i legedekning pr 1 000 innbyggere i primærhelsetjenesten ved hjelp av NR-sekretariatets Excel-fil over tildelte

stillinger. Deretter er det fortatt en analyse av den geografiske utviklingen i legedekningen i spesialisthelsetjenesten. Analysen er foretatt på samme måte som for primærhelsetjenesten. Det er også utarbeidet en oversikt over total legedekning pr 1 000 innbyggere i hver helseregion.

Til slutt er det foretatt analyser for å undersøke den spesialitetsmessige fordelingen av nye legestillinger. Utviklingen er undersøkt både for nye legestillinger og for alle legestillinger. Data er analysert for å vise prosentvis vekst for hvert fagområde (spesialitet). For å undersøke utviklingen innen de statlige satsningsområdene er data for nye legestillinger innen kreft, psykiatri og andre prioriterte områder sammenlignet med utviklingen i nye legestillinger totalt.

5.6.3 Det tredje forskningsspørsmålet om utviklingen i de nordiske land

Det er søkt på nettet etter data for antall leger, legeårsverk og fordelingen mellom ulike kategorier leger i de skandinaviske land. Flere statistikkbanker er undersøkt, blant annet WHO, Eurostat, Nordisk ministerråds komité for helsestatistikk (NOMESCO) og de nordiske lands egne statistikkbanker.

I statistikkbanken til OECD er det mulig å få data for leger fordelt på allmennleger (General Practitioners, GPs), spesialister og andre leger. Leger i sykehus er skilt ut som egen kategori i OECD-statistikken. Ved å kombinere data fra disse datasettene var det mulig å få data for leger totalt, andel leger i allmennlegetjenesten og andel leger i sykehus. OECD-data mangler data for leger i sykehus i Sverige. Det er også en del mangler i enkelte av dataseriene. Men selv om datasettet ikke er komplett, gir det et bilde av utviklingen. Som supplerende datakilde ble det benyttet befolkningsdata fra Nordisk statistikkbank fordi det var ønskelig å benytte folketall pr 1. januar, ikke 1. juni som i OECD statistikken. Det er benyttet data fra WHO Europas «Health in all database» for sykehusleger i Finland.

Uttrekke fra databasene er lastet ned og lagret i Excel for videre analyse. Utviklingen i legestillinger er analysert i forhold til ulike legegrupper, og det er beregnet legedekning pr 1 000 innbyggere for allmennleger og for totalt antall leger.

5.7 Reliabilitet

For å undersøke om NRs bilde av utviklingen stemmer overens med data fra andre kilder, og for å et uttrykk for påliteligheten på NRs data, er det foretatt en sammenligning med data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) Fastlegeregisteret og Legeforeningens medlemsregister.

En tekstfil med data for yrkesaktive medlemmer under 70 år, ble mottatt etter henvendelse til Legeforeningen. Uttrekke er pr 1.1.1999, 1.1.2004, 1.1.2009 og 30.6.2013, og viser en totaloversikt over leger fordelt på stillingstype og kjønn.

Fra Fastlegeregisteret er det benyttet et tabellgrunnlag fra 2013 for antall fastleger og fastlegelister.

Fra SSBs statistikkbank er det lastet ned sysselsettingsstatistikk fra flere tabeller. For legeårsverk i primærhelsetjenesten er tabell 09750 og 03807 benyttet. For legeårsverk i spesialisthelsetjenesten er tabell 03735 og tabell 09547 benyttet. Fra og med 2008 inkluderer SSBs data både antall sysselsatte og årsverk ekskl. lange fravær, i tillegg til den ordinære årsverksstatistikken. Siden statistikken ekskl. lange fravær er den som er mest sammenlignbart med NR-databasen, er begge kurvene vist i figur 10.

En utfordring med statistikken fra SSB for spesialisthelsetjenesten, er at den inkluderer turnusleger, og at det ikke er oppgitt hvor mange årsverk for turnusleger statistikken er basert på. Siden NR-databasen ikke inkluderer stillinger for turnusleger, ble datasettet fra SSB justert slik at det ble sammenlignbart. Antallet turnusstillinger i sykehus varierte fra 540 pr år i 1999 til 950 pr år i 2013.

Det ble foretatt analyser for primær- og spesialisthelsetjenesten etter metoden i designkapitlet. Disse analysene vil kunne si noe om studiens reliabilitet, dvs om studiens resultater er pålitelige og troverdige.

6 RESULTAT

6.1 Det første forskningsspørsmålet

Hva var den politiske målsettingen med den lovbaserte legefordelingsordningen i Norge, i perioden 1999 til 2013, og i hvilken grad har Nasjonalt råd og departementet fulgt opp denne målsetningen gjennom tildeling av nye legestillinger?

Dokumentanalysen av Odelstingsproposisjon nr 4 (1998-99) og Innstilling til Stortinget nr 21 (1998-99) viser at den politiske målsettingen med ordningen var å sikre en bedre nasjonal fordeling av leger. Det var ikke like tydelig hvilke øvrige mål man ønsket å oppnå med ordningen. Det er ingen konkrete styringsparametere i dokumentet. Noen samfunnseffekter er omtalt, men ikke direkte. Det er blant annet omtalt at en kritisk faktor for innføringen av fastlegeordningen er «tilgang på, stabilitet og fordeling av allmennleger». Dette er analysert og tolket som at et mål for den nye ordningen var å øke legetilgangen i primærhelsetjenesten for å styrke fastlegeordningen.

Dokumentene inneholdt flere diffuse og mindre tydelig uttalte mål. Tabell 2 viser personlig fortolkning og analyse av disse beskrivelsene av målene. Resultatene fra studien viser at flere av disse målene er innfridd. Noen av målene ble innfridd allerede gjennom etableringen av det lovbaserte legefordelingssystemet. Tabell 2 viser status for måloppnåelse for målene som ble funnet i dokumentanalysen.

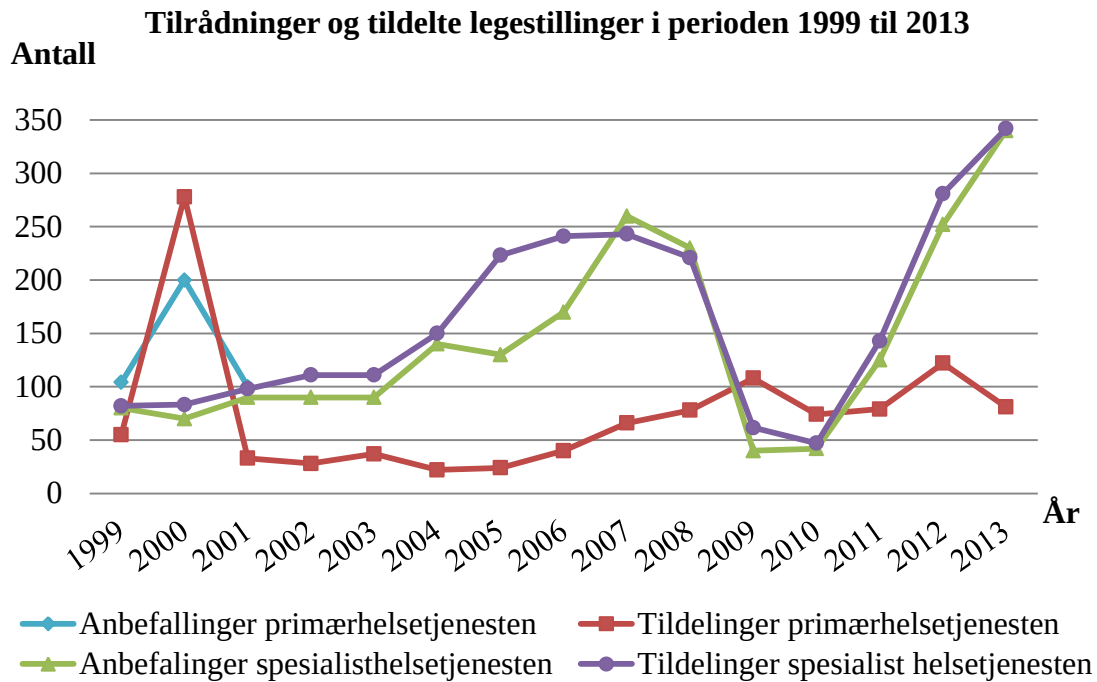
Gjennomgangen av NRs og departementets vedtak om tildeling av nye legestillinger til primær- og spesialisthelsetjenesten viser at legestillinger til primærhelsetjenesten ble prioritert i hele perioden 1999 til 2013.

Tabell 2. Målsetting for legestillingsreguleringen og beskrivelse av status for målene.

Ønskede mål:	Beskrivelse av status for måloppnåelse:
Sikre muligheten for å styre den offentlige legetjenesten i ønsket retning.	Gjennom innføringen av den lovbaserte ordningen sikret Staten seg en mulighet til å styre fordelingen av nye legestillinger.
Ha mulighet til å sanksjonere ved brudd på ordningen.	De to lovbestemmelsene sier at departementet i forskrift kan gi nærmere regler om gjennomføring av legefordelingen. Dette innebærer at departementet kan innføre sanksjonere ved brudd på ordningen. Departementet har imidlertid ikke benyttet seg av denne muligheten
Få en bedre oversikt over legemarkedet.	Gjennom etableringen av LSR har helsemyndighetene utviklet et verktøy som kan kontrollere og overvåke utviklingen, og endringer i bruk av legestillinger.
Øke legetilgangen i primærhelsetjenesten for å styrke fastlegeordningen.	Som en forberedelse til fastlegeordningen, ble det i 1999 og 2000 tildelt 333 nye legestillinger til primærhelsetjenesten, samtidig som de årlige kvotene til spesialisthelsetjenesten kun var på ca 80 stillinger pr år jf figur 4
Redusere antallet ubesatte legestillinger.	Antallet ubesatte stillinger er betydelig redusert. Det er i dag under 100 ubesatte stillinger i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Dette er vist i figur 5.
Redusere ubalansen i legemarkedet, både geografisk og spesialitetsmessig.	Tabell 3 viser at legedekningen har blitt bedre både i primær- og i spesialisthelsetjenesten etter 1999. Den geografiske og spesialitetsmessige fordeling av nye legestillinger presenteres i figur 7 og tabell 4 og 6 i kapittel 6.2.
Få en mer effektiv spesialistutdanning gjennom bedre kapasitetsutnyttelse av utdanningsstillinger.	Gjennom tildeling av 1 068 nye LiS-stillinger i ulike spesialiteter har antallet LiS-stillinger økt med 36 % prosent i løpet av 15 år. Fordelingen av nye LiS- og overlegestillinger er vist i figur 6.
Øke kapasiteten innen kreft og psykiatri.	I flere år prioriterte departementet hele eller deler av den årlige kvoten til spesifikke fagområder eller navngitte spesialiteter, etter anbefaling fra NR. Dette har blant annet bidratt til å sikre et betydelig antall nye legestillinger innen kreft og psykiatri. Dette er vist i tabell 6 i kapittel 6.2.

Fra og med 2002 anbefalte Nasjonalt råd at det ikke skulle være noen øvre grense for hvor mange stillinger som kunne opprettes i primærhelsetjenesten. Det var et politisk ønske om et «løft» for primærlegetjenesten, man ønsket å stimulere kommunene til å opprette nye stillinger, og det var en enighet i Rådet om å styrke primærhelsetjenesten.

Figur 4 viser NRs tilrådninger og departementets tildelinger av nye legeårverk til primær- og spesialisthelsetjenesten. Kurven for NRs anbefaling til primærhelsetjenesten stopper i 2001. Kurven for tildelte stillinger i primærhelsetjenesten viser det antallet nye legestillinger kommunene har fått tildelt etter individuelle søknader.



Figur 4. NRs tilråddning og departementets og NR-sekretariatets tildeling av nye legestillinger i hele legeårsverk i primær- og spesialisthelsetjenesten, fra 1999 til 2013.

