

Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten

Rapport 2019

Rapport
IS-2870



Innhold

Sammendrag	2
1. Innledning	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Årets rapport	5
1.3 Datagrunnlag	6
2. Tilførsel av nye leger	8
2.1 Medisinstudenter og nye autoriserte leger	8
2.2 Leger i spesialisering 1 (LiS1)	9
2.3 Nye godkjente spesialister	13
2.4 Framskrevet tilbud av og etterspørsel etter leger	15
3. Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester	17
3.1 Årsverksutvikling for leger i kommunene	17
3.2 Utviklingen for fastleger	23
3.3 Spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i kommunene	30
3.4 Rekrutteringsutfordringer i kommunene	33
4. Leger i spesialisthelsetjenesten	39
4.1 Rekrutteringsutfordringer i spesialisthelsetjenesten	39
4.2 Status og utvikling for leger i spesialisthelsetjenesten	40
4.3 Avtalespesialister	48
5. Spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten	49
5.1 Kriterier for vurderinger av spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet	49
5.2 Vurderinger av spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet	54
6. Utviklingen i legestillinger etter avvikling av nasjonal regulering	63
6.1 Utviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester	64
6.2 Utviklingen i helseforetakene	65
6.3 Utviklingen i kommunene og spesialisthelsetjenesten i sammenheng	66
6.4 Utviklingen innen de ulike spesialitetene	68
6.5 Generelle vurderinger vedrørende avviklingen av nasjonal regulering	69
6.6 Andre tilbakemeldinger fra de regionale helseforetakene	70
Vedlegg	72

Sammendrag

Helsedirektoratet skriver denne rapporten årlig på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet med rapportene er å følge med på utviklingen i legestillinger i kommunene og i spesialisthelsetjenesten etter at nasjonal regulering av legestillinger ble avviklet i 2013, og kommunene og de regionale helseforetakene fikk mulighet til selv å opprette stillinger for leger.

I årets rapport gjør direktoratet også en helhetlig oppsummering av utviklingen siden 2013. Vi viser at det har vært en betydelig vekst i legestillinger siden 2013, og at veksten har vært klart størst i spesialisthelsetjenesten. Veksten i spesialisthelsetjenesten har vært på omkring 23 prosent, mot omtrent 15 prosent i kommunene. Av 3 845 nye årsverk i kommunene og i spesialisthelsetjenesten i perioden, har over 3 000 årsverk, eller omkring 80 prosent av de nye årsverkene, kommet i spesialisthelsetjenesten. For kommunene har det blitt vanskeligere å rekruttere allmennleger de siste par årene, og det er utviklingstrekk i fastlegeordningen som gir grunn til bekymring. RHFene og helseforetakene er positive til fleksibiliteten som avviklingen av nasjonal regulering har medført.

Tilførsel av nye leger (kapittel 2)

I 2018 ble det gitt 1 770 nye **autorisasjoner** som lege. Omkring 7 av 10 nye autorisasjoner ble gitt til søkere med utenlandsk utdanning også i 2018, i stor grad norske statsborgere. Den lille nedgangen i norske medisinstudenter i utlandet, som vi har sett de siste par studieårene, fortsatte i 2018-2019.

Antall søkere til **LiS1-stillinger** har økt betraktelig de siste årene, og dermed har en mindre andel av søkerne blitt tilsatt i de senere søknadsrundene, men antall søkere våren 2019 var omtrent lik som våren 2018. Det var også andelen som ble tilsatt, 35,6 %.

Antall nye **spesialistgodkjenninger** var 1 175 i 2018. Antallet er noe høyere enn i perioden 2014 til 2016, og er tilbake på et normalnivå etter at antallet ble svært høyt i 2017 (grunnet økt saksbehandlingsskapasitet i Helsedirektoratet). Andelen av spesialistgodkjenningene som har vært en konvertering av en nordisk eller europeisk spesialistgodkjenning, har gått ned de siste par årene.

I mai 2019 publiserte Statistisk sentralbyrå (SSB) resultatene av nye **Helsemod-framskrivninger** for etterspørselen etter og tilbudet av leger fram mot 2035. Framskrivningene tyder på at det vil bli en betydelig vekst i etterspørselen etter helsetjenester som involverer leger, men at en fortsatt god tilgang på leger innebærer at tilbudet vokser enda litt sterkere enn etterspørselen, slik at det trolig sikres en tilstrekkelig tilgang på leger framover.

Utviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester (kapittel 3)

Veksten i **legeårsverk** i kommunale helse- og omsorgstjenester var på 140 årsverk i 2018, tilsvarende 2,4 prosent, noe som er omtrent på samme nivå som flere av de senere årene. Den relative veksten i årsverk er noe større enn befolkningsveksten, slik at legedekningen per 10 000 innbyggere styrkes i nær alle fylker og KOSTRA-grupper.

Fastlegene utfører den klart største delen av legenes arbeidsinnsats i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er fortsatt vekst i antall fastleger i 2019, noe som bidrar til en fortsatt reduksjon i gjennomsnittlig listelengde. Økningen i antall fastleger kompenserer for økningen i antall konsultasjoner, men bruken av tidstakst har økt over tid, og flere undersøkelser viser at fastleger jobber svært mye. Mange fastleger, særlig i mindre folkerike kommuner, bruker også mye tid på andre allmennlegeoppgaver.

Flere undersøkelser viser at mange norske kommuner har utfordringer med å rekruttere leger, at **rekrutteringsutfordringer** forekommer i ulike type kommuner, og at rekrutteringsutfordringene ser ut til å bli større. NAVs bedriftsundersøkelse for 2019 viser et udekket behov for allmennleger, med en estimert mangel på 100 allmennpraktiserende leger. Rekrutteringsutfordringen gjenspeiles i at antall fastlegelister uten fast tilknyttet lege øker.

Tilveksten av nye spesialister i **allmennmedisin** er litt høyere enn den har vært de siste årene, sett bort i fra unntaksåret 2017. Andelen av fastlegene som er spesialister i allmennmedisin har økt over tid, men holdt seg stabil i andre kvartal 2019. Antall nye spesialister i **samfunnsmedisin** fortsetter å øke, noe som er viktig ettersom mange samfunnsmedisinere er i slutten av sin yrkeskarriere.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten (kapittel 4)

Statistikk på LiS1-stillinger og tilbakemeldinger fra de regionale helseforetakene tilsier at det er god tilgang på leger med grunnutdanning i spesialisthelsetjenesten. Samtidig viser bedriftsundersøkelsen til NAV at det fortsatt er udekket behov for flere legespesialister.

I perioden fra 2013 til 2018 var det en vekst på over 3 000 årsverk, tilsvarende nesten 23 prosent. På grunn av en ny og forbedret måte å beregne årsverk på i SSB, foreligger det ikke årsverksstatistikk for 2018 som er direkte sammenlignbar med tidligere år, men statistikken vi presenterer tyder uansett på at den betydelige veksten i legeårsverk i spesialisthelsetjenesten fortsetter. Det er stor variasjon mellom helseforetakene når det gjelder størrelsen på veksten. Vi viser også status for ansatte LiS og overleger i helseforetakene, samt avtalespesialister i regionene.

Spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten (kapittel 5)

Basert på blant annet innspill fra de regionale helseforetakene, LiS-andeler og konverteringsandeler, diskuterer vi hvilke legespesialiteter i spesialisthelsetjenesten som har særlig behov for strategisk oppmerksomhet.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Da legefördelingsystemet med søknadsprosesser og tildeling av kvoter for legestillinger ble opphevet fra og med 1. juli 2013, slo Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) samtidig fast at oppretting av legestillinger i spesialisthelsetjenesten fortsatt skal skje i tråd med behovene innen helseregionenes sørge for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Avviklingen ble begrunnet med at de regionale helseforetakene hadde et behov for større fleksibilitet i fordeling av legestillingene og utdanning av spesialister. Departementet har påpekt at de vil følge utviklingen fortløpende for å vurdere om endringen har fått utilsiktede effekter. Ved behov kan det iverksettes nødvendige styringstiltak overfor de regionale helseforetakene.

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å etablere et forbedret system for overvåkning, framskrivning og analyse av utviklingen i legestillingene i kommunene og sykehusene, i samarbeid med de regionale helseforetakene. Målet var å sikre riktig utdanningskapasitet og bruk av legeressursene. I henhold til oppdraget skal det særlig legges vekt på å overvåke og analysere:

- Forholdet i legedekning mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Utviklingen i regional fordeling, herunder legedekningen i distriktskommuner og ved lokalsykehus
- Utvikling innen de ulike spesialitetene, herunder utdanningsstillinger i sårbare spesialiteter

For å fange opp eventuelle utilsiktede virkninger, ble de regionale helseforetakene bedt om å følge tett med på utviklingen etter avvikling av kvotetildelingen, for å medvirke til forsvarlig legedekning i lokalsykehus og i kommunene. På grunnlag av Legestillingsregisteret (LSR) og andre informasjonskilder skal Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale helseforetakene og KS, utarbeide analyser av utviklingen i legemarkedet og av framtidig behov. På bakgrunn av analysene som gjøres, skal Helsedirektoratet gi innspill til departementet. Direktoratet har derfor levert årlige rapporter om utviklingen.

I forbindelse med avviklingen av nasjonal regulering, ble det varslet at direktoratet skulle gjøre en oppsummering og totalvurdering av endringen etter fire år. Denne vurdering har blitt utsatt, og HOD varslet direktoratet om oppdraget i tildelingsbrevet for 2019. Oppdraget ble spesifisert i brev fra HOD i september 2019. Helsedirektoratet ble bedt om å oppsummere og gi en helhetlig vurdering av utviklingen etter 2013, inkludert utviklingen i legestillinger i kommunene, herunder allmennmedisin og fastlegeordningen. Direktoratet bes også om å se på utviklingen i antall legestillinger i privat sektor uten avtale med det offentlige. HOD skriver at vurderingene bør ta utgangspunkt i direktoratets overvåkning av utviklingen i legestillinger, og at det bør vurderes om det eventuelt har vært utilsiktede virkninger som følge av avviklingen. Vurderingen må sees i lys av ulike helsepolitiske, styringsmessige, teknologiske og medisinskfaglige endringer i etterkant av avviklingen som har betydning for fordeling av legestillinger.

De fire regionale helseforetakene, KS, Den norske legeforening, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og fylkeslegenes arbeidsutvalg ble invitert til å gi innspill om hvordan utviklingen siden 2013 har sett ut fra deres ståsted. Direktoratet har mottatt innspill fra Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF Helse Vest RHF, KS og Legeforeningen.

1.2 Årets rapport

Denne rapporten publiseres årlig, og årets rapport følger i stor grad samme oppsett som de siste års rapporter. I år inneholder rapporten i tillegg et kapittel som oppsummerer og vurderer utviklingen etter 2013, i tråd med oppdraget som er nevnt over.

I kapittel 2 omtales tilførsel av nye leger. Der legger vi fram statistikk om nasjonale studieplasser, utenlandsstudenter og nye legeautorisasjoner. Utviklingen når det gjelder søkere og tilsatte leger i spesialisering del 1 ("LIS1", tidligere turnusleger), omtales også nærmere. Det gjør også utviklingen i antall nye godkjente legespesialister de siste årene. Vi presenterer dessuten resultatene fra SSBs nye Helsemod-framskrivninger av tilbud av og etterspørsel etter leger fram mot 2035.

I kapittel 3 ser vi nærmere på utviklingen for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi ser på utviklingen når det gjelder legeårsverk i kommunene, på nasjonalt nivå og fordelt på henholdsvis fylker og KOSTRA-grupper. Deretter tar vi for oss vi utviklingen i fastlegeordningen. Vi omtaler utviklingen i antall fastleger, fastlegenes listelengde, aldersutvikling, fastleger som forlater yrket, fastlegelister uten fast lege, bruk av vikarer, fastleger med fastlønn, fastlegenes konsultasjoner og arbeidstid, og annet allmennlegearbeid. Vi undersøker i tillegg utviklingen innen legespesialitetene med behov for strategisk oppmerksomhet i kommunene; allmennmedisin og samfunnsmedisin. Basert på undersøkelser utført av KS, EY/Vista Analyse og Legeforeningen, diskuterer vi omfanget av rekrutteringsutfordringer i kommunene, og vi legger fram resultatene fra NAVs bedriftsundersøkelse som viser et udekket behov for allmennleger.

I kapittel 4 undersøker vi utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Vi omtaler først rekrutteringsutfordringer av legespesialister i spesialisthelsetjenesten. Vi presenterer årsverksutviklingen i spesialisthelsetjenesten, inkludert de enkelte helseforetakene, i perioden 2013 til 2018, samt oversikter over antall leger i spesialisering og overleger i helseforetakene i 2019. Videre presenteres omfanget av avtalespesialister, fordelt på spesialitetene og regionene.

I kapittel 5 diskuterer vi hvilke spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten. Dette gjør vi basert på fastsatte kriterier og innspill fra de regionale helseforetakene. Som en del av denne diskusjonen presenteres antall LIS og overleger og nye spesialistgodkjenninger i de ulike spesialitetene, fordelt på norske regler og konverteringer.

I kapittel 6 samler vi trådene og ser nærmere på utviklingen i perioden etter at nasjonal regulering av legestillinger ble avvirket i 2013, som et svar på Helse- og omsorgsdepartementet oppdrag i tildelingsbrevet for 2019. Vi sammenligner utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, diskuterer utviklingen i ulike deler av landet og diskuterer utviklingen innen de ulike spesialitetene.

1.3 Datagrunnlag

I denne rapporten benytter vi en rekke ulike datakilder. I dette kapitlet omtales de sentrale kildene.

Helsepersonellregisteret (HPR): Helsepersonellregisteret er helsemyndighetenes nasjonale register over alt helsepersonell som har autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven. I denne rapporten benyttes HPR til å sammenstille statistikk om autorisasjoner og spesialistgodkjenninger.

Helsedirektoratets statusrapporter for LiS1-stillinger (og tidligere turnusstillinger): I etterkant av hver utlysingsrunde for LiS1-stillinger, publiserer Helsedirektoratet statusrapporter som blant annet ser nærmere på hvor mange som har søkt og hvor mange som har blitt tilsatt. Vi benytter data fra disse rapportene i kapittel 2.2 om leger i spesialisering del 1 (LiS1).

Fastlegeregisteret (FLR): Fastlegeregisteret gir en oversikt over alle landets fastleger, og er også i år den viktigste datakilden i kapitlet om fastleger (kapittel 3.2). Helsedirektoratets ytre etat HELFO administrerer deler av fastlegeordningen på vegne av kommunene, og er ansvarlig for å holde registeret oppdatert. Helsedirektoratet publiserer statistikk og analyser som beskriver utviklingstrekk gjennom styringsdata for fastlegeordningen¹. I årets rapport er også EY og Vista analyses evaluering av fastlegeordningen en sentral kilde.

Kommunesektorens arbeidsgivermonitor: KS utgir årlig Kommunesektorens arbeidsgivermonitor, der de undersøker hvor utfordrende kommuner (rådmenn) og fylkeskommuner (fylkesrådmenn) mener det er å rekruttere ulike yrkesgrupper, inkludert leger. Helsedirektoratet har fått oversendt data fra disse undersøkelsene, som benyttes i kapitlet om rekrutteringsutfordringer i kommunene.

NAV bedriftsundersøkelse: NAV gjennomfører hvert år sin bedriftsundersøkelse, der de kartlegger etterspørsel etter og mangel på arbeidskraft. Vi har sammenstilt en oversikt over dataene fra de ulike bedriftsundersøkelsen, som presenteres i henholdsvis kapittel 3.4 (allmennleger) og 4.1 (andre legespesialister).

Legestillingsregisteret (LSR): Legestillingsregisteret er en sentral datakilde i kapitlet om leger i spesialisthelsetjenesten. Registeret inneholder leger ansatt i spesialisthelsetjenesten (inkludert noen leger ansatt i private og ideelle institusjoner med driftsavtale med RHFene), fastleger (gjennom integrasjon med Fastlegeregisteret) og de fleste avtalespesialister. Kommunalt ansatte leger som ikke er fastleger og leger i helprivat virksomhet er ikke inkludert i registeret per i dag.

Formålet med Legestillingsregisteret er å gi en nasjonal oversikt over legefordelingen og spesialistutdanningen for leger. LSR skal danne grunnlag for overvåking, framskrivning og analyse av utviklingen i legemarkedet. Helsedirektoratet er tidligere gitt i oppdrag å utvikle LSR for å holde løpende oversikt over etablerte legestillinger i spesialisthelsetjenesten og kommunene. De regionale

¹ Se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/fastlegestatistikk>

helseforetakene har et spesielt ansvar for at direktoratet til enhver tid skal kunne ha et oppdatert legestillingsregister.

Som nevnt i tidligere rapporter, har det vært utfordringer med datakvaliteten i Legestillingsregisteret. Datakvaliteten har blitt stadig bedre de siste årene, men det er imidlertid fortsatt utfordringer, blant annet med duplikater i registeret. Noen leger kan være registrert med flere årsverk, og i denne rapporten forholder vi oss derfor til sysselsatte leger, og ikke avtalte årsverk. Registerets oppbygning og tidligere utfordringer med datakvaliteten innebærer at LSR ikke egner seg til sammenligninger tilbake i tid. I forbindelse med årets rapport har direktoratet sendt datauttrekker fra LSR til RHFene for å sammenligne med RHFenes egne systemer. Denne gjennomgangen viser at det fortsatt er noe ulikhet mellom tallene.

SAMDATA/NPR: Ettersom det ikke er automatisk integrasjon mellom avtalespesialister med avtale og LSR, kan vi ikke være sikre på at alle avtalespesialister er registrert i LSR. Vi har derfor benyttet SAMDATA-tall for avtalespesialister i kapittel 4.3. Vi ser at det fortsatt er stor grad av samsvar mellom de to kildene.

Årsverksstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB): For å kunne sammenligne utviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, og ettersom LSR-dataene ikke har god nok kvalitet bakover i tid, benytter vi også årsverksstatistikk fra SSB. SSB-statistikken for leger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan dessuten fordeles på ulike KOSTRA-grupper og fylker. SSB-statistikken skiller ikke mellom LiS og overleger, slik LSR-dataene gjør. Ettersom denne SSB-statistikken viser legeårsverk, og ikke leger (individer), og inneholder alle som har fullført cand.med. (samt medisinstudenter med lisens), uavhengig av stillingstype, er ikke tallene direkte sammenlignbare med LSR-tallene.

SSBs statistikk dekker også institusjoner uten driftsavtale med RHF, og inneholder også bedre oppdaterte tall fra private institusjoner med driftsavtale enn LSR. Direktoratet er bedt om å se på utviklingen i antall legestillinger i privat sektor uten avtale med det offentlige. Utviklingen for denne gruppen er inkludert i tabell 21 i kapittel 4.2, men det har vært ulik registreringspraksis for private institusjoner med og uten kjøps- og driftsavtaler med RHFene, og tallene er derfor usikre.

Innspill fra sentrale aktører: I forbindelse med oppsummeringen av utviklingen etter avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger i 2013, har direktoratet bedt om innspill fra sentrale aktører. De skriftlige innspillene fra de regionale helseforetakene, KS og Legeforeningen er et viktig grunnlag for vurderingene som gjøres.

2. Tilførsel av nye leger

2.1 Medisinstudenter og nye autoriserte leger

Antall studieplasser i medisin har ligget stabilt på 636 plasser de siste tre årene, etter at kapasiteten økte med 30 plasser i 2016. Totalt var det i 2018 registrert 3 760 medisinstudenter i Norge. Til sammenligning var det 3 097 norske gradsstudenter som fikk støtte til medisinstudier i utlandet i studieåret 2018-2019. Selv om det fortsatt er svært mange som studerer medisin i utlandet, har det vært en nedgang i antallet i årene etter toppåret 2015-2016, som vist i tabell 1. I september 2019 anbefalte Grimstad-utvalget en opptrappingsplan for studieplasser innen medisin i Norge, med en anbefaling om at Norge bør utdanne 80 prosent av legene vi trenger selv².

Tabell 1 viser at det er varierende en del hvor mange autorisasjoner som har vært innvilget årlig i perioden. Dette henger særlig sammen med at antall autorisasjoner til leger med utenlandsk utdanning varierer, men det er også noe variasjon i antall autorisasjoner til leger med norsk utdanning, selv om antallet som fullfører utdanningen er relativt stabilt. Ca. 540 kandidater fullførte sin medisingrad i 2018. Dette er noe høyere enn nivået de seneste årene, men fortsatt noe lavere enn i 2011 og 2012.

De fleste legene som får autorisasjon på basis av en utenlandsk utdanning, er norske statsborgere som har studert medisin i Sentral- eller Øst-Europa. For en nærmere beskrivelse av norske medisinstudenter i utlandet og leger med utenlandsk utdanning, viser vi til rapporten *NHSP 2020-2023 Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet"*³.

Tabell 1. Nøkkeltall for tilførsel av nye leger. 2011-2018.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Studieplasser på medisin (per år) ¹⁾	580	600	600	606	606	636	636	636
Fullførte vitnemålsgivende utdanninger ¹⁾	555	565	530	520	515	535	515	540
Medisinstudenter i Norge ¹⁾	3 565	3 545	3 540	3 600	3 610	3 700	3 730	3 760
Norske medisinstudenter i utlandet (totalt) ²⁾	2 907	3 082	3 177	3 237	3 355	3 292	3 177	3 097
Antall nye autorisasjoner ³⁾	1 641	1 682	2 764	2 074	1 879	1 658	2 351	1 770
Hvorav norsk utdanning	516	492	1 269	876	706	479	673	537
Hvorav utenlandsk utdanning	1 125	1 190	1 495	1 198	1 173	1 179	1 678	1 233

1) Database for høyere utdanning (DBH). Forskerlinjen er inkludert. Plasser til utvekslingsavtaler o.l. er ekskludert.

2) Statistikk mottatt fra Lånekassen. Norske gradsstudenter i medisin, totalt for alle kull.

3) Helsepersonellregisteret (HPR). Merk at det høye antallet autorisasjoner i 2013 trolig kan forklares med omleggingen av turnusordningen, slik at både leger som kom rett fra universitetene og leger som hadde gjennomført turnus søkte autorisasjon samtidig.

² H. Grimstad m.fl. (2019). *Studieplasser i medisin i Norge. Behov, modeller og muligheter*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_gri_mstadutvalget.pdf

³ Helsedirektoratet (2018). Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet

2.2 Leger i spesialisering 1 (LiS1)

Turnustjenesten for leger ble fra og med høsten 2017 erstattet av en felles del 1 for alle spesialistutdanningene (kalt LiS1). I likhet med turnustjenesten, omfatter spesialistutdanningens første del 12 måneders tjeneste i sykehus og seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er per i dag 950 LiS1-stillinger. Det innebærer at det i utgangspunktet kan utlyses 475 stillinger hvert halvår (noen stillinger utlyses ikke fordi de må reserveres leger som kommer tilbake fra lov hjemlet permisjon).

I dette kapitlet vil vi kort gjøre rede for utviklingen når det gjelder søkere på og tilsatte i turnus- og LiS1-stillinger. For en grundigere omtale, viser vi til Helsedirektoratets halvårlige statusrapporter. Høsten 2019 gjennomføres det også en evaluering av omleggingen til søknadsbasert turnusordning.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet leverte Helsedirektoratet i 2019 en vurdering av dimensjoneringen av antall LiS1-stillinger. Direktoratet foreslo i sin rapport til departementet at det planlegges en opptrapping i samråd med helseforetak og kommuner, med totalt 200 nye LiS1-stillinger. Direktoratet understreket i vurderingen at antall LiS1-stillinger må være basert på tjenestenes faktiske behov og at stillingene skal bidra til at det blir utdannet et tilstrekkelig antall ferdige spesialister i Norge.

Det har blitt stadig flere søkere mens antallet stillinger har vært stabilt, noe som har medført at mange nyutdannede leger står uten LiS1-stilling. I tillegg må nå også leger med utdanning fra et EØS-land med integrert praksis⁴ søke på LiS1-stillinger og gjennomføre del 1 av spesialiseringen før de kan fortsette til del 2 og 3. Disse måtte ikke tidligere søke LiS1-stilling, og kunne søke seg direkte inn i en stilling i videre spesialisering, men dette ble endret fra 1. mars 2019. Med andre ord kan etterspørselen etter LiS1-stillinger øke noe, men søknadsstatistikken har vist at mange leger fra disse landene også tidligere har søkt på og tiltrådt LiS1-stillinger, selv om det ikke har vært obligatorisk⁵.

I Prop. 1 S (2019-2020) foreslås det en økning på 19 LiS1-stillinger per søknadsrunde fra annet halvår 2020. Stillingene opprettes i Nord-Norge.

2.2.1 Søkere på LiS1-stillinger

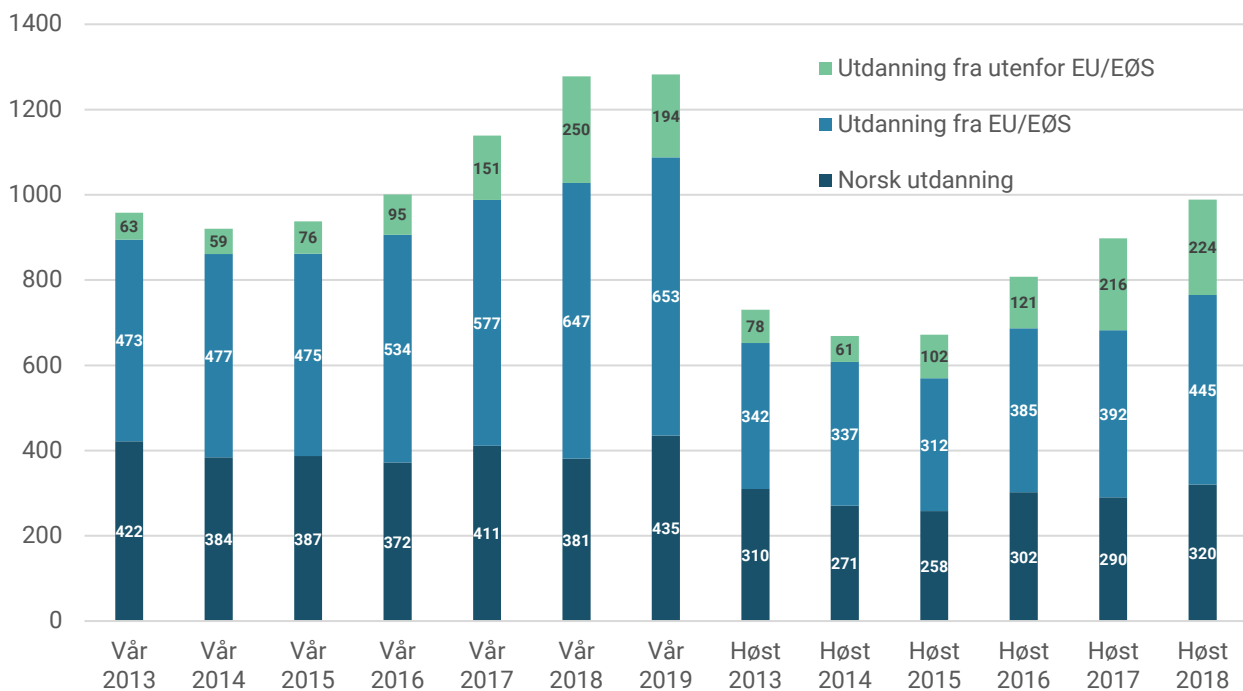
Figur 1 på neste side viser antall søkere på turnus- og LiS1-stillinger i perioden fra våren 2013 til våren 2019, fordelt på om søkeren har utdanning fra Norge, et annet EØS-land eller fra et land utenfor EØS-området. For at det skal være enklere å se utviklingen, har vi gruppert vårsemestrene på venstresiden og høstsemestrene på høyresiden. Søkertallet er nemlig gjennomgående høyere på utlysninger i vårsemesteret, ettersom flere potensielle søkere er ferdig med medisinstudiet på våren. Tallene for høsten 2019 var ikke ferdigstilt da denne rapporten ble skrevet.

⁴ Land med integrert praksis er Belgia, Bulgaria, Estland, Finland, Frankrike, Hellas, Kroatia, Kypros, Latvia, Nederland, Romania, Slovakia, Slovenia, Spania, Sveits, Tsjekkia, Tyskland, Ungarn og Østerrike. I tillegg undertegnet Norge og Polen i september 2016 en felles erklæring om at norske medisinstudenter i Polen ville få godkjent utdanningen sin i Norge.

⁵ Våren 2019 hadde 590 av søkerne og 163 av de tilsatte utdanning fra et EØS-land med integrert praksis eller Polen.

Etter flere år med tydelig økning, er antall søkere våren 2019 tilnærmet likt antallet søkere våren 2018. Det er naturligvis for tidlig å si noe om antall søkere har begynt å flate ut eller om dette er tilfeldig. Mye av økningen siden 2015 kan tilskrives flere søkere fra andre EØS-land. Disse søkerne er for det meste norske statsborgere. Både våren 2018 og våren 2019 var 88 prosent av søkerne som hadde utdanning fra et EØS-land norske statsborgere, mens andelen var 84 prosent høsten 2018. Som figuren viser, har det også vært en klar økning i antall søkere med utdanning fra land utenfor EØS de siste årene. Både høsten 2018 og våren 2019 var omkring hver fjerde av disse søkerne norske statsborgere.

Figur 1. Søkere på turnus- og LiS1-stillinger, fordelt på utdanningsland.



Kilde: Helsedirektoratets statusrapporter for turnus- og LiS1-stillinger.

2.2.2 Tilsatte i LiS1-stillinger

Vi så i figur 1 over at søkerantallene har økt, og i og med at antall stillinger det samme, er det nå langt flere søkere enn det er stillinger. Tabell 2 på neste side viser at omtrent 35 prosent av søkerne ble tilsatt våren 2019. Dette er på samme nivå som våren 2018, som var den laveste andelen vi hadde sett. Andelen har før dette ligget mellom 40,6 og 48,5 prosent i vårsemesteret. 46 prosent av søkerne ble tilsatt høsten 2018, noe som er den laveste andelen i et høstsemester. Tidligere år har andelen ligget mellom 49,1 og 65,9 prosent i høstsemesteret. Statistikken viser at utdanningslandet har betydning for hvem som blir tilsatt:

- Søkere med norsk utdanning blir i større grad tilsatt enn søkere med utdanning fra andre land. Mellom 60 og 69 prosent av søkerne med norsk utdanning har blitt tilsatt i vårutlysningene, og mellom 75 og 86 prosent i høstutlysningene.
- Tilsvarende tall for søkere med utdanning fra EU/EØS-land er mellom 27 og 38 prosent for vårutlysningene, og mellom 41 prosent og 60 prosent for høstutlysningene.
- Søkere med utdanning fra land utenfor EØS-området blir i minst grad tilsatt. Mellom 8 og 20 prosent av søkerne har blitt tilsatt i vårutlysningene, mens mellom 12 og 31 prosent har blitt tilsatt i høstutlysningene, som altså har færre søkere med utdanning fra Norge og EU/EØS. De siste par årene har det være mange søkere med utdanning fra land utenfor EØS-området, samtidig som at andelen som har blitt tilsatt har blitt redusert i takt med økende totalt søkertall.

En mulig konsekvens av at mange nyutdannede leger ikke får LiS1-stillinger, er at det etableres stillinger for postleger eller at leger arbeider ved sykehjem eller i andre kommunale stillinger mens de venter på LiS1-stilling. Det er uklart hvor mye supervisjon og veiledning disse legene får, og det kan potensielt ha følger for pasientsikkerheten. Vi har ikke oversikt over omfanget av dette. I forbindelse med et skriftlig spørsmål til helse- og omsorgsministeren i Stortinget, innhentet statsråden informasjon fra RHFene om omfanget av vikariater i sykehusene som ikke er direkte knyttet til LiS1-stillinger. Tilbakemeldingene ga inntrykk av at omfanget var beskjedent⁶.

2.2.3 Innspill fra Legeforeningen om LiS1

Legeforeningen skriver i sitt innspill til denne rapporten at LiS1-systemet er den store flaskehalsen, og de viser til Helsedirektoratets vurdering av at det behov for 200 nye LiS1-stillinger. Legeforeningen mener at de nye LiS1-stillingene som er varslet i årets statsbudsjett er for lite. Legeforeningen har gjort en kartlegging som de mener at viser at det er forholdsmessig få LiS1 på en del store sykehus. Legeforeningen antar at det kan være en etterlevning fra tankegangen fra det regulerte systemet, der fordelingen av de gamle turnusstillingene skulle bidra til å sørge for legedekningen i distriktene. Legeforeningen mener at det nå må finnes andre mekanismer for legedekning i distriktene, og at det prekære behovet for flere LiS1 blant annet kan løses ved opprettelse av flere LiS1-stillinger på store sykehus, herunder særlig OUS.

⁶ Spørsmål til skriftlig besvarelse. Dokument nr. 15:632 (2018-2019). Besvart 08.01.2019.

Tabell 2. Søkere, tilsatte og ikke-tilsatte, fordelt på utdanningsland, samt andel tilsatt og andel av søkere.

		Vårsemesteret							Høstsemesteret					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Totalt	Tilsatt	455	446	455	457	463	454	457	438	441	441	450	441	455
	Ikke tilsatt	503	474	483	544	676	824	825	292	228	231	358	457	534
	Søkere	958	920	938	1 001	1 139	1 278	1 281	730	669	672	808	898	989
	Andel tilsatt	47,5	48,5	48,5	45,7	40,6	35,5	35,6	60,0	65,9	65,6	55,7	49,1	46,0
Norsk utdanning	Tilsatt	289	267	262	251	268	238	261	257	225	223	228	230	245
	Ikke tilsatt	133	117	125	121	143	143	174	53	46	35	74	60	75
	Søkere	422	384	387	372	411	381	435	310	271	258	302	290	320
	Andel tilsatt	68,5	69,5	67,7	67,5	65,2	62,5	60,0	82,9	83,0	86,4	75,5	79,3	76,6
	Andel av søkere	44,1	41,7	41,3	37,2	36,1	29,8	33,9	42,5	40,5	38,4	37,4	32,3	32,4
EU/EØS-utdanning	Tilsatt	159	167	180	194	182	197	177	163	198	186	197	186	184
	Ikke tilsatt	314	310	295	340	395	450	476	179	139	126	188	206	261
	Søkere	473	477	475	534	577	647	653	342	337	312	385	392	445
	Andel tilsatt	33,6	35,0	37,9	36,3	31,5	30,4	27,1	47,7	58,8	59,6	51,2	47,4	41,3
	Andel av søkere	49,4	51,8	50,6	53,3	50,7	50,6	50,9	46,8	50,4	46,4	47,6	43,7	45,0
Utenfor EU/EØS	Tilsatt	7	12	13	12	13	19	19	18	18	32	25	25	26
	Ikke tilsatt	56	47	63	83	138	231	175	60	43	70	96	191	198
	Søkere	63	59	76	95	151	250	194	78	61	102	121	216	224
	Andel tilsatt	11,1	20,3	17,1	12,6	8,6	7,6	9,8	23,1	29,5	31,4	20,7	11,6	11,6
	Andel av søkere	6,6	6,4	8,1	9,5	13,3	19,6	15,1	10,7	9,1	15,2	15,0	24,1	22,6

Kilde: Helsedirektoratets statusrapporter for turnus- og LiS1-stillinger.

2.3 Nye godkjente spesialister

Tabell 3 viser antall nye spesialistgodkjenninger i perioden 2014 til 2018, samt antall og andel av nye spesialistgodkjenninger som er konvertert⁷. I 2018 ble det gitt 1 175 nye spesialistgodkjenninger. De siste fem årene har det i gjennomsnitt blitt gitt 1 221 spesialistgodkjenninger. Merk at antall spesialistgodkjenninger i 2017 var klart høyere enn normalt fordi Helsedirektoratet satte inn ekstra ressurser for å redusere køen og få ned saksbehandlingstiden.

Antall spesialistgodkjenninger i årene 2013 til 2018, fordelt på spesialitet, følger på neste side. Spesialistgodkjenninger innenfor allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin omtales nærmere i kapittel 3.3. Spesialistgodkjenninger innenfor sykehusspesialitetene, med vekt på konverteringsandeler, omtales nærmere i kapittel 5.1.2.

Konverteringer

208 av spesialistgodkjenningene i 2018 ble gitt på bakgrunn av en konvertering. Dette tilsvarer 17,7 prosent. Andelen var noe lavere i 2018 enn den har vært de siste årene, og tydelig lavere enn i 2014 og 2015. Når vi ser hele femårsperioden under ett, var én av fem spesialistgodkjenninger en konvertering.

De aller fleste som gjennomfører spesialistutdanning i utlandet, er utenlandske statsborgere. At en lege har fått konvertert spesialistgodkjenningen sin i Norge, betyr ikke nødvendigvis at legen faktisk arbeider i Norge. Imidlertid er gebyret for konvertering kr. 4 500 for en hovedspesialitet og kr. 3 000 for en grenspesialitet i 2019, og vi kan anta at mange av legene som konverterer spesialiteten sin har intensjoner om å jobbe i Norge, men vi vet ingenting om hvor lenge disse legespesialistene planlegger å jobbe i Norge.

Tabell 3. Antall nye spesialistgodkjenninger, fordelt på godkjenning etter norske regler og konverteringer etter internasjonale avtaler. 2014-2017.

	2014	2015	2016	2017*	2018	Totalt 2014-2018
Norsk regelverk	877 76,4 %	783 75,8 %	865 81,7 %	1 352* 80,1 %	967 82,3 %	4 844 79,4 %
Konvertert	271 23,6 %	250 24,2 %	194 18,3 %	336* 19,9 %	208 17,7 %	1 259 20,6 %
Totalt antall	1 148	1 033	1 059	1 688*	1 175	6 103

Kilde: Helsepersonellregisteret. Resertifiseringer er ekskludert (se kapittel 3.3.1 for mer informasjon).

* Antall spesialistgodkjenninger var kunstig høyt i 2017 fordi Helsedirektoratet satte inn ekstra ressurser for å få ned restanser og saksbehandlingstid for spesialistgodkjenninger.

⁷ Med konvertering menes automatisk godkjenning av harmoniserte legespesialiteter fra EØS-land som omtalt i punkt 5.1.3 i Yrkeskvalifikasjonsdirektivet 2005/36/EF, eller godkjenning etter Nordisk overenskomst artikkel 155.

Tabell 4. Nye spesialistgodkjenninger 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017*	2018
Allmennedisin	159	202	177	180	313	220
Anestesiologi	97	70	79	82	100	79
Arbeidsmedisin	6	5	13	5	18	9
Barne- og ungdomspsykiatri	21	28	19	37	32	37
Barnekirurgi	1	0	3	1	1	0
Barnesykdommer	42	31	29	33	63	42
Blodsykdommer	4	7	6	5	9	12
Bryst- og endokrinkirurgi	5	2	2	5	6	3
Endokrinologi	5	9	5	10	4	7
Fordøyelsesykdommer	13	15	9	17	20	10
Fysikalsk medisin og rehabilitering	14	16	10	13	15	11
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	51	35	34	37	60	38
Gastroenterologisk kirurgi	11	9	12	26	38	12
Generell kirurgi	47	48	58	60	75	32
Geriatrici	11	12	14	11	12	14
Hjertesykdommer	37	27	24	27	38	44
Hud- og veneriske sykdommer	10	16	10	7	21	11
Immunologi og transfusjonsmedisin	2	4	2	3	6	3
Indremedisin	118	123	106	74	130	125
Infeksjonssykdommer	9	14	6	7	16	10
Karkirurgi	6	7	7	4	8	7
Klinisk farmakologi	8	0	4	2	8	3
Klinisk nevrofysiologi	3	3	2	0	3	1
Lungesykdommer	15	16	14	12	14	11
Maxillofacial kirurgi	2	2	2	0	0	3
Medisinsk biokjemi	4	6	0	3	6	9
Medisinsk genetikk	1	1	3	5	5	1
Medisinsk mikrobiologi	7	8	8	6	14	7
Nevrokirurgi	11	3	4	3	9	3
Nevrologi	30	27	16	29	30	26
Nukleærmedisin	3	4	1	2	6	4
Nyresykdommer	12	6	9	7	10	10
Onkologi	19	21	17	15	38	17
Ortopedisk kirurgi	48	53	46	39	88	41
Patologi	16	14	14	14	27	16
Plastikkirurgi	8	11	15	7	20	9
Psykiatri	105	121	93	88	145	99
Radiologi	84	73	74	66	115	85
Revmatologi	16	14	11	6	10	11
Rus- og avhengighetsmedisin	Ny i 2015		27	47	54	3
Samfunnsmedisin	15	21	4	24	27	31
Thoraxkirurgi	2	7	1	1	3	5
Urologi	13	13	10	8	19	14
Øre-nese-halssykdommer	16	19	15	13	24	16

Kilde: Helsepersonellregisteret. Antall spesialistgodkjenninger var kunstig høyt i 2017 fordi Helsedirektoratet satte inn ekstra ressurser for å få ned restanser og saksbehandlingstid for spesialistgodkjenninger.

2.4 Framskrevet tilbud av og etterspørsel etter leger

SSB publiserte i mai 2019 nye framskrivninger av tilbud av og etterspørsel etter ulike grupper helsepersonell, herunder leger⁸. SSB forventer at etterspørselen etter leger vil tilta i de somatiske institusjonene, i allmennlegetjenesten og i andre deler av helse- og omsorgstjenestene ettersom den demografiske utviklingen tilsier at det blir en klar økning i tallet på pasienter etter 2020. SSB har også lagt inn en forutsetning om at sysselsettingen innenfor både de somatiske sykehusene og i psykisk helsevern også framover vil vris i favør av leger. Med forutsetningene i referansebanen, anslår SSB at etterspørselen etter leger vil komme opp i over 35 000 årsverk i 2035, en økning på 48 prosent fra 2017.

God tilgang på leger fram mot 2035

Tilgangen på leger de siste årene har vært en del høyere enn det som ble lagt til grunn i Helsemodframskrivningene i 2012. Ifølge SSB skyldes det til dels at det har kommet til noen flere norskfødte leger med utdanning fra både Norge og utlandet enn forventet, men hovedårsaken er en klar undervurdering av tilstrømningen av utenlandske leger. Nettotilgangen på leger har vært forholdsvis stor de siste årene når vi tar i betraktning størrelsen på yrkesgruppen. Tilgangen på nyutdannede leger og tilstrømningen fra utlandet er langt høyere enn tallet på dem som utvandrer eller går av med pensjon. Den forholdsvis sterke veksten i tilbudet ventes å fortsette i hele perioden fram til 2035. I alt ventes arbeidstilbudet for leger å vokse til over 36 000 årsverk i 2035, noe som innebærer en økning på 53 prosent sammenlignet med 2017, skriver SSB.

Den fortsatt gode tilgangen på leger innebærer at tilbudet vokser enda litt sterkere enn etterspørselen, slik at det sikres en tilstrekkelig tilgang på leger, også i et scenario med høy etterspørsel etter leger. Balansen mellom tilbud og etterspørsel kommer fram av tabell 5 og figur 2.

Usikkerheter i framskrivningene

Det er en rekke usikkerheter forbundet med denne typen framskrivninger, særlig på etterspørselssiden. Figur 2 og tabell 5 viser tre alternative etterspørselsbaner for leger som forenklet kan oppsummeres slik:

- **Lav etterspørsel:** Uendret ressursbruk per bruker og mindre bruk av helse- og omsorgstjenester grunnet forbedring i befolkningens helsetilstand.
- **Etterspørselens referansealternativ:** Økt ressursbruk per bruker, men mindre bruk av helse- og omsorgstjenester grunnet forbedring i befolkningens helsetilstand.
- **Høy etterspørsel:** Ingen bedring i befolkningens helsetilstand og økt ressursbruk per bruker.

Figuren og tabellen viser to alternative baner for tilbudet av leger:

- **Tilbudets referansealternativ:** Ingen økning i årlig tilgang på leger
- **Tilbud ved økning i tilgang:** Årlig tilgang på leger øker i takt med befolkningsframskrivningenes mellomalternativ

⁸ Geir Hjemås, Jia Zhiyang, Tom Kornstad og Nils Martin Stølen (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Rapporter 2019/11. Statistisk sentralbyrå.

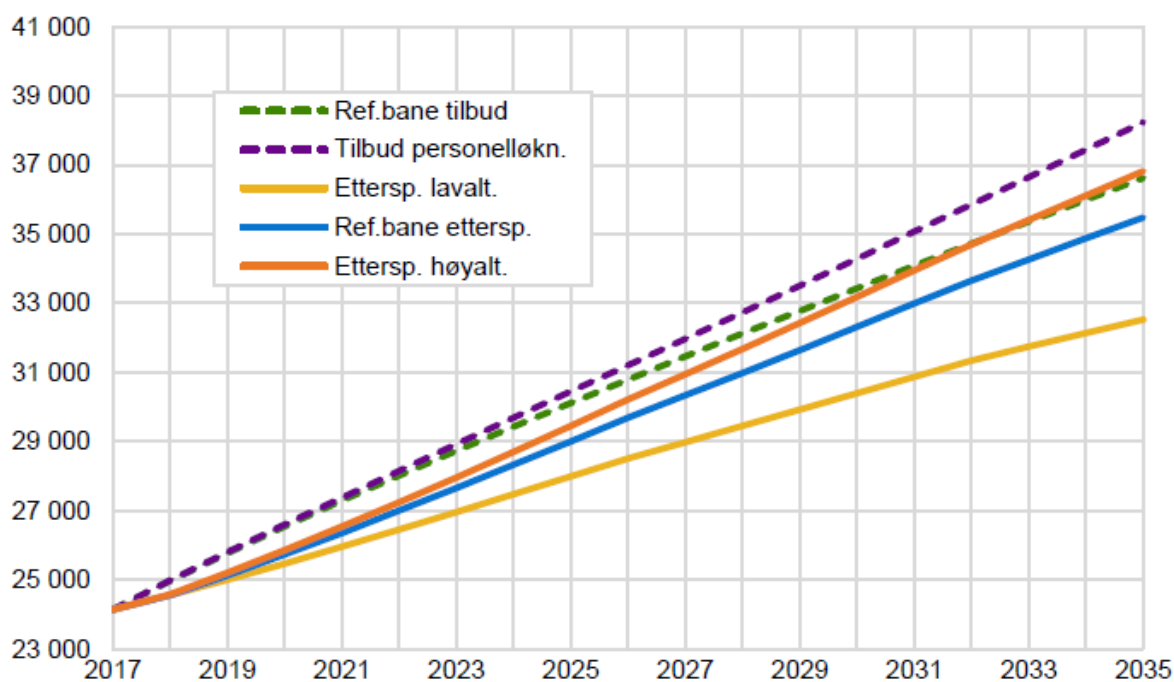
Det finnes naturligvis flere usikkerheter enn det som dekkes av disse alternativene. Eksempelvis tar alle disse alternativene utgangspunkt i SSBs mellomalternativ i befolkningsframskrivningene. Den store andelen med utenlandsk utdanning blant nye leger, utgjør en usikkerhet på tilbudssiden som ikke fanges opp modellen. For en nærmere beskrivelse av metoden for framskrivningene, se SSBs Helsemod-rapport⁸. Etterspørselssiden av modellen omtales i detalj i en egen rapport, der brukerfrekvenser og årsverk for ulike deler av spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder fastlegetjenester, omtales⁹.

Tabell 5. Framskrivning av etterspørselen etter leger og tilbudet fram til 2035.

	2017	2035		
		Lav	Referansealternativet	Høy
Etterspørsel, årsverk	23 900	32 500	35 500	36 800
Tilbud med referansebane, årsverk	23 900	36 600		
Tilbud med økt tilgang, årsverk	23 900	38 200		
Balanse ved tilbud som i referansebanen	0 ^{a)}	4 100	1 100	- 200
Balanse ved økt tilgang	0 ^{a)}	5 700	2 700	1 400

Kilde: SSB. Rapporter 2019/11. a) NAV har estimert et udekket behov for leger (se kapittel 3.4.2 og 4.1), men antallet er såpass lavt at SSB har tatt utgangspunkt i balanse i utgangsåret.

Figur 2. Framskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for leger fram til 2035 under ulike forutsetninger om etterspørselen. Normalårsverk.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

⁹ G. Hjemås, E. Holmøy og F. Haugstveit (2019). *Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. SSB-rapporter 2019/12.

3. Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester

I dette kapitlet vil vi første beskrive årsverksutviklingen for leger i kommunene, før vi ser nærmere på fastlegene og fastlegeordningen. Vi vil videre diskutere situasjonen for de to spesialitetene som vi vurderer at behøver strategisk oppmerksomhet i kommunene, allmennmedisin og samfunnsmedisin. Avslutningsvis i kapitlet vil vi oppsummere det vi vet om rekrutteringsutfordringer i kommunene.

3.1 Årsverksutvikling for leger i kommunene

Tabell 6 på neste side viser at det ble utført 5 963 legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2018. Det er en økning på 140 årsverk sammenlignet med året før, tilsvarende 2,4 prosent. Økningen er lavere enn året før, men på nivå med de foregående årene. Den årlige årsverksøkningen fortsetter å være større enn befolkningsøkningen, og antall legeårsverk per 10 000 innbyggere økte fra 11,0 i 2017 til 11,2 i 2018. Utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene sammenlignes med utviklingen i spesialisthelsetjenesten i kapittel 6.3.

3.1.1 Legeårsverk fordelt på funksjoner/virkeområde

Når kommunene rapporterer legeårsverk til SSB, fordeles årsverkene på ulike funksjoner, basert på hvordan legene utfører årsverkene sine:

- **Diagnose, behandling og re-/habilitering** er funksjonen med klart flest årsverk, og her finner vi fastlegearbeid. Det er naturlig at den største økningen i absolutte tall skjer i denne funksjonen (+132 årsverk), og i 2018 var økningen størst også i relative termer (+2,8 prosent).
- **Helse- og omsorgstjenester i institusjon** er funksjonen med nest flest legeårsverk. Antall årsverk var i 2018 omtrent på samme nivå som i 2017 (nedgangen i 2017 henger trolig sammen med at *øyeblikkelig hjelp døgnoophold* ble opprettet som en ny funksjon, og at noen kommuner tidligere registrerte disse årsverkene på institusjonsfunksjonen). I perioden som helhet har det vært en tydelig årsverksøkning i institusjon.
- Legeårsverk innen **forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste** har holdt seg rimelig stabilt, både i perioden fra 2013 som helhet og i 2018.
- Det var en nedgang i legeårsverk innen **annet forebyggende helsearbeid** i kommunene i 2018. Dette er eneste funksjonen der vi ser en nedgang i perioden som helhet.
- Antall legeårsverk i **administrasjon** er fortsatt relativt lavt, men antallet har økt noe hvert år i perioden, og økte også i 2018.
- Antall årsverk innen tilbud om **øyeblikkelig hjelp døgnoophold** var i 2018 omtrent på nivå med 2017, som var det første året der årsverk ble registrert på denne funksjonen.

Tabell 6. Legeårsverk i kommunehelsetjenesten, etter virkeområde. 2013-2018.

		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kommune- helsetjenesten totalt	Årsverk	5 197	5 325	5 457	5 585	5 823	5 963
	Endring	+ 3,5 %	+ 2,5 %	+ 2,5 %	+ 2,4 %	+ 4,3 %	+ 2,4 %
	Pr. 10 000	10,2	10,3	10,5	10,6	11,0	11,2
Diagnose, behandling og re- /habilitering ¹¹ (primært fastleger)	Årsverk	4 246	4 340	4 429	4 526	4 647	4 779
	Endring	+ 3,7 %	+ 2,2 %	+2,0 %	+2,2 %	+ 2,7 %	+ 2,8 %
	Pr. 10 000	8,3	8,4	8,5	8,6	8,8	9,0
Helse- og omsorgs- tjenester i institusjon ²⁾	Årsverk	502	533	570	590	576	580
	Endring	+6,3 %	+6,0 %	+7,0 %	+3,7 %	- 2,4 %	+ 0,7 %
	Pr. 10 000	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1
Forebygging, helsestasjons- og skolehelse- tjeneste ³⁾	Årsverk	207	209	210	214	218	220
	Endring	+0,3 %	+0,9 %	+0,7 %	+1,7	+ 2,0 %	+ 1,1 %
	Pr. 10 000	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Annet forebyggende helsearbeid ⁴⁾	Årsverk ⁵⁾	151	149	151	140	143	133
	Pr. 10 000	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Administrasjon ⁶⁾	Årsverk ⁵⁾	91	95	97	115	119	132
	Pr. 10 000	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnoophold ⁷⁾	Årsverk ⁵⁾	-	-	-	-	120	119
	Pr. 10 000	-	-	-	-	0,2	0,2

Kilde: SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten, tabell 3807, «Legeårsverk etter virkeområde og avtaleform» og tabell 11996, «Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform og funksjon».

- 1) KOSTRA-funksjon 241. Diagnose, behandling, og re-/habilitering av personer med helseproblemer. Dersom en fastlege eksempelvis jobber én dag i uken på et sykehjem, registreres 7,5 timer i kategorien for helse- og omsorgstjenester i institusjon, mens øvrige 30 timer registreres under «diagnose, behandling og rehabilitering». Timeverk til fengselshelsetjeneste og legevakt er ikke inkludert i denne kategorien.
- 2) KOSTRA-funksjon 253. Tidligere omtalt som institusjoner for eldre og funksjonshemmede.
- 3) KOSTRA-funksjon 232. Omfatter all helsestasjonstjeneste og skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skole). Innbefatter foreldreveiledningsgrupper, grupperettet helsestasjonstjeneste, jordmortjeneste og svangerskapskontroll.
- 4) KOSTRA-funksjon 233. Årsverk i kategorien «Miljørettet helsevern» er fra og med 2016 inkludert i kategorien «annet forebyggende arbeid». Tallene for tidligere år er slått sammen. Inkluderer miljørettet helsevern, bedriftshelsetjeneste og annet forebyggende arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven.
- 5) Årsverkstallene for leger innen annet forebyggende arbeid, administrasjon og ØHD er så lave at vi har valgt å ikke vise prosentvis endring.
- 6) KOSTRA-funksjon 120. SSBs forklaring: «Ved plassering av personell under denne funksjonen brukes definisjonen av administrative funksjoner som er etablert i KOSTRA. Funksjonen skal kun omfatte sektorledelse, altså ledelse av flere etater, avdelinger, institusjoner bydelers osv. Et eksempel på sektorledelse er helsesjef inklusiv vedkommendes kontorstab. Dette innebærer at hele eller deler av årsverk som er knyttet til administrering av tjenestested (f.eks. et legekontor) ikke defineres som administrasjon, men som en del av den funksjonen som administreres».
- 7) KOSTRA-funksjon 256. Ny i 2017. Noen kommuner har tidligere registrert ØHD-årsverkene under diagnose, behandling og re-/habilitering, mens andre kommuner har registrert disse under helse- og omsorgstjenester i institusjon.

3.1.2 Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, fordelt på fylker

Tabell 7 under viser at det i perioden fra 2013 til 2018 har vært vekst i legeårsverk i samtlige fylker unntatt Aust-Agder, som har opplevd en liten nedgang. Veksten i de øvrige fylkene er av varierende størrelse, og den har vært størst i Akershus og Hordaland, både relativt og absolutt.

Tabell 8 på neste side viser at veksten har vært større enn befolkningsveksten i alle fylkene der det har vært vekst, slik at legedekningen per 10 000 innbyggere har økt i alle fylker, med unntak av nevnte Aust-Agder. De fleste fylkene har i 2018 fått ett til halvannet legeårsverk ekstra per 10 000 innbyggere, sammenlignet med 2013.

Tabell 7. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, fylkesvis.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2013-2018 ^{a)}	
01 Østfold	300	306	311	319	324	334	35	11,5 %
02 Akershus	497	514	529	558	596	607	110	22,0 %
03 Oslo	621	637	657	657	689	707	87	14,0 %
04 Hedmark	207	209	215	220	232	241	34	16,4 %
05 Oppland	218	223	226	230	235	240	22	10,2 %
06 Buskerud	264	266	272	296	297	304	40	15,2 %
07 Vestfold	229	236	244	247	250	265	36	15,7 %
08 Telemark	185	189	198	199	203	209	24	13,0 %
09 Aust-Agder	132	125	119	121	125	125	-7	-5,2 %
10 Vest-Agder	187	187	198	201	202	214	27	14,5 %
11 Rogaland	428	442	441	463	480	493	65	15,3 %
12 Hordaland	484	498	519	518	570	583	99	20,5 %
14 Sogn og Fjordane	135	138	140	140	147	153	18	13,1 %
15 Møre og Romsdal	280	298	303	300	314	314	34	12,0 %
16 Sør-Trøndelag	287	299	301	304	317	.	29 ^{a)}	10,2 % ^{a)}
17 Nord-Trøndelag	137	143	142	149	159	.	22 ^{a)}	16,1 % ^{a)}
50 Trøndelag	.	.	.	.	.	485	.	.
18 Nordland	290	296	314	316	326	327	32	16,1 %
19 Troms/Romsa	202	205	210	221	231	234	13	11,3 %
20 Finnmark	116	116	119	127	126	130	61	14,3 %

Kilde: SSB. Tabell 03807 og 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

a) Endringen for Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag gjelder fra 2013 til 2017.