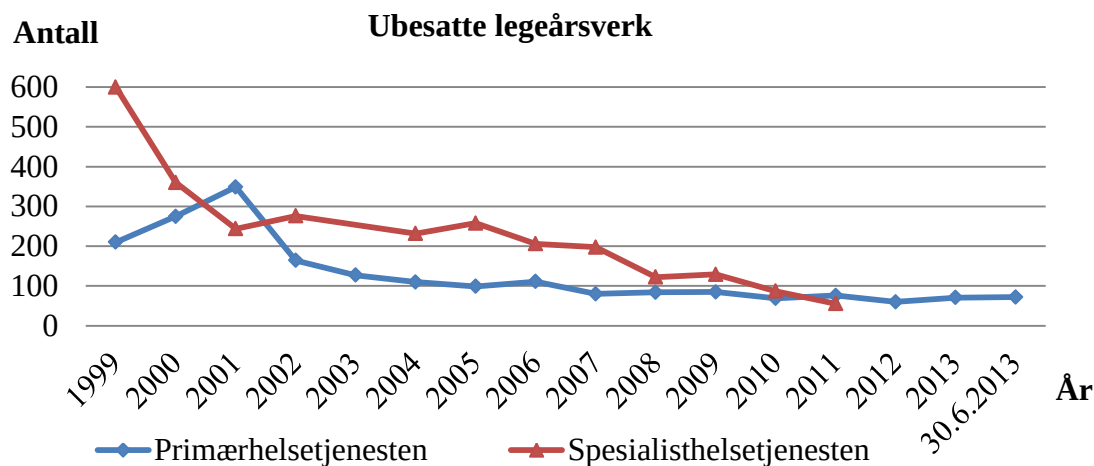
Figur 4 viser at departementet i høy grad fulgte NRs anbefalinger om årlige stillingskvoter. Totalt ble det i perioden 1.1.1999 til 30.6.2013 tildelte 3 560 årsverk av nye legestillinger hvorav 1 125 årsverk (32 %) til primærhelsetjenesten (1 147 stillinger) og 2 437 årsverk (68 %) til spesialisthelsetjenesten. I årene 2000, 2009 og 2010 ble det tildelt flere nye legestillinger til primærhelsetjenesten enn til spesialisthelsetjenesten. Andelen legestillinger som er tildelt primærhelsetjenesten var høyest (47 %) i første periode fra 1999 til 2003, 18 %, fra 2004 til 2008 og 35 % i siste periode fra 2009 til 2013.

Tabell 3. Utvikling i folketall og nye legeårsverk i primær- og spesialisthelsetjenesten (PHT og SPH) i perioden, 1.1.1999 til 30.6.2013, samt beregning av legedekning pr 1 000 innbyggere og relativ legedekning.

Årsverk\ År	1.1.1999	1.1.2004	1.1.2009	30.6.2013	Endring 1999-2013	Endring i %
Befolkning	4445 329	4557 457	4799 252	5077 798	632 469	14
Årsverk PHT.	3 686	4 117	4 348	4 811	1 125	31
Årsverk SPH	9 142	9 627	10 705	11 579	2 437	27
Totalt	12 828	13 744	15 053	16 390	3 562	28
Andel PHT	28,7 %	30,0 %	28,9 %	29,4 %	0,6 %	2,2
Legedekn. PHT	0,829	0,903	0,909	0,951	0,123	15
Legedekn. SPH	2,057	2,112	2,231	2,280	0,223	11

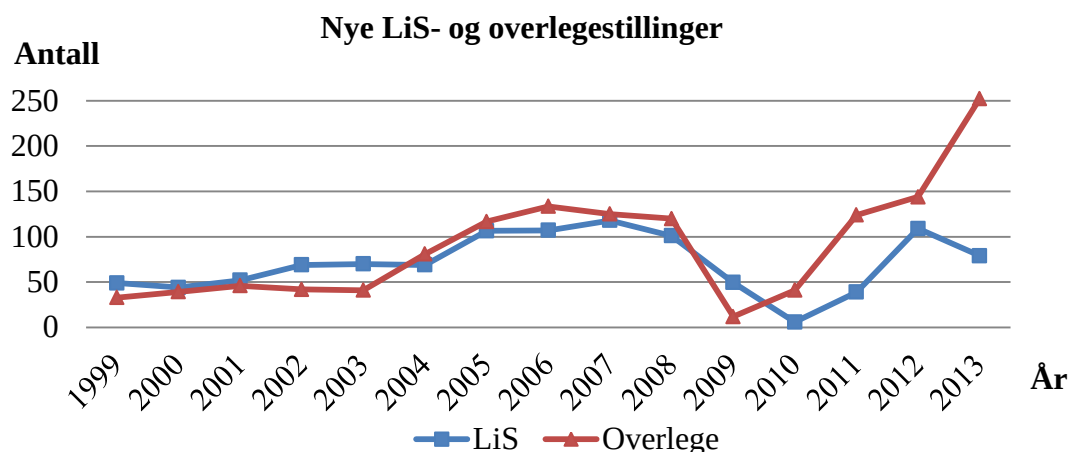
Tabell 3 viser at legedekningen har bedret seg både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og at det er primærhelsetjenesten som har hatt størst prosentvis endring i løpet av perioden. Utviklingen i legeårsverk de siste årene, må sees i sammenheng med Samhandlingsreformen og nye stimuleringsordninger, som har gjort det mulig for kommunene å opprette nye legestillinger i primærhelsetjenesten, og mer attraktivt for nye leger å etablere seg som fastleger.

Pr 30.6.2013 var det registrert totalt 11 579 legestillinger omregnet i årsverk i NR-databasen/LSR. Dette antallet inkluderer ca 100 årsverk i den offentlige spesialisthelsetjenesten som ikke er en del av helseforetaksstrukturen. Analyser av NR-databasen viser at dette antallet også omfatter 256 årsverk som ble etterregistrert fra «Hernes-amnestiet» i perioden 1999 til 2006, en ordning hvor tidligere helseminister Hernes i 1998 innvilget anesteser for ca 1 000 legestillinger i spesialisthelsetjenesten som ikke var godkjent av ULS. Dette innebærer at antallet legestillinger pr 1.1.1999 i realiteten var på ca 9 140 årsverk.



Figur 5. Ubesatte/ledige legeårsverk i primær- og spesialisthelsetjenesten, i perioden 1.1.1999 til 30.6.2013.

Figur 5 viser utviklingen i ubesatte legeårsverk. Sykehusene ble pålagt å innrapportere ubesatte stillinger pr 31. desember. En stilling skulle rapporteres som ubesatt hvis den hadde stått ledige i minst 4 måneder pga. mangel på kvalifisert søker. Ved årsskiftet 1998/1999 var det registrert 600 ledige årsverk i spesialisthelsetjenesten. Ved årsskiftet 2000/2001 var antallet ledige stillinger redusert til 244, men holdt seg på over 200 frem til årsskiftet 2006/2007. Ved årsskiftet 2009/2010 var det for første gang registrert under 100 ledige årsverk i spesialisthelsetjenesten, og året etter var antallet ubesatte på ca 50 årsverk. Økningen i ubesatte årsverk i primærhelsetjenesten pr 1.1.2001 var en konsekvens av nyopprettede stillinger ved forberedelsen til fastlegeordningen. I løpet av 2001 ble over halvparten av de ledige stillingene i primærhelsetjenesten besatt. Fra 2007 har antallet ubesatte årsverk i primærhelsetjenesten holdt seg konstant på mellom 60 og 80 stillinger pr år. Dette tilsvarer under 1 % ubesatte stillinger.



Figur 6. Nye LiS- og overlegestillinger tildelt til RHFene, i perioden 1.1.1999 til 30.6.2013.

Figur 6 viser utviklingen i nye LiS- og overlegestillinger. I perioden 1999 til 2003 var andelen LiS-stillinger på 60 %. Fra 2004 til 2008 var fordelingen 48 % LiS og 52 % overlegestillinger. I siste periode ble det opprettet 32 % LiS-stillinger og 68 % overlegestillinger. Dette sammenfaller med at RHFene ble gitt en økende grad av frihet til å fastsette stillingstype. I 2013 var ca 75 % av de tildelt stillingene overlegestillinger.

I NR-databasen var det pr 30.6.2013 registrert 4 060 årsverk av LiS-stillinger og 7 503 årsverk av overlegestillinger. 16 stillinger var ikke fordelt mellom LiS- og overlegestillinger på måletidspunktet. Fra 1.1.1999 til 30.6.2013 økte antallet LiS-stillinger med 36 %. Antallet overlegestillinger økte med 22 %. Totalt ble det tildelt 1 070 nye LiS-stillinger og 1 351 nye overlegestillinger. Fra 1.1.1999 til 30.6.2013 økte andelen LiS-stillinger av totalt antall stillinger med 2,3 %, som var en relativ økning på 7,2 %. Relative nedgang for overlegestillinger var på 3,5 %. Bare i 2009 er det tildelt flere LiS-stillinger enn overlegestillinger.

6.2 Det andre forskningsspørsmålet

Hvordan har utviklingen i legestillinger vært i perioden 1999 til 2013 i forhold til:

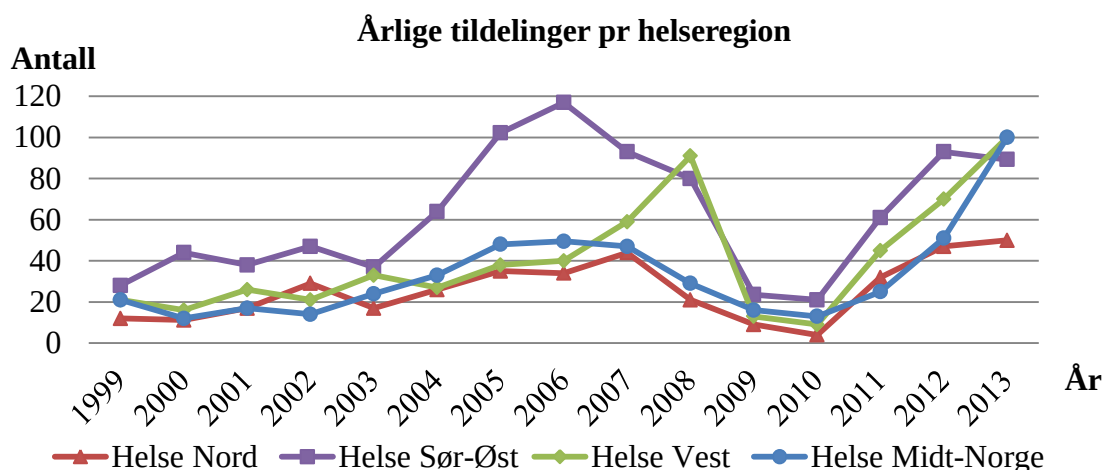
- geografisk fordeling
- spesialitetsmessig fordeling

Den geografiske og spesialitetsmessige fordelingen av legestillinger er blitt betydelig bedre de siste 15 årene:

- Helseregion Nord, Helseregion Midt og Helseregion Vest har hatt best utvikling i legedekning, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Tabell 5 viser utviklingen i legedekning pr 1 000 innbyggere pr helseregion.
- 54 % av alle nye legeårsverk i spesialisthelsetjenesten er innenfor nasjonale satsningsområder og prioriterte spesialiteter.
- Antall legeårsverk innen psykiatri og barnepsykiatri er økt med 36 %. Antall

legeårverk innen kreftomsorgen (onkologi, patologi og radiologi) er økt med 41 %. Antall stillinger innen laboratoriespesialitetene er økt med 23 %. Dette er vist i tabell 6.

- Andel nye stillinger til prioriterte områder var høyest fra 1999 til 2003. Dette er vist i tabell 6.



Figur 7. Totalt antall nye stillinger tildelt fra departementet til RHFene, i perioden 1999 til 2013.

Figur 7 viser at NR og departementet prioriterte å fordele stillingskvotene i spesialisthelsetjenesten ganske likt mellom helseregionene. På denne måten ble Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest forfordelt i forhold til befolkningsgrunnlaget. Helse Sør-Øst fikk flest stillinger totalt sett, men dette kan forklares med at Helse Sør og Helse Øst fikk hver sin kvote til 2008. Helse Nord søkte ikke om nye stillinger i 2010, og søkte om langt færre nye stillinger enn de øvrige RHFene i 2012 og 2013.

Tabell 4. Nye legestillinger tildelt til primærhelsetjenesten og prosent av totalt antall nye legestillinger, i perioden 1999 til 2013, fordelt på helseregion.

Region \ År	1999-2003	2004-2008	2009-2013	Totalsum	% av alle stillinger
Helseregion Nord	44	18	42	104	9
Helseregion Midt-Norge	65	48	66	179	16
Helseregion Vest	84	57	123	264	23
Helseregion Sør-Øst	238	107	232	577	51
Hele landet	431	230	463	1 125	100

Tabell 4 viser at fordelingen av nye legestillinger fordelte seg mer i tråd med befolkningsøkningen i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. 51 % av stillingen ble opprettet i helseregion Sør-Øst og kun 9 % i helseregion Nord.

Tabell 5. Legedekning pr 1 000 innbyggere pr 30.6.2013 totalt, i primær- og spesialisthelsetjenesten, samt endring og prosentvis økning i perioden 1999-2013.

Region\ År	Totalt			Primærhelsetj.			Spesialisthelsetj.		
	30.6. 2013	Økn. 99-13	Økn. i %	30.6. 2013	Økn. 99-13	Økn. i %	30.6. 2013	Økn. 99-13	Økn. i %
Helsereg. Nord	3,98	0,96	32	1,15	0,2	21	2,83	0,77	37
Helsereg. Midt	3,37	0,72	27	0,95	0,19	24	2,42	0,54	29
Helsereg. Vest	3,09	0,45	17	0,96	0,13	16	2,13	0,32	18
Helsereg. Sør-Øst	3,15	0,13	4	0,92	0,09	12	2,23	0,04	2
Hele landet	3,24	0,36	12	0,95	0,12	15	2,29	0,24	11

Tabell 5 viser at alle helseregionene hadde en legedekning på over 3 leger pr 1 000 innbyggere i 2013. I 1999 var det kun helseregion Nord og Sør-Øst som hadde en samlet legedekning på over 3 leger pr 1 000 innbyggere. Helse Nord og Helse Midt-Norge har hatt den største endringen i legedekning pr 1 000 innbyggere i perioden 1999 til 2013.