Tabell 8. Legeårsverk per 10 000 innbyggere i kommunale helse- og omsorgstjenester, fylkesvis.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013-2018
01 Østfold	10,5	10,7	10,7	10,9	11,0	11,2	0,7
02 Akershus	8,6	8,8	8,9	9,2	9,7	9,7	1,1
03 Oslo	9,8	9,8	10,0	9,9	10,2	10,4	0,6
04 Hedmark	10,6	10,7	11,0	11,2	11,8	12,2	1,6
05 Oppland	11,6	11,8	11,9	12,2	12,4	12,7	1,1
06 Buskerud	9,7	9,7	9,8	10,6	10,6	10,7	1,0
07 Vestfold	9,5	9,7	10,0	10,0	10,0	10,5	1,0
08 Telemark	10,8	11,0	11,5	11,5	11,7	12,0	1,2
09 Aust-Agder	11,6	10,9	10,3	10,3	10,7	10,6	-1,0
10 Vest-Agder	10,5	10,3	10,8	10,9	10,8	11,4	0,9
11 Rogaland	9,3	9,5	9,4	9,8	10,1	10,4	1,1
12 Hordaland	9,6	9,7	10,1	10,0	10,9	11,1	1,5
14 Sogn og Fjordane	12,4	12,6	12,8	12,7	13,4	13,9	1,5
15 Møre og Romsdal	10,7	11,3	11,4	11,3	11,8	11,7	1,0
16 Sør-Trøndelag	9,4	9,7	9,6	9,6	9,9	.	0,5 ^{a)}
17 Nord-Trøndelag	10,1	10,6	10,4	10,9	11,5	.	1,4 ^{a)}
50 Trøndelag	.	.	.	.	.	10,5	-
18 Nordland	12,0	12,2	13,0	13,0	13,4	13,4	1,4
19 Troms/Romsa	12,5	12,5	12,8	13,3	13,9	14,0	1,5
20 Finnmark	15,5	15,3	15,7	16,6	16,5	17,1	1,6

Kilde: SSB. Tabell 03807 og 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

a) Endringen for Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag gjelder fra 2013 til 2017.

3.1.3 Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, fordelt på KOSTRA-grupper

Tabell 9 på neste side fordeler legeårsverkene i kommunale helse- og omsorgstjenester på kommuner i ulike KOSTRA-grupper, som er en måte å kategorisere kommuner på, basert på kommunens innbyggertall og nivået på kommunens bundne kostnader og frie disponible midler. Den tilgjengelige statistikken dekker kun perioden 2015 til 2018. Tabellen viser at det har vært vekst i de fleste kommunekategoriene, og at der det har vært nedgang, har denne vært beskjeden. Antall årsverk har vokst klart mest i de mest folkerike kommunene på disse tre årene.

Tabell 10 viser at legedekningen per 10 000 innbyggere har blitt styrket i alle KOSTRA-gruppene, med unntak av i de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger, der dekningen i utgangspunktet var svært høy. Til tross for at det har vært en liten nedgang i årsverk i enkelte av KOSTRA-gruppene med små kommuner, har altså dekningen, målt i årsverk per 10 000 innbyggere, styrket seg.

Tabell 9. Legeårsværk i kommunale helse- og omsorgstjenester, fordelt på KOSTRA-grupper. 2015-2018

Gruppe	Folkemengde	Bundne kostnader	Frie disp. midler	2015	2016	2017	2018	Endring 2015-2018	
1	Under 5 000 innbyggere	Middels	Lave	77	77	80	75	-2	-2,5 %
2			Middels	254	254	261	261	+ 7	+ 2,6 %
3			Høye	166	173	185	190	+ 25	+ 14,8 %
4		Høye	Lave	27	28	28	25	-3	-10,2 %
5			Middels	86	88	87	88	+ 2	+ 2,2 %
6			Høye	138	135	141	144	+ 5	+ 3,9 %
7	Mellom 5 000 og 19 999 innbyggere	Middels	Lave	362	371	381	390	+ 28	+ 7,8 %
8			Middels	298	309	314	323	+ 25	+ 8,5 %
9			Høye	.	.	.	.	.	.
10		Høye	Lave	201	205	198	202	+ 1	+ 0,5 %
11			Middels	498	507	522	538	+ 40	+ 8,0 %
12			Høye	199	211	220	222	+ 23	+ 11,8 %
13	Over 20 000 innbyggere (utenom de fire største)			1914	1 990	2 080	2 142	+ 228	+ 11,9 %
14	Bergen, Trondheim og Stavanger			547	547	604	624	+ 77	+ 14,1 %
15	Oslo kommune			657	657	689	707	+ 50	+ 7,6 %
16	Kommunene med høyest frie disp. inntekter pr. innb.			35	35	36	34	-1	-1,4 %

Kilde: SSB. Tabell 11996. Legeårsværk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tabell 10. Legeårsverk per 10 000 innbyggere i kommunale helse- og omsorgstjenester, fordelt på KOSTRA-grupper. 2015 – 2018.

Gruppe	Folkemengde	Bundne kostnader	Frie disp. midler	2015	2016	2017	2018	Endring 2015-2018
1	Under 5 000 innbyggere	Middels	Lave	10,7	10,6	11,0	11,5	0,8
2			Middels	12,9	12,8	13,2	13,5	0,6
3			Høye	13,8	14,3	15,3	15,8	2,0
4		Høye	Lave	13,6	13,7	13,8	15,0	1,4
5			Middels	16,2	16,5	16,5	16,8	0,6
6			Høye	18,4	18,1	18,9	19,5	1,1
7	Mellom 5 000 og 19 999 innbyggere	Middels	Lave	9,2	9,3	9,8	9,8	0,6
8			Middels	9,9	10,2	10,3	10,6	0,7
9			Høye	.	.	.	.	.
10		Høye	Lave	10,3	10,5	10,4	10,6	0,3
11			Middels	11,7	11,8	12,1	12,4	0,7
12			Høye	11,7	12,3	12,9	13,0	1,3
13	Over 20 000 innbyggere (utenom de fire største)			10,0	10,3	10,5	10,7	0,7
14	Bergen, Trondheim og Stavanger			9,1	9,1	10,0	10,2	1,1
15	Oslo kommune			10,0	9,9	10,2	10,4	0,4
16	De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innb.			19,6	20,0	20,3	19,5	-0,1

Kilde: SSB. 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

3.2 Utviklingen for fastleger

3.2.1 Utvalgte nøkkeltall for fastlegeordningen

Tabell 11 viser utvalgte årlige nøkkeltall for fastlegeordningen for perioden 2013 til 2019. Ved utgangen av andre kvartal 2019 var det 4 822 fastleger i Norge. Dette er en økning på 69 fastleger fra samme tidspunkt i 2018, tilsvarende en økning på 1,5 prosent. Som vist i tabellen, fortsetter andelen kvinnelige fastleger å øke.

De øvrige tallene i tabellen omtales i de påfølgende underkapitlene.

Tabell 11. Utvalgte nøkkeltall for fastlegeordningen. 2013-19.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Fastleger	4 316	4 475	4 563	4 643	4 687	4 753	4 822
Fastleger, årlig økning %	+1,8	+3,7	+2,0	+1,8	+0,9	+1,4	+1,5
Kvinneandel	37,9	39,4	40,1	41,4	41,9	42,7	43,9
Fastlegelister							
Fastlegelister (totalt inkl. lister uten fast lege)	4 408	4 551	4 637	4 704	4 788	4 872	4 965
Fastlegelister (ekskl. lister uten fast lege)	4 336	4 493	4 580	4 658	4 705	4 779	4 846
Antall lister uten fast lege	72	58	57	46	83	93	119
Andel lister uten fast lege	1,6	1,3	1,2	1,0	1,7	1,9	2,4
Innbyggere på liste uten fast lege	39 277	36 606	32 958	25 967	45 527	58 850	62 792
Andel med plass på liste uten fast lege	0,8 %	0,7 %	0,6 %	0,5 %	0,9 %	1,1 %	1,1 %
Gjennomsnittlig listelengde	1 162	1 136	1 127	1 121	1 115	1 100	1 091

Kilde: Fastlegeregisteret. Målepunktet er 30. juni hvert år.

3.2.2 Fastlegenes listelengde

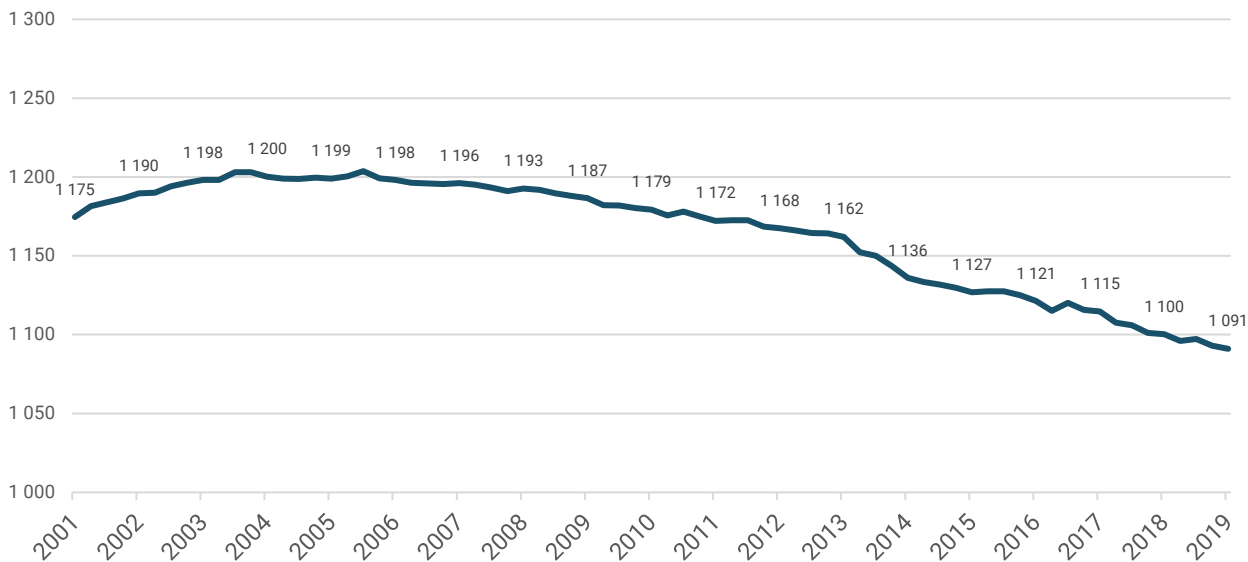
Figur 3 viser at gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste fortsetter å gå noe nedover, og at det ved utgangen av andre kvartal 2019 var i gjennomsnitt 1 091 innbyggere på fastlegelistene (merk at y-aksen i figuren starter på 1 000 innbyggere for å få fram endringer fra kvartal til kvartal).

Kvinnelige fastleger har noe kortere lister enn mannlige leger, 1 020 mot 1 146 innbyggere. Det er også store variasjoner mellom ulike kommuner. Evalueringen av fastlegeordningen påviste at listelengden i stor grad henger sammen med kommunens sentralitet, og at listelengden også avhenger av kommunens størrelse¹⁰.

Evalueringen viste også at median listelengde i 2019 er 1 144 blant næringsdrivende fastleger og 672 blant fastlønnede. Differansen i listelengde mellom fastlønnede og næringsdrivende er av EY og Vista analyse estimert til 170 personer når man kontrollerer for blant annet sentralitet og kommunestørrelse¹⁰. Fastlønnede fastleger ivaretar i større grad andre allmennlegeoppgaver enn næringsdrivende fastleger. Andre allmennlegeoppgaver omtales nærmere i *kapittel 3.2.8*.

Det varierer naturligvis hvor mye oppfølging en pasient på listen krever. Som avtalt med Legeforeningen, opprettes det nå en tilskuddsordning for næringsdrivende fastleger med en stor andel listepasienter som krever mye oppfølging¹¹.

Figur 3. Gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste, 2001-2019.



Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen. Kun lister med fast lege og innbyggere på lister med fast lege inkluderes når gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste regnes ut. Målepunkter hvert kvartal, dataetiketter per 30. juni hvert år. Siste tilgjengelige data fra 30. juni 2019.

¹⁰ EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*.

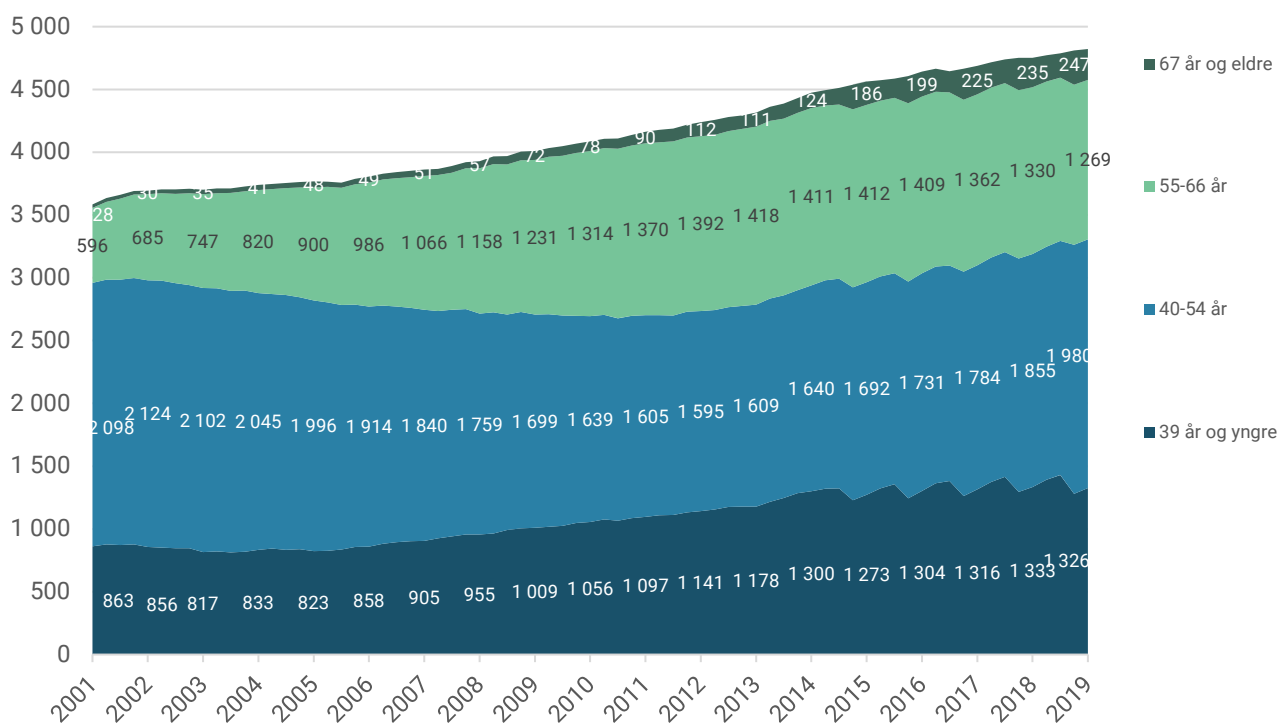
¹¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Prop 1 S (2019-2020)*.

3.2.3 Fastlegenes alder

Fastlegenes alderssammensetning har stor betydning for utviklingen og stabiliteten framover, og vi følger derfor med på hvordan dette utvikler seg:

- Fastleger i den yngste aldersgruppen, 39 år og yngre, utgjør 1 326 personer ved utgangen av andre kvartal 2019, tilsvarende drøyt 27 prosent av fastlegene. Veksten i den yngste gruppen har flatet ut den seneste tiden.
- Fastleger i aldersgruppen 40 til 54 år utgjør 1 980 personer, eller ca. 41 prosent av fastlegene. Denne gruppen, som var dominerende i fastlegeordningens første år, utgjør nå en økende andel av fastlegene etter å ha blitt stadig mindre fram 2014.
- Fastleger i alderen 55 til 66 år utgjør 1 269 personer, eller drøyt 26 prosent av fastlegene. Denne gruppen utgjør en lavere andel av fastlegene enn gruppen har gjort på mange år, ettersom mange har gått over i den eldste aldersgruppen eller har pensjonert seg.
- Fastleger som er 67 år eller eldre utgjør 247 fastleger, tilsvarende ca. 5 prosent av fastlegene.
- Totalt er altså drøyt 31 prosent av fastlegene over 55 år.

Figur 4. Fastlegenes aldersfordeling, 2001-2019.



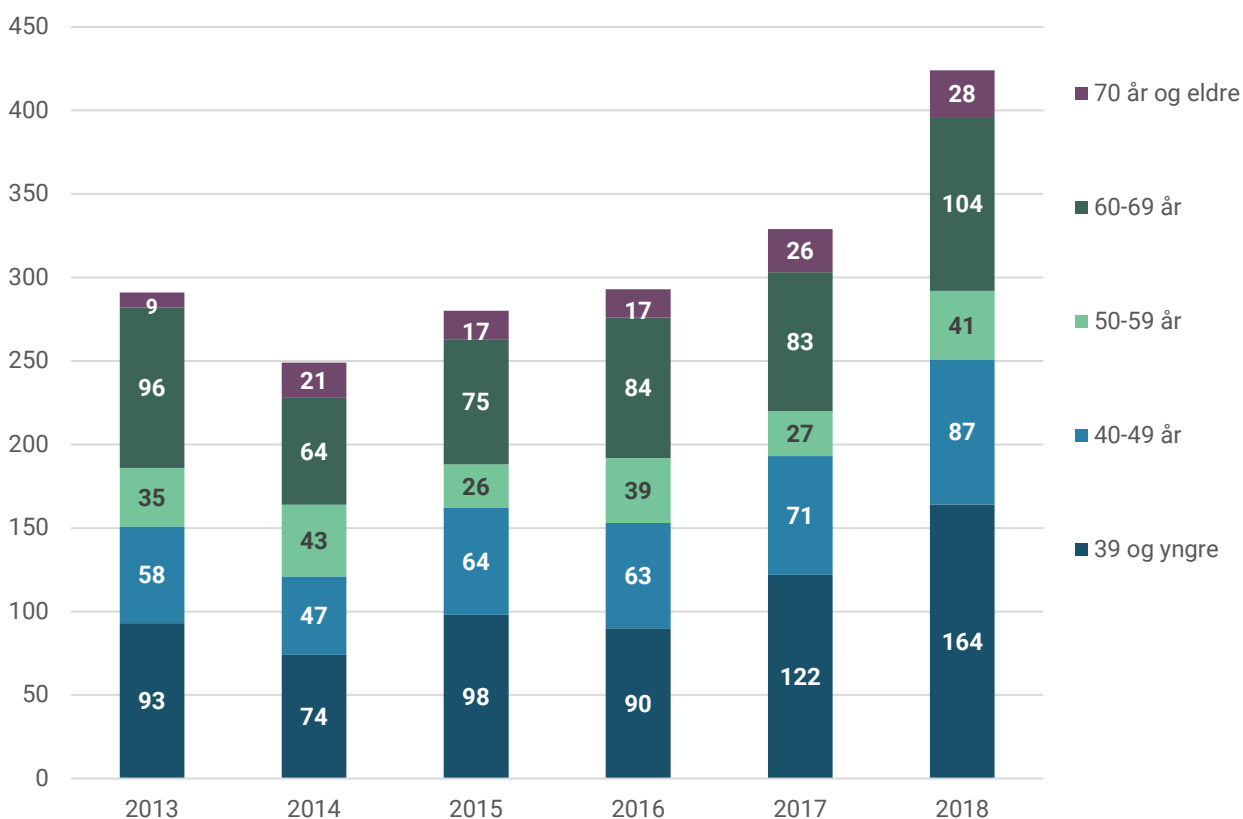
Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen. Målepunkter hvert kvartal, dataetiketter per 30. juni hvert år. Siste tilgjengelige data fra 30. juni 2019. "Bølgene" de siste årene henger sammen med måten alderskullene telles på, og at et årskull går over i neste aldersgruppe fra 1. januar.

3.2.4 Fastleger som forlater fastlegeyrket

Selv om det altså har vært en nettovest i antall fastleger også den seneste tiden, viser figur 5 at **årlig avgang** fra fastlegeordningen har økt de siste årene. Figuren inkluderer kun fastleger som har sluttet i en hjemmel uten å begynne i en annen hjemmel senere. Antall leger som slutter i fastlegeyrket har økt de siste to årene, og spesielt i den yngste aldersgruppen. En spørreundersøkelse som ble gjennomført i forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen, viste at arbeidsbelastning og manglende tid til fritid og/eller familie var faktorene som i størst grad bidro til at disse fastlegene ville slutte¹².

I evalueringen av fastlegeordningen, pekes det også på at **sluttetilbøyeligheten** hos fastlegene øker, og at mange medisinstudenter og LiS1 ikke ønsker å bli fastleger. Kun 9 prosent i denne gruppen er trygge på at fastlege er det yrket de ønsker, mens ca. en tredjedel vurderer fastlegeyrket som et reelt alternativ, men at forhold ved yrket gjør at de sannsynligvis velger en annen karrierevei¹².

Figur 5. Årlig avgang fra fastlegeordningen, fordelt på aldersgrupper. 2013-2018.



Kilde: Fastlegeregisteret. Antallet inkluderer ikke leger som har avsluttet praksis og umiddelbart eller senere har gått over til annen fastlegepraksis.

¹² EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*.

3.2.5 Fastlegelister uten fast tilknyttet lege

Som nøkkeltallene i tabell 11 over viser, var det ved utgangen av andre kvartal 2019 119 fastlegelister uten fast lege på landsbasis, tilsvarende 2,4 prosent av listene. Det er en økning fra 93 lister og 1,9 prosent på samme tidspunkt for ett år siden. Antall lister uten fast lege nådde det laveste nivået hittil i 2016, men har økt tydelig de siste tre årene. 62 792 innbyggere har plass på en liste uten fast lege, noe som er nesten 4 000 flere enn for ett år siden. Lister uten fast lege vil ofte være betjent av korttidsvikarer eller ved kollegial fraværstdekning.

Utfordringene med lister uten fast lege ser ut til å være størst i Nordland (26 av 286 lister) og Finnmark (9 av 110 lister), men utfordringen gjelder flere fylker. En NSDM-undersøkelse¹³ fra 2016 viste at det er en signifikant sammenheng mellom forekomst av lister uten fast lege og kommunens sentralitet, men at det ikke var signifikant sammenheng mellom lister uten fast lege og kommunestørrelse (innbyggertall).

Ved utgangen av andre kvartal 2019 var det 9 kommuner som ikke hadde noen fastlege, hvorav fire lå i Troms, tre i Nordland og én i Hordaland og Trøndelag (i tillegg er det én kommune i Buskerud uten fastlege, men denne kommunen tilbyr fastlege gjennom samarbeid med nabokommuner). Antallet er uendret fra i fjor. Innbyggerne i disse kommunene vil normalt være tilknyttet lister uten lege.

Tabell 12. Antall og andel lister uten fast lege, fordelt på fylker. Sortert etter andel.

	Antall lister uten fast lege	Antall lister totalt	Andel lister uten fast lege
Nordland	26	286	9,1 %
Finnmark	9	110	8,2 %
Sogn og Fjordane	7	143	4,9 %
Møre og Romsdal	11	268	4,1 %
Telemark	7	171	4,1 %
Oppland	8	197	4,1 %
Hedmark	6	192	3,1 %
Trøndelag	11	448	2,5 %
Hele landet	119	4 965	2,4 %
Troms	4	202	2,0 %
Rogaland	7	411	1,7 %
Hordaland	7	481	1,5 %
Vest-Agder	2	181	1,1 %
Akershus	5	500	1,0 %
Oslo	5	534	0,9 %
Aust-Agder	1	115	0,9 %
Østfold	2	255	0,8 %
Buskerud	1	259	0,4 %
Vestfold	0	212	0,0 %

Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen. Pr. 30. juni 2019.

¹³ Abelsen, Birgit, Brandstorp, Helen, Gaski, Margrete (2016). «Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere». Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

3.2.6 Fastlegepraksiser betjent av vikarer

Det var 1 003 fastlegelister som hadde vært betjent av vikar i løpet av andre kvartal 2019. Dette tilsvarer omtrent én av fem fastlegelister. Før tredje kvartal 2016 ble kun vikariater på minst to måneder registrert, og deretter ble vikariater på minst én måned registrert. Nå registreres vikariater helt ned til én dag. Dette innebærer at den tilgjengelige informasjonen om vikarbruken er mer detaljert i dag, men at dataene ikke er sammenlignbare over tid. Statistikken viser tilsynelatende en tydelig økning i vikarbruken, men det er vanskelig å skille mellom økning grunnet endret registreringspraksis og reell økt vikarbruk.

3.2.7 Fastleger med fastlønn

Det har tidligere blitt avdekket at ikke alle fastleger med fastlønn hadde blitt registrert med fastlønn i Helfos systemer før fjerde kvartal 2017. Det er derfor ikke være mulig å sammenligne med tidligere tall. Vi ser at andelen lister med fastlønn fortsetter å øke i 2019, men fordi vi jobber med å kvalitetssikre tallene, har vi valgt å ikke vise konkrete antall og andeler i denne rapporten. Andelen var ved utgangen av 2. kvartal *omtrent* 16 prosent.

EY og Vista Analyse evaluering av fastlegeordningen viser at 23 prosent av kommunene kun har fastlønnede leger, 42 prosent kun har næringsdrivende leger, mens de resterende 35 prosent av kommunene benytter begge driftsformer, med en hovedtyngde på næringsdrift. Videre kommer det fram at fastlønnsavtaler er lite utbredt i de mest sentrale kommunene (sentralitet 1 og 2), med kun rundt 30 fastlønnede fastleger innenfor hver av disse sentralitetskategoriene. Ifølge evalueringen erfarer kommuner over hele landet at kommunale fastlegestillinger og 8.2-avtaler er mer attraktive blant yngre leger, og dette derfor brukes eller vurderes brukt som tiltak for å møte rekrutteringssvikt. Mange unge leger ønsker stabile rammer og fastlønn under spesialiseringen. Kvinnelige leger har i større grad fastlønn enn mannlige leger, og evalueringen viser at kvinner faktisk utgjør flertallet blant fastlønnede fastleger.

3.2.8 Konsultasjoner, arbeidstid og annet allmennlegearbeid

I fjorårets rapport la vi fram statistikk som viste utviklingen i antall **konsultasjoner** og andre former for kontakt med fastlegen fra 2013 til 2018. Tilsynelatende hadde veksten i fastleger kompensert for veksten i konsultasjoner, men som vi påpekte har SSB vist at det i senere år har vært en betydelig økning i bruk av såkalt **tidstakst**. I 2010 ble denne taksten brukt ved ca. 33 % av konsultasjonene, mens den i 2017 ble brukt ved nærmere 40 % av konsultasjonene¹⁴. Vi så også at det har vært en betydelig økning i kontaktformen "enkel kontakt brev/tlf/adm".

Undersøkelsen som Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) gjennomførte på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2017/2018, viste at fastleger jobber svært mye¹⁵. Nklm-rapporten viser at legevaksarbeid i stor grad påvirker totalarbeidstiden, og at legevakt ikke fører til reduksjon i annet fastlegearbeid. Leger i kommuner med lavt innbyggertall har høyest andel legevaktarbeid og kommunale oppgaver. KS fulgte opp denne undersøkelsen med et tilleggsnotat om fastlegers tidsbruk¹⁶, som omhandlet totalarbeidstiden for arbeidsoppgavene som ligger innenfor det som er avtalt med

¹⁴ SSB analyse 2018/4. *Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager?*

¹⁵ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (2018). *Fastlegers tidsbruk. Rapport til Helsedirektoratet.*

¹⁶ KS (2018). *Fastlegers tidsbruk. Tilleggsnotat 3. mai 2018.*

kommunene, eksklusiv legevakt. KS skriver at andelen fastleger uten kommunale oppgaver er klart høyere jo mer folkerik kommunen er, ved høyere listelengder, ved mange kurative dager og hos selvstendig næringsdrivende leger, og at dette samsvarer med tidligere funn. Store kommuner bruker i større grad egne leger til kommunalt arbeid, og det blir færre oppgaver å fordele på flere leger.

I evalueringen av fastlegeordningen kommer det fram at median arbeidstid for fastleger er 50 timer, mens median arbeidstid er 45 timer for fastlønnede fastleger. I evalueringen ble det undersøkt hvor mye tid fastleger med ulike avtaleformer bruker på ulike arbeidsoppgaver (se tabell 14). Resultatene viser at en større andel av de fastlønnede og leger med 8.2-avtaler har offentlige legeoppgaver, samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene, legevakt med tilstedevakt, legevakt med hjemmevakt og legevakt, bakvakt sammenlignet med fastleger i ren næringsdrift¹⁷.

Tabell 13. Samlet arbeidstid til legearbeid i snitt per uke. Fra spørreundersøkelse blant fastleger i EY og Vista Analyses evaluering av fastlegeordningen.

	Totalt	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
0-19 timer	2 %	1 %	2 %	3 %
20-29 timer	3 %	2 %	3 %	4 %
30-39 timer	8 %	7 %	7 %	11 %
40-49 timer	33 %	33 %	31 %	42 %
50-59 timer	35 %	37 %	38 %	23 %
60-69 timer	13 %	14 %	11 %	8 %
70-79 timer	4 %	4 %	6 %	2 %
80 timer eller mer	2 %	1 %	2 %	5 %

Kilde: EY og Vista Analyse. Evaluering av fastlegeordningen. Se side 232. Det er ikke oppgitt hvor mange som har besvart dette spørsmålet. Totalt er det 2 315 respondenter med næringsdrift (enten ren næringsdrift eller 8.2-avtale) og 231 respondenter med fastlønn som har besvart undersøkelsen.

Tabell 14. Timefordeling på ulike oppgaver (median), med andel som har de ulike oppgavene i parentes. Fra spørreundersøkelse blant fastleger i EY og Vista Analyses evaluering av fastlegeordningen.

	Totalt	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
Samlet arbeidstid legearbeid	50 t (100 %)	50 t (100 %)	50 t (100 %)	45 t (99 %)
Pasientkonsultasjoner	30 t (100 %)	30 t (100 %)	27 t (100 %)	25 t (99 %)
Pasientrelatert administrativt arbeid	10 t (100 %)	10 t (100 %)	8 t (99 %)	8 t (100 %)
Administrasjon av egen praksis	2 t (89 %)	2 t (97 %)	2 t (86 %)	2 t (46 %)
Offentlige legeoppgaver	6 t (43 %)	5 t (38 %)	7 t (67 %)	7 t (72 %)
Legevakt, tilstedevakt	5 t (47 %)	4 t (44 %)	6 t (59 %)	7 t (53 %)
Legevakt, hjemmevakt	7 t (14 %)	4 t (8 %)	8 t (30 %)	15,5 t (38 %)
Legevakt, bakvakt	4 t (20 %)	3 t (16 %)	5 t (36 %)	8 t (38 %)
Samfunnsmedisinske oppgaver	5 t (10 %)	4,5 t (7 %)	8 t (24 %)	8 t (31 %)
Bistilling med annet legearbeid enn nevnt over	4 t (23 %)	4 t (25 %)	5 t (22 %)	4 t (21 %)

Kilde: EY og Vista Analyse. Se tabell 13.

¹⁷ EY og Vista Analyse (2019). Evaluering av fastlegeordningen. Se side 126-128.

3.3 Spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i kommunene

I 2017 ble det innført krav om at alle leger som starter i en klinisk stilling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, enten er spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering. Folkehelseloven stiller krav om nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Helsedirektoratet vurderer som i fjorårets rapport at det er behov for strategisk oppmerksomhet rundt allmennmedisin og samfunnsmedisin. Tabell 15 viser antall nye spesialistgodkjenninger innen allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin i perioden 2013 til 2018, og hvor mange av disse som er konvertert, samt antall resertifiseringer innen allmennmedisin.

Tabell 15. Nye spesialistgodkjenninger innen allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Totalt (hvorav konverteringer i parentes).

	2013	2014	2015	2016	2017**	2018
Allmennmedisin	159 (*)	202 (26)	177 (20)	180 (14)	313 (23)	220 (10)
<i>Resertifiseringer</i>	<i>510</i>	<i>458</i>	<i>453</i>	<i>479</i>	<i>619</i>	<i>482</i>
Arbeidsmedisin	6 (*)	5 (1)	13 (1)	5 (0)	18 (0)	9 (0)
Samfunnsmedisin	15 (*)	21 (0)	4 (0)	24 (1)	27 (0)	31 (0)

Kilde: HPR. Nye godkjenninger i allmennmedisin for 2013 og resertifiseringer i allmennmedisin er hentet fra Helsedirektoratets saksbehandlingssystem. Tallene fra saksbehandlingssystemet er omtrentlige. * Data for konverteringer før 2014 mangler. ** Tallene for 2017 er kunstig høye grunnet en ekstrainsats i Helsedirektoratet for å få ned antall restanser.

3.3.1 Spesialister i allmennmedisin

Det er verdt å merke seg at behovet for strategisk oppmerksomhet rundt allmennmedisin også trekkes fram av Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF. Helse Sør-Øst skriver at de har liten oversikt over behovet for allmennmedisin, utover at de vet at Oslo kommune har behov for å få utdannet et betydelig antall spesialister for å innfri kravet i ny forskrift.

Som vist i tabell 15 over, ble det i 2018 gitt 220 nye spesialistgodkjenninger i allmennmedisin (hvorav 10 ved konvertering). Dette er lavere enn i 2017, som var et unntaksår (se fotnote til tabellen), men noe høyere enn årene fra 2013 til 2016. I tillegg ble det innvilget 482 forlengelser av tilleggskompetansen "Tillegg for spesialist i allmennmedisin", som tilsvarer det som gjerne har vært omtalt som resertifisering¹⁸. Per november 2019 er det registrert 3 676 leger med en gyldig spesialistgodkjenning i allmennmedisin (med tilleggskompetansen "tillegg for spesialist i allmennmedisin") i Helsepersonellregisteret.

Tabell 16 på neste side viser at det var 3 131 fastleger som var spesialist i allmennmedisin ved utgangen av andre kvartal 2019. Dette utgjør 64,6 prosent av fastlegepraksisene. Tabellen viser at andelen har økt tydelig fra 2016 til 2019, men at det ikke var økning fra første til andre kvartal i 2019.

¹⁸ Spesialister i allmennmedisin må resertifisere seg hvert femte år for å kunne bruke tilleggstakst, men spesialistene i allmennmedisin beholder nå spesialisttittelen uten resertifisering.

Tabell 16. Fastleger som er spesialister i allmennmedisin. 2016 til 2019.

Kvartal	2016		2017				2018				2019	
	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.
Antall lister	4 686	4 668	4 689	4 705	4 743	4 759	4 779	4 779	4 807	4 814	4 833	4 846
Antall spesialister i allmennmedisin	²⁾	2 693	2 775	2 802	2 890	2 934	2 970	3 075	3 066	3 105	3 132	3 131
Andel spesialister i allmennmedisin	²⁾	57,7	59,2	59,6	60,9	61,7	62,1	64,3	63,8	64,5	64,8	64,6

Kilde: Fastlegeregisteret/styringsdata for fastlegeordningen. Data om spesialister fra før 4. kvartal 2016 er ikke av god nok kvalitet til å inkluderes.

Mange av legene i kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialister i allmennmedisin, er under spesialisering. Vi har ikke en presis oversikt over hvor mange dette er, men antallet har de senere årene blitt anslått til å ligge rundt 940 - 1 000 leger^{19,20}. Som Helse Sør-Øst poengterer, blir mange av legene i spesialisering i allmennmedisin registrert i vikariater i spesialisthelsetjenesten, slik at de ikke har god oversikt over disse. Når alle LiS er registrert i Kompetanseportalen/Dossier, vil vi få en bedre oversikt.

En arbeidsgruppe med medlemmer fra Helsedirektoratet, Legeforeningen, KS og Oslo kommune utredet i 2018 behovet for antall allmennleger i spesialisering fram mot 2030 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidsgruppen estimerte behovet i ulike scenarier som følger²¹:

0. **Dagens nivå:** Dersom vi skal opprettholde dagens nivå, kreves en årlig nettotilgang på 380 allmennleger.
1. **Befolkningsvekst:** Dersom vi også skal dekke opp for befolkningsveksten, blir det et behov for ytterligere 56 leger årlig, i tillegg til de 380 legene, totalt 436 allmennleger.
2. **Normalisering av arbeidstid:**
 - a) Dersom vi legger til grunn at fastlegene jobber 49,1 timer *uten* legevakt, og arbeidstiden normaliseres, blir behovet enda 110 leger årlig, totalt 546 allmennleger.
 - b) Dersom vi legger til grunn at fastlegene jobber 55,6 timer i uken *inkludert* legevakt, og arbeidstiden normaliseres, blir behovet 190 leger årlig, totalt 626 allmennleger.
3. **Endringer i arbeidsoppgaver og arbeidsmengde:** Avhenger av endringene.
4. **Reduksjoner i listelengden:** Avhenger av størrelsen på reduksjonen.

Enkelte av RHFene gir også tilbakemeldinger om at spesialisering i allmennmedisin kan medføre noen utfordringer for RHFene. **Helse Sør-Øst RHF** skriver at kravet om at alle fastleger skal være spesialister i allmennmedisin kan gi økt press på foretakene for å kunne stille utdanningsstillinger til disposisjon. Videre skriver de at det i flere av foretakene ikke er avsatt egne utdanningsstillinger for leger i spesialisering i allmennmedisin, og at de går inn i vikariater for andre leger i spesialisering ved blant annet svangerskapspermisjoner, forskningspermisjoner og lignende. Mangel på egnede plasser for allmennlegenes sykehustjeneste gir en logistikkutfordring, ifølge RHFet. **Helse Midt-Norge RHF** gjør lignende refleksjoner, og det kan være verdt å følge med på utviklingen.

¹⁹ I forbindelse med Helsedirektoratets utredning "Legens spesialistutdanning. Utredning av økonomiske og administrative sider ved spesialistutdanningen i allmennmedisin" i 2015, anslo Helsedirektoratet at det var ca. 940 leger i spesialisering i allmennmedisin. Arbeidsgruppen som har anslått behov for allmennleger i spesialisering, har også anslått at antallet ALIS ligger rundt 1 000 leger i spesialisering.

²⁰ For mer informasjon om fastleger som er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering i mindre kommuner, se NSDM-rapporten «Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere» av Birgit Abelsen, Margrete Gaski og Helen Brandstorp: http://arkiv.nsdsm.no/filarkiv/File/rapporter/Rapport_Fastlegeordningen_NSDM_2016.pdf

²¹ Helsedirektoratet, KS, Oslo Kommune og Legeforeningen (2018). *Allmennleger i spesialisering (ALIS). Del 2 av 2.*

3.3.2 Spesialister i samfunnsmedisin

Samfunnsmedisin er i hovedsak en spesialitet for leger i ulike administrative stillinger, som for eksempel kommuneoverleger (kommunelege I), fylkesleger (og assisterende fylkesleger) og leger i statlig helseforvaltning.

I 2018 ble det godkjent 31 nye samfunnsmedisinere, alle etter norsk regelverk. Som tabell 15 over viser, er dette flere enn samtlige år som dekkes av tabellen, inkludert 2017, da økningen trolig var kunstig høy (se fotnote i tabellen). Totalt er 603 leger registrert i Helsepersonellregisteret (HPR) med en gyldig spesialistgodkjenning i samfunnsmedisin (pr. november 2019). Vi vet ikke hvor mange av disse som er yrkesaktive i dag eller hvor mange som har en jobb som er direkte knyttet til samfunnsmedisin.

Det er per i dag ikke mulig å få en eksakt oversikt over antall leger som er under spesialisering i samfunnsmedisin basert på registerdata. Dette vil etter hvert bli mulig når alle LiS er registrert i Kompetanseportalen/Dossier. Norsk forening for samfunnsmedisin (Norsam) anslo i 2018, basert på deltakelse i veiledningsgrupper og obligatoriske kurs, at det var omkring 200 leger i spesialisering i samfunnsmedisin. Dette er på nivå med foreningens anslag i 2015, og litt høyere enn i 2017, da anslaget var 150 LiS.

Mange spesialister i samfunnsmedisin har en høy alder, og ifølge Legeforeningens beregninger av årlig nettotilgang av spesialister i perioden 2016–2025, vil samfunnsmedisin ha større avgang enn tilgang i denne perioden.

3.4 Rekrutteringsutfordringer i kommunene

Det er flere aktører som i senere tid har gjort undersøkelser av kommunenes utfordringer med å rekruttere leger. Vi vil her oppsummere funnene i Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2019, NAVs bedriftsundersøkelse 2019, EY og Vista Analyses evaluering av fastlegeordningen og Legeforeningens kartlegging fra 2018-2019.

3.4.1 Rekrutteringsutfordringer kartlagt i Kommunesektorens arbeidsgivermonitor

KS har i 2019 gjennomført en undersøkelse av hvor utfordrende kommuner (rådmenn) vurderer at det er å rekruttere ulike yrkesgrupper, herunder leger, som en del av *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor*. Undersøkelsen ble tidligere gjennomført årlig, men det var et opphold i 2018. Spørsmålet som stilles i undersøkelsen er "opplever [kommunen] det som utfordrende å rekruttere [leger] i dag, i tilfelle hvor utfordrende?".

Figur 6 viser hvor utfordrende kommunene har vurdert at det har vært å rekruttere leger i perioden fra 2012 til 2017 og i 2019. Ettersom det varierer noe fra år til år hvor mange kommuner som har besvart undersøkelsen, har vi regnet ut prosentandeler for lettere å kunne sammenligne årene, som vist i tabell 17, men antallet respondenter er såpass lavt at vi bør være forsiktige med tolkninger av de prosentvise endringene. 220 kommuner har besvart spørsmålet om rekruttering av leger i 2019.

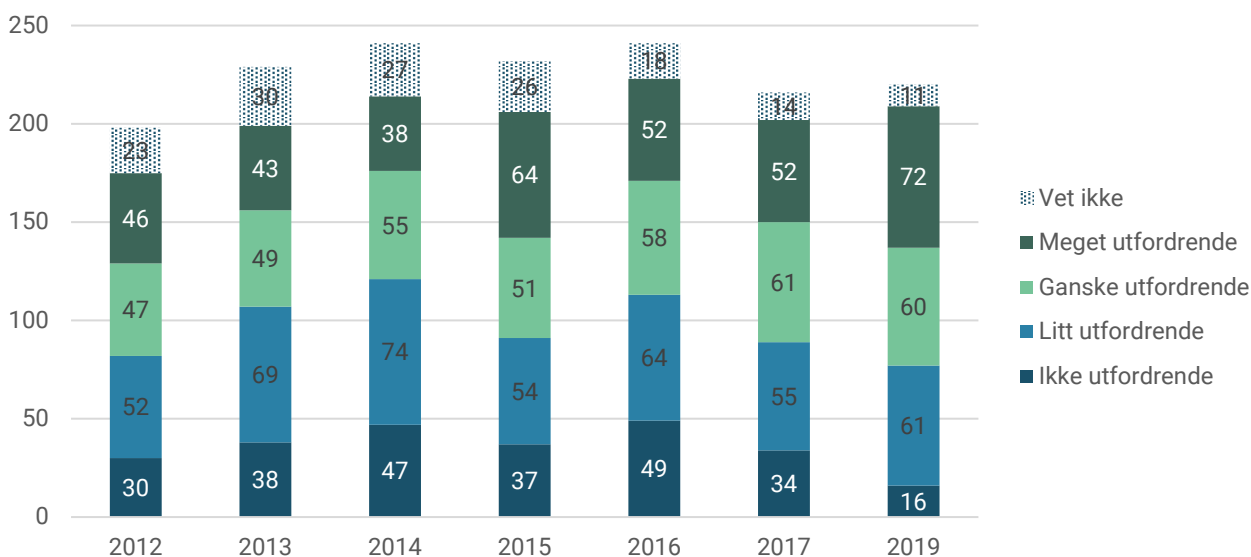
Figur 6 og tabell 17 viser at antall og andeler har variert noe fra år til år, og det var ikke noe klart utviklingsmønster i perioden 2012 til 2017. For eksempel skiller 2015-undersøkelsen seg ut med tilsynelatende større rekrutteringsutfordringer enn både årene før og etter. I 2019 ser vi at endringene fra 2017 er såpass tydelige at det trolig ikke dreier seg om tilfeldigheter, og at det har blitt mer utfordrende for kommunene å rekruttere leger siden 2017 og årene før.

Tabell 18 viser kommunenes vurderinger, fordelt på fylke. Følgende oppsummerer resultatene for 2019:

- **Ikke utfordrende:** Kun 16 kommuner (7 prosent av respondentkommunene) oppgir at det *ikke er utfordrende* å rekruttere leger. Antallet har ikke vært lavere i perioden undersøkelsen har blitt gjennomført. Dette er mer enn en halvering av antall og andel fra 2017. I 2017 fant vi disse kommunene i nesten alle fylker, men nå er de fordelt på 8 fylker. Fire av kommunene er i Trøndelag og fem er i Nordland, slik at det i resten av fylkene kun er syv kommuner som har oppgitt at de ikke har utfordringer. 11 av de 16 kommunene er små målt i folketall (under 5 000 innbyggere), fire er mellomstore (under 20 000 innbyggere) og kun én er stor (mer enn 20 000 innbyggere).
- **Litt utfordrende:** 61 kommuner (28 prosent) vurderer at det er *litt utfordrende* å rekruttere leger. Dette er en liten økning fra 2017. Disse kommunene fordeler seg på alle landets fylker.

- **Ganske utfordrende:** 60 kommuner (27 prosent) vurderer at det er ganske utfordrende å rekruttere leger. Dette er omtrent på samme nivå som i 2017. Blant disse finner vi kommuner fra nesten alle fylker, og vi finner også større bykommuner som Trondheim og Bergen, som i 2017 vurderte rekruttering av leger som *litt utfordrende*. Også bykommuner som Arendal, Skien og Kongsberg og sentrale kommuner som Asker og Lørenskog, vurderer det som ganske utfordrende.
- **Meget utfordrende:** 72 kommuner oppgir at det er *meget utfordrende* å rekruttere leger. Dette utgjør hver tredje kommune som har besvart undersøkelsen. Dette er det klart høyeste antallet og andelen vi har sett i undersøkelsen. Det er kommuner i alle fylker unntatt Vestfold som vurderer at det er meget utfordrende å rekruttere leger (kun tre kommuner i Vestfold har gjort en vurdering, og Oslo er ikke inkludert i KS' undersøkelse). Blant disse kommunene finner vi bykommuner som Gjøvik, Kristiansand, Lillehammer, Moss, Stavanger og Ålesund.

Figur 6. Kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det er å rekruttere leger, 2012-2017 og 2019.



Kilde: KS. Kommunesektorens arbeidsgivermonitorer 2012-2017 og 2019. Undersøkelsen ble ikke gjennomført i 2018.

Tabell 17. Kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det er å rekruttere leger, 2012-2017, 2019. Andeler.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2019
Ikke utfordrende	15 %	17 %	20 %	16 %	20 %	16 %	7 %
Litt utfordrende	26 %	30 %	31 %	23 %	27 %	25 %	28 %
Ganske utfordrende	24 %	21 %	23 %	22 %	24 %	28 %	27 %
Meget utfordrende	23 %	19 %	16 %	28 %	22 %	24 %	33 %
Vet ikke	12 %	13 %	11 %	11 %	7 %	6 %	5 %
Totalt besvart	198	229	241	232	241	216	220

Kilde: KS. Kommunesektorens arbeidsgivermonitorer 2012-2017 og 2019. Undersøkelsen ble ikke gjennomført i 2018.

Tabell 18. Kommunenes vurdering av hvor utfordrende det er å rekruttere leger, fordelt på fylke. 2019.

	Ikke utfordrende	Litt utfordrende	Ganske utfordrende	Meget utfordrende	Vet ikke	Antall besvart
Akershus	-	6	4	1	1	12
Aust-Agder	-	2	3	2	-	7
Buskerud	-	4	6	4	1	15
Finnmark	-	2	3	2	-	7
Hedmark	-	3	-	5	1	9
Hordaland	1	3	5	12	1	22
Møre og Romsdal	2	6	3	7	1	19
Nordland	5	6	2	6	-	19
Oppland	1	3	4	8	2	18
Rogaland	-	3	5	3	-	11
Sogn og Fjordane	-	2	4	2	1	9
Telemark	1	4	5	2	-	12
Troms	-	3	1	3	1	8
Trøndelag	4	6	13	6	2	31
Vest-Agder	1	2	-	6	-	9
Vestfold	-	3	-	-	-	3
Østfold	1	3	2	3	-	9
Totalsum	16	61	60	72	11	220

Kilde: KS. Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2019.

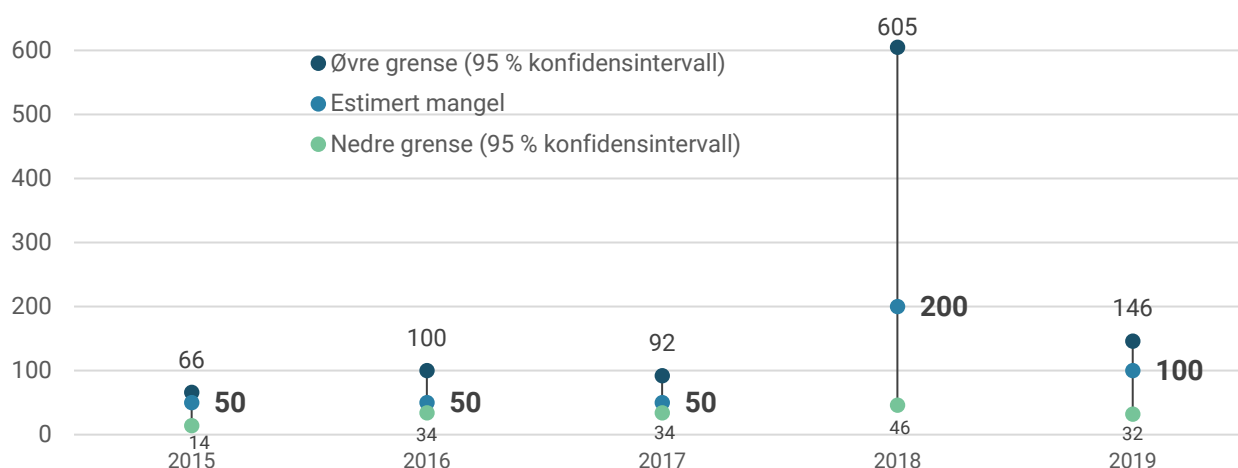
3.4.2 Rekrutteringsutfordringer kartlagt i NAVs bedriftsundersøkelse

NAV gjennomfører hvert år sin bedriftsundersøkelse, der de kartlegger etterspørsel etter og mangel på arbeidskraft. Utvalget trekkes tilfeldig fra Bedrifts- og foretaksregisteret. Virksomhetene blir blant annet spurt om de har mislyktes å rekruttere arbeidskraft og om årsaken til det er mangel på kvalifiserte søkere eller annen årsak. Basert på svarene estimeres en mangel på ulike yrkesgrupper.

NAV estimerer i 2019 en mangel på omkring 100 allmennpraktiserende leger. Det er usikkerhet knyttet til estimatet. Den reelle mangelen vil med 95 % sannsynlighet ligge mellom 32 og 146 leger. I perioden 2012 til 2014 ble det ikke estimert en mangel på allmennpraktiserende leger (estimatene rundes av til nærmeste 50, og 50 er lavest mulige estimat som oppgis). Fra 2015 til 2017 ble behovet estimert til å være rundt femti leger, før estimatet økte til 200 leger i 2018. Som det kommer fram av figur 7 på neste side, var estimatet for 2018 svært usikkert, og undersøkelsen for 2019 tyder på at 2018-estimatet trolig var for høyt.

Se kapittel 4.1 for NAVs estimat for mangel på legespesialister som ikke er allmennpraktiserende.

Figur 7. Estimert mangel på allmennpraktiserende leger, med konfidensintervall. Tall hentet fra NAVs bedriftsundersøkelse. 2015-2019.



Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser i perioden 2015 til 2019. I årene før 2015 ble det ikke estimert en mangel på allmennleger. Estimatenes rundes av til nærmeste 50, og 50 er lavest mulige estimat som oppgis.

NAV har beregnet konfidensintervall for estimert mangel på arbeidskraft. Den faktiske mangelen vil med 95 prosent sannsynlighet ligge innenfor de respektive konfidensintervallene som er presentert som linjer i figuren.

3.4.3 Rekrutteringsutfordringer kartlagt i EYs evaluering av fastlegeordningen

EY og Vista analyse gjør vurderinger av rekrutteringsutfordringer i sin evaluering av fastlegeordningen²². Der skriver de at deres undersøkelser viser at rekrutteringsutfordringer og lav stabilitet i legestanden, som over tid har vært tilstede i små og usentrale kommuner, er i ferd med å bli realiteten også for større og mer sentrale kommuner. Flere kommuner peker på at en vanskelig rekrutteringssituasjon truer ivaretagelsen av «sørge for»-ansvaret, og at de må bruke av frie midler for å sikre ivaretagelse. Rundt 40 prosent av kommunene angir at det er vanskelig å rekruttere kvalifiserte leger til hjemler i kommunen.

Mens utfordringen i distriktskommuner har vært knyttet til å få fastleger til å bosette seg over tid i kommunen, er det mye som tyder på at utfordringen i mer sentrale kommuner er at en endret arbeidssituasjon gjør det utfordrende for yngre leger å etablere seg i dagens finansieringsordning, ifølge evalueringen. Spørreundersøkelsen som ble gjennomført som en del av evalueringen, viser at forhold ved fastlegeyrket gjør at potensielle kandidater er usikre på om de ønsker å bli fastlege. Flere peker på viktigheten av å sikre trygghet for yngre leger, som må etableres gjennom god oppfølging og veiledning. Flere nevner fastlønn under spesialisering som et tiltak, og at kjøp og salg av praksis er en vesentlig rekrutteringsbarriere.

Flere kommuner angir at det har blitt *vanskeligere* å rekruttere kvalifiserte leger til avtaler i kommunen de siste 1-2 årene:

- Store kommuner angir at rekruttering har blitt vanskeligere de siste 1-2 årene i signifikant større grad enn mindre kommuner.

²² EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. For mer detaljer om undersøkelsen, se kapittel 7.2.7. For svarfordelingen på spørsmålene om rekruttering, se side 266 (i vedlegg B).

- Usentrale kommuner angir større rekrutteringsutfordringer enn mer sentrale kommuner, og de har i større grad hatt utfordringer over lengre tid.
- Det er imidlertid en utvikling mot at mer sentrale kommuner også opplever rekrutteringsutfordringer. 60 prosent av de administrative lederne for fastlegeordningen i de mest sentrale kommunene angir i forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen at det i stor grad har blitt vanskeligere å rekruttere. Sentrale kommuner gir uttrykk for at det i dag er færre kvalifiserte søkere på stillinger med næringsdrift enn tidligere.

I evalueringen omtales det hvordan fastlegeordningen i noen små distriktskommuner har vært bygget rundt én såkalt «hjørnesteinslege». I slik tilfeller kan situasjonen være uproblematisk, før det oppstår utfordringer når hjørnesteinslegen pensjonerer seg eller slutter av andre årsaker.