Tabell 5 viser at innen primærhelsetjenesten er det kun helseregion Nord som har en legedekning på over 1 leger pr 1 000 innbyggere i 2013. Helseregion Sør-Øst har hatt den laveste relative veksten med kun 12 % i perioden, til tross for at de fikk tildelt 51 % av alle nye legestillinger i primærhelsetjenesten jf tabell 4. Helseregion Nord og Midt-Norge har hatt den høyeste relative veksten i legedekning i primærhelsetjenesten med henholdsvis 21 % og 24 % økning i perioden 1.1.1999 til 30.6.2013.

Tabell 5 viser at innen spesialisthelsetjenesten har Helse Sør-Øst kun hatt en vekst i legedekningen pr 1 000 innbyggere på 2 % i hele perioden, mens Helse Nord og Helse Midt-Norge har hatt en vekst på henholdsvis 37 % og 29 % i perioden.

Tabell 6. Utviklingen i legestillinger i spesialisthelsetjenesten fordelt på fagområder (spesialitet) i perioden 1.1.1999 til 30.6.2013, samt beregning av vekst i tildelte stillinger og prosentvis økning i tildelte stillinger i perioden.

Spesialitet \ År	Årsv. 1999	Tildelt 99-03	Tildelt 04-08	Tildelt 09-13	Årsv. 2013	Økning 99-13	Økning %	% av totalen
Psykiatri og BUP	1 575	154	280	135	2 144	569	36	23
Kreft	904	116	134	124	1 277	374	41	15
Laboratoriespes.	387	32	35	21	475	88	23	4
Andre sårbare spes.	199	19	52	26	295	96	48	4
Kirurgi	891	20	55	67	1 033	143	16	6
Primærhelse spes.	99	1	14	14	127	29	29	1
Indremedisin	1 555	45	193	150	1 942	388	25	16
Annet	3 532	98	316	336	4 283	751	21	31
Totalt	9 142	485	1 078	872	11 579	2 437	27	100

Da RHFene fra 2004 fikk større valgfrihet til å fastsette spesialitet på de nye legestillingene ble satsningen på kreft, psykiatri og sårbare spesialiteter videreført, men ikke med like høy prioritet som i den første perioden. Andelen av stillinger til «ikke prioriterte spesialiteter» økte kraftig fra 2004 til 2008. Dette er vist i tabell 6. De prioriterte områdene psykiatri og kreft hadde en vekst i antall stillinger med henholdsvis 36 % og 41 % i perioden 1999 til 2013. Geriatri, som ligger under kategorien indremedisin, fikk tildelt 62 nye stillinger, som er en økning på 77 %. Samlet er 54 % av alle nye legestillinger fordelt innen de prioriterte områdene; rus, rehabilitering, psykiatri, geriatri, kreft, små og sårbare spesialiteter og høyteknologi.

Tabell 6 viser at det i den første perioden fra 1999 til 2003 ble tildelt flest stillinger til psykiatri og kreft, laboratoriespesialitetene og andre sårbare spesialiteter. Disse fagområdene fikk 68 % av alle nye stillinger i den første perioden. Andelen sank til 46 % i neste periode fra 2004 til 2008, og var kun på 35 % i siste periode fra 2009 til 2013.

Den største spesialiteten i spesialisthelsetjenesten er psykiatri. Det er opprettet 407 nye stillinger i perioden 1999 til 2013. Det er i dag 1698 legestillinger i psykiatri. Av det totale antallet nye stillinger ble 17 % tildelt til spesialiteten psykiatri. Størst prosentvis økning hadde spesialitetene onkologi med 91 % og nukleærmedisin med 113 %. En oversikt over utviklingen innen de ulike spesialitetene er vedlagt, jf vedlegg 6.

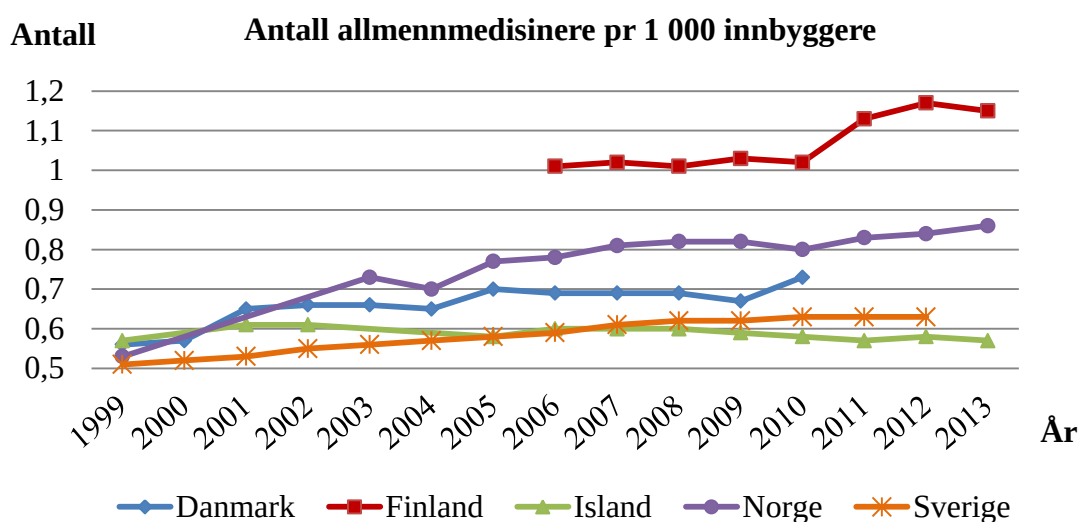
6.3 Det tredje forskningsspørsmålet

Hvordan har utviklingen i legestillinger vært i de øvrige nordiske landene, i perioden 1999 til 2013?

Data til denne undersøkelsen er hentet fra OECD sin database over ressurser i helsesektoren. Statistikken viser at alle de nordiske landene har fått en bedre legedekning i løpet av perioden 1999 til 2013. Figur 8 viser allmennlegedekningen. Den prosentvise fordelingen mellom ulike kategorier er vist i vedlegg 7. De viktigste funnene er:

- Finland har lavest total legedekning pr 1 000 innbyggere, men høyest allmennlegedekning med over 1,1 pr 1 000 innbyggere. Ca 35 % av alle leger i Finland er allmennleger, ca 45 % spesialister og ca 20 % i kategorien «andre leger». Utviklingen de siste årene viser at andelen allmennleger er økende.
- Island hadde høyest total legedekning pr 1 000 innbyggere i 1999, men har kun hatt en økning på 0,33 lege pr 1 000 innbyggere i perioden 1999 til 2013. Det er ingen økning i allmennlegedekningen. Denne er på 0,57 lege pr 1 000 innbyggere og laveste av de nordiske land. Andelen allmennleger er på ca 16 %. Island har den høyeste andelen spesialister og sykehusleger i Norden. Over 80 % er spesialister og over 60 % er sykehusleger.
- Danmark har den nest laveste totale legedekning pr 1 000 innbyggere i Norden. Allmennlegedekning har i perioden 1999 til 2010 hatt en økning fra 0,56 til 0,73 pr 1 000 innbyggere. Ca 21 % av alle leger er allmennleger og andelen allmennleger har vært svakt synkende fra 2001. Spesialistandelen ligger på rundt 40 %. Ca 70 % er sykehusleger. Andelen sykehusleger er svakt økende.

- Sverige har en høy total legedekning pr 1 000 innbyggere. 1.1.2012 var den på 3,92. Allmennlegedekningen er imidlertid blant de laveste i Norden med 0,63 pr 1 000 innbyggere, en økning på kun 0,12 fra 1999 til 2012. Allmennlegeandelen er svakt synkende og er redusert fra 17 % til 16 %. Antall spesialister ligger på rundt 55 % og er svakt synkende. Andelen «andre leger» har økt fra ca 27 % til ca 31 %.
- Norge har i løpet av perioden fått den beste legedekningen i Norden, og den nest beste allmennlegedekningen. Norge har også hatt den høyeste veksten både i legedekning totalt og i allmennlegedekning. Både andelen allmennleger, sykehusleger og legespesialister er vært svakt synkende i perioden, og gruppen «andre leger» er økt med nærmere 3 %.



Figur 8. Antall allmennleger pr 1 000 innbyggere i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige i 1999-2013. Kilde: OECD.

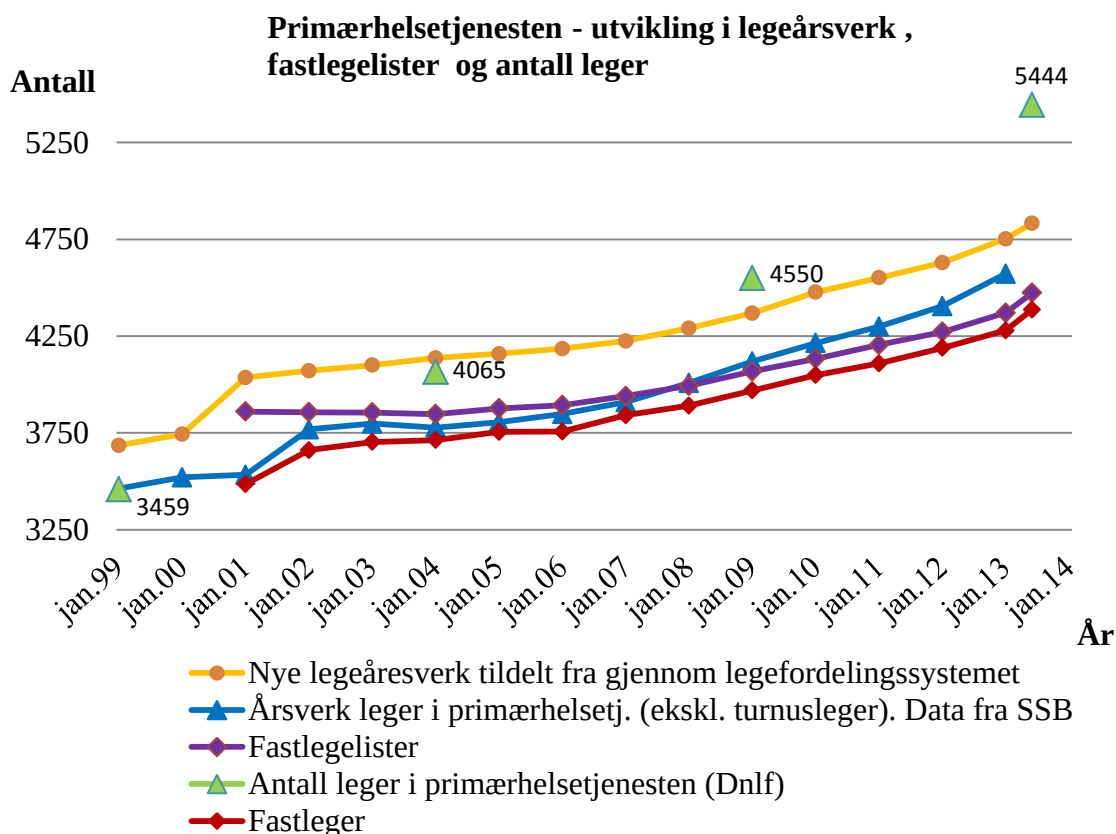
Figur 8 viser at Finland har den beste allmenlegedekningen pr 1 000 innbyggere i Norden. Norge har den nest beste allmenlegedekningen pr 1 000 innbyggere, og har hatt den største økningen i perioden. Island og Sverige har den laveste allmenlegedekningen pr 1 000 innbyggere blant de nordiske land.

Statistikk fra OECD viser at andelen allmennleger av totalt antall leger er konstant eller svakt synkende i de fleste land. Finland har en oppgang fra 2010 til 2012. Andelen spesialister er også konstant eller svakt synkende i de fleste land. Andelen sykehusleger varierer mellom landene. Danmark er det eneste landet som har hatt en svak, men jevn, økning i andelen sykehusleger. I Norge og i Finland har andelen sykehusleger gått noe ned. I Island gikk andelen ned fra 2008 til 2011, for så å øke igjen i 2012. I Norge og Danmark utgjør gruppen «andre leger» mellom 35 % og 40 % av alle leger.

Vedlegg 7 viser statistikk fra OECD over andelen leger i ulike kategorier og andelen sykehusleger.

6.4 Reliabilitetstest av funnene i studien med andre databaser

For å undersøke om det er samsvar mellom departementets tildeling av årsverk for nye legestillinger i primær- og spesialisthelsetjenesten og data for antall leger og legeårsverk fra øvrige registre, er det innhentet data over fastleger og fastlegelister fra Fastlegeregisteret, data for yrkesaktive leger fra Legeforeningens (Dnlf) og data for yrkesaktive leger fra Statistisk Sentralbyrå (SSB). SSBs data for spesialisthelsetjenesten omfatter både antall sysselsatte og sum av årsverk med og uten lange fravær.



Figur 9. Utvikling i tildelte legestillinger gjennom legefordingssystemet, fastlegelister, antall fastleger, legeårsverk i primærhelsetjenesten (SSB) og data fra Legeforeningens medlemsregister i perioden 1999 til 2013. Data fra Legeforeningen er lagt inn for 1999, 2004, 2009 og 2014 og er vist i de grønne trekantene.

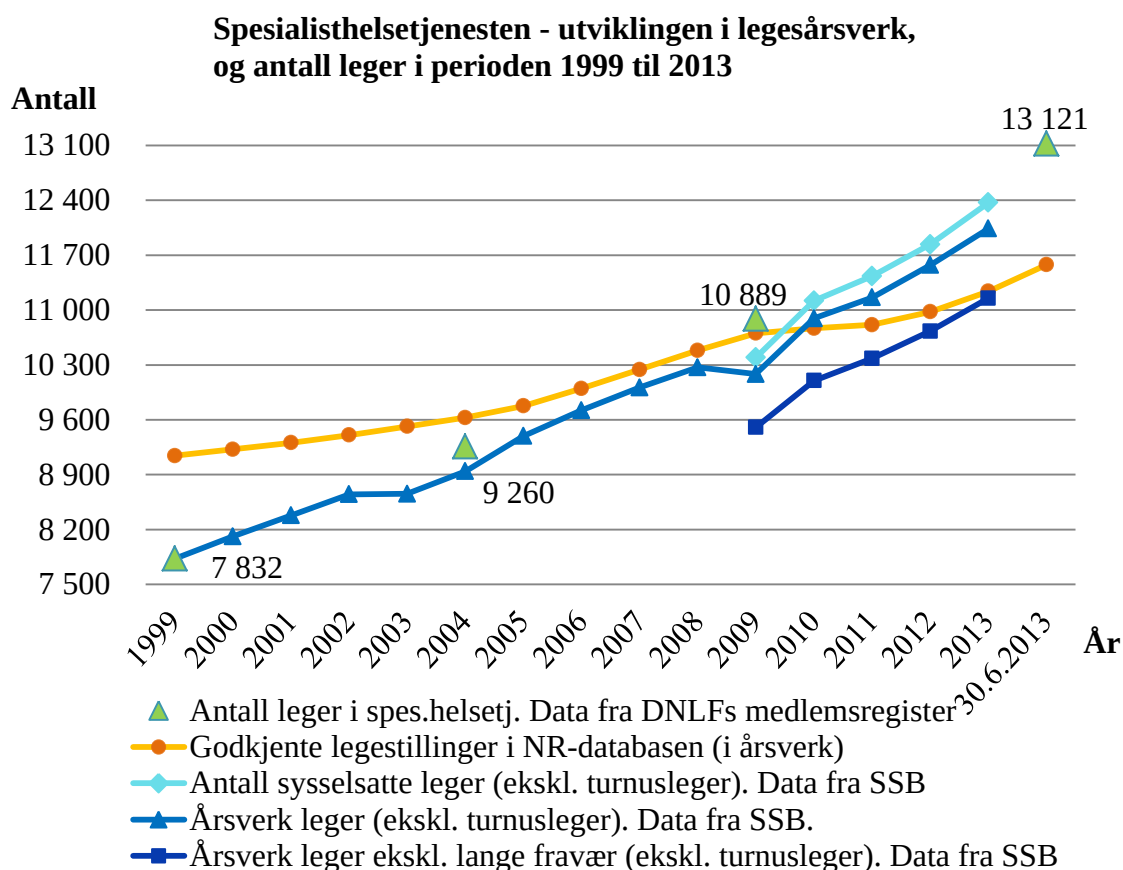
Figur 9 viser at alle kurvene, med unntak av data fra Legeforeningen, følger hverandre relativt jevnt gjennom hele perioden. Kurven for fastleger nærmer seg gradvis kurven for fastlegelister i perioden 2001 til 2003. Dette viser at problemet med ledige stillinger ble betydelig redusert i løpet av noen få år.

Datasettene er ikke direkte sammenlignbare siden de inneholder ulike variabler, dvs. sum av legeårsverk, antall leger og antall fastlegelister. Det er derfor foretatt individuelle sammenligninger mellom legeårsverk tildelt gjennom

legefordelingssystemet og de andre datasettene. Differansen mellom legestillinger fra departementet og fastlegelister kan forklares med kommunale legestillinger utenfor fastlegeordningen og ubesatte legestillinger. Avviket mellom dataene fra Fastlegeordningen og SSB utgjør kommunale legeårsverk utenfor fastlegeordningen, blant annet stillinger innen eldreomsorgen. Denne differansen er noe økende i siste periode.

Data fra Legeforeningens medlemsregister viser en helt annen trend enn de øvrige datakildene. I 1999 er de i samsvar med SSBs tall. I 2004 er Legeforeningens medlemstall noe høyere enn SSBs tall, og i 2009 og 2014 er det store avvik mellom tallene. Legeforeningens medlemstall følger også kurven for nye legestillinger tildelt fra departementet frem til 2009, men det er en betydelig differanse i 2014.

Veksten i nye stillinger gjennom legefordelingssystemet er på ca 31 % fra 1.1.1999 til 30.6.2013. Data fra fastlegeregisteret viser at antall fastleger har økt med ca 26 % og antall fastlegelister har økt med ca 16 % fra 1.1.2001 til 1.1.2014. Data fra SSB viser en vekst i legeårsverk på ca 32 % fra 1.1.1999 til 1.1.2013. Antall yrkesaktive medlemmer i Legeforeningens register har økt med ca 57 % fra 1.1.1999 til 1.1.2014.



Figur 10. Utviklingen i legestillinger og legeårsverk i spesialisthelsetjenesten i perioden 1999 til 2013. Data fra Legeforeningen er lagt inn for 1999, 2004, 2009 og 2014 og er vist i de grønne trekantene.

Figur 10 viser at kurven for NR-databasen er mye slakere enn de øvrige kurvene og kurven for antall leger (Dnlf) har en mye brattere stigning enn de øvrige kurvene. Differansen mellom NR-basen og de øvrige registrene de første årene skyldes bl.a. det høye antallet ubesatte stillinger.

Helt frem til år 2009 lå kurven for godkjente legestillinger (NR-databasen) høyere enn både Legeforeningens tall og årsverkstallene fra SSB. Den reduserte differansen mellom NR-basen og de øvrige kurvene, kan være et tegn på nedgang i ubesatte stillinger, men kan også være et signal om at det er opprettet nye «ikke godkjente» stillinger.

Kurven for legeårsverk ekskl. lange fravær, som er den kurven fra SSB som er mest sammenlignbar med NR-databasen, møter kurven for legestillinger først i 2013. Dette betyr at det ikke kan dokumenteres at det er opprettet flere stillinger enn det RHFene har fått tildelt.

7 DISKUSJON

7.1 Valg av metode

Siden store deler av studien er undersøkelser av utviklingen i antall nye legestillinger, er det valgt en kvantitativ studie, men med enkelte kvalitative elementer (Øvretveit 1998).

En kvalitativ dokumentanalyse egner seg best for å undersøke målsettingen ved kvotefordelingsordningen. Denne metoden egner seg til å studere offentlige dokumenter (Johannessen, Tufte et al. 2004). Alternativet kunne være å gjennomføre intervjuer av politikere og tjenestemenn som var involvert i etableringen av ordningen. Dette kunne ha belyst flere sider ved departementets avgjørelse, blant annet hvorfor man valgte en lovbasert ordning. På den annen side kunne dette ha gitt skjeve resultater så mange år etter at ordningen ble innført pga fare for unøyaktig og upresis gjengivelse av fakta (Øvretveit 1998).

I de øvrige undersøkelsene er det benyttet kvantitative metoder. Data er samlet inn ved manuell gjennomgang av NRs tilrådninger og departementets vedtak. Også data for tildelte legestillinger i primærhelsetjenesten måtte kvalitetssjekkes og suppleres manuelt. Det var ingen alternative metoder for disse undersøkelsene. De øvrige dataene er innhentet fra nasjonale databaser. Studien kunne hatt et bredere empirigrunnlag dersom alle RHFene hadde hatt integrasjonen med Legestillingsregisteret pr 30.6.2013. Dette kunne gitt et bedre nåtidsbilde av RHFenes bruk av tildelte stillinger.

Til den nordiske undersøkelsen var OECDs statistikkbank hovedkilde fordi denne databasen inneholder mest informasjon om legedekning og antall leger innen ulike kategorier som er innsamlet etter OECDs standardiserte metoder. Intervjuer med nasjonale eksperter eller spørreskjemaundersøkelse kunne ha belyst flere sider ved utviklingen i legemarkedet i hvert enkelt land. Intervjuene kunne vært gjennomført som semistrukturerte eller strukturerte telefonintervjuer, ved hjelp av en intervjuguide eller et spørreskjema. Dette hadde imidlertid vært mer ressurskrevende (Øvretveit 1998).

7.2 Analysen

Analysemetodene er kvalitative for å vurdere det skriftlige materialet, og kvantitative for å analysere tallmaterialet (Johannessen, Tufte et al. 2004).

Det er valgt å benytte deskriptive analyser av legestillinger tildelt gjennom kvotefordelingssystemet for å vise utviklingen i legestillinger i perioden 1999 til 2013. NR-databasen er valgt som viktigste datakilde for spesialisthelsetjenesten siden databasen var opprettet til dette formålet. For primærhelsetjenesten er hovedkilden Helsedirektoratets Excel-fil med tildelte legestillinger. Dataene er sammenliknet med andre datakilder og avvikene er analysert. Analysen viser at de ulike datakildene ikke avviker så mye at det endrer konklusjonen.

Ettersom hele universet, det vil si at alle legestillinger er inkludert, har ikke statistisk signifikanstesting vært aktuelt (Øvretveit 1998). Dataene som er brukt har høy validitet, dvs gyldighet og relevans i forhold til forskningsspørsmålene i studien. Om studien gjentas av andre forskere vil de sannsynligvis få samme resultat, og gjøres de riktige uttrekkene vil det gi samme resultat gang etter gang. Dette gir høy validitet og reliabilitet i studien (Øvretveit 1998, Johannessen, Tufte et al. 2004).

Den kvalitative analysen bidrar til å konkretisere målene for ordningen (Øvretveit 1998). En ulempe ved denne analysemetoden er at det kan være vanskelig for forskeren å legge sin egen for forståelse til side og være helt nøytral. Antakelsene om hva man skal finne, kan styre hvordan man leser og tolker teksten. På den annen side kan analysen gi en bedre forståelse av teksten (Øvretveit 1998).

Ved den manuelle dokumentgjennomgangen av NRs og departementets vedtak var det en stor risiko for feilregistreringer. Gjennomgangen ble derfor repetert flere ganger. Senere er NR-databasen sjekket mot resultatene fra dokumentgjennomgangen for å være sikker på at alle stillinger var med i datagrunnlaget før de deskriptive analysene ble foretatt.

Ved bruk av data fra statistikkbanker er det viktig å sette seg inn i hvilke kilder disse benytter. Uventede toppler eller fall i tidsserier kan bl. a. skyldes bytte av datakilde. En fordel ved å benytte data fra OECD er at den er innsamlet etter OECDs standardiserte metoder. En svakhet ved disse dataene er huller i tidsseriene og at noen tidsserier først begynner i 2006. OECD-dataene mangler også tidsserie for svenske sykehusleger.

7.3 Resultatene fra studien

Målsettingen for legefordelingsordningen

Det er nedfelt i lovforarbeidene at hensikten med Legefordelingssystemet er «å sikre en bedre nasjonal fordeling av leger». Studiens fortolkning av lovforarbeidene er at det var forventninger både om en bedre styring av legemarkedet og en bedre forvaltning av ordningen. I tabell 2 er det vist hvilke forventninger/mål som er innfridd og det er gitt en

status for de øvrige målene.

I henhold til teorien (Senter for statlig økonomistyring 2009) er det ofte diffuse målformuleringer i lovforarbeider. For å få gjennom lovforslaget i Stortinget ble det kanskje valgt en vag formulering av formålet som de ulike politiske partiene kunne støtte, jf. organisasjonsteorien (Elvekrok 2006). Det kan også tenkes at departementet ved ikke å legge flere konkrete mål for ordningen, ga seg selv den nødvendige handlefriheten til å justere målene etter hvert som nye behov oppsto. Et konkret eksempel på dette er at legefordingssystemet er avviklet uten at det er foretatt lovendringer.

Effekten av ordningen

Formålet med studien er å undersøke om legefordingssystemet har innfridd den politiske målsettingen. I henhold til teorien vil de overordnede målene være identiske med de tiltenkte samfunnseffektene slik at både effekt og måloppnåelse kan måles i forhold til i hvilken grad formålet er oppnådd (Senter for statlig økonomistyring 2009).