3.4.4 Rekrutteringsutfordringer kartlagt av Legeforeningen

Høsten 2018 og vinteren 2019 gjennomførte Legeforeningen en kartlegging av kommunenes utfordringer med rekruttering av fastleger²³. Kartleggingen var en oppfølging av en tilsvarende kartlegging gjennomført av VG sommeren 2017. Kommunene ble spurt om rekrutteringssituasjonen hadde forverret seg, forbedret seg eller om den var uendret. I tillegg ble kommunene spurt om hvilken tilstand kommunene var i når det gjelder rekruttering av fastleger. Legeforeningen tok utgangspunkt i samme skala fra 1 til 7 som VG hadde gjort, som siden også ble kategorisert i grønn, gult (inkl. oransje) og rødt:

1. Stabil legesituasjon, uproblematisk rekruttering (mørk grønn)
2. Stabil legesituasjon, men venter at det blir vanskeligere (lys grønn)
3. Har hatt rekrutteringsutfordringer, men nå går det mot en mer stabil situasjon (lys gul)
4. Rekrutterer greit, men merker utfordringer (mørk gul)
5. Har rekrutteringsutfordringer, og ser at det er i ferd med å bli vanskeligere (oransje)
6. Rekruttering har vært svært vanskelig, men går noe lettere nå (lys rød)
7. Legekrise (store problemer med å rekruttere leger/mangler fastleger og må bruke dyre vikarer) (mørk rød)

385 kommuner besvarte Legeforeningens undersøkelse. Ifølge kartleggingen var situasjonen forverret i 128 kommuner. 48 kommuner (12 %) oppga rød tilstand, 126 kommuner (33 %) oppga gul tilstand og 211 kommuner (55 %) oppga grønn tilstand.

Grunnet ulike svaralternativer kan ikke kartleggingen sammenlignes med undersøkelsene som er omtalt over, men alle disse undersøkelsene indikerer at det har blitt mer utfordrende å rekruttere fastleger de siste årene.

²³ Legeforeningen (2019). *Fastlegesituasjonen forverret, viser ny kartlegging*. Artikkel og data tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/nyheter/2019/fastlegesituasjonen-forverret-viser-ny-kartlegging/>

2.4.5 Tiltak for å bedre rekrutteringen i kommunene

Rekrutteringstilskudd til kommunene, for etablering av nye fastlegeavtaler, tilrettelegging for spesialistutdanning eller andre kompetansehevende tiltak, er sentrale grep for å bedre rekrutteringen av allmennleger.

Prosjektene ALIS-Vest og etter hvert ALIS-Nord ble igangsatt for å bedre rekrutteringen til fastlegeordningen på Vestlandet og i Nord-Norge. I statsbudsjettet for 2020 gis kommunene Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar tilskudd for å bistå kommuner i regionen med å inngå og følge opp ALIS-avtaler. Slike ALIS-kontorer skal bidra til rekruttering og tilrettelegging for legenes spesialisering i allmennmedisin og til trygghet for legen gjennom spesialiseringsløpet ved å planlegge, etablere og følge opp såkalt ALIS-avtaler. ALIS-avtaler er et nytt virkemiddel knyttet til spesialisering i allmennmedisin, og beskrives som "avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmennmedisin om særskilte rekrutteringstiltak som går ut over og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften"²⁴.

Som allerede nevnt opprettes det også en tilskuddsordning for næringsdrivende fastleger med mange pasienter på listen som krever mye oppfølging.

²⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Prop 1S (2019-2020)*.

4. Leger i spesialisthelsetjenesten

I dette kapitlet presenteres utviklingen for leger i spesialisthelsetjenesten. Først omtales rekrutteringsutfordringer i spesialisthelsetjenesten, med vekt på kartleggingen som NAV gjør i deres bedriftsundersøkelse. Deretter presenteres årsverksutviklingen de siste årene, med statistikk hentet fra SSB, og en oversikt over LiS og overleger ansatt i helseforetakene i 2019, hentet fra Legestillingsregisteret. Avslutningsvis i kapitlet gis det en oversikt over avtalespesialister innen ulike spesialiteter, fordelt på region.

4.1 Rekrutteringsutfordringer i spesialisthelsetjenesten

I forbindelse med Helsedirektoratets innspill til Helse- og omsorgsdepartementet om utdanningskapasitet for de helsefaglige utdanningene, har samtlige regionale helseforetak gitt innspill til direktoratet om at det er god tilgang på leger med grunnutdanning. Søkertallene på LiS1-stillinger (kapittel 2.2) indikerer også at det er god tilgang på leger med grunnutdanning.

Samtidig er det tegn på mangel på ferdige legespesialister. Som tidligere nevnt, gjennomfører NAV sin bedriftsundersøkelse årlig, der de kartlegger etterspørsel etter og mangel på arbeidskraft. Dette gjøres ved å spørre virksomheter om de har mislyktes å rekruttere arbeidskraft, og om årsaken til det er mangel på kvalifiserte søkere eller annen årsak. Utvalget trekkes tilfeldig fra Bedrifts- og foretaksregisteret, men alle virksomheter med mer enn 100 ansatte i helse- og sosialtjenester er inkludert.

Tabell 19 viser den estimerte mangelen på legespesialister i perioden 2012 til 2019. NAV estimerer en mangel på 600 legespesialister totalt i 2019. Estimater er basert på en faktisk rapportert mangel på 118 legespesialister. NAV oppgir konfidensintervaller, som viser at den reelle mangelen med 95 prosents sannsynlighet ligger mellom øvre og nedre grense på henholdsvis 466 og 786 spesialister. Estimater for 2019 er litt høyere enn de siste tre årene, men på nivå med 2015-estimatet, og som det framkommer av tabellen er det usikkerhet, slik at vi ikke kan vite om det er en faktisk økt mangel.

Tabell 19. Estimert mangel på legespesialister, NAVs bedriftsundersøkelse. 2012-2019.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Estimat	650	300	400	600	500	550	500	600
Nedre grense	-	-	280	418	386	338	336	466
Øvre grense	-	-	537	806	628	862	659	786

Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser i perioden 2012 til 2019. Undersøkelsen foretas hver vår. Før 2015 ble undersøkelsen foretatt både høst og vår, og tallene for 2012 til 2014 er hentet fra vårundersøkelsen. Allmennleger er ikke inkludert. Se kapittel 3.4 for estimert mangel på allmennleger. Nedre og øvre grense for 2012 og 2013 er ikke oppgitt i NAVs rapporter.

4.2 Status og utvikling for leger i spesialisthelsetjenesten

Tabell 20 gir et oversiktsbilde over antall leger i spesialisering (LiS) og overleger i de regionale helseforetakene (RHF) pr. oktober 2019, hentet fra Legestillingsregisteret (LSR). Helsedirektoratet har bedt RHFene om å sammenligne LSR-tallene med RHFenes egen statistikk fra deres HR-systemer. Ettersom tilbakemeldingene fra tre av RHFene viser at det er relativt tydelige forskjeller, har vi valgt å også inkludere RHFenes egne tall i dette kapitlet. Unntaket er Helse Sør-Øst RHF. RHFet informerer om at det er forskjeller, men at de grovt sett ikke ser ut til å være store.

For **Helse Midt-Norge RHF** er antall LiS konsekvent noe lavere i LSR (en årsak til det er at LiS som ansettes i kortere vikariater ikke overføres til LSR), mens antall overleger noe høyere i LSR (en årsak til det er at leger som er ansatt som klinikkssjef eller avdelingssjef er registrert som administrativt personell i personellsystemet og som overlege i LSR). For **Helse Nord RHF** er derimot antall LiS gjennomgående høyere i LSR, mens antall overleger er noe lavere i LSR. Det vil naturligvis få betydelige utslag på LiS-andelen. For **Helse Vest RHF** ligger LSR-tallene gjennomgående noe lavere enn RHFets egne tall, både for LiS og overleger.

Dette gjør det utfordrende å diskutere LiS-andeler. LiS-andeler kan i utgangspunktet brukes til å gi et inntrykk av utdanningsaktivitet i foretakene og innen de ulike spesialitetene, og var svært relevant informasjon i forbindelse med fordeling av legestillinger. Tabellen viser at det er relativt godt samsvar når det gjelder LiS-andelen på nasjonalt nivå. Med 5 430 LiS og 8 500 overleger nasjonalt, er LiS-andelen ca. 39 prosent. Dette er litt lavere enn i 2018, men noe høyere enn i 2017. På RHF-nivå blir diskrepansen tydeligere. Dette gjelder også for helseforetakene innenfor hver region, som vi kommer tilbake til utover i kapitlet. Særlig i mindre helseforetak kan små tallmessige ulikheter gi betydelige utslag på andelen, og vi må derfor være forsiktige med å benytte LiS-andeler til sammenligningsformål.

Antall LiS og overleger innen de ulike spesialitetene, samt LiS-andel for disse, omtales i kapittel 5.1.1.

Tabell 20. LiS og overleger i de regionale helseforetakene, 2019.

	Legestillingsregisteret*				RHFenes HR-systemer			
	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helse Midt-Norge RHF	750	1 299	2 050	36,6 %	842	1 255	2 097	40,2 %
Helse Nord RHF	724	936	1 660	43,6 %	651	1 051	1 702	38,2 %
Helse Sør-Øst RHF	2 817	4 668	7 485	37,6 %	Kun LSR-tall oppgitt			
Helse Vest RHF	1 139	1 597	2 736	41,6 %	1 262	1 682	2 944	42,9 %
Totalt	5 430	8 500	13 930	39,0 %	5 572	8 656	14 228	39,2 %

* LSR-tallene er per oktober 2019. Merk at noen leger kan være talt dobbelt, enten grunnet ansettelsesforhold ved flere helseforetak eller fordi vedkommende er registrert med både en LiS- og en overlegestilling. Tallene tar ikke hensyn til stillingsprosenter. Dette omtales nærmere for hvert RHF under. Avtalespesialister er ikke inkludert. Se kapittel 4.3 for en oversikt over avtalespesialister fordelt på RHF og spesialitet.

Tabell 21 viser utviklingen i antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten. Merk at dette er SSB-statistikk som ikke er direkte sammenlignbar med LSR-tallene som presenteres over. Mens LSR-tallene viser leger ansatt i LiS- og overlegestillinger, viser SSBs tall legeårsverk, og inkluderer årsverk utført av samtlige

ansatte med fullført medisinstudium (samt medisinstudenter med lisens). Dette kan inkludere LiS1, forskere og administrativt ansatte. Merk også at ikke alle leger som er ansatt via et bemanningsbyrå fanges opp av statistikken (totalt er i overkant av 100 leger sysselsatt i næringen "utleie av arbeidskraft").

Årsverkstallene i tabell 21 og påfølgende SSB-tabeller er heller ikke helt sammenlignbare for alle år i perioden på grunn av endringer i SSBs metoder i 2015 og 2018 (se fotnoter til tabell 21). I perioden som helhet har det vært en vekst i legeårsverk i spesialisthelsetjenesten på nesten 23 prosent. Tabellen viser at det har vært vekst i alle de regionale helseforetakene. Den største prosentvise veksten i perioden har skjedd i Helse Midt-Norge RHF (24 %), etterfulgt av Helse Sør-Øst (23%), Helse Vest (20 %) og Helse Nord (20 %). Tabellen viser at det har vært en tydelig økning også når vi tar hensyn til befolkningsveksten i samme perioden, slik at legedekningen, målt som legeårsverk per 10 000 innbyggere, er styrket. Mens det var i underkant av 27 legeårsverk per 10 000 innbyggere i 2013, var antallet økt til drøyt 31 leger i 2018. Alle RHF har styrket legedekningen hvert år siden 2013.

Utviklingen sammenlignes med utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i kapittel 6.3.

Tabell 21. Årsverksutvikling for leger i spesialisthelsetjenesten, fordelt på RHF. 2013-2018.

	2013	2014	2015 ^{a)}	2016	2017	2018 ^{b)}	2013 - 2018	
							Årsverk	Prosent
Helse Midt-Norge RHF	1 806	1 860	1 997	2 083	2 163	2 234	+428	+23,7
Helse Nord RHF	1 459	1 496	1 539	1 622	1 691	1 748	+289	+19,8
Helse Sør-Øst RHF	7 553	7 836	8 420	8 655	9 021	9 272	+1 719	+22,8
Helse Vest RHF	2 635	2 731	2 884	2 974	3 068	3 167	+532	+20,2
Private bedrifter og foretak ^{c)}	165	166	250	264	267	276	+111 ^{c)}	+67,3 ^{c)}
Spesialisthelsetjenesten	13 618	14 089	15 089	15 597	16 210	16 697	+3 079	+22,6
Endring fra året før	+460	+471	a)	+508	+613	b)		
Prosentvis endring	+3,5 %	+3,5 %	a)	+3,4 %	+3,9 %	b)		
Legeårsverk pr. 10 000 innb.	2013	2014	2015^{a)}	2016	2017	2018^{b)}	2013-2018	
Helse Midt-Norge RHF	25,7	26,2	27,9	28,9	29,8	30,6	+4,9	
Helse Nord RHF	30,5	31,1	31,9	33,5	34,8	35,9	+5,4	
Helse Sør-Øst RHF	26,5	27,1	28,8	29,3	30,3	30,9	+4,4	
Helse Vest RHF	24,5	25,1	26,3	27,0	27,7	28,5	+4,0	
Spesialisthelsetjenesten	26,7	27,3	28,9	29,7	30,6	31,3	+4,6	

Kilde: SSB, tabell 09547. Avtalte årsverk eksklusive lange fravær. Merk at denne statistikken inkluderer alle leger, både spesialister og ikke-spesialister, samt medisinstudenter med lisens.

- a) Merk at økningen i 2015 er kunstig høy ettersom SSB la om systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk, gjennom en samordning med NAV og Skatteetaten. Den nye innrapporteringen skal gi bedre registerstatistikk, men gir et brudd i tidsserien.
- b) SSB har tatt i bruk en ny metode som gir bedre informasjon om arbeidstid i 2018. Den nye metoden får konsekvenser for beregningen av årsverk, som er basert på avtalt stillingsprosent. Endringstallene i antall årsverk fra 2017 (eller tidligere årganger) til 2018 er derfor ikke reelle.
- c) Det har variert hvilke private institusjoner som har vært inkludert i kategorien "private bedrifter og foretak", noe som gjør at det ikke er mulig med direkte sammenligning over tid. Før 2015 skilte SSB mellom private med driftsavtale og private med kjøpsavtale, men RHFene praktiserte ulike definisjoner. Fra 2015 inneholder tallene kun private uten oppdragsdokument. Leger i private foretak med oppdragsdokument er fra 2015 inkludert i regionen som foretaket har avtale med.

4.2.1 Leger i Helse Midt-Norge RHF

Tabell 22 gir en oversikt over antall LiS og overleger ved helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF i 2019. Som nevnt er det ulikheter mellom LSR-tallene og tall fra RHFets HR-system, og vi har valgt å inkludere statistikken fra Helse Midt-Norge i tabellen. Grunnet usikkerheten rundt LiS-andelene, som kommer fram av tabellen, vil vi ikke diskutere disse i noen detalj her, men det er uansett tydelig at LiS-andelene er klart høyest i de to mindre helseforetakene. I tillegg til LiSene og overlegene i tabell 22, er det 170 LiS1-stillinger i regionen.

Tabell 22. LiS og overleger i helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF, 2019.

	Legestillingsregisteret*				RHFets HR-system			
	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helse Møre og Romsdal	263	382	645	40,8 %	292	359	651	44,9 %
Helse Nord-Trøndelag	127	184	311	40,8 %	141	173	314	44,9 %
St. Olavs hospital	361	733	1 094	33,0 %	409	723	1 132	36,1 %
Helse Midt-Norge RHF	751	1 299	2 050	36,6 %	842	1 255	2 097	40,2 %

*Tallene fra LSR er pr. oktober 2019. Merk at to LiS og seks overleger er talt dobbelt pga. ansettelsesforhold ved to av foretakene og at 6 leger er registrert med både en LiS- og en overlegestilling, og derfor er inkludert i begge kolonnene.

Tabell 23 viser årsverksutviklingen for leger i helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF. Antall årsverk har økt med nesten 24 prosent i perioden, noe som altså er den største økningen blant RHFene. Den relative veksten er størst i det minste foretaket, Helse Nord-Trøndelag HF (29 %), og minst i det største foretaket, St. Olavs Hospital HF (24 %). Alle foretakene i regionen har opplevd en relativ vekst i legeårsverk som er høyere enn økningen på nasjonalt nivå.

Tabell 23. Avtalte legeårsverk i Helse Midt-Norge RHF, fordelt på helseforetak. 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013-2018	
							Årsverk	Prosent
Helse Midt-Norge RHF	69	77	80	79	81	82	13	18,8
Helse Nord-Trøndelag HF	249	264	277	296	308	320	71	28,5
St Olavs Hospital HF	892	922	1 004	1 026	1 058	1 103	211	23,7
Helse Møre og Romsdal HF	577	583	636	683	715	730	153	26,5
Private institusjoner med driftsavtale	3	12	b)	b)	b)	b)	b)	b)
Helse Midt-Norge RHF totalt^{a)}	1 806	1 860	1 997	2 083	2 163	2 234	428	23,7

Kilde: SSB. Tabell 09547. Avtalte årsverk ekskl. lange fravær.

a) Rusbehandling Midt-Norge HF (2004-2013) og Ambulanse Midt-Norge HF (2012-2014) er inkludert i totaltallet, men er ikke inkludert med egne rader, ettersom de opphørte som eget foretak etter henholdsvis 2013 og 2014.

b) Disse legene er fra 2015 registrert som tilsatte i "private bedrifter og foretak", og ikke under RHFet (se tabell 21).

Helse Midt-Norge RHF viser i sitt innspill til denne rapporten til at utviklingen for brutto månedsverk i helseforetakene i regionen økte mer i perioden etter avviklingen av nasjonal regulering (2013-18) enn i femårsperioden før avviklingen (2008-2013). **Legeforeningen** påpeker at Helse Midt-Norge RHF har den høyeste spesialistdekningen av alle RHFene, målt i antall spesialister per 100 000 innbyggere (se vedlegget til Legeforeningens innspill), men at de har relativt få privatpraktiserende spesialister og spesialister i institusjoner utenfor foretaksstrukturen.

4.2.2 Leger i Helse Nord RHF

Tabell 24 gir en oversikt over antall LiS og overleger i helseforetakene under Helse Nord RHF i 2019. I tillegg til LSR-statistikken, har vi inkludert RHFets egne tall i tabellen. Selv om de enkelte tallene ikke er veldig ulike, blir LiS-andelene svært forskjellige, og vi vil derfor ikke diskutere dette i detalj. Uansett er det tydelig at Universitetssykehuset Nord-Norge HF og særlig Nordlandssykehuset HF har mange leger i spesialisering. I tillegg til LiSene og overlegene som er oppgitt i tabellen, er det 170 LiS1-stillinger i Helse Nord. Departementet har varslet at det skal opprettes 38 nye LiS 1-stillinger i Helse Nord. Helse Nord RHF skriver i sitt innspill at de nye stillingene vil bidra til å fjerne en flaskehals i utdanningsløpet og forbedre rekrutteringssituasjonen i regionen.

Tabell 24. LiS og overleger i helseforetakene i Helse Nord RHF, 2019.

	Legestillingsregisteret*				RHFets HR-system			
	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helgelandssykehuset	61	107	168	36,3 %	49	111	160	30,6 %
Nordlandssykehuset HF	199	235	434	45,9 %	186	265	451	41,2 %
UNN HF	388	478	866	44,8 %	361	551	912	39,6 %
Finnmarkssykehuset HF	76	116	192	39,6%	55	124	179	30,7 %
Totalt, Helse Nord RHF	724	936	1 660	43,6 %	651	1 051	1 702	38,2 %

* Tallene fra LSR er pr. oktober 2019. Merk at 114 leger er talt dobbelt og tre leger er talt tre ganger, fordi de har ansettelsesforhold ved to helseforetak eller er registrert med både LiS- og overlegestillinger.

Tabell 25 viser årsverksutviklingen for leger i helseforetakene i Helse Nord RHF i perioden 2013 til 2018. I regionen som helhet har det vært en årsverksøkning på ca. 20 prosent. Den største prosentvise økning har funnet sted i Finnmarkssykehuset HF, men merk at Finnmarkssykehuset selv mener at antall årsverk i foretaket er lavere enn SSB-tallene viser. Det har også vært en klar økning ved de to største foretakene i regionen, Nordlandssykehuset HF (18 %) og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (20 %), men begge har hatt en prosentvis økning litt under det nasjonale nivået. Ved Helgelandssykehuset har økningen vært minimal (+3 %), slik at dette nå er det minste foretaket i regionen målt i avtalte legeårsverk.

Tabell 25. Avtalte legeårsverk i Helse Nord RHF, fordelt på helseforetak. 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013-2018	
							Årsverk	Prosent
Helse Nord RHF	48	53	55	56	61	62	14	29,2
Helgelandssykehuset HF	163	166	156	157	170	168	5	3,1
Finnmarkssykehuset HF	143	138	144	169	180	206	63	44,1
Nordlandssykehuset HF	369	381	385	418	435	436	67	18,2
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	733	754	800	822	848	878	145	19,8
Private institusjoner med driftsavtale	4	4	a)	a)	a)	a)	a)	a)
Helse Nord RHF totalt	1 459	1 496	1 539	1 622	1 691	1 748	289	19,8

Kilde: SSB. Tabell 09547. Avtalte årsverk ekskl. lange fravær.

a) Disse legene er fra 2015 registrert som tilsatte i "private bedrifter og foretak", og ikke under RHFet (se tabell 21).

Helse Nord RHF viser i sitt innspill til denne rapporten til ulike tiltak som er satt i gang for å tiltrekke og beholde leger, som har en viss effekt, men at hovedstrategien er å dekke behovet i tjenestene gjennom "å tilpasse utdanningstakten" og utdanne spesialistene de selv trenger. RHFet påpeker at mange leger flytter ut av regionen underveis eller kort tid etter endt spesialisering, at dette er noe som foretakene og kommunene i Nord-Norge må ta hensyn til, og at det gjenspeiles i en høy LiS-andel. Samtidig som at regionen har høy turnover, opplever RHFet at det er få leger som flytter fra andre regioner til Nord-Norge. Rekruttering og utdanning av nye spesialister oppfattes som et felles ansvar i hele regionen, noe som medfører at enkelte helseforetak må utdanne spesialister utover egne behov. Helse Nord RHF skriver at den desentraliserte helsetjenesten i Helse Nord, både innen somatikk og psykisk helsevern, fører til mange små og sårbare behandlingsmiljø, både ved sykehus og distriktpsikiatriske sentre, som er avhengige av et tilstrekkelig antall spesialister for å opprettholde sine tilbud og utdanne nye spesialister.

Helse Nord RHF oppgir at det er store variasjoner i rekrutteringssituasjonen innad i regionen, med en spesielt krevende situasjon for lokalsykehus. Eksempelvis har Finnmarkssykehuset HF i 2019 18 prosent vakante legestillinger, mens UNN har knapt 3 prosent. Selv om Finnmarkssykehuset HF fortsatt har en høy andel vakante legestillinger, trekker Helse Nord RHF fram at det var en positiv utvikling i perioden da foretaket gjennomførte sitt rekrutteringsprosjekt (2005-2015), at virkemidlene fra prosjektet er videreført og at utviklingen fortsetter. Vi så over at Finnmarkssykehuset har opplevd betydelig vekst de siste årene, selv om det er noe usikkerhet rundt hvor mye.

Helse Nord RHF viser til betydelig økning i kostnader til innleie de siste årene, og angir vanskeligere rekrutteringsmarked som en av årsakene. Dette gjelder særlig innen enkelte spesialiteter for leger (og sykepleiere) ved mindre sykehus der rekrutteringsgrunnlaget er svakt. RHFet viser eksempelvis til at Nordlandssykehuset HF hadde innleie av leger for over 47 millioner kroner i 2017, hvorav 2/3 var ved sykehusene i Lofoten og Vesterålen.

Helse Nord informerer om at det er store rekrutteringsbehov både i lokalsykehusene UNN Narvik og UNN Harstad og i kommunene rundt, og opplyser at de varslede nye LiS1-stillingene vil for UNNs del derfor primært vil tilfalle disse sykehusene.

Helse Nord RHF trekker fram viktigheten av desentraliserte utdanninger for å sikre legedekningen, og mener at det gjør det enklere for små sykehus og distriktskommuner å knytte til seg leger tidlig i utdanningsløpet. Helse Nord har gode erfaringer med desentralisert utdanning for leger i Finnmark og i Bodø, der medisinstudentene gjennomfører femte og sjette studieår tilknyttet et sykehusforetak. RHFet ser på dette som et viktig rekrutteringstiltak for å bedre legedekningen innad i regionen.

Legeforeningen påpeker at Helse Nord RHF har den nest høyeste spesialistdekningen blant de regionale helseforetakene, målt i spesialister per 100 000 innbyggere, men at de har meget få privatpraktiserende spesialister og spesialister i institusjoner utenfor foretaksstrukturen, og at noen små spesialiteter er sårbare (se kapittel 4.5 for diskusjoner om spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet).

4.2.3 Leger i Helse Sør-Øst RHF

Tabell 26 gir en oversikt over antall LiS og overleger ved helseforetakene under Helse Sør-Øst RHF i 2019. LiS-andelen, som altså kan være noe usikre, varierer fra ca. 34 prosent i det største helseforetaket, OUS, til ca. 41 prosent i det nest største, Ahus. I tillegg til legene i tabellen, er det 418 LiS1-stillinger i regionen.

Tabell 26. LiS og overleger i helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF, 2019.

	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Akershus Universitetssykehus HF	414	586	1 000	41,4 %
Oslo Universitetssykehus HF	899	1 766	2 665	33,7 %
Sunnaas Sykehus HF	14	24	38	36,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	212	311	523	40,5 %
Sykehuset Innlandet HF ¹	279	437	716	39,0 %
Sykehuset Telemark HF	143	218	361	39,6 %
Sykehuset Østfold HF	247	364	611	40,4 %
Sørlandet Sykehuset HF	256	383	639	40,1 %
Vestre Viken HF	353	577	930	38,0 %
Helse Sør-Øst RHF, totalt	2 817	4 668	7 485	37,6 %

Kilde: Legestillingsregisteret, pr. oktober 2019. Hver lege er talt én gang, med mindre vedkommende har stillinger i flere helseforetak eller er ansatt både i en LIS- og en overlegestilling.

Tabell 27 viser årsverksutviklingen for leger i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Veksten i perioden regionen som helhet er underkant av 23 prosent. Den relative årsverksveksten er høyere enn i spesialisthelsetjenesten som helhet ved samtlige helseforetak, med unntak av Sykehuset i Telemark HF (+11 %). Den klart største relative veksten har funnet sted i Helse Østfold HF (39 %) (samt ved Sunnaas sykehus HF, men dette foretaket er lite, og veksten er lav i absolutte tall). I øvrige foretak har veksten vært mellom ca. 23 og 27 prosent.

Tabell 27. Avtalte legeårsverk i Helse Sør-Øst RHF, fordelt på helseforetak. 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013-2018	
							Årsverk	Prosent
Helse Sør-Øst RHF	532	538	533	539	540	544	12	2,3
Akershus universitetssykehus HF	829	852	920	960	977	1 018	189	22,8
Oslo Universitetssykehus HF	2 294	2 393	2 612	2 661	2 814	2 884	590	25,7
Sunnaas sykehus HF	36	39	44	48	46	52	16	44,4
Sykehuset i Vestfold HF	431	444	492	497	526	540	109	25,3
Sykehuset Innlandet HF	760	781	843	850	905	939	179	23,6
Sykehuset Telemark HF	357	365	374	391	394	395	38	10,6
Sykehuset Østfold HF	484	489	560	596	627	673	189	39,0
Sørlandet sykehus HF	571	614	669	680	696	715	144	25,2
Vestre Viken HF	802	838	911	952	987	1 016	214	26,7
Private institusjoner med driftsavtale	458	484	462	480	507	494	36	7,9
Helse Sør-Øst RHF, totalt	7 553	7 836	8 420	8 655	9 021	9 272	1 719	22,8

Kilde: SSB. Tabell 09547. Avtalte årsverk ekskl. lange fravær.

Helse Sør-Øst erfarer selv at fordelingen av antall legestillinger i regionen er forholdsvis lik etter avviklingen av nasjonal regulering. RHFet skriver at alle helseforetakene har en økning i antall LiS- og overlegestillinger, med unntak av Sykehuset Innlandet HF. Merk at Sykehuset i Kongsvinger er overført fra Sykehuset Innlandet til Ahus f.o.m. 2019, og at SSBs statistikk over dekker til og med 2018, da Sykehuset i Kongsvinger fortsatt var en del av Sykehuset Innlandet. Helse Sør-Øst informerer også om at Sykehuset Innlandet HF har hatt en utfordrende økonomisk situasjon.

Legeforeningen viser til at Helse Sør-Øst RHF har en spesialistdekning som ligger tett opp mot det nasjonale nivået, men at Helse Sør-Øst en høyere andel enn folketallet skulle tilsi når spesialister i sykehus utenfor foretaksstrukturen og privatpraktiserende spesialister inkluderes. Samtidig har Helse Sør-Øst pasienter fra de øvrige regionene i større grad enn de andre RHFene.

4.2.4 Leger i Helse Vest RHF

Tabell 28 gir en oversikt over antall LiS og overleger ved helseforetakene under Helse Vest RHF i 2019. Ettersom Helse Vests egne tall konsekvent ligger noe høyere enn LSR-tallene, har vi inkludert RHFets tall i tabellen. I tillegg til LiS- og overlegestillingene i tabellen, er det 182 LiS1-stillinger i Helse Vest RHF.

Tabell 28. LiS og overleger i helseforetakene i Helse Vest RHF, 2019.

	Legestillingsregisteret*				RHFets HR-system			
	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helse Bergen HF	510	802	1 312	38,9 %	565	790	1 355	41,7 %
Helse Stavanger HF	347	465	812	42,7 %	402	498	900	44,7 %
Helse Fonna HF	159	183	342	46,5 %	173	205	378	45,8 %
Helse Førde HF	123	147	270	45,6 %	122	189	311	39,2 %
Totalt, Helse Vest RHF	1 139	1 597	2 736	41,6 %	1 262	1 682	2 944	42,9 %

* Totaltallene fra LSR inneholder 81 leger som er talt dobbelt fordi de enten har ansettelsesforhold ved to helseforetak eller er registrert med både LiS- og overlegestillinger.

Tabell 29 viser årsverksutviklingen for leger i helseforetakene i Helse Vest fra 2013 til 2018. Samlet har det vært en årsverksvekst på ca. 20 prosent i regionen. Veksten har for det meste funnet sted i de to største helseforetakene, Helse Bergen HF (+27 %) og Helse Stavanger (+27 %). Det har også vært vekst i Helse Fonna HF (+14 %), mens Helse Førde HF hadde omtrent like mange legeårsverk i 2018 som i 2013 (-1,2 %).

Tabell 29. Avtalte legeårsverk i helseforetakene i Helse Vest RHF. 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013-2018	
							Årsverk	Prosent
Helse Vest RHF	144	141	141	142	145	148	4	2,8
Helse Bergen HF	1 113	1 145	1 263	1 321	1 357	1 408	295	26,5
Helse Fonna HF	312	313	323	327	344	355	43	13,8
Helse Førde HF	258	271	260	254	255	255	-3	-1,2
Helse Stavanger HF	628	650	722	752	770	799	171	27,2
Private institusjoner med driftsavtale	180	210	175	178	197	202	22	12,2
Helse Vest RHF totalt	2 635	2 731	2 884	2 974	3 068	3 167	532	20,2

Kilde: SSB. Tabell 09547. Avtalte årsverk ekskl. lange fravær.

Helse Vest RHF skriver i sitt innspill til denne rapporten at de fire foretakene i regionen har gitt tilbakemeldinger om at de i all hovedsak har opplevd en forbedring når det gjelder legedekning etter 2013. De vurderer at den nye ordningen har gitt større fleksibilitet og bedre legedekning lokalt og regionalt, men at flere av de aller minste sykehusene i regionen likevel har utfordringer med å rekruttere spesialister, innenfor flere spesialiteter. De skriver at dette henger sammen med små og sårbare fagmiljøer.

Legeforeningen viser til at Helse Vest RHF har den laveste spesialistdekningen av alle RHF-ene (målt som spesialister pr. 100 000 innbyggere). Legeforeningen påpeker at dette muligens kompenseres et stykke på vei med en høyere andel LIS, samt en del institusjoner utenfor foretaksstrukturen.

4.3 Avtalespesialister

Avtalespesialer er viktige bidragsyttere i spesialisthelsetjenesten. I 2018 utgjorde avtalespesialistene omtrent 24 prosent av den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder og 22 prosent innen psykisk helsevern for voksne²⁵. Tabell 30 viser alle avtalespesialister, fordelt etter spesialitet og helseregion. Tabellen viser at det er flest avtalespesialister innen psykiatri. Innen de somatiske tjenestene er det spesialister i øyesykdommer som utgjør den største gruppen, og dette fagområdet sto alene for omtrent 34 prosent av den totale aktiviteten hos avtalespesialister innen somatiske tjenester. Andre somatiske fagområder med mange avtalespesialister og høy aktivitet, er øre-nese-hals-sykdommer, hud- og veneriske sykdommer og fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Tabell 30. Avtalespesialister, etter spesialitet og helseregion. 2018 (ev. endring fra 2017 i parentes).

	Helse Nord RHF	Helse Midt-Norge	Helse Vest	Helse Sør-Øst	Alle RHF
Anestesiologi	0	3	1	11 (-1)	15
Barnesykdommer	0	7	1	23 (-2)	31
Endokrinologi	0	0	3,5 ^{a)}	2	5,5
Fordøyelsessykdommer/gastroenterologi	1	1	6 (-1)	6 (-1)	14
Fysikalsk medisin	0	0	2	1	3
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	7	7 (+1)	17 (+1)	64 (-5)	95
Generell kirurgi ^{c)}	1	1	1	7	10
Hud og veneriske sykdommer	3 (+1)	12 (+1)	8	49 (-1)	72
Indremedisin (generell)	1,5 ^{b)}	3	6	26 (-3)	36,5
Kardiologi/hjertesykdommer	4 (+1)	4 (-1)	11 (-2)	14 (-3)	33
Lungesykdommer	1,5 ^{b)}	2	2	10 (-1)	15,5
Nevrologi	0	1 (-1)	2	23 (-1)	26
Nyresykdommer	0	0	1	1	2
Onkologi	0	0 (-1)	0	0	0 (-1)
Ortopedisk kirurgi	0	0	0	9	9
Plastikkirurgi	0	0	0	1	1
Psykiatri	10	12 (+1)	37 (-3)	167 (-14)	226
Radiologi	0	0	0	1	1
Revmatologi	1	0	4,5 ^{a)} (-1)	7	12,5
Urologisk kirurgi	2	1	4 (+1)	12 (-1)	19
Øre-, nese- og halssykdommer	5 (-2)	12 (-3)	26 (-1)	68 (-6)	111
Øyesykdommer	18 (-1)	27	38 (-2)	118 (+3)	201
Totalt	55 (-1)	93 (-3)	171 (-8)	620 (-34)	939

Kilde: Helsedirektoratet IS- 2817. Basert på aktivitetsdata for avtalespesialistene, som rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Tabellen inneholder alle avtalespesialister som har avtale med RHF (også de med fritak), uavhengig av hjemmelgruppe (ca. 7 av 10 avtalespesialister er i hjemmelgruppe 100 %). Dersom avtalespesialisten har en hjemmel på eksempelvis 50 prosent betyr dette at de mottar et driftstilskudd tilsvarende dette. Det varierer hvor mye avtalespesialistene arbeider i tillegg til hjemmelen, og om de har flere ansettelsesforhold. a) Én avtalespesialist er oppført både med endokrinologi og revmatologi (50/50), og er derfor delt mellom de to spesialitetene i tabellen. b) Én avtalespesialist er oppført med indremedisin, generell/lunge. Vedkommende har blitt delt mellom generell kirurgi og lungesykdommer i tabellen. c) Få avtaler innen generell kirurgi kan muligens forklares ved at spesialistene som har avtaler innen grenspesialitetene også er spesialister innen generell kirurgi, og vi kan anta at noen av disse også har generell kirurgisk praksis.

²⁵ Helsedirektoratet (2019). Aktivitetsdata for avtalespesialister 2018. IS-2817.

5. Spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten

I dette kapitlet vil vi først gjøre rede for hvilke kriterier som ligger til grunn når RHFene og Helsedirektoratet gjør vurderinger av hvilke spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet. Vi vil også legge fram en oversikt over andelen leger i spesialisering (LiS) og andelen konverteringer av spesialistgodkjenninger for de ulike spesialitetene. En lav andel leger i spesialisering og en høy andel konverteringer kan potensielt være indikatorer på om spesialiteter har behov for strategisk oppmerksomhet. Vi vil deretter presentere RHFenes vurderinger av hvilke spesialiteter som bør ha strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten, og avslutningsvis vil vi gjøre en oppsummering med direktoratets kommentarer.

5.1 Kriterier for vurderinger av spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet

I 2016 utarbeidet de regionale helseforetakene kriterier som kan benyttes i vurderinger av hvilke spesialiteter som behøver strategisk oppmerksomhet:

- Høy alder blant overleger
- Lavt volum
- Utfordringer med å finne kvalifiserte søkere
- Utdanning av for få spesialister i forhold til behov for overleger og utdanningskapasitet
- Høy turnover
- Økt behov på grunn av økt antall eldre
- Økt behov på grunn av medisinsk og teknologisk utvikling og nye behandlingsmetoder
- Økt behov på grunn av endret organisering
- Kjennetegn/faktorer som kan indikere økt sårbarhet, for eksempel ventetid
- Andre aspekter til vurdering

For mer informasjon om kriteriene, inkludert mulige indikatorer og informasjonskilder, se vedlegg 7.

5.1.1 Lav andel leger i spesialisering (LiS) som indikator

LiS-andel brukes ofte som et mål på om det er god rekruttering av leger innen en spesialitet, og forholdstallet mellom LiS og overleger er én av flere mulige indikatorer på at det utdannes for få spesialister.

Tabell 31 på neste side viser fordelingen mellom leger i spesialisering og overleger, i alle spesialiteter i spesialisthelsetjenesten. Fordi registreringen av LiS i grenspesialiteter ofte har vært mangelfull i LSR, slik at LiS kan bli stående oppført med hovedspesialiteten selv om de er i gang med en spesialisering innen en grenspesialitet, har vi også i årets rapport valgt å presentere samlede tall for indremedisin og generell kirurgi med grenspesialiteter. Dermed unngår vi at LIS-andelen fremstår som kunstig høy i indremedisin og generell kirurgi, og tilsvarende lav i grenspesialitetene. Dette vil ikke lenger være noen utfordring om noen år. Registreringen av LiS-stillinger kan være noe mangelfull også i andre spesialiteter enn grenspesialitetene. Merk også at små tall kan gi store utslag for de mindre spesialitetene (eksempelvis hadde maxillofacial kirurgi høyest LiS-andel blant de etablerte spesialitetene i 2018, men er i år blant spesialitetene med den laveste andelen). Som vi har understreket flere ganger i kapittel 4.2, er det noe usikkerhet rundt LiS-andeler i helseforetakene, men vi har ikke grunn til å tro at det skal være skjevheter mellom spesialitetene. Tallene må uansett tolkes med forsiktighet, og indikatoren må sees i sammenheng med andre indikatorer.

Tabellen viser at det i 2019 var en LiS-andel på 38,8 prosent for spesialitetene i spesialisthelsetjenesten. Spesialitetene med lavest LiS-andel er medisinsk biokjemi, medisinsk genetikk, radiologi, anesthesiologi, patologi og klinisk nevrofysiologi, i år som i fjor. I tillegg har LiS-andelen til nevnte maxillofacial kirurgi og plastikkirurgi sunket, slik at disse også er i gruppen spesialiteter med mindre enn 35 prosent leger i spesialisering. Klinisk farmakologi, som vi trakk fram som en spesialitet med lav LiS-andel i fjorårets oversikt, er en liten spesialitet som grunnet mindre endringer har økt sin LiS-andel betydelig det siste året.

Foruten de nye spesialitetene rus- og avhengighetsmedisin og akutt- og mottaksmedisin, er det en liten gruppe spesialiteter som har mer enn 40 prosent leger i spesialisering; nevrologi, øre-nese-halssykdommer, indremedisin inkludert grenspesialiteter, ortopedisk kirurgi, barne- og ungdomspsykiatri, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi inkludert grenspesialiteter og fysikalsk medisin og rehabilitering.

For en egen oversikt over forholdet mellom LiS og overleger per spesialitet i Helse Midt-Norge RHF, se vedlegget i Helse Midt-Norges innspill.

Tabell 31. Antall LiS og overleger i spesialisthelsetjenesten, sortert etter spesialitetens LiS-andel. 2019.

	LiS	Overlege	Totalsum	LiS-andel
Akutt- og mottaksmedisin	53	7	60	88,3 %
Rus- og avhengighetsmedisin	90	38	128	70,3 %
Nevrologi	245	305	550	44,5 %
Øre-nese-halssykdommer	125	156	281	44,5 %
Indremedisin inkl. grenspesialiteter	1 113	1 426	2 539	43,8 %
Ortopedisk kirurgi	369	498	867	42,6 %
Barne- og ungdomspsykiatri	200	274	474	42,2 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	283	404	687	41,2 %
Generell kirurgi inkl. grenspesialiteter	466	669	1135	41,1 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	87	126	213	40,8 %
Klinisk farmakologi	23	35	58	39,7 %
Onkologi	204	313	517	39,5 %
Alle sykehusspesialiteter	5 249	8 270	13 519	38,8 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	25	40	65	38,5 %
Øyesykdommer	119	191	310	38,4 %
Nukleærmedisin	23	37	60	38,3 %
Revmatologi	56	92	148	37,8 %
Nevrokirurgi	41	69	110	37,3 %
Barnesykdommer	272	485	757	35,9 %
Hud- og veneriske sykdommer	37	66	103	35,9 %
Medisinsk mikrobiologi	42	75	117	35,9 %
Psykiatri	536	978	1 514	35,4 %
Klinisk nevrofysiologi	17	33	50	34,0 %
Maxillofacial kirurgi	4	8	12	33,3 %
Plastikkirurgi	41	87	128	32,0 %
Patologi	96	222	318	30,2 %
Anestesiologi	344	817	1 161	29,6 %
Radiologi	296	715	1 011	29,3 %
Medisinsk genetikk	18	44	62	29,0 %
Medisinsk biokjemi	24	60	84	28,6 %

Kilde: Legestillingsregisteret. Pr. oktober 2019. Avtalespesialister og leger ved private institusjoner med avtale er ikke inkludert. Den nye stillingskategorien "legespesialist" er heller ikke inkludert (det er registrert 86 legespesialister på landsbasis i LSR). Grenspesialitetene er slått sammen med enten generell kirurgi og indremedisin, ettersom LiS ofte har blitt stående registrert med hovedspesialiteten selv om de er i gang med en spesialisering innen en grenspesialitet.

5.1.2 Høy andel konverteringer av spesialistgodkjenninger som en indikator

Dersom vi i stor grad baserer oss på utenlandske spesialister innen enkelte spesialiteter, kan det være en indikator på at spesialiteten bør ha strategisk oppmerksomhet. En måte å måle dette på, er å se på hvor stor andel av spesialistgodkjenningene innen de ulike spesialitetene som er konvertert. Andelen konverteringer sier ikke nødvendigvis noe om hvor vanskelig det er å rekruttere nye spesialister, og må naturligvis sees i sammenheng med andre indikatorer.

Tabell 32 på neste side viser hvor mange spesialistgodkjenninger som ble gitt innenfor ulike spesialiteter, etter henholdsvis norsk regelverk og ved konvertering i perioden 2014-2018. I kolonnene til høyre har vi regnet ut andel av spesialistgodkjenningene som er gitt på bakgrunn av en konvertering i perioden og i 2018. Vi så i kapittel 2.3 at andelen konverterte spesialistgodkjenninger var lavere i 2018 enn tidligere år, særlig sammenlignet med 2014 og 2015. Merk at antall spesialistgodkjenninger er veldig få innen enkelte spesialiteter, slik at små tall likevel kan gi store andeler.

Radiologi og anesthesiologi skiller seg ut som spesialitetene med høyest andel konverteringer i perioden. Andelen var noe lavere i 2018 enn i perioden som helhet også for disse spesialitetene, men de er fortsatt relativt høye.

Ortopedisk kirurgi, øyesykdommer og hjertesykdommer er spesialiteter med et visst volum av spesialistgodkjenninger der 30 prosent eller mer har vært konverteringer. Andelen er i samme størrelsesorden for spesialitetene hud- og veneriske sykdommer, patologi, plastikkirurgi og karkirurgi, spesialiteter der det totalt sett er færre spesialistgodkjenninger. For fødselshjelp og kvinnesykdommer, som har vært kjennetegnet av mange konverteringer, har andelen blitt tydelig redusert, som en følge en økning i godkjenninger etter norske regler de siste årene.

Tabell 32. Nye spesialistgodkjenninger i perioden 2014 til 2018, fordelt på konverteringer og godkjenninger etter norsk regelverk. Sortert etter andelen som er konvertert i perioden.

	Norske regler	Ved konvertering	Totalt antall	Konverteringsandel 2014-18	Konvertingsandel 2018
Radiologi	238	175	413	42,4 %	32,9 %
Anestesiologi	238	172	410	42,0 %	36,7 %
Ortopedisk kirurgi	171	96	267	36,0 %	36,6 %
Hud- og veneriske sykdommer	43	22	65	33,8 %	36,4 %
Patologi	57	28	85	32,9 %	18,8 %
Plastikkirurgi	42	20	62	32,3 %	66,7 %
Øyesykdommer	78	35	113	31,0 %	29,2 %
Karkirurgi	23	10	33	30,3 %	14,3 %
Hjertesykdommer	112	48	160	30,0 %	43,2 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	145	59	204	28,9 %	21,1 %
Maxillofacial kirurgi	5	2	7	28,6 %	0,0 %
Revmatologi	38	14	52	26,9 %	36,4 %
Urologi	47	17	64	26,6 %	21,4 %
Endokrinologi	26	9	35	25,7 %	14,3 %
Generell kirurgi	207	66	273	24,2 %	21,9 %
Nukleærmedisin	13	4	17	23,5 %	0,0 %
Blodsykdommer	30	9	39	23,1 %	50,0 %
Øre-nese-halssykdommer	67	20	87	23,0 %	18,8 %
Psykatri	423	123	546	22,5 %	17,2 %
Lungesykdommer	52	15	67	22,4 %	18,2 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	14	4	18	22,2 %	0,0 %
Totalt (alle spesialiteter)	4 844	1 259	6 103	20,6 %	17,7 %
Fordøyelsessykdommer	58	13	71	18,3 %	20,0 %
Nevrokirurgi	18	4	22	18,2 %	33,3 %
Thoraxkirurgi	14	3	17	17,6 %	0,0 %
Medisinsk mikrobiologi	36	7	43	16,3 %	28,6 %
Nevrologi	108	20	128	15,6 %	3,8 %
Barnesykdommer	168	30	198	15,2 %	19,0 %
Indremedisin	475	83	558	14,9 %	15,2 %
Barne- og ungdomspsykiatri	136	17	153	11,1 %	5,4 %
Geriatrici	56	7	63	11,1 %	0,0 %
Klinisk nevrofysiologi	8	1	9	11,1 %	0,0 %
Gastroenterologisk kirurgi	87	10	97	10,3 %	0,0 %
Nyresykdommer	38	4	42	9,5 %	0,0 %
Infeksjonssykdommer	48	5	53	9,4 %	0,0 %
Allmenntmedisin	999	93	1 092	8,5 %	4,5 %
Fysikalsk med. og rehabilitering	60	5	65	7,7 %	0,0 %
Onkologi	102	6	108	5,6 %	0,0 %
Arbeidsmedisin	48	2	50	4,0 %	0,0 %
Samfunnsmedisin	106	1	107	0,9 %	0,0 %
Barnekirurgi	5	0	5	0 %	0,0 %
Bryst- og endokrinkirurgi	18	0	18	0 %	0,0 %
Klinisk farmakologi	17	0	17	0 %	0,0 %
Medisinsk biokjemi	24	0	24	0 %	0,0 %
Medisinsk genetikk	15	0	15	0 %	0,0 %
Rus- og avhengighetsmedisin	131	0	131	0 %	0,0 %

Kilde: Helsepersonellregisteret. For totalt antall spesialistgodkjenninger fordelt på årstall, se tabell 3 og 4.

5.2 Vurderinger av spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet

De seneste årene har Helsedirektoratet bedt RHFene om å gjøre vurderinger av hvilke spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet. I år har direktoratet bedt om innspill om utviklingen siden nasjonal regulering av legestillinger ble avvirket, inkludert innspill om de ulike spesialitetene. Vi har i den forbindelse bedt RHFene om en tilbakemelding på om noe særskilt har endret seg fra fjorårets innspill når det gjelder hvilke spesialiteter som behøver strategisk oppmerksomhet. Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF levert nye vurderinger som en del av sine innspill. For Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest anser vi fjorårets innspill som fortsatt gjeldende.

Tabell 33 gir en oversikt over spesialitetene som RHFene har identifisert som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet, i perioden 2016 til 2019. Oversikten viser at det er hele 34 spesialiteter som har blitt identifisert av minst ett RHF minst én gang. Situasjonen for en spesialitet kan naturligvis vurderes annerledes i en region enn den vurderes på et nasjonalt nivå. Vi gir på påfølgende sidene kun nærmere omtale av spesialiteter som har blitt rapportert inn i 2019 eller i et RHFes siste vurdering. Det varierer i hvilken grad RHFene har gitt klare begrunnelser for hvorfor en spesialitet trekkes fram.

5.2.1 Overordnet om innspillene

Helse Nord RHF skriver at situasjonen og utviklingen innenfor de ulike spesialitetene slik de beskrives i fjorårets rapport, i all hovedsak fremdeles er gjeldende. RHFet har i tillegg bedt sine fire foretak om å identifisere hvor risikoen for underdekning av leger er størst i eget foretak (informasjon fra Helgelandssykehuset HF mangler). Helse Nord RHF vurderer at det er en underdekning innen del av spesialiteter ved sykehusene i Nord-Norge, og omtaler flere spesialiteter som sårbare. RHFet opplyser at de derfor overvåker situasjonen nøye framover, og vil treffe nødvendige tiltak i samarbeid med helseforetakene sine. Helse Nords oppdaterte oversiktstabell over spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet inneholder 17 ulike spesialiteter (se vedlagt innspill), og dette gjenspeiler at det er flere spesialiteter som oppfattes som "sårbare" i Nord-Norge.

Helse Midt-Norge RHF har ikke gjort en ny samlet vurdering av hvilke spesialiteter som bør ha strategisk oppmerksomhet i 2019. I 2016 og 2017 rapporterte RHFet inn de samme 12 spesialitetene. Alle unntatt medisinsk biokjemi ble rapportert inn på nytt i 2018. I likhet med Helse Sør-Øst, vurderer Helse Midt-Norge at det innenfor noen spesialiteter er lite fokus på framtidig behov opp mot dagens utdanningskapasitet, og at det forekommer overutdanning innen enkelte spesialiteter.

Helse Sør-Øst RHF har i forbindelse med årets rapport identifisert 12 spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten (i tillegg til allmennmedisin, som omtales i kapittel 3.3). Dette er noe færre enn i fjor. RHFet har tatt ut noen spesialiteter og lagt til andre fra oversikten. I år har RHFet tydeligere fokus på diagnostiske fag. Når det gjelder spesialitetene som ble rapportert inn i fjor, som ikke er rapportert inn i år, skriver RHFet at det innenfor flere av disse spesialitetene har skjedd en reduksjon i antallet pasienter med passert tid, og at det er sannsynlig at andre faktorer, som rydding i ventelister, organisering og så videre, påvirker behovet innenfor spesialiteten. Noen av de store fagene, som øre-, nese- og halssykdommer og lungesykdommer, har uendret eller økende ventetid, men RHFet mener at hovedfokus bør være på drift og ikke nødvendigvis utdanningskapasitet.

Helse Vest RHF har ikke gjort en oppdatert vurdering i forbindelse med denne rapporten. I 2018 identifiserte Helse Vest RHF ni spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet. RHFet skriver at

opprettelse av nye legestillinger skal følge budsjettprosessen og prioriterte fagområder. Helse Vest RHF har startet et arbeid for å gå gjennom dimensjonering og behovet for utdanning/rekruttering innen hver spesialitet. Dette arbeidet skal legge et godt grunnlag for vurdering av framtidig behov for leger innen hver spesialitet. Helse Vest RHF skriver at når RHFet sammen med helseforetakene starter arbeidet med dimensjonering og langsiktig planlegging for hvilke spesialiteter som må ha særskilt oppmerksomhet de neste årene, kan det føre til endringer i hvilke spesialiteter som det blir rekruttert leger til i LiS 2/3.

Legeforeningen peker på at Helse Nord RHF har en del små spesialiteter som vil være "sårbare" i den forstand at det er såpass få at en eller to spesialister fra eller til kan gi store utslag for spesialistdekningen også for hele RHFet under ett. Legeforeningen påpeker også at Helse Nord har den laveste spesialistdekningen av alle i enkeltspesialiteter som anesthesiologi, barnesykdommer, lungesykdommer og øyesykdommer. Legeforeningen påpeker også at Helse Midt-Norge RHF, til tross for at de har den høyeste spesialistdekningen av RHFene, har den laveste spesialistdekningen i enkeltspesialiteter som psykiatri, onkologi og patologi. Legeforeningen viser dessuten til at Helse Vest RHF har den laveste spesialistdekningen av alle RHFene, og at det er de største spesialitetene, som indremedisin, generell kirurgi, psykiatri, radiologi og fødselshjelp og kvinnesykdommer, som slår ut.

5.2.2 Behov for generalistkompetanse

Helse Sør-Øst påpeker at det utenfor sentrale strøk er viktig å rekruttere gode generalister (generell kirurgi og indremedisin), og RHFet mener at det nye utdanningssystemet kan utfordre utdanningen av generalister. De rapporterer for første gang generell kirurgi som en spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet. **Helse Midt-Norge** skriver at det kan virke som om det nå er større utfordringer med å rekruttere gode generalister innen kirurgi og indremedisin utenfor sentrale strøk. **Helse Nord** videreformidler at det er risiko for underdekning innen indremedisin og generell kirurgi ved Nordlandssykehuset, spesielt ved lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen. **Helse Vest** har i sine tre siste innspill rapportert inn indremedisin som en spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet. For øvrig er hver fjerde spesialistgodkjenning innen generell kirurgi en konvertering, som vist i tabell 32.

Helsedirektoratet har ansvar for å sikre at den nye spesialitetsstrukturen også ivaretar behovet for generalistkompetanse innen kirurgi og indremedisin ved mindre sykehus. I forbindelse med arbeidet med ny struktur fikk Helsedirektoratet tydelige tilbakemeldinger om at avvikling av spesialiteten generell kirurgi ville skape store utfordringer, særlig ved små sykehus. Spesialiteten gastroenterologisk kirurgi, som var tenkt å bli den vaktbærende spesialiteten, ville bli svært omfattende. Mange av høringsinnspillene påpekte at innføring av kun én vaktbærende spesialitet til å håndtere generelle kirurgiske problemstillinger, ville skape problemer for spesialistutdanningen og rekrutteringen. Gjennom dialog med fagmiljøene og tjenestene ble det bestemt at spesialiteten generell kirurgi skulle videreføres med reviderte læringsmål tilpasset ny spesialitetsstruktur. Det blir viktig å følge utviklingen for gastroenterologisk kirurgi, ny spesialitet i generell kirurgi og akutt- og mottaksmedisin, både når det gjelder rekruttering og funksjon i helsetjenesten. Ny spesialitetsstruktur for leger kan påvirke hvilke legespesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst understreker at det tar tid å rekruttere og bygge tilstrekkelig utdanningskapasitet for nye spesialiteter som akutt- og mottaksmedisin, blant annet grunnet mangel på veiledere.