Det er imidlertid vanskelig å si hva effekten av legefordingssystemet er ut fra lovens forarbeider. Dette skyldes blant annet at det i lovforarbeidene ikke er tydelige og tallfestede mål for ordningen, og at det heller ikke er noen konkrete styringsparametere (Senter for statlig økonomistyring 2009). På den annen side er det mange mål som er oppfylt, og hovedkonklusjonen er at ordningen har hatt en positiv effekt på legefordingen.

Når det er vanskelig å måle samfunnseffekter som følge av vage og diffuse mål, kan måloppnåelse også måles lengre til venstre i resultatkjeden (Senter for statlig økonomistyring 2009). Måloppnåelse er derfor målt i forhold til hvilke ulike typer legestillinger som er opprettet og i hvilken grad disse følger de nasjonale prioriteringer. Resultatene fra studiens forskningsspørsmål nummer ett og to viser at tildelingen av nye legestillinger i høy grad er i tråd med nasjonale prioriteringer

Forvaltningen av legefordingssystemet

Det er størst sjanse for at beslutningen blir akseptert og respektert av hver enkelt part ved å inkludere impliserte parter i beslutningsprosessen (Dussault, Dubois 2003). Nasjonalt råds forvaltning av ordningen hvor alle partene møtte rundt samme bord og ble enige om stillingsfordelingene kan antas å være ett suksesskriterium. Den brede deltakelsen i Rådet og de brede og åpne debattene, hvor alle medlemmene fikk den tiden de trengte til å fremlegge sitt syn, kan ha skapt en kultur for åpenhet og tillit mellom rådsmedlemmene. Denne respekten for hvert rådsmedlem og den nasjonale oppgaven Rådet var satt til å utføre, kan ha bidratt til at rådsmedlemmene var innstilt på å finne konsensusløsninger. Dette støttes også av teorien som understreker betydningen av deltakelse og rettferdighet i beslutningsprosessene (Elvekrok 2006).

En god og vellykket implementering er avhengig av oppslutning og delaktighet fra impliserte parter (Cobb, Wooten et al. 1995). Dette kan forklare hvorfor NRs vedtak i stor grad ble fulgt opp av departementet i deres styringsdokumenter til RHFene, og hvorfor kvotene i stor grad ble respektert av RHFene og HFene. På den annen side kan det tenkes at det var forankringen av systemet i departementet og muligheten for departementet til å innføre sanksjoner, som gjorde at RHFene etterlevde ordningen. RHFene var i hvert fall veldig snare til å rydde opp etter Riksrevisjonens undersøkelse av «ulovlige stillinger» i 2006.

Utviklingen i legestillinger i de nordiske land

Sammenligningen mellom de nordiske land er med i studien for å se om utviklingen i Norge skiller seg ut fra utviklingen i de øvrige nordiske land. Analysen viser at det er noe ulik intern fordeling av legestillinger, og det er ingen klare mønstre. Fordi de øvrige nordiske landene ikke har like uttalte politiske mål for legefordeling, er det vanskelig å relatere denne analysen til effekten av legefordelingssystemet i Norge. Analysen kan derfor ikke si noe om effekten av det norske legefordelingssystemet i forhold til utviklingen i de øvrige nordiske landene.

En observasjon er at Norge har hatt en bedre utvikling i legedekningen pr 1 000 innbyggere i allmennlegetjenesten, men studien viser også at Norge er det landet som har hatt den største økningen i legedekning totalt sett. Analysen er en interessant beskrivelse av utviklingen i de nordiske land.

Det er rimelig å anta at en tilsvarende ordning kunne være et godt virkemiddel for legefordeling også i de øvrige nordiske land. Landene har en felles velferdsmodell med felles kjerneverdier, og ordningen ville nok fungere bedre i de øvrige nordiske land hvor det er en felles finansiering av velferdstjenester enn i EU-land som har andre finansieringssystemer for sine velferdstjenester og helsevesen.

Folkehelseperspektivet

Studien viser at stillinger til primærhelsetjenesten er prioritert i hele perioden, og at det innen spesialisthelsetjenesten er prioritert stillinger til psykiatri og arbeidsmedisin. I hvilken grad dette bidrar til at flere leger prioriterer folkehelsearbeid er uvisst. Likevel er det rimelig å anta at prioriteringer av stillinger til primærhelsetjenesten og psykiatri understøtter målene for Samhandlingsreformen og norsk folkehelsepolitikk. Forskningen viser at allmennhelsetjenesten har effekt på folkehelsen (Starfield, Shi et al. 2005). Det er derfor nærliggende å anta at det har større effekt på folkehelsen å prioritere legestillinger til primærhelsetjenesten enn til spesialisthelsetjenesten.

Gjennom å øke antallet legestillinger innen psykiatri bidrar man til å understøtte folkehelsearbeidet, siden spesialister i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri er gode støttespillere for fastlegene i forbindelse med tidlig intervensjon ved psykisk sykdom hos barn og voksne.

Analysene viser at det har blitt en bedre legedekning pr 1 000 innbyggere i hele landet, og at økning er størst i Helseregion Nord og Helseregion Midt. Økt antall legestillinger i mindre sentrale strøk av landet kan bidra til å sikre en mer rettferdig fordeling av legeressursene, og det kan bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse (Lian, Westin 2009). På den annen side er det uvisst hvor stor betydning dette har for folkehelsen. Andre tiltak utenfor helsesektoren kan ha større effekt (Dahl, Bergsli et al. 2014, Marmot, Friel et al. 2008, Giæver 2013).

Andre påvirkningsfaktorer

Selv om det er påvist at ordningen har hatt en effekt, er ikke den bedre legefordeling i Norge de siste 15 årene et resultat av legefordelingssystemet alene. I samme periode er tilbudet av leger økt betydelig. Dette er et resultat av økt tilgang på leger, bl.a. ved migrasjon. Dette kommer blant annet fram av en sterk økning i antall påmeldte til den norske turnusordningen for leger gjennom mange år (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 2012). I tillegg er det norske arbeidsmarkedet attraktivt for utlendinger som følge av gode lønns- og arbeidsbetingelser. Primærhelsetjenesten fikk også et løft ved innføringen av Fastlegeordningen som førte til at det ble mer attraktivt å arbeide som allmennlege (Brenne 2007).

Spesielle observasjoner i studien

Studien viser at RHFene ikke fulgte de nasjonale prioriteringene i like høy grad som departementet. De prioriterte «andre spesialiteter» når de fikk velge fritt uten nasjonale føringer, og de prioriterte overlegestillinger fremfor LiS-stillinger særlig de seneste årene. Dette kan være et tegn på at utviklingen vil gå i en ny retning nå som legefordelingssystemet er avviklet. På den annen side har departementet gitt RHFene både større frihet og større ansvar for befolkning i sitt område gjennom helseforetaksreformen (Odelstingsproposisjon nr 66 (2000-2001) 2001).

Det er observert en sammenheng mellom tilbud og etterspørsel etter leger, og utvikling i ubesatte legestillinger på tvers av tjenestenivåene. I de årene det ble gitt knappe kvoter til spesialisthelsetjenesten, særlig i årene 1999 til 2003, gikk antall ubesatte stillinger betydelig ned både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Fra 2004 til 2008, da det ble gitt større kvoter til spesialisthelsetjenesten, holdt antall ubesatte legestillinger seg uendret eller litt økende. I 2009 og 2010, da det ble svært små kvoter igjen, gikk antallet ubesatt stillinger ytterligere ned.

Det kan tyde på at legefordelingssystemet de siste 15 årene har bidratt til å skape en balanse i legemarkedet, ved å opprette akkurat passe antall nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten. Det kan være andre faktorer som det er ikke er kontrollert for i denne studien som kan ha forårsaket en slik utvikling i legemarkedet, men denne studien kan tyde på at det er et samspill mellom hvor mange nye stillinger som opprettes og utviklingen i ubesatte stillinger.

Forutsetninger for en nasjonal legefordelingsordning

I begge de to tidligere studiene av legefordelingen i Norge, Buhaugs studie i 1997 og Brennes studie i 2007, er det konkludert med at ordningen ikke ble overholdt av sykehusene og at det ble ansatt leger i «ikke godkjente stillinger» (Buhaug 1997, Brenne 2007). I Buhaugs studie var nok denne konklusjonen korrekt. I Brennes studie kan det forklares med at han undersøkte ordningen på samme tidspunkt som Riksrevisjonen fant «ulovligheter» ved sykehusene.

Et annet funn i Buhaugs studie er at den geografiske fordelingen av leger var blitt bedre, og at utdanningskapasiteten for leger i spesialistutdanning var økt (Buhaug 1997). Dette viser at styrt fordeling av nye legestillinger kan sikre en bedre legefordeling. Dette understøttes gjennom denne studien som viser tilsvarende resultat.

I Brennes studie ble det anbefalt å øke tilgangen på leger gjennom å øke utdanningskapasiteten i grunnutdanningen, samt at den generelle statusen for legestillinger i primærhelsetjenesten måtte høynes (Brenne 2007). Dette er sikkert riktig hvis en ønsker å la markedet alene styre etterspørselen. Men en overkapasitet av leger vil verken samfunnet eller legene ha glede av. I tillegg er medisinerstudiet i øverste kostnadskategori av høyere utdanning, og hver studieplass koster det norske samfunn mye.

Resultatene fra denne studien viser at både lovgivningen og administrative virkemidler på feltet kan ha effekt. Det strukturelle virkemidlet som lovgivningen representerer, har bidratt til å bremse veksten i legestillinger i spesialisthelsetjenesten. Legemarkedet må ses under ett for å oppnå en god nasjonal legefordeling. Dette ble ikke tatt hensyn til i Brennes studie. Denne studien viser at dersom strukturelle virkemidler skal ha en effekt trengs det et apparat rundt som følger opp, og som har autoritet og troverdighet i fagfeltet.

8 KONKLUSJON

Studien viser at legefordelingssystemet har hatt en ønsket effekt, men det er vanskelig å si hva som skyldes andre påvirkningsfaktorer som det ikke har vært mulig å kontrollere. Den politiske målsettingen er innfridd på mange områder, og tildelingen av nye legestillinger har i stor grad fulgt nasjonale prioriteringer og de ønskede målene for ordningen.

Legedekningen pr 1 000 innbyggere har blitt betydelig bedre i både primær- og spesialisthelsetjenesten i perioden 1.1.1999 til 30.6.2013. Det er tildelt flest nye stillinger til spesialisthelsetjenesten, men den relative økningen er størst i primærhelsetjenesten. I et folkehelseperspektiv er dette en ønsket utviklingen. Den spesialitetsmessige utviklingen har også gått i ønsket retning. Områder som kreft og psykiatri er tildelt flest nye stillinger. Det er også blitt en betydelig økning nye LiS-stillinger, og antallet ubesatte stillinger er betydelig redusert.

Resultatene bygger på kvantitative analyser av NR-databasen og NR-sekretariatets dokumenter for tildelte legestillinger i primærhelsetjenesten, samt kvalitative analyser av lovforarbeidene ved innføringen av legefordelingssystemet. Disse kildene er ansett som gyldige og relevante kilder i forhold til studiens problemformulering og forskningsspørsmål. Resultatene er kvalitetssjekket mot SSBs nasjonale statistikk over legeårsverk, Fastlegeregisteret og Legeforeningens medlemsregister. Denne sammenligningen viser at studiens resultater er til å stole på.

Studien viser at politiske og forvaltningsmessige virkemidler kan sikre god legefordeling. Det har nok vært av betydning at legefordelingssystemet, både lovgivningen og administrasjonen av ordningen, var utformet spesielt med sikte på målrettet styring av legeressursene, og at alle relevante aktørgrupper har deltatt aktiv i oppfølgingen gjennom det bredt sammensatte Rådet. En forutsetning for ordningen var politisk enighet gjennom Stortingets vedtak og forankring i den statlige i helseforvaltningen, kommunesektoren, fagmiljøene og pasientorganisasjonene.

Studien kan brukes for å følge den videre utviklingen av legestillinger. Studien kan også brukes av politikere og helsemyndigheter ved vurdering av eventuelle endringer i gjeldende regelverk eller hvis det på ny blir behov for en strammere regulering.

Et helsevesen under press, med økt innslag av private helseforsikringer og nye pasientrettigheter innen EØS-området, kan føre til ny skjevfordeling av leger, både mellom de to tjenestenivåene, i forhold til geografi eller spesialitetsmessig fordeling, eller mellom overlege- og LiS-stillinger i forhold til utdanningskapasitet.

9 TAKK

Avslutningsvis rettes en stor takk til dosent Evastina Björk, som har veiledet oppgaveskrivingen dette halvåret. Takk for mange god tilbakemeldinger! Det har vært en utviklende og lærerik prosess.

En takk går også til Nordic School of Public Health (NHV) for alt jeg har fått lære om folkehelsearbeid og akademisk tenkning dette tiåret jeg har vært student her ved NHV. Takk til bibliotekar Susanne Tidblom-Kjellberger for god opplæring og hjelp med referansebehandling.

Takk til min arbeidsgiver Helsedirektoratet, for studiepermisjon denne våren og sommeren, slik at jeg fikk fullført studiene.

Jeg vil også rette en spesiell takk til følgende personer som har gitt råd i ulike faser av prosessen: Geir Sverre Braut, Kristin Nordseth, Ivar Sønbo Kristiansen og Otto Christian Rø.

Takk til familie og venner for inspirasjon og motivasjon! Og sist men ikke minst, en stor takk til mine kjære døtre Christine og Sofie for all støtte og oppmuntring!

10 REFERANSELISTE

ALMA ATA-DEKLARASJONEN, 1978-last update, Alma Ata-deklarasjonen om helse for alle år 2000 [Homepage of World Health Organization, WHO], [Online]. Available: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [7/2, 2014].

ASKILDSEN, J.E. and HOLMÅS, T.H., 2013. Wages and work conditions as determinants for physicians' work decisions. *Applied Economics*, **45**(3), pp. 397-406.

BOURGEOIS, L.J. and BRODWIN, D.R., 1984. Strategic implementation: Five approaches to an elusive phenomenon. *Strategic Management Journal*, **5**(3), pp. 241-264.

BRAVEMAN, P. and GRUSKIN, S., 2003. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **57**(4), pp. 254-258.

BRENNE, A., 2007. *Norwegian Physician Market Policy*. Bergen: Universitetet i Bergen.

BUHAUG, H., 1997. *Evaluering av utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS)*. STF78 A96528. Trondheim: Sintef Nis.

COBB, A.T., WOOTEN, K.C. and FOLGER, R., 1995. Justice in the making: Toward understanding the theory and practice of justice in organizational change and development. *Research in organizational change and development*, **8**(1), pp. 243-295.

DAHL, E., BERGSLI, H. and VAN DER WEL, K.A., 2014. *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.

DAHLGREN, G. and WHITEHEAD, M., 2007. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

DALE, R. and THORSEN, K., 2004. *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

DE VREYER, P., GUBERT, F. and ROBILLIARD, A., 2010. Are there returns to migration experience? An empirical analysis using data on return migrants and non-migrants in West Africa. *Annals of Economics and Statistics/Annales d'Économie et de Statistique*, pp. 307-328.

DUSSAULT, G. and DUBOIS, C., 2003. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, **1**(1), pp. 1-16.

ELVEKROK, I., 2006. *Medvirkning: mer enn medvirkning: Effekter av ulike medvirkningsformer i strategiske endringsprosjekt*. Bergen: Norges handelshøyskole.

EU-DIREKTIV 36/2005, 2007. *Europaparlamentets- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7. september 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner*. Oslo: Utenriksdepartementet.

FASTLEGEFORSKRIFTEN, 2012. *Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

FASTLEGEREREGISTERET, 2014-last update, Fastlegestatistikken 2013 [Homepage of Helsedirektoratet], [Online]. Available: http://helsedirektoratet.no/finansiering/refusjonsordninger/tall-og-analyser/fastlege/Documents/Hovedtallsrapport%202013_4.pdf [5/2, 2014].

FOLKEHELSELOVEN, 2011. *Lov om folkehelsearbeid. LOV-2011-06-24 nr 29*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

GIÆVER, Ø, 2013. *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller - i teori og praksis. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.

HAGEN, T.P., 1996. *Ingen "legeflukt", men-: analyse av arbeidskraftsforbruk og ledige stillinger ved norske sykehus*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET, 5.7.2013, 2013-last update, Pressemelding: Fjerner kvotefordeling av legestillinger [Homepage of Helse- og omsorgsdepartementet], [Online]. Available: <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/nyheter/2013/fjerner-kvotefordeling-av-legestillinger.html?id=732395> [3/4, 2014].

HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN, 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

HELSEDIREKTORATET, 2013-last update, Legestillingsregisteret [Homepage of Norsk Helsennett], [Online]. Available: <http://offentlig.nhn.no/Position> [5/5, 2014].

HELSEDIREKTORATET, 2012. *Uttrekk fra NR-databasen (Access-format): Excel fil med data fra NR-databasen pr 2012.12.10*.

HELSEDIREKTORATET, 2010. *Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar*. 2014. Oslo: Helsedirektoratet.

HELSEDIREKTORATET, 2009. *Utdanne nok og utnytte godt – innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen*. Oslo: Helsedirektoratet.

HELSEDIREKTORATET, 2007. *En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell*. 2014. Oslo: Helsedirektoratet.

HELSEMOD, 2012. *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, SSB.

HONGORO, C. and MCPAKE, B., 2004. How to bridge the gap in human resources for health. *The Lancet*, **364**(9443), pp. 1451-1456.

INNSTILLING TIL STORTINGET NR 21 (1998-99), 1998. *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover. Ot. prp. nr 4 (1998-99)*. Oslo: Stortinget.

JACKSON, S.F., PERKINS, F., KHANDOR, E., CORDWELL, L., HAMANN, S. and BUASAI, S., 2006. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promotion International*, **21 Suppl 1**, pp. 75-83.

JOHANNESSEN, A., TUFTE, P.A. and KRISTOFFERSEN, L., 2004. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 2 utg edn. Oslo: Abstrakt forlag.

KOKKO, S., 2009. Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *International Journal of Integrated Care*, **9**, pp. e86.

LIAN, O.S. and WESTIN, S., 2009. Bidrar helsetjenesten til sosiale ulikheter i helse? *Sosial epidemiologi–Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk, pp. 315-335.

MARMOT, M., 2004. Status Syndrome. *Significance*, **1**(4), pp. 150-154.

MARMOT, M., FRIEL, S., BELL, R., HOUWELING, T.A. and TAYLOR, S., 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, **372**(9650), pp. 1661-1669.

MCQUEEN, D.V., 2013. *Global Handbook on Noncommunicable Diseases and Health Promotion*. New York: Springer.

MELDING TIL STORTINGET NR 16 (2010-2011), 2011. *Nasjonal helse- og omsorgsplan for (2011-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

MELDING TIL STORTINGET NR 34 (2012-2013), 2013. *Melding til Stortinget. Folkehelsemeldingen, God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NAIDOO, J. and WILLS, J., 2011. *Foundations for Health Promotion*. London: Ballière Tindall.

NATANZON, I., SZECSENYI, J., OSE, D. and JOOS, S., 2010. Future potential country doctor: the perspectives of German GPs. *Rural and Remote Health*, **10**(2), pp. 1347.

NORDISK MINISTERRÅD, 2006. *Spillet om den nordiske velferden: en debattrapport om den nordiske velferdsmodellens fremtid i den globale konkurranseøkonomien*. København: Nordisk Ministerråd.

NORDISK MINISTERRÅD, 1998-last update, Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer [Homepage of Nordisk Ministerråd], [Online]. Available: <http://www.norden.org/no/om-samarbeidet/avtaler/avtaler/arbeidsmarked/overenskomst-om-felles-nordisk-arbeidsmarked-for-visse-yrkesgrupper-innen-helsevesenet-og-for-veterinaerer-1> [8/8, 2014].

NORDISK STATISTIKKBANK, 2014-last update, Tabell: CITI01: Population 1 January by reporting country, time, citizenship, sex and age [Homepage of Norden], [Online]. Available: <http://91.208.143.50/pxweb/pxwebnordic/Dialog/varval.asp?ma=CITI01&ti=CITI01%3A+Population+1+January+by+reporting+country%2C+time%2C+citizenship%2C+sex+and+age&path=../Database/3.%20Population/Population%20size%20and%20change/&lang=1> [6/5, 2014].

NOU NR 18, 1998. *Det er bruk for alle: styrking av folkehelsearbeidet i kommunene : utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 16. juli 1997 : avgitt til Sosial- og helsedepartementet 17. november 1998*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning.

NYLENNA, M. and LARSEN, B., 2004. Samfunnsmedisin—fag for historikere eller leger? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, **124**, pp. 3217-3219.

ODELSTINGSPROPOSISJON NR 4 (1998-99), 1998. *Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (samleproposisjon høsten 1998)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

ODELSTINGSPROPOSISJON NR 66 (2000-2001), 2001. *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

ODELSTINGSPROPOSISJON NR 99 (1998-99), *Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

OECD, 2014. *Practising physicians (doctors) 2014/1*.

ØVRETVEIT, J., 1998. *Evaluating health interventions: an introduction to evaluation of health treatments, services, policies, and organizational interventions*. Buckingham England: Open University Press.

OZEGOWSKI, S., 2013. Effective policy mechanisms for an equitable geographical distribution of general practitioners: a qualitative comparative analysis of the accessibility of primary care in Europe. *Journal of health services research & policy*,

18(3), pp. 151-159.

PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN, 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63*. Oslo.

ROOTMAN, I., 2001. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

SCHANCKE, V.A., 2006. *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis: en kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger*. 2 edn. Narvik: Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken, Forebyggingsseksjonen.

SENER FOR STATLIG ØKONOMISTYRING, 2009. *Evaluering av lover: med tilsvarende anvendelse på forskrifter og andre rettsregler: veileder*. Oslo: Justis- og politidepartementet.

SKASET, M., 2006. *I gode og onde dager-: de norske legene og staten 1945-2000*, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo: Unipub.

SKOGLUND, E., 2013. Physicians to the people. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 133(17), pp. 1847-1850.

SKOGLUND, E. and TARALDSET, A., 2000. The manpower market for physicians in the Nordic countries 1980-2000. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 120(17), pp. 2030-2034.

SNAPS-RAPPORT, 2010. *Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna. Utgitt av Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- og Specialutbildningsfrågor*. 2014. Oslo: Legeforeningen.

SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN, 1999. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

ST.MELD. NR 13 (2008-2009), 2009. *Klima, konflikt og kapital. Norsk utenrikspolitikk i et endret handlingsrom*. Oslo: Utenriksdepartementet.

STAMSØ, M.A., 2005. *Velferdsstaten i endring. Norske helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal forlag AS.

STARFIELD, B., SHI, L. and MACINKO, J., 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*, 83(3), pp. 457-502.

STATENS AUTORISASJONSKONTOR FOR HELSEPERSONELL, 2012-last update, Årsrapport for 2011 [Homepage of Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, SAK], [Online]. Available: <http://www.sak.no/sites/SAK/om-sak/Documents/20120215aarsrapport2011SAFH.pdf> [7/26, 2014].

STATENS HELSETILSYN, 2003:8. *Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen*. Oslo: Statens helsetilsyn.

STATISTISK SENTRALBYRÅ, 2014-last update, SSBs Helsetjenestestatistikk [Homepage of Statistisk Sentralbyrå: SSB], [Online]. Available: <http://ssb.no/helse?de=Helsetjenester> [6/5, 214].

STORTINGSMELDING NR 47 (2008-2009), 2009. *Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

STORTINGSPROPOSISJON NR 84 (2000-2001), 2001. *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2001*. Oslo: Finansdepartementet.

SVERIGES LÄKARFÖRBUND, 2013. *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialläkare 2012*. 2014. Sveriges läkarförbund.

TARALDSET, A., 2014. *E-post med uttrekk fra Den norske legeforenings medlemsregister 2014.4.8*.

TAYLOR, A.L., HWENDA, L., LARSEN, B. and DAULAIRE, N., 2011. Stemming the Brain Drain — A WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel. *New England journal of medicine*, **365**(25), pp. 2348-2351.

THE WORLD HEALTH REPORT, 2006. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva: World Health Organization, WHO.

WHO, 2009. *Milestones in Health Promotion. Statements from global conferences*. 2014. Geneva: World Health Organization, WHO.

WHO, 1946. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948*. World Health Organization, WHO.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 4, 2014-last update, European health for all database (HFA-DB) [Homepage of WHO Regional Office for Europe], [Online]. Available: <http://data.euro.who.int/hfadbf/> [7/18, 2014].