5.2.3 Medisinske fag med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet

- **Fordøyelsessykdommer:** I 2018 var fordøyelsessykdommer den eneste spesialiteten som alle RHFene trakk fram. Helse Nord gjentar dette i år, men Helse Sør-Øst har ikke inkludert denne spesialiteten i år (og Helse Midt-Norge og Helse Vest har ikke gjort nye vurderinger). Begrunnelsene er høy alder blant overleger (HN), lave søkertall (HN), press på kapasitet (HN), nye behandlingsmetoder (HV) og innføring av screeningprogram (HV, HMN). I fjor ble lang ventetid trukket fram som en begrunnelse av Helse Sør-Øst, i tillegg til innføring av screeningprogram. Helse Sør-Øst skriver som nevnt over at flere av spesialitetene som ble rapport i fjor, har opplevd en reduksjon i antall pasient med passert tid, og RHFet mener at fokus heller bør være på drift og faktorer som rydding i ventelister og organisering, heller enn utdanningskapasitet.
- **Lungesykdommer:** Helse Nord og Helse Vest rapporterte inn lungesykdommer i deres seneste innspill, på bakgrunn av lang ventetid (HV), lave søkertall (HN), at de utdannes for få (HN), medisinsk og teknologisk utvikling (HV), høy alder hos overleger (HN), relativt høy turnover (HN) og økende behov grunnet mange eldre (HN). Helse Sør-Øst har ikke rapport lungesykdommer i 2019. Selv om ventetiden ikke er forbedret, mener RHFet at drift og ikke økt utdanningskapasitet bør være hovedfokus for å adressere dette.
- **Infeksjonssykdommer:** Helse Midt-Norge og Helse Vest har rapportert inn infeksjonssykdommer i sine seneste innspill, begrunnet med medisinsk eller teknologisk utvikling/nye behandlingsmetoder (HV) og andre faktorer/antibiotikaresistens (HV). I motsetning til i 2018, har Helse Sør-Øst ikke rapportert inn denne spesialiteten i 2019.
- **Hud- og veneriske sykdommer:** Både Helse Nord og Helse Sør-Øst har rapportert inn hud- og veneriske sykdommer over flere år. Dette begrunnes med høy alder blant overlegene (HN), høy turnover (HN) og for få som utdannes (HN).
- **Blodsykdommer:** Blodsykdommer har over flere år blitt rapportert inn av Helse-Nord og Helse Vest. Dette begrunnes med høy alder blant overleger (HN), lavt søkertall (HN), høy turnover (HN), utdanner for få (HN), høy behovsvekst grunnet økt antall eldre (HV, HN) og medisinsk og teknologisk utvikling (HV).
- **Hjertesykdommer:** Hjertesykdommer er rapportert av Helse Midt-Norge og Helse Vest, med begrunnelse om høy alder blant overleger (HV), høy ekstern turnover (HV) og økt antall eldre (HMN). Helse Sør-Øst rapporterte ikke lenger inn hjertesykdommer i 2019.
- **Geriatrici:** Helse Sør-Øst rapporterer inn geriatri i sitt innspill i 2019 (Helse Nord og Helse Vest har tidligere trukket fram geriatri).
- **Immunologi og transfusjonsmedisin:** Denne spesialiteten ble rapportert inn av Helse Nord RHF, i år som i fjor, begrunnet med høy alder blant overleger og et lite volum.

5.2.4 Kirurgiske fag med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet

Helse Nord RHF trekker fram at kirurgifagene tradisjonelt har vært overrepresentert av menn, og at enkelte kirurgiske fag "står i faresonen" som følge av at kvinner, som utgjør en stor majoritet på medisinstudiet, tradisjonelt velger andre fag.

- **Gastroenterologisk kirurgi:** Denne spesialiteten er rapportert inn av Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Vest (og tidligere også av Helse Sør-Øst, senest i 2018, bl.a. grunnet lang ventetid). Dette begrunnes med høy alder blant overleger (HMN), lavt søkertall (HN), at utdannes for få (HMN, HN), høy turnover (HMN, HN) og endret organisering (HV, HN).
- **Urologi:** Urologi er rapportert inn av Helse Midt-Norge og Helse Nord (Helse Sør-Øst har tidligere rapportert inn urologi, senest i 2018). Dette er begrunnet med høy alder blant overleger (HN), lave søkertall (HN), at utdannes for få (HV, HMN) og høy ekstern turnover (HMN).
- **Øyesykdommer:** Øyesykdommer er rapportert inn av Helse Nord og Helse Sør-Øst, begrunnet med lang ventetid (HSØ) og økt andel eldre (HSØ, HN).
- **Bryst- og endokrinkirurgi:** Denne spesialiteten er rapportert inn av Helse Nord, med begrunnelse i høy alder blant overleger, fremskrevet stort behov grunnet økt antall eldre og lite volum/lavt antall leger. Helse Sør-Øst har tidligere, senest i 2018, rapportert inn denne spesialiteten.
- **Karkirurgi:** Karkirurgi er rapportert inn av Helse Nord og Helse Midt-Norge med begrunnelse i lite volum/lavt antall leger (HN, HMN), høy alder (HMN) og at det utdannes for få (HN).
- **Thoraxkirurgi:** Thoraxkirurgi er rapportert inn av Helse Nord og Helse Vest grunnet høy alder blant overlegene (HN, HV), lite volum/få leger (HN) og andre faktorer (HV).
- **Fødselshjelp og kvinnesykdommer:** Spesialiteten er rapportert inn av Helse Nord, begrunnet med høy alder blant overlegene, press på kapasiteten og lave søkertall.
- **Nevrokirurgi:** Nevrokirurgi er rapportert inn av Helse Vest grunnet høy turnover.
- I tillegg har Helse Midt-Norge i sine fortsatt gjeldende innspill (2016-2018) rapportert inn **anestesiologi** (press på kapasiteten), **maxillofacial kirurgi** (press på kapasiteten, lite volum/få leger) og **plastikkirurgi** (lite volum/få leger, utdanner for få).

I tillegg til å følge med på spesialiteter der det kan bli utdannet for få, bør vi også holde et øye med om det er spesialiteter der utdannes for mange. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst vurderer at det foregår "overutdanning" innen enkelte fag. Helse Sør-Øst nevner spesifikt ortopedi. RHFet vil gå i dialog med helseforetakene med tanke på vurderingen av utdanningskapasiteten. En høy LiS-andel og høy andel konvertering, som vist i de foregående underkapitlene, indikerer at det både er høy utdanningsaktivitet og mange ortopeder som kommer fra utlandet. I Helse Nord RHF ser de derimot en demografidrevet behovsvekst for ortopeder, uten at de anser at spesialiteten bør ha strategisk oppmerksomhet.

5.2.5 Diagnostiske fag/laboratoriefag med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet

- **Radiologi:** Radiologi har blitt rapportert av Helse Nord begrunnet med lave søkertall, økende behov og medisinsk og teknologisk utvikling med ny behandlingsmetodikk. I Helse Nord melder UNN om risiko for underdekning, særlig ved desentraliserte enheter, og Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset melder om underdekning allerede i dag ved enkelte lokasjoner. Det bør nevnes at Helse Sør-Øst ikke har rapportert inn radiologi som en spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet i 2019, i motsetning til tidligere år. Helse Vest trakk fram radiologi i 2017, men ikke i 2018. Som vi så over, er det en lav LiS-andel og en høy andel konverterte spesialistgodkjenninger innen radiologi.
- **Patologi:** Patologi har vært rapportert inn av Helse Sør-Øst i flere år, og av Helse Vest i et par år, begrunnet med høy alder blant overleger (HSØ), teknologisk eller medisinsk utvikling (HV). Selv om Helse Nord RHF ikke har patologi i sin oversikt over spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet, viser de til at medisinsk og teknologisk utvikling og behandlingsmetodikk vil skape vekst framover. Spesialiteten har for øvrig en lav andel leger i spesialisering, og det er relativt få nye spesialistgodkjenninger årlig, hvorav omtrent én av tre har vært en konvertering i den seneste femårsperioden.
- **Medisinsk genetikk:** Helse Sør-Øst rapporterer inn medisinsk genetikk for første gang i 2019. Helse Nord RHF inkluderer ikke medisinsk genetikk blant spesialitetene som har behov for strategisk oppmerksomhet, men trekker fram at det er et lite fagfelt, som det er forventet at vil vokse, der det er relativt få LiS per overlege og relativt høy turnover.
- **Medisinsk mikrobiologi:** Medisinsk mikrobiologi er rapportert inn av Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst, begrunnet med høy alder blant overleger (HSØ). I motsetning til i fjor, har ikke Helse Nord rapportert denne spesialiteten i år.
- **Medisinsk biokjemi:** Helse Nord har over flere år rapportert inn medisinsk biokjemi, begrunnet med at det er liten spesialitet der det er høy alder blant overleger, relativt høy turnover og det utdannes for få nye spesialister. Som vist i tabellen over, har medisinsk biokjemi den laveste LiS-andel av alle spesialitetene. I 2019 er spesialiteten også rapportert inn av Helse Sør-Øst.
- **Nukleærmedisin:** Nukleærmedisin er rapportert av Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Helse Nord har ikke rapportert inn nukleærmedisin de siste par årene, men de viser til at medisinsk og teknologisk utvikling og behandlingsmetodikk vil kunne skape vekst i denne spesialiteten framover.

5.2.6 Spesialiteter innen rus og psykiatri med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet

- **Barne- og ungdomspsykiatri:** Denne spesialiteten har blitt rapportert av Helse Nord for andre år på rad og av Helse Sør-Øst for fjerde år på rad. Dette begrunnes med høy alder blant overleger (HSØ), høy turnover (HSØ, HN), store endringer i behov oppga endring i organisering (HN) og forventet stor vekst grunnet økt politisk satsing og den gylne regel (HSØ). Helse Sør-Øst gjennomfører for tiden et prosjekt knyttet til spesialisthelsetjenestens ansvar innenfor barne- og ungdomspsykiatri, og den foreløpige konklusjonen er at det vil være behov for en økt satsning framover.
- **Psykiatri:** Helse Sør-Øst har også i 2019 rapportert inn psykiatri som en spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet. RHFet skriver at konklusjonen om barne- og ungdomspsykiatri (se over) trolig også gjelder voksenpsykiatrien. RHFet melder om at det er utfordringer knyttet til innføring av pakkeforløp for psykisk helse og samarbeid mellom sektorene som påvirker bruken av legeressurser. Da psykiatri ble trukket fram i 2018 var det blant annet fordi Helse Sør-Øst ser at myndighetene ønsker en satsing på dette feltet. Selv om Helse Midt-Norge RHF ikke har gjort en samlet vurdering av spesialitetene i 2019, informerer de om at en av hovedårsakene til at de har utfordringer med å oppfylle den gylne regel, er at det er vanskelig å rekruttere psykiatere (og psykologer). De skriver at dette er utfordringer de deler med de andre regionene. Psykiatri nevnes av alle helseforetakene under Helse Nord RHF som en av spesialitetene der det er størst risiko for underdekning i eget foretak (informasjon fra Helgelandssykehuset HF mangler). Helse Nord RHF påpeker at endringer knyttet til organisering av tjenestene gjør at det blir nødvendig å overvåke utviklingen innen psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri for å sikre tilstrekkelig kapasitet.
- **Rus- og avhengighetsmedisin:** Helse Nord har rapportert denne spesialiteten de siste tre årene, og vektlegger behov for å bygge opp et robust fagmiljø, mens Helse Sør-Øst rapporterer den inn for første gang i 2019. Helse Sør-Øst RHF gjør oppmerksom på at det for nye spesialiteter som rus- og avhengighetsmedisin tar tid å bygge opp tilstrekkelig utdanningskapasitet, blant annet grunnet mangel på veiledere. Også Helse Midt-Norge skriver at det tar tid å rekruttere inn til nye spesialiteter som rus- og avhengighetsmedisin, uten at det er rapportert som en spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet.

Tabell 33. Oversikt over spesialitetene som RHFene har rapportert inn som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet, 2016-2019. Siste innspill fra det aktuelle RHFet i fet skrift.

Spesialitet				
Medisinske fag	Helse Midt-Norge ¹	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest ⁵⁾
Fordøyelsessykdommer	2016- 2018 ¹⁾	2017- 2019	2016-2018 ⁴⁾	2017- 2018
Lungesykdommer		2016- 2019	2018	2017- 2018
Infeksjonssykdommer	2016- 2018 ¹⁾	2016	2018	2016, 2018 ³⁾
Hud- og veneriske sykdommer		2016, 2018- 2019	2016- 2019	
Blodsykdommer		2016- 2019		2016- 2018
Hjertesykdommer	2016- 2018 ¹⁾	2016-2017	2017-2018 ³⁾	2018
Endokrinologi		2017	2018	
Nevrologi			2016-2018	2016
Onkologi		2016-2017	2016-2018	
Geriatrici		2017	2019	2016
Immunologi & transfusjonsmed.		2018- 2019		2016
Revmatologi		2016, 2018	2018 ³⁾	
Indremedisin				2016- 2018 ³⁾
Fysikalsk medisin og rehab.		2017		
Kirurgiske fag	Helse Midt-Norge ¹	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Gastroenterologisk kirurgi	2016- 2018 ¹⁾	2016- 2019	2016-2018	2016
Urologi	2016- 2018 ¹⁾	2016- 2019	2016, 2018	
Øyesykdommer		2016- 2019	2016- 2019 ⁴⁾	2017
Bryst- og endokrinkirurgi		2018- 2019	2016-2018	2016
Karkirurgi	2016- 2018 ¹⁾	2016, 2018- 2019		2016
Thoraxkirurgi		2016- 2019		2016, 2018 ³⁾
Øre-, nese- og halssykdommer			2018	2017
Anestesiologi	2016- 2018 ¹⁾	2016		
Nevrokirurgi				2016- 2018
Plastikkirurgi	2016- 2018 ¹⁾			2016-2017
Fødselshjelp og kvinnesyk.		2018- 2019		
Maxillofacial kirurgi	2016- 2018 ¹⁾			
Generell kirurgi			2019	
Diagnostiske fag	Helse Midt-Norge ¹	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Radiologi		2017- 2019	2016-2018 ⁴⁾	2017
Patologi		2017	2016- 2019 ⁴⁾	2017- 2018 ³⁾
Medisinsk mikrobiologi	2016- 2018 ¹⁾	2018	2019	
Medisinsk biokjemi	2016-2017 ¹⁾	2017- 2019	2019	
Nukleærmedisin	2016- 2018 ¹⁾	2016-2017	2019	
Medisinsk genetikk		2017	2019	
Rus og psykiatri	Helse Midt-Norge ¹	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Barne- og ungdomspsykiatri		2018- 2019	2016- 2019	
Psykiatri	2019 ¹⁾	2019 ²⁾	2016- 2019 ⁴⁾	
Rus- og avhengighetsmedisin		2017- 2019	2019	

1) De innrapporterte spesialitetene i 2018 bygget på vurderingene som ble gjort i 2017, som igjen bygget på vurderingene fra 2016. Helse Midt-Norge RHF har ikke gjort en ny samlet vurdering i 2019. RHFet skriver at det likevel er kjent at Helse Midt Norge, i likhet med de andre regionene, har problemer med å oppfylle den gyldne regel, og at en av hovedårsakene er at det er vanskelig å rekruttere psykiatere (og psykologer). 2) Psykiatri er ikke blant spesialitetene som er inkludert i Helse Nords oversiktstabell, men den nevnes i teksten som beskriver tabellen og Helse Nord bekrefter at den skal inkluderes.

3) I 2018 ble disse spesialitetene trukket fram som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i det aktuelle RHFets egen rapport, men ikke inkludert i den samlede vurderingen fra RHFene. 4) I 2017 ble disse spesialitetene trukket fram som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i RHFets egen rapport, men ikke inkludert i den samlede vurderingen fra RHFene. 5) Helse Vest RHF har ikke gjort en ny vurdering i 2019, og Helse Vests vurderinger fra 2018 anses som fortsatt gjeldende.

5.2.7 Oppsummering av spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet

Vurderingene av hvilke spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet, bygger på en rekke faktorer og kriterier, som beskrevet i kapittel 5.1 og utdypet i vedlegg 7. Direktoratet har de siste to årene, basert på innspillene fra RHFene og annen tilgjengelig informasjon, særlig trukket fram følgende spesialiteter:

- **Medisinske fag:** Nevrologi, onkologi, geriatri og fordøyelsessykdommer
- **Diagnostiske fag:** Radiologi, patologi, medisinsk genetikk og medisinsk mikrobiologi

I våre vurderinger har vi blant annet vist til at nasjonalt screeningprogram for tarmkreft vil få følger for spesialistbehovet, særlig innen **patologi** og **fordøyelsessykdommer**²⁶. Vi vil også understreke at flere RHF har trukket fram disse to spesialitetene over tid.

Vi har også påpekt at en økt satsing på persontilpasset medisin kan påvirke behovet for enkelte typer legespesialister framover, og at det kan være et behov for strategisk oppmerksomhet rundt spesialiteter som er knyttet til for eksempel diagnostisk pakkeforløp for kreft, som allerede nevnte patologi og fordøyelsessykdommer, samt onkologi, **radiologi**, **medisinsk genetikk** og **medisinsk mikrobiologi**. Vi registrerer at Helse Sør-Øst i 2019 rapporterer inn en rekke diagnostiske spesialiteter for første gang, herunder nevnte medisinsk genetikk og medisinsk mikrobiologi, i tillegg til patologi, som RHFet har rapportert inn gjennom flere år. Helsedirektoratet har tidligere også trukket fram at utviklingen mot mer kompetansekrevene radiologiske undersøkelser, med mer bruk av CT og MR, har gitt et økende behov for radiologer. Vi noterer oss samtidig at ingen av RHFene lenger rapporterer inn onkologi som en spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet.

Direktoratet vurderer fortsatt at den demografiske utviklingen, der eldre vil utgjøre en større andel av befolkningen, vil kunne gi større etterspørsel etter spesialister i **geriatri**. Mange eldre er multisyke, og har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen. Helsedirektoratet tror at det kan bli et økende behov for geriatrike spesialisttjenester også i kommunale institusjoner og i samarbeidsflaten mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Vi har tidligere også vist til at selv om helsetilstanden til fremtidens eldre er usikker, kan økningen i antall eldre gi en økning av blant annet kreftsykdommer og demenssykdommer, noe som vil kunne påvirke behovet for legespesialister. Som nevnt er det ikke lenger noen RHF som rapporterer inn onkologi som en spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet, og vi noterer oss også at ingen lenger rapporterer inn nevrologi. Som vist i dette kapitlet er LiS-andelen høy innen nevrologi og andelen

²⁶ Se kapitlet om personell og kompetanse i Helsedirektoratet (2017). *Nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft. Status og anbefalinger*.

konverterte spesialistgodkjenninger relativt lav. Når nevrologi tidligere har blitt trukket fram, har det særlig vært på bakgrunn av lange ventetider og et forventet økt behov som en følge av satsningen på hjernehelse.

Det er verdt å merke seg at **psykiatri** og **barne- og ungdomspsykiatri**, som over tid har blitt rapportert inn av Helse Sør-Øst, nå også rapporteres inn av Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Den eneste kirurgiske spesialiteten som har blitt trukket fram av tre RHF i den seneste vurderingen, er **gastroenterologisk kirurgi**, mens urologi, øyesykdommer, karkirurgi og thoraxkirurgi har blitt trukket fram av to RHF.

Vi vil igjen understreke at situasjonen for en spesialitet kan vurderes helt annerledes i en region enn den vurderes i en annen region eller på et nasjonalt nivå, og vi vil vise til RHFenes egne innspill, som er lagt ved som vedlegg til denne rapporten (Helse Midt-Norge og Helse Vests innspill om spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet var vedlagt fjorårets rapport om leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten).

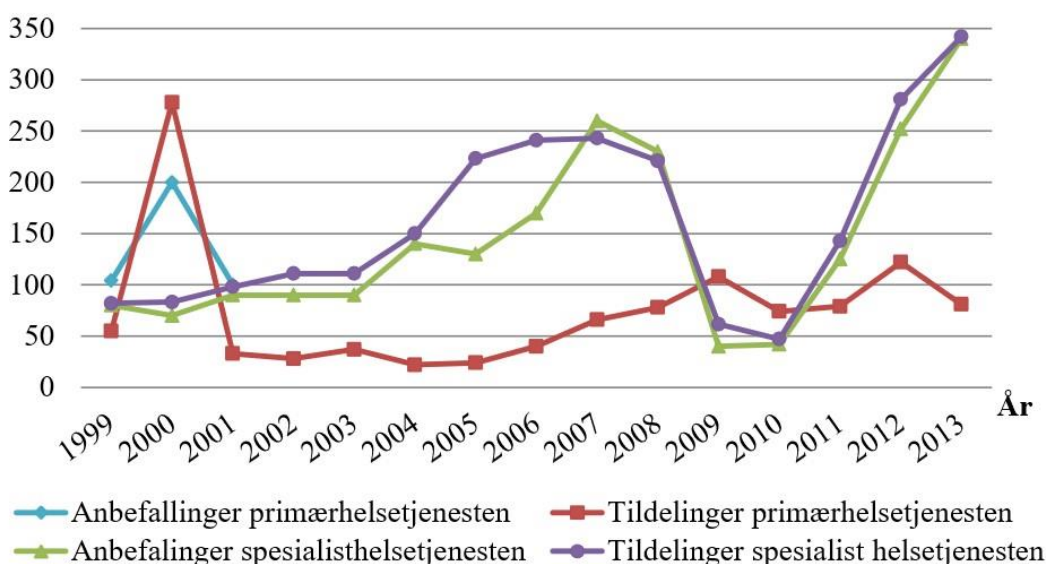
6. Utviklingen i legestillinger etter avvikling av nasjonal regulering

Som omtalt innledningsvis, har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Helsedirektoratet om å oppsummere og gjøre en helhetlig vurdering av utviklingen etter nasjonal regulering i 2013. Gjennomgående i denne rapporten har vi sett på utviklingen i perioden etter avviklingen, og vi vil i dette kapitlet samle trådene og vurdere utviklingen som er beskrevet.

Figur 8 viser antall tilrådninger fra Nasjonalt råd (NR) og antall tildelte stillinger i perioden 1999 til 2013. Figuren viser at det var godt samsvar mellom NRs tilrådninger og tildelingene fra departementet i de årlige oppdragsdokumentene til RHFene, med unntak av i 2005 og 2006²⁷. RHFene ønsket seg ofte langt flere stillinger enn de ble tildelt i denne perioden.

Fra 2002 var det "åpen kvote" for kommunehelsetjenesten. I og med at kommunene fikk tildelt de stillingene de søkte om, fikk avviklingen av rådet mindre praktisk betydning i kommunene enn den fikk i spesialisthelsetjenesten, men det kan tenkes at avviklingen av nasjonal regulering ville føre til at flere legestillinger ville opprettes i spesialisthelsetjenesten, og berøre kommunene på den måten.

Figur 8. Tilrådninger og tildelte legestillinger i perioden 1999 til 2013. Hele legeårsverk.



Kilde: Østraat (2014)²⁷

²⁷ For en tabelloversikt over tilrådning og tildelinger i spesialisthelsetjenesten for perioden 1999 til 2013, fordelt på stillingstype, helseregion og spesialitet, se vedleggene i Østraat, Inger (2014). *Evaluering av det lovbaserte legefördelingsystemet i Norge i perioden 1999 til 2013. Master of Public Health.*

6.1 Utviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester

Som vi så i kapittel 3, har det vært en betydelig vekst i legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenestene i nesten alle fylker og KOSTRA-grupper. Samtidig har vi presentert utviklingstrekk i fastlegeordningen som gir grunn til bekymring, som flere lister uten fast lege og flere fastleger som forlater yrket, og flere undersøkelser som viser økende rekrutteringsutfordringer for kommunene. Det er også bekymringsfullt at mange medisinstudenter og unge leger ikke ønsker å bli allmennleger og at slutttilbøyeligheten er høy blant fastleger, som vist i evalueringsrapporten om fastlegeordningen.

Rekrutteringsutfordringer og lister uten fast lege er også poenger som **KS** er opptatt av i sitt innspill til denne rapporten. KS viser til at fastlegelister uten fast lege innebærer at kommunene ofte må sørge legetjenester til innbyggerne sine gjennom kostbare vikar- og vaktordninger. KS skriver videre at de gjennom to rapporter fra IPSOS har dokumentert at kommunene subsidierer fastlegeordningen. I 2018 utgjorde dette om lag 440 millioner kroner, noe som er en økning på mer enn ti prosent fra året før, skriver de. Det er ikke lenger «bare» små distriktskommuner som må «skjøte på» hovedmodellen for å ivareta sitt sørge-for-ansvar. Også større kommuner og bykommuner opplever nå utfordringer både med å rekruttere og å beholde fastleger, skriver de videre. Likevel er det ifølge KS grunnlag for å si at utfordringene fortsatt er størst i små og mindre sentrale kommuner, ikke minst i Nord-Norge. KS viser også til at det er utfordrende for mange kommuner å få ansvaret for utdanning av spesialister i allmennmedisin, og at det ikke har blitt tilført ekstra kompetanse eller øvrige ressurser til dette, med unntak av økning i tilskudd som kan søkes til etablering og ressurser til ALIS-kontorene.

Legeforeningen skriver i sitt innspill at de ser betydelige utfordringer med legedekningen i dag, og særlig i primærhelsetjenesten, med en fastlegeordning i krise. Også før 2013 var det i stor grad opp til kommunene om det skulle etableres nye hjemler, og Legeforeningen vurderer at grunnen til at det ikke har blitt opprettet flere fastlegehjemler, til tross et stort behov, henger sammen med rammevilkårene i ordningen, og ikke med avviklingen av den nasjonale reguleringen i 2013.

Helse Sør-Øst skriver at det er bærebjelken i helsetjenesten at fastlegene fungerer optimalt med rett kompetanse, og at institusjonene som kommunene har ansvaret for har riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser. Helse Sør-Øst ser at dette kan bli en utfordring.

Helse Vest skriver at flere kommuner i deres region har opplyst at de ikke får ansatt tilstrekkelig antall nye fastleger i ledige hjemler. Fast ansettelse er et tiltak som ser ut til å virke positivt i regionen, og RHFet har inntrykk av at det er et tiltak som flere kommuner vurderer. Tiltak for å sikre god rekruttering til fastlegehjemler blir utredet i kommunene i regionen. Helse Vest skriver at de ikke har grunn til å anta av regulering, for eksempel ved å gå tilbake til den tidligere ordningen, vil ha noe påvirkning på utfordringene med rekruttering av fastleger.

Helse Nord RHF oppgir at de har rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer når det gjelder leger, og at det er store variasjoner i rekrutteringssituasjonen innad i regionen, med en spesielt krevende situasjon for distriktskommuner (og lokalsykehus). RHFet understreker at dette ikke er noe nytt, og at legedekning i distriktene alltid har vært vanskelig.

Som omtalt tidligere i rapporten, har Helse Nord bedt om flere LiS1-stillinger, og HOD har i Prop. 1 S (2019-2020) varslet at det blir opprettet 38 nye stillinger i Nord-Norge. Helse Nord RHF oppgir at en av grunnene til at de, som eneste RHF, ønsket flere stillinger, er at de er bekymret for utviklingen i landsdelens fastlegetjeneste. Nasjonalt senter for distriktsmedisin har kartlagt situasjonen og leverte i 2018 en utredning som viser at Nord-Norge har store utfordringer med stabilitet i fastlegetjenesten. Fastlegeavtalene var kortere i Nord-Norge enn på landsbasis i perioden som ble undersøkt (3,8 år mot 5,9 år), det var høyere turnover (12,8 prosent i Nord-Norge mot 7,3 prosent på landsbasis) og andelen av fastlegene som er spesialister var lavere. I etterkant av NSDMs undersøkelse, publiserte en bredt sammensatt arbeidsgruppe, ledet av Helse Nord RHF, rapporten *Fastlegetjenesten i Nord-Norge – Status, utfordringer og forslag til tiltak* høsten 2019²⁸. Arbeidsgruppen foreslo totalt 34 tiltak, blant annet tiltak for å sikre fastlegene tilgang til LiS-stillinger i sykehus, og de anbefalte øremerking av 30-40 ALIS-stillinger i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord skriver i sitt innspill til vår rapport at dette er blant tiltakene som må vurderes. Vi viser til arbeidsgruppens rapport for ytterligere informasjon²⁸.

6.2 Utviklingen i helseforetakene

Vi har sett at det har vært en betydelig årsverksvekst i spesialisthelsetjenesten siden 2013, men at det har vært tydelige forskjeller mellom helseforetakene. Mens legeårsverkene i enkelte helseforetak er omtrent på samme nivå som i 2013, har de fleste helseforetakene opplevd stor vekst i perioden.

Som vi så i kapittel 4.2 har det vært god vekst i alle foretak i **Helse Midt-Norge RHF** siden 2013. RHFet viser i sitt innspill til at veksten i brutto månedsverk var høyere i femårsperioden etter 2013 enn i femårsperioden før avviklingen.