11 VEDLEGGSOVERSIKT

Vedlegg 1	Definisjoner
Vedlegg 2	Mandat og sammensetning av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling
Vedlegg 3	NRs tilrådninger om stillingskvoter til spesialisthelsetjenesten
Vedlegg 4	Departementets tildeling av nye stillinger til spesialisthelsetjenesten
Vedlegg 5	Departementets tildeling av nye stillinger til spesialisthelsetjenesten(inkl. stillinger tildelt fra NRs sekretariat)
Vedlegg 6	Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten pr hovedkategori og spesialitet
Vedlegg 7	Legestillinger i de nordiske land i perioden 1999 til 2013

Vedlegg 1

Definisjoner

- Fastlege: Allmennlege i primærhelsetjenesten som har ansvar for en pasientliste
- Fastlegeliste: Pasientliste med pasientansvar tilsvarende full legestilling
- Fastlegepraksis: Stilling knyttet til en pasientliste i primærhelsetjenesten
- Helseforetak: Virksomheter inne et RHF. Kan bestå av ett eller flere sykehus.
- Helseregion: Det er i dag fire helseregioner i Norge: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Frem til 2007 var Sør og Øst egne helseregioner.
- Hernes-amnestiet: Amnesti for «ikke-godkjente» legestillinger, gitt i 1998 av daværende helseminister Gudmund Hernes
- Lege: Person med medisinsk embetseksamen og norsk autorisasjon som lege
- Legedekning: Antall leger/1 000 innbyggere, eller sum legeårsverk/1 000 innbyggere
- Legefordeling: Fordeling av leger mellom 1. og 2. linjetjenesten, mellom ulike spesialiteter, eller stillingstyper (overlege og LiS)
- Legefordelingssystemet: Statlig lovbasert kvotereguleringssystem for nye legestillinger, innført fra 1.1.1999 for å regulere etterspørselen etter leger
- Legestilling: Stilling utlyst utelukkende for lege
- Legeårsverk: Arbeid tilsvarende full stilling
- LiS: Lege i/under spesialistutdanning
- LiS-stilling: Utdanningsstilling for lege under spesialistutdanning
- Overlege: Lege med godkjent norsk spesialistutdanning eller tilsvarende
- Overlegestilling: Stilling for overlege
- Pasientliste: Liste over navngitt personer i befolkningen
- Primærhelsetjenesten/primærhelsetjenesten/ allmennhelsetjenesten: Betegnelser for førstelinjetjenesten
- Regionale helseforetak (RHF): Statseide foretak som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten innen helseregionen. Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble sammenslått fra 1.1.2007.
- Spesialisthelsetjenesten: Andrelinjetjenesten
- Spesialitet: Disiplin innen medisin
- Stillingskvote: Rammer for hvor mange nye stillinger som kan opprettes pr år, fordelt på stillingstype, spesialitet eller helseregion
- Stillingsprosent: Avtalt arbeidstid i % av hel stilling
- Stillingstype: Overlege eller LiS-stilling
- Ubesatt stilling: Legestilling en ikke får besatt

Vedlegg 2

Nasjonalt råds mandat og sammensetning

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) ble opprettet ved Regjeringens resolusjon av 3.9.1998 og ble gitt følgende mandat:

«Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger (NR) er rådgivende organ for departementet eller den departementet delegerer myndighet til, i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføring av og kvaliteten på all spesialistutdanning (videre- og etterutdanning) av leger.

NR skal særlig vurdere og gi råd vedrørende:

- Godkjenning av spesialiteter, spesialitetsstruktur, utdanningens omfang, antall spesialister og fordelingen av disse
- Godkjenning av spesialistregler
- Godkjenning av utdanningsinstitusjoner
- Gjennomføring og kvalitetssikring av spesialistutdanningen
- Fordeling av nye legestillinger
- Overvåkning av legemarkedet»

Rådet har vært sammensatt av representanter for partene som har vært sentrale i gjennomføringen av spesialistutdanningen for leger, samt en representant for pasientene. Ved etableringen i 1.1.1999 hadde Rådet 21 medlemmer og varamedlemmer med følgende sammensetning:

- Statens 3 repr. (leder og en fra Helsetilsynet og en fra Fylkeslegen)
- Helseregionene 5 repr. (en fra hver helseregion)
- Universitetene 4 repr. (en repr. fra hvert av de medisinske fakultetene)
- Den norske legeforening 4 repr.
- Kommunenes sentralforbund (KS) 3 repr.
- Oslo kommune 1 repr.
- Norsk pasientforening 1 repr.

Med helseforetaksreformen i 2002 ble antall redusert til 19 ved at Oslo kommune trådte ut av Rådet, KS og Staten fikk kun to representanter hver og pasientrepresentasjonen ble styrket med ytterligere en representant. Med sammenslåing til Helse Sør Øst RHF ble Rådet redusert med ytterligere en representant.

Professor ved Universitetet i Tromsø, Ole Danbolt Mjøs, ble oppnevnt som rådsleder ved opprettelsen og ledet NR frem til 2009. Professor ved Universitetet i Oslo (UiO), Borghild Roald, universitetsrepresentant fra opprettelsen, ble deretter oppnevnt som rådsleder frem til avviklingen av NR. Harald E. Hauge var NR-sekretariatets direktør fra 1999 – 2006. Da NR- sekretariatet ble en del av Sosial- og helsedirektoratet fra 2002, ble det avsatt færre ressurser til sekretariats-arbeidet. Otto Christian Rø var sekretariatsleder fra august 2006 til mars 2012, etterfulgt av Bente Skulstad.

Vedlegg 3

NRs tilrådninger om stillingskvoter til spesialisthelsetjenesten

NRs tilrådning om stillingskvoter i spesialisthelsetjenesten for årene 1999 til 2013 fordelt på stillingstype.

År	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
Ovl			40	30	40	60	60	60	85	85			100	111	
LiS	48	40	50	55	50	50	70	80	110	95	40	12	25	101	
Uspes.	32	30		5		30		30	65	50		30		40	340
Totalt	80	70	90	90	90	140	130	170	260	230	40	42	125	252	340

NRs tilrådning om stillingskvoter i spesialisthelsetjenesten for årene 1999 til 2013 fordelt på helseregion.

År	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
Nord					b)	22		28	42	26	10	1	20	52	50
Midt	a)				b)	22	d)	33	52	34	10	10	20	30	100
Vest	a)				b)	22	d)	33	47	90	10	10	15	85	100
Sør						22		33	42				15+	60+	
Øst						22		33	62	80	10	21	30*	20*	90
Uspes.	80	70	90	90	90	30	130	10	15						
Totalt	80	70	90	90	90	140	130	170	260	230	40	42	125	252	340

NRs tilrådning om stillingskvoter i spesialisthelsetjenesten for årene 1999 til 2013 fordelt på spesialitet/satsningsområde.

År	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
Kreft	25														
Psyk.	20			20											
Høy pri.	35	30	40	10											
Sårbare spes.		40	50	30	50		30								
LiS geriatri									10			12			
Side-utdann														20	
Rus& Reh						30	10	20	25						
Annet				30	40	110	90	150	225	230	40	30	125	232	
Totalt	80	70	90	90	90	140	130	170	260	230	40	42	125	252	340
Merk.	a)				b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)		i)	j)	k)

Merknader til tabellen:

a) Helse Midt-Norge og Helse Vest prioriteres i forhold til de 35 høyprioriterte stillingene.
b) Ti overlegestillinger øremerkes høyspesialiserte tjenester og kompetansesentra. Helse Nord, Helse Midt og Helse Vest gis prioritet i forhold til de 30 øvrige overlegestillingene.
c) Anbefaling om 10 ekstra legestillinger til rus og rehabilitering.
d) Helse Midt bør tilgodeses pga. nytt St. Olavs hospital, og Helse Vest pga. lav spesialistdekning i forhold til folketall.
e) Februarmøtet 2006: Anbefaling om ekstra kvote på syv stillinger i infeksjonssykdommer og medisinsk mikrobiologi og tre stillinger i arbeidsmedisin.
f) Anbefaling om 5 stillinger til ABC-enheten ved Ullevål i tillegg til kvoten. Anbefaling om ekstra kvote på 10 stillinger til Viken senter i april 2007. Kvoten for rus og rehabilitering utvides til også å gjelde psykiatri og forskning.
g) 10 % av utdanningsstillingene skal benyttes til fordypningsstillinger. Anbefaling om at det settes konkrete mål for reduksjon i ubesatte stillinger. Anbefaling om en konsekvensutredning av den sterke økning i antall legestillinger i spesialisthelsetjenesten.
h) Vedtaket lyder: med fokus på utdanningsstillinger.
i) *(tabell helseregion) Anbefaling om 30 midlertidige overlegestillinger til Helse Sør-Øst RHF til omstillingsprogrammet for hovedstadsområdet (Hovedstadsprosessen).
j) *(tabell helseregion) Anbefaling om 20 midlertidige overlegestillinger til Helse Sør-Øst RHF.
k) Anbefaling om å prioritere LiS stillinger til sideutdanning (for allmennleger).

Vedlegg 4

Departementets tildeling av nye stillinger til spesialisthelsetjenesten (ekskl. stillinger tildelt fra NRs sekretariat)

Nye legestillinger tildelt fra departementet til spesialisthelsetjenesten i perioden 1999 til 2013 fordelt på stillingstype.

År	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
Ovl	32	40	40	40	40	60	54	60	85	82			105	131	
LiS	48	40	50	65	70	50	74	80	110	93	35		30	101	
Uspes.						20		40	25	25	5	30		40	340
Rus/ rehab.							10								
Ekstra						10	40	42	23	21	22	17	8	9	4
Tot.	80	80	90	105	110	140	178	222	243	221	62	47	143	281	344

Nye legestillinger tildelt fra departementet til spesialisthelsetjenesten i perioden 1999 til 2013 fordelt på helseregion.

År	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
Nord	12	11	17	25	17	26	34	34	44	21	9	4	27	52	50
Midt	22	12	17	13	24	30	38	48	47	29	16	13	25	50	100
Vest	20	16	22	21	33	27	38	40	59	91	13	9	30	86	102
Sør	14	16	18	27	20	29	34	39	42						
Øst	12	25	16	19	16	28	34	61	51	80	24	21	61	93	92
Tot.	80	80	90	105	110	140	178	222	243	221	62	47	143	281	344

Nye legestillinger tildelt fra departementet til spesialisthelsetjenesten i perioden 1999 til 2013 fordelt på spesialitet og prioriterte områder.

År	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
Sårbare spes.		40	50	30	50		30	pri.	pri.	pri.					pri.
Høyt pri.															
Høy-tekno.				10	10										
Geriatri									10	pri.	12				
Psykiatri	20			35				40	25	pri.	pri.				
Rus/ rehab.						30	50			pri.					
Kreft	25	40	40					pri.	pri.	pri.					pri.
Annet								42	23	21	10	17	8	9	4
Uspesifisert	35			30	50	110	98	140	185	200	40	30	135	272	340
Totalt	80	80	90	105	110	140	178	222	243	221	62	47	143	281	344

Merknader til tabellen: Mørkere farge betyr hyere grad av føringer fra departementet.

Vedlegg 5

Departementets tildeling av nye stillinger til spesialisthelsetjenesten (inkl. stillinger tildelt fra NRs sekretariat)

Antall nye stillinger omregnet i årsverk tildelt fra departementet til spesialisthelsetjenesten i perioden 1999 til 2013 (ekskl. stillinger tildelt fra NRs sekretariat).

Type tildeling	1999-2003	2004-2008	2009-2013	Totalsum
Ekstra ord. tildeling fra dep.		35	30	65
Ekstra ord. tildeling fra dep. (midl.)			6	6
Ekstrakvote dep.		61	24	85
Årets kvote dep.	465	838	744	2047
Årets kvote dep. (midl.)			70	70
Årets kvote fra dep. Rus/rehab.		70		70
Totalsum	465	1004	874	2342

Stillinger tildelt fra NRs sekretariat i perioden 1999 til 2006.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Totalt
Ekstraord. tild. NRs sekr.		2	5	6	1	8	31	9	62
Erstattninghj. personlig.ordn.	2	1	3			2	14	10	32
Totalsum	2	3	8	6	1	10	45	19	94

I perioden 1999 til 2006 etterregistrerte NRs sekretariat i nærmere 250 stillinger som var knyttet til «Hernes-amnestiet». I tillegg innvilget NRs sekretariat 94,4 nye stillinger til spesialisthelsetjenesten i samme periode, hvorav 62,2 stillinger som ekstraordinære tildelinger og 32,2 stillinger som erstatningsstillinger. Erstatningsstillinger ble tildelt som øremerkede midlertidige stillinger til leger med nedsatt arbeidsevne som en del av avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Stillingene skulle tilbakeleveres når stillingsinnehaver sluttet i stillingen. Kun et fåtall av stillingene er tilbakelevert.

De 94 stillingene som ble tildelt av NRs sekretariat er inkludert i studien som stillinger tildelt av departementet i perioden 1999 til 2013.

De 250 stillingene fra Hernesamnestiet er registrert i studien som stillinger som var etablert før 1.1.1999 og inngår i grunnlaget på ca 9 140 stillinger.

Vedlegg 6

Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten pr hovedkategori og spesialitet.

	Tildelt 99-03	Tildelt 04-08	Tildelt 09-13	Årsv. 1999	Årsv. 2013	Økning 99-13	Økning %	% av totalen
Psykiatri	154	280	135	1575	2144	569	36	23
Barne- og ungdomspsykiatri	60	79	24	283	446	163	57	7
Psykiatri	94	202	111	1291	1698	407	32	17
Kreft	116	134	124	904	1277	374	41	15
Onkologi	51	57	38	153	299	146	95	6
Patologi	11	15	24	196	245	50	25	2
Radiologi	54	62	62	555	733	178	32	7
Laboratoriespes.	32	35	21	387	475	88	23	4
Immunologi og transfusjonsmed.	3	4	2	56	65	9	16	0
Klinisk farmakologi		2	1	50	53	3	6	0
Klinisk nevrofysiologi	4	3	1	26	34	8	31	0
Medisinsk biokjemi	4	3	2	86	95	9	10	0
Medisinsk genetikk	3	1	1	38	43	5	13	0
Medisinsk mikrobiologi	10	13	4	106	133	27	25	1
Nukleærmedisin	8	9	10	24	51	27	113	1
Andre sårbare spes.	19	52	26	199	295	96	48	4
Fysikalsk medisin og rehabilitering	14	46	10	138	207	70	51	3
Plastikkirurgi	5	6	16	62	88	27	43	1
Kirurgi	20	55	68	891	1033	143	16	6
Generell kirurgi	11	25	27	429	492	63	15	3
Bryst- og endokrinkirurgi	1	8	7	7	23	16	221	1
Gastroenterologisk kir.	6	6	18	170	200	30	18	1
Karkirurgi	1	4	4	64	73	9	14	0
Thoraxkirurgi		2	4	59	65	6	10	0
Urologisk kir.	1	10	7	142	159	18	12	1
Barnekirurgi			1	20	21	1	5	0
Primærhelse spes.	1	14	14	99	127	29	29	1
Allmennmedisin	1	3	4	58	66	8	14	0
Arbeidsmedisin		11	10	34	55	21	61	1
Samfunnsmedisin				7	7	0	0	0

Tabellen fortsetter på neste side.

	Tildelt 99-03	Tildelt 04-08	Tildelt 09-13	Årsv. 1999	Årsv. 2013	Økning 99-13	Økning %	% av totalen
Indremedisin	45	193	150	1555	1942	388	25	16
Indremedisin	25	84	60	787	955	169	21	7
Blodsykdommer	2	8	7	54	71	17	31	1
Endokrinologi		3	3	43	49	6	14	0
Fordøyelses- sykdommer	1	6	15	113	135	22	19	1
Geriatri	2	41	19	81	143	62	77	3
Hjertesykdommer	6	19	18	200	243	43	21	2
Infeksjons- sykdommer	5	8	5	62	80	18	29	1
Lunge-sykdommer	1	18	13	143	175	32	22	1
Nyresykdommer	3	6	10	71	90	19	27	1
Annet	98	316	337	3532	4283	751	21	31
Anestesiologi	39	93	73	691	896	205	30	8
Barnesykdommer	13	30	24	482	548	67	14	3
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	11	27	44	554	636	82	15	3
Hud- og veneriske sykdommer	4	15	1	131	151	20	15	1
Maxillofacial kirurgi	1	1	1	17	20	3	18	0
Nevrokirurgi	3	3	18	75	99	24	32	1
Nevrologi	6	40	19	279	344	65	23	3
Ortopedisk kirurgi	8	43	53	507	611	104	21	4
Revmatologi	1	19	7	145	172	27	19	1
Øre-nese- halssykdommer	4	15	12	296	327	31	10	1
Øyesykdommer	8	17	24	330	379	48	15	2
(ikke spesifisert)		14	63	25	102	77	308	3
Totalsum	485	1078	874	9142	11579	2437	27	

Merknader til tabellen:

- Legeårsverk er som sum av årsverk for tildelte stillinger i NR-databasen.
- De gule feltene er hovedkategorier. Under hver hovedkategori vises hvilke spesialiteter som er plassert i hovedkategorien.
- Økning i % er økning i forhold til antall stillinger pr 1.1.1999.
- % av totalen er andel av totalen pr 30.6.2013.

Vedlegg 7

Legestillinger i de nordiske land i perioden 1999 til 2013

		1.1.1999	1.1.2013	Endring	% Endring
Alle kategorier	Danmark	15222	19232	4010	26
Antall leger	Finland	13771	17790	4019	29
	Island	909	1144	235	26
	Norge	14029	21238	7209	51
	Sverige	26368	37063	10695	41
Alle kategorier	Danmark	2,87	3,48	0,61	21
Legedekning:	Finland	2,67	3,29	0,62	23
Antall leger pr 1 000 innbyggere	Island	3,32	3,57	0,25	8
	Norge	3,17	4,23	1,06	33
	Sverige	2,97	3,92	0,95	32
Allmennleger	Danmark	2972	4195	1223	41
Antall leger	Finland*	5275*	6211	936	18
	Island	156	183	27	17
*Finland. Tall fra 2006	Norge	2352	4317	1965	84
	Sverige	4555	5951	1396	31
Allmennleger	Danmark	0,56	0,73	0,17	30
Legedekning:	Finland	1,01	1,15	0,14	14
Antall leger pr 1 000 innbyggere	Island	0,57	0,58	0,01	2
	Norge	0,53	0,86	0,33	62
	Sverige	0,51	0,63	0,12	24
Allmennleger	Danmark	19,5 %	21,0 %	1,5 %	7,7
% andel av alle leger	Finland	33,5 %	35,7 %	2,2 %	6,6
	Island	17,2 %	16,4 %	-0,8 %	-4,7
	Norge	16,8 %	20,0 %	3,2 %	19,0
	Sverige	17,3 %	16,1 %	-1,2 %	-6,9
Sykehusleger	Danmark	10174	13748	3574	35
Antall leger	Finland	6395	7752	1357	21
	Island	700	902	202	29
	Norge	8925	11752	2827	32
Sykehusleger	Danmark	1,92	2,49	0,57	30
Legedekning:	Finland	1,24	1,43	0,19	15
Antall leger pr 1 000 innbyggere	Island	2,86	2,81	-0,05	-2
	Norge	1,97	2,34	0,37	19
Sykehusleger	Danmark	66,8 %	71,5 %	4,7 %	7,0
% andel av alle leger	Finland	53,5 %	58,5 %	5,0 %	9,3
	Island	79,1 %	80,8 %	1,7 %	2,1
	Norge	60,1 %	58,6 %	-1,5 %	-2,5

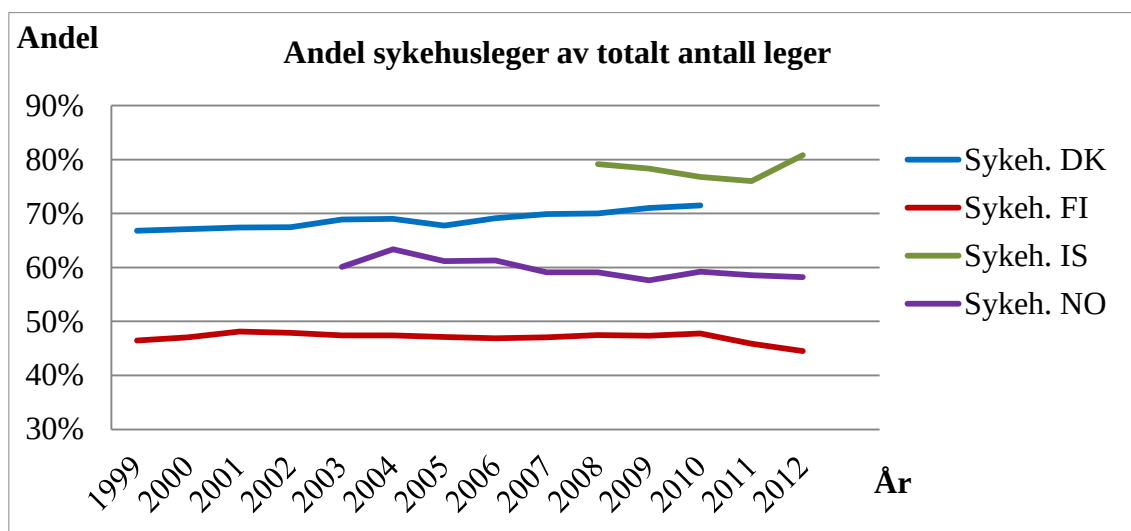
Tabellen fortsetter på neste side.

		1.1.1999	1.1.2013	Endring	% Endring
Legespesialister	Danmark	39,3 %	41,1 %	1,8 %	4,6
% andel av alle leger	Finland	46,5 %	44,4 %	-2,1 %	-4,5
	Island	64,5 %	62,4 %	-2,1 %	-3,3
	Norge	40,7 %	40,7 %	0,0 %	0
	Sverige	55,2 %	53,6 %	-1,6 %	-2,9
% allmennlege og sykehusleger	Danmark	86,3 %	92,5 %		
av alle leger	Finland	87,0 %	94,2 %		
	Island	96,3 %	97,2 %		
	Norge	76,9 %	83,9 %		

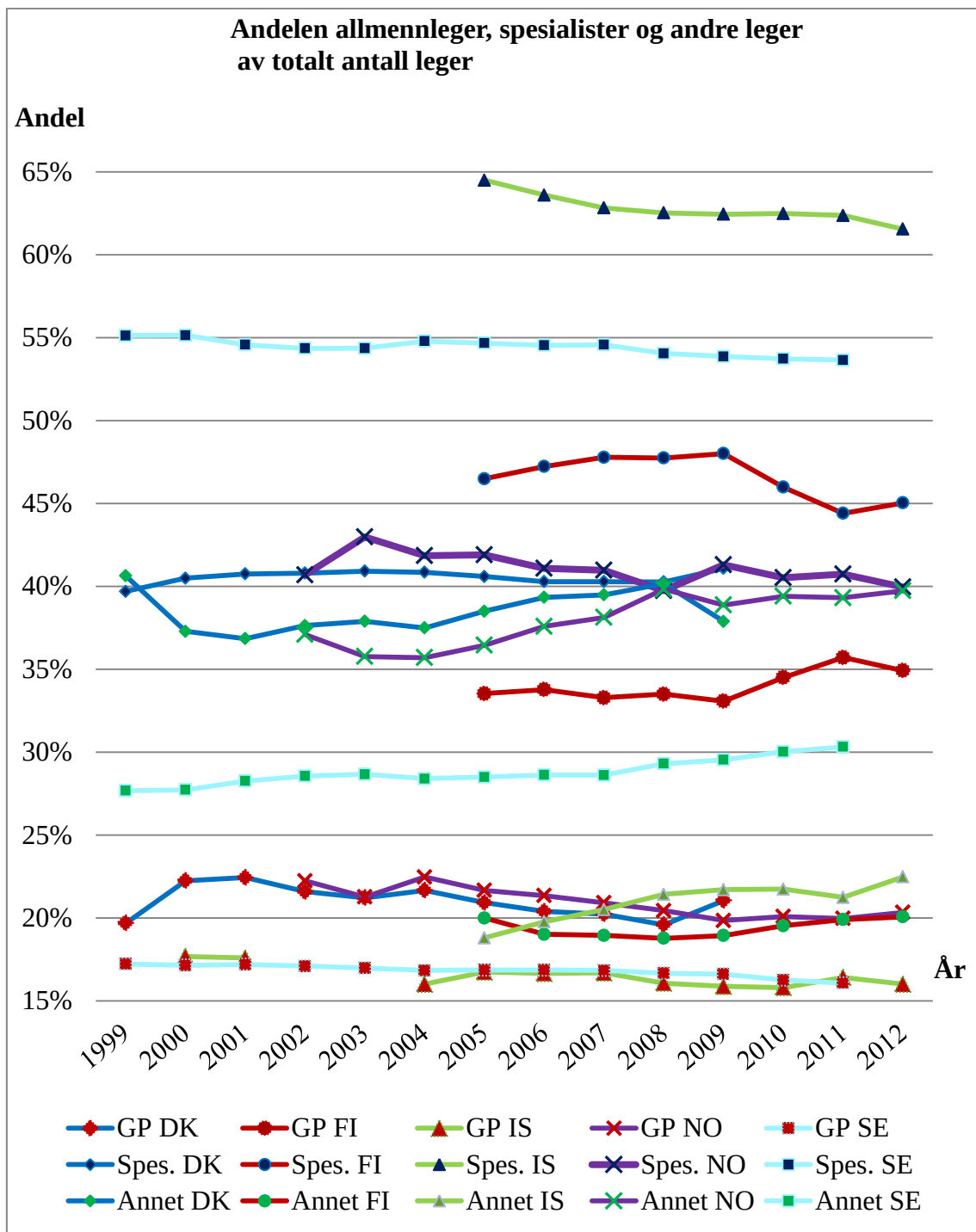
Kilde: OECD.

Folketall i de nordiske land 1.1.1999, 1.1.2004, 1.1.2009 og til 1.1.2013 (Kilde: Nordisk statistikkbank)

	1.1.1999	1.1.2004	1.1.2009	1.1.2013	Endring	% Endring
Danmark	5 313 577	5 397 640	5 511 451	5 602 628	289 051	5
Finland	5 159 646	5 219 732	5 326 314	5 426 674	267 028	5
Island	275 712	290 570	319 368	321 857	46 145	17
Norge	4 445 329	4 577 457	4 799 252	5 051 275	605 946	14
Sverige	8 854 322	8 975 670	9 256 347	9 555 893	701 571	8



Andel sykehusleger av totalt antall leger i Danmark, Finland, Island og Norge i perioden 1999-2013. Kilde: WHO Europa. (WHO Europa mangler data for sykehusleger i Sverige).



Andel allmennleger, spesialister og «andre leger» av totalt antall leger i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige i 1999-2013. Kilde: OECD.