Helse Nord RHF har oppgitt at det er store variasjoner i rekrutteringssituasjonen innad i regionen, med en spesielt krevende situasjon for lokalsykehus, og at rekrutteringsutfordringer har gitt økte utgifter til innleie.

Helse Sør-Øst RHF erfarer at fordelingen av legestillinger i regionen er forholdsvis lik etter avviklingen av nasjonal regulering. De ser en liten økning i antallet overlegestillinger sett opp mot LiS-stillinger. RHFet viser til at alle helseforetakene i regionen har en økning i antall LiS- og overlegestillinger, med unntak av Sykehuset Innlandet HF (merk at Sykehuset i Kongsvinger er overført fra Sykehuset Innlandet til Ahus).

Helse Vest RHF skriver at de følger utviklingen når det gjelder rekruttering og fordeling av leger i helseforetakene nøye, og at RHFet vurderer at den nye ordningen har gitt større fleksibilitet og bedre legedekning lokalt og regionalt. De fire foretakene i regionen har gitt tilbakemeldinger om at de i all hovedsak har opplevd en forbedring når det gjelder legedekning etter 2013. Samtidig har de aller minste sykehusene i regionen utfordringer med å rekruttere spesialister innenfor flere spesialiteter.

Det er utfordringer også i spesialisthelsetjenesten, men rekrutteringsutfordringer til mindre lokalsykehus er ikke noe nytt, og kan ikke tilskrives avviklingen av nasjonal regulering.

²⁸ Helse Nord RHF m.fl. (2019). *Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Status, utfordringer og forslag til tiltak*.

6.3 Utviklingen i kommunene og spesialisthelsetjenesten i sammenheng

Årsverksutviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten er omtalt på de foregående sidene og i henholdsvis kapittel 3.1 og 4.2. Vi vil nå se utviklingen i de to tjenestene i sammenheng.

Helsedirektoratet har i gjentatte rapporter om legestillinger uttrykt en bekymring over at størstedelen av veksten skjer i spesialisthelsetjenesten. Denne bekymringen har vokst de siste to årene, i takt med at det har blitt tydeligere at fastlegeordningen opplever et betydelig press.

Tabell 34 viser årsverksutviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, og for de to tjenestene slått sammen. SSB benytter ulike kilder for de to sektorene (hvorav én er registerbasert og én er skjemabasert), og grunnet to databrudd i perioden, er ikke tallene for spesialisthelsetjenesten helt sammenlignbare over tid, men det er uansett tydelig at årsverksveksten har vært langt større i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene. Mens veksten i de kommunale tjenestene har vært på 14,7 prosent, har veksten i spesialisthelsetjenesten vært på 22,6 prosent. Det har i perioden vært en vekst på 3 845 legeårsverk samlet i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og av disse har 3 079 årsverk, tilsvarende 80 prosent av veksten, kommet i spesialisthelsetjenesten. **KS** trekker i sitt innspill fram at veksten i legeårsverk har vært større i spesialisthelsetjenesten til tross for at det ble lagt til grunn at kommunehelsetjenesten skulle styrkes i Samhandlingsreformen.

Helse Sør-Øst RHF påpeker at det er vanskelig for spesialisthelsetjenesten å vurdere dekningen i primærhelsetjenesten, men understreker at en effektiv og velfungerende spesialisthelsetjeneste er helt avhengig av en robust og høykompetent kommunehelsetjeneste for å løse sine oppgaver, og trekker fram viktigheten av at pasienter behandles på riktig nivå i helsetjenesten.

Den tidligere omtalte arbeidsgruppen som ble ledet av **Helse Nord**, viser til at en stor andel av legene som har sluttet i fastlegestillinger i Nord-Norge den siste tiden, har gått over i LiS-stillinger ved sykehus, og gruppen anbefaler at spesialisthelsetjenesten bremser stillingsveksten til fordel for ALIS-stillinger i kommunene inntil fastlegetjenesten er bedre konsolidert. Noe av bakgrunnen for arbeidet var "en tiltagende bekymring i Helse Nord RHF om at en krise i landsdelens fastlegetjeneste også vil ramme og svekke spesialisthelsetjenesten".

Statistikk fra SSB viser at årsverksveksten i kommunale helse- og omsorgstjenester i femårsperioden fram til 2013 var omtrent lik med utviklingen i femårsperioden etter 2013, i underkant av 15 prosent i begge perioder. Veksten i spesialisthelsetjenesten var noe lavere i femårsperioden fram til 2013 (19,9 %) enn etter 2013 (22,6 %), men altså betydelig høyere enn i kommunene også i perioden før avviklingen²⁹. Veksten i spesialisthelsetjenesten var altså sterkere i perioden etter avviklingen enn i perioden før, men det er naturligvis ikke mulig å vite hvordan utviklingen ville ha vært hvis nasjonal regulering hadde blitt videreført, og om det ville ha bidratt til å bremse veksten i spesialisthelsetjenesten, og gitt tilsvarende vekst for kommunene. Det er mange faktorer som spiller inn.

²⁹ Tallene for perioden fram til 2013 er ikke inkludert i rapporten. Se tabell 03807 (kommunehelsetjenesten) og 09547 (spesialisthelsetjenesten) i SSBs statistikkbank.

Tabell 34. Årsverksutviklingen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. 2013-2018.

		2013	2014	2015 ^{a)}	2016	2017	2018 ^{b)}	2013-18
Kommune- helsetjenesten	Årsverk	5 197	5 325	5 457	5 585	5 823	5 963	-
	Endring	+ 177	+ 128	+ 132	+ 128	+ 238	+ 140	+766
	Prosentvis endring	+ 3,5 %	+ 2,5 %	+ 2,5 %	+ 2,4 %	+ 4,3 %	+ 2,4	+ 14,7 %
	Årsverk per 10 000	10,2	10,3	10,5	10,6	11,0	11,2	+1,0
Spesialist- helsetjenesten	Årsverk	13 618	14 089	15 089 ^{a)}	15 597	16 210	16 697 ^{b)}	-
	Endring	+ 460	+ 471	^{a)}	+ 508	+ 613	^{b)}	+3 079
	Prosentvis endring	+ 3,5 %	+ 3,5 %	^{a)}	+ 3,4 %	+ 3,9 %	^{b)}	+22,6 %
	Årsverk per 10 000	26,7	27,3	28,9 ^{a)}	29,7	30,6	31,3 ^{b)}	+4,6
Kommune- og spesialisthelsetjenesten totalt	Årsverk	18 815	19 414	20 546 ^{a)}	21 182	22 033	22 660 ^{b)}	-
	Endring	637	599	1 132 ^{a)}	636	851	^{b)}	+3 845
	Prosentvis endring	+ 3,5 %	+ 3,2 %	+ 5,8 % ^{a)}	+ 3,1 %	+ 4,0 %	^{b)}	+20,4 %

Kilde: SSB, tabell 3807 og 11996 (kommunehelsetjenesten, skjemabasert) og tabell 09547 (spesialisthelsetjenesten, registerbasert) (avtalte årsverk eksklusive lange fravær).

a) Merk at økningen i 2015 er kunstig høy ettersom SSB la om systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk, gjennom en samordning med NAV og Skatteetaten. Den nye innrapporteringen skal gi bedre registerstatistikk, men gir et brudd i tidsserien.

b) SSB har tatt i bruk en ny metode som gir bedre informasjon om arbeidstid i 2018. Den nye metoden får konsekvenser for beregningen av årsverk, som er basert på avtalt stillingsprosent. Endringstallene i antall årsverk fra 2017 (eller tidligere årganger) til 2018 er derfor ikke reelle.

6.4 Utviklingen innen de ulike spesialitetene

Det er utfordringer knyttet til rekruttering til kommunale helse- og omsorgstjenester og allmennmedisin. Dette kan ikke tilskrives avviklingen av nasjonal regulering, men vi ser at det har vært en enda større vekst i spesialisthelsetjenesten etter avreguleringen, og jobbmulighetene i spesialisthelsetjenesten vil også påvirke kommunene og allmennmedisinen.

Helsedirektoratet har bedt om innspill fra RHFene og de andre aktørene når det gjelder utviklingen innen ulike spesialiteter, herunder utdanningsstillinger innen "sårbare spesialiteter", som nå omtales som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet. I kapittel 5 oppsummerte vi spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet, blant annet på bakgrunn av innspillene fra RHFene.

Som **Helse Nord RHF** påpeker, har de regionale helseforetakene i liten grad gått inn og styrt hvilke spesialiteter som skal prioriteres i utdanningen etter avviklingen av kvotefordelingssystemet i 2013. Stillinger har blitt opprettet basert på helseforetakenes behov og prioriteringer. Helse Nord RHF skriver at det kan være aktuelt å øke andelen LiS innen enkelte spesialiteter for å redusere risiko.

Også **Helse Midt-Norge RHF** poengterer at de regionale helseforetakene etter 2013 i liten grad har gått inn og styrt hvilke spesialiteter som skal prioriteres i utdanningene. Stillinger er opprettet basert på helseforetakenes behov, økonomi og prioriteringer, og i den grad det har vært gitt noen føringer har dette blitt gjort på bakgrunn av endringer i pasientstrømmer i regionen, skriver RHFet. Et eksempel på dette er føringer på bakgrunn av regional kreftkirurgiplan og traumebehandling. Helse Midt-Norge har valgt å ikke innføre særskilt styring av helseforetakenes prioriteringer av hvilke spesialistutdanninger som prioriteres. Ut over etableringen av et regionalt utdanningssenter, er det ikke lagt formelle begrensinger eller strukturer for hvordan man regionalt sikrer at de spesialitetene hvor man ser et økende framtidig behov blir prioritert. Slik RHFet ser det, vil det være naturlig at det regionale utdanningssenteret i større grad bidrar til å kartlegge behovet for regional prioritering etterhvert som helseforetakene er kommet godt i gang med utdanning i ny ordning.

Som det kommer fram i kapittel 5, vurderer **Helse Sør-Øst RHF** at det er spesialiteter som har behov for særskilt oppmerksomhet. De mener at det er mulig å følge opp de mindre og sårbare spesialitetene og spesialitetene som ikke er så "attraktive" tettere innenfor nåværende styringsstrukturer og det regionale utdanningssenteret. Helse Sør-Øst opplever at samarbeidet rundt LiS-utdanningen mellom foretakene fungerer godt, med koordineringsfunksjon fra det regionale helseforetaket og det regionale utdanningssenteret. Utover etableringen av regionalt utdanningssenter, har ikke det regionale helseforetaket sett behov for å lage formelle begrensinger eller strukturer som sikrer de spesialitetene som kan få et økende behov i fremtiden. RHFet skriver at de er noe usikre på hvilke tiltak som vil være hensiktsmessig i slike tilfeller.

Helse Vest RHF har lagt til grunn at helseforetakene skulle legge fram prioritert oversikt over hvilke fagområder som skulle få en økning i antall leger gjennom budsjettprosessen. RHFet ser at dette ikke har vært fulgt godt nok de siste årene. Helse Vest skriver at de vil følge opp helseforetakenes prioritering av nye legestillinger tettere, og at helseforetakene må legge fram oversikt over prioriterte områder. Helse Vest RHF har planlagt en gjennomgang av dimensjoneringen i 2020, så snart oppdaterte grunnlagsdata

fra SSB, Helsemod, NPR med mer foreligger våren 2020. Helse Vest vil benytte *Nasjonal bemanningsmodell*. De opplyser at de i tillegg vil se nærmere på behovskomponentene når inntektsutvalget har levert sin rapport.

Det har ikke kommet fram informasjon som tilsier at enkelte spesialiteter har blitt svekket som en direkte konsekvens av avviklingen av nasjonal regulering.

6.5 Generelle vurderinger vedrørende avviklingen av nasjonal regulering

Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak opplever at handlingsrommet som ligger i dagens ordning gjør det mulig å tilpasse og planlegge utdanning blant annet i tråd med den medisinske utviklingen og endringer i arbeidstidsordninger, slik at de er bedre tilpasset virksomhetenes behov. Dette er i tråd med begrunnelsen for avviklingen av nasjonal regulering.

Helse Midt-Norge RHF opplyser om at helseforetakene i regionen er positive til endringen etter bortfallet av nasjonal styring av legestillinger, og at de har fått en større frihet til å styre legedekningen ut ifra økonomi, behov og prioriteringer. Dette kan på kort sikt være positivt for overlegedekning ved medisinske og kirurgiske avdelinger hvor den generelle kompetansen er vel så viktig som subspesialiteter. Gitt økonomiske rammer som tillater økt bemanning i perioder, medfører nåværende ordning også større fleksibilitet ved mindre avdelinger ved forventet generasjonsskifte eller andre overganger, hvor man ønsker å forebygge underbemanning. Samtidig ser Helse Midt-Norge at avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger kan ha ført til skjevfordeling av spesialister, både nasjonalt og regionalt. Foretakene i Helse Midt-Norge ønsker i hovedsak ikke involvering fra det regionale helseforetaket når det gjelder styring av legeressurser. Når det oppstår utfordringer med manglende utdanningskapasitet hender det likevel at regionen får utfordringen med å forsøke å finne en løsning, skriver RHFet.

Legeforeningen støttet avviklingen av nasjonal regulering da den ble gjennomført i 2013, og mener at det grunnet avviklingen kunne gjøres ansettelser basert på konkrete vurderinger av reelle behov for den enkelte virksomhet, uten unødvendig byråkrati.

Tre av RHFene og Legeforeningen gir tilbakemeldinger om at omleggingen har medført at det har blitt ryddet opp i antallet såkalte "grå stillinger". Legeforeningen skriver at det på grunn av behov ut over de stillingene som ble tildelt av Nasjonalt råd, oppsto en rekke slike stillinger, som bidro til en uryddig ansettelsespraksis og utfordringer knyttet til spesialistutdanningen.

6.5.1 Behov for godt analysearbeid og samarbeid

Helse Sør-Øst RHF og **Helse Midt-Norge RHF** nevner at de, i likhet med de andre foretakene, gjennomførte et omfattende kartleggings- og analysearbeid i forbindelse med endringene i reglene for fast ansettelse av leger i spesialisering i 2015. Bakgrunnen for dette arbeidet, var å bidra til at det ble opprettet gjennomstrømningsstillinger for å dekke utdanningskapasiteten til gruppe 1-tjeneste for alle

helseforetakene i regionen. Helse Sør-Øst ser behov for å gjennomføre denne type analyser regelmessig for å følge opp at utdanningskapasiteten opprettholdes og at det er de spesialitetene som har utfordringer som får den rette oppmerksomheten og prioriteten.

Helse Sør-Øst RHF og **Helse Midt-Norge RHF** skriver begge at opprettelsen av nasjonale sentra, regionale sentra, endringer i funksjonsfordeling og struktur, og etablering av nye sykehus, vil innvirke på behovet for antallet leger og behovet for spesialisering. De skriver videre at det er viktig at foretakene, RHFene, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet arbeider sammen for å få på plass nødvendige ressurser og infrastruktur til gode analyser for å kunne foreta veivalg og prioriteringer.

Helse Midt-Norge RHF trekker fram at et av tiltakene for å sikre bedre dekning av spesialister på lang sikt, er å ha større fokus på strategisk kompetanseplanlegging for å sikre at de utdanner spesialister i samsvar med et fremtidig behov, basert på framskrivninger i befolkningssammensetning, medisinske og teknologisk utvikling og nye behandlingsmetoder etc. Helse Midt-Norge vurderer at samarbeidet mellom foretakene fungerer godt, med koordineringsfunksjon fra det regionale helseforetaket og det regionale utdanningssenteret for LiS-utdanningen.

6.6 Andre tilbakemeldinger fra de regionale helseforetakene

6.6.1 Legestillingsregisteret

Som det kommer fram i denne rapporten, er det fortsatt utfordringer knyttet til Legestillingsregisteret. RHFene er i sine innspill til dels kritiske til Legestillingsregisteret slik det fungerer i dag.

Helse Sør-Øst RHF skriver at det er usikkert om registrering av leger i Legestillingsregisteret har merverdi. Som RHFet påpeker, kan det være noe ulik praksis i helseforetakene, noe som gjør det vanskelig å sammenligne statistikken.

Helse Midt-Norge skriver at det for å sikre enda bedre kvalitet kanskje bør utarbeides tydelige retningslinjer for hvordan de ulike grupper av leger som ikke går i rene LiS- eller overlegestillinger bør registreres. De mener også at det i større grad bør etableres ensartet praksis for registrering av LiS i Legestillingsregisteret, slik at det kan gi korrekt styringsinformasjon om utvikling av ulike stillingskategorier i de ulike fagene.

Helse Vest RHF skriver at selv om foretakene er positive til endringen som kom i 2013, er det grunn til å være kritisk til noen av konsekvensene av endringene i rapporteringen til Legestillingsregisteret. RHFet viser til at foretakene i Helse Vest RHF tidligere rapporterte til Legestillingsregisteret med løpenummer som ga grunnlag for historisk oppfølging, og RHFet er kritiske til endringen av Legestillingsregisteret. De skriver at endringen medførte at historiske data falt bort, og at man dermed mistet grunnlaget for å følge utviklingen over tid og grunnlaget for viktig kontroll.

Grunnet tidligere utfordringer, har direktoratet bedt RHFene om å kontrollere LSR-tallene opp mot deres egne systemer for å sikre at LSR-tallene gir et riktig inntrykk. Dette medfører dobbeltarbeid, både i RHFene og direktoratet. Tilbakemeldingene viser at det fortsatt er ulikheter mellom tall fra LSR og tall fra RHFene, og at avvikene er av ulik karakter i de ulike foretakene (se kapittel 4.2 for detaljer). Det oppstår usikkerhet rundt sammenlignbarheten, og det er derfor forståelig at det stilles spørsmålsteget ved registerets merverdi. Det har vært dialog mellom direktoratet og RHFene for å få mest mulig sammenlignbare data, men vi må følge opp dette arbeidet videre.

LSRs sentrale fordel sammenlignet med for eksempel SSB-statistikk, er muligheten til å skille mellom LiS- og overlegestillinger, noe som vi er avhengige av. Samtidig er dette informasjon som foretakene registrerer i sine systemer. Etter hvert kan muligens også Kompetanseportalen/Dossier dekke dette behovet. Portalen vil kunne gi god oversikt over antall LiS innen hver spesialitet og vil forhåpentligvis gi mulighet til å følge med på endringer i rekrutteringen til de ulike spesialitetene over tid. Direktoratet ser også at Legestillingsregisteret ikke er egnet til uttrekk av historiske data.

6.6.2 Innspill om utfordringer knyttet til faste stillinger for LiS

RHFene har også benyttet anledningen til å gi innspill om utfordringer knyttet til endringer i arbeidsmiljøloven, med rett til fast ansettelse etter tre år, og overenskomst om faste stillinger for LiS. Faste stillinger for LiS har ifølge Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge Norge bidratt til "opphopning" i stillinger som "legespesialist" i enkelte spesialiteter. Dette gir kapasitetsutfordringer for utdanningsstillinger som kunne ha blitt benyttet som gjennomstrømningsstillinger, skriver Helse Sør-Øst. Også Helse Nord RHF påpeker at det er en risiko for at faste ansettelser skaper en flaskehals i utdanningsløpet. RHFet foreslår en evaluering på nasjonalt nivå for å få et godt kunnskapsgrunnlag som utgangspunkt for å løse felles utfordringer, og at nødvendige justeringer gjøres. Helse Midt-Norge RHF ser en utvikling der flere går over i en stilling som legespesialist i påvente av ledig overlegestilling, der særlig perifere helseforetak får utfordringer med å fylle ledige overlegestillinger, på tross av at det er mange kvalifiserte potensielle søkere som venter på en slik stilling i sentrale helseforetak.

Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge skriver også om kjøproblematikk i forbindelse med ny utdanningsstruktur for leger i spesialisering.

Vi viser til innspillene for mer informasjon om dette.

Vedlegg

1. Innspill fra Helse Midt-Norge RHF
2. Innspill fra Helse Nord RHF
3. Innspill fra Helse Sør-Øst RHF
4. Innspill fra Helse Vest RHF
5. Innspill fra KS
6. Innspill fra Den norske legeforening
7. RHFenes kriterier for vurderinger av spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet

Til Helsedirektoratet
v/ Erik Sirnes

Innspill fra Helse Midt-Norge til evaluering etter avvikling av nasjonal regulering av legestillinger

Innspill på utviklingen innen følgende områder, sett fra de ulike regionale helseforetakenes perspektiv:

- legedekningen i primærhelsetjenesten sett i relasjon til spesialisthelsetjenesten
- regional fordeling av legestillingene, herunder legedekningen i distriktskommuner og ved lokalsykehus
- de ulike spesialitetene, herunder utdanningsstillinger i sårbare spesialiteter

Andre innspill knyttet til utviklingen etter avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger ønskes også velkommen.

Bakgrunn for saken

Legedistribusjonssystemet med søknadsprosesser og tildeling av kvoter for legestillinger ble opphevet med virkning fra og med 1. juli 2013. Avviklingen ble begrunnet med at de regionale helseforetakene hadde et behov for større fleksibilitet i fordeling av legestillingene og utdanning av spesialister, slik at tjenestene måtte tilpasses på riktig sted og med riktig kapasitet.

Helse- og omsorgsdepartementet understreket at oppretting av legestillinger fortsatt skulle skje i tråd med de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Videre ble det understreket at avviklingen av legedistribusjonssystemet ikke innebar noen endringer i det helsepolitiske styringsbudskapet relatert til samhandlingsreformen, lokalsykehus, desentraliserte spesialisthelsetjenester, funksjonsfordeling mellom sykehusene for å sikre kvalitet mv. Departementet pekte også på de regionale helseforetakenes ansvar for å sikre utdanning av ulike spesialister til den framtidige helse- og omsorgstjenesten.

Endringer i antallet legeårsverk:

Departementet ba Helsedirektoratet i forbindelse med avviklingen av nasjonal regulering om at de regionale helseforetakene, i samarbeid med direktoratet skulle etablere et modernisert system for monitorering, framskrivning og analyse av utviklingen i legestillinger i kommunene og sykehusene – legestillingsregisteret.

Helse Midt-Norge var den første regionen som innførte automatisk overføring fra personalsystemet til versjon 2 av LSR. Ved tidligere kontroller mellom HMN sitt personalsystem og LSR har det vært en relativ god samstemmighet. I oppstarten av arbeidet med overføring overførte ikke HMN spesialitet på leger i spesialisering.

I 2017 ble personalsystemet utviklet slik at det var mulig å registrere målspesialitet (den spesialitet legen i spesialisering tok sikte på å utdanne seg til). Siden den gangen har kvaliteten vedrørende oversikt på over antall ansatte per spesialitet både i vårt personalsystem og i LSR økt.

Det vil alltid være noen leger i spesialisering hvor det ikke registreres målspesialitet, dette vil bla. være kortere vikariater og noen som etter spesialistforskriften kan fortsette i tidligere LIS-ordning og som enda ikke har bestemt hvilken spesialitet de vil ende opp med. Etter at alle leger i spesialisering har gått over i nytt løp, vil det bli færre som ikke har målspesialitet

Sammenligning av antall ansatte mellom LSR og HR kuben

Kilde ->	LSR			HR kuben			Forskjell mellom LSR og HR kuben	
Antall ansatte	Lis	Overlege	Totalsum	Lis	Overlege	Totalsum	Lis	Overlege
100317 HELSE NORD-TRØNDELAG HF	127	184	311	141	173	314	14	-11
100320 ST. OLAVS HOSPITAL HF	361	733	1094	409	723	1132	48	-10
4201115 HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	263	382	645	292	359	651	29	-23
Totalsum	751	1 299	2 050	842	1255	2097	91	-44

Det er en liten differanse mellom LSR og HR kuben, dette kan det være flere årsaker til. En årsak er at leger som er ansatt som klinikkssjef eller avdelingssjef leger i HMN sitt personalsystem er registrert som administrativ personell, men i LSR som overlege. Årsaken til at det er flere Lis i HR kuben enn i LSR skyldes nok flere ting, en årsak til dette kan bla. være at leger i kortere vikariater ikke overføres til LSR. En annen årsak kan også være ulikt tidspunkt for uttrekk av data. Det foretas med jevne mellomrom stikkprøver i foretakene for å sjekke at det er samsvar mellom personalsystemet og LSR, de siste stikkprøvene visste at det var god kvalitet på overføring av data. For å sikre en enda bedre kvalitet burde det kanskje utarbeides tydelige retningslinjer på hvordan de ulike grupper av leger som ikke går i rene overlege stillinger eller Lis bør registreres.

Når en ser på utviklingen av brutto utbetalte månedsverk fra 2008 – 2013 i forhold til overleger og lis er det følgende endring brutto utbetalte månedsverk:

Legegruppe	2008 – 2013	2013 - 2018	Endring
Overleger	12,3 %	14,0 %	2,3 %
Lis	14,8 %	15,5 %	1,3 %
Totalt	13,3 %	14,6 %	1,3%

Utfordring pga. endringer i Arbeidsmiljøloven § 14-9

En tilleggsutfordring som har oppstått etter avviklingen, er endringene i arbeidsmiljøloven §14-9 som gir vikarer rett til fast stilling etter 3 år. For legegruppen treffer endringen leger i spesialisering som tar deler av sin utdanning i vikariater som del av sin spesialistutdanning. Dette har medført at mange leger får fast ansettelse, og står i utdanningsstillinger som kunne blitt benyttet som gjennomstrømningsstillinger eller til nye Lis. Det utgjør også et problem der utdanningskapasiteten for gruppe 1 tjeneste er begrenset, men en ser tendenser til at utdanningskapasitet reduseres i de fleste spesialitetene. I tillegg er det flere som går over i stilling som legespesialister i påvente av ledig overlegestilling istedenfor å søke overlegestilling i et Helseforetak med ledige overlegestillinger. Dette er så vidt vi forstår en utvikling som er lik i hele landet, hvor det særlig er perifere helseforetak som har problemer med å fylle ledige overlegestillinger, på tross av mange kvalifiserte potensielle søkere som venter på en slik stilling i sentrale helseforetak.

I tillegg medfører foreldrepermisjoner og andre permisjoner behov for mange vikarer og en del av disse vikarene ender opp med å gå i vikariater over 3 år som medfører krav om fast stilling og dette bidrar også til å en del stillinger blir «låst» til andre enn nye LIS.

Sårbare spesialiteter

I de årlige rapporter om legemarkedet har de regionale helseforetakene utarbeidet et felles sett av kriterier som innspill til direktoratet vedrørende spesialiteter som det er vurdert nødvendig å rette

spesielt oppmerksomhet mot, for å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet. HMN har i år ikke gjort en samlet vurdering av hvilke spesialiteter som burde ha spesiell oppmerksomhet. Det som likevel er kjent er at HMN i likhet med de andre regionene har problemer med å oppfylle den Gyldne regel og en av hovedårsakene er at det er vanskelig å rekruttere psykiater og psykologer.

Et av tiltakene for å sikre bedre dekning av spesialister på lang sikt er å ha større fokus på strategisk kompetanseplanlegging for å sikre at vi utdanner spesialister i forhold til et fremtidig behov basert på framskrivninger i befolkningssammensetning, medisinske og teknologisk utvikling og nye behandlingsmetoder etc.

Behovet i utdanningskapasitet vil selvfølgelig avhenge av flere faktorer, hvor både utvikling av tjenesten, både innen medisin og teknologi, utviklingen i spesialitetsstruktur, utdanningsstruktur for leger og utviklingen av team rundt pasienten vil være viktige faktorer.

Effekt for foretakene i regionen:

Helseforetakene er positive til endringen etter bortfallet av nasjonal styring av legestillinger, de har fått en større frihet til å styre legedekningen ut ifra økonomi, behov og prioriteringer. Dette kan på kort sikt være positivt for overlegedekning ved medisinske og kirurgiske avdelinger hvor den generelle kompetansen er vel så viktig som subspecialiteter. Gitt økonomiske rammer som tillater øket bemanning i perioder, medfører nåværende ordning også større fleksibilitet ved mindre avdelinger ved forventet generasjonsskifte eller andre overganger, hvor man ønsker å forebygge underbemanning.

Helse Midt-Norge ser i likhet med Helse Sør Øst at på den andre siden kan avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger ha ført til skjevfordeling av spesialister både nasjonalt og regionalt. Noen momenter som trekkes frem er:

- Det kan virke som om det er større utfordringer utenfor sentrale strøk å rekruttere gode generalister (generell kirurgi og indremedisin), da den nye ordningen har flere grenspesialiseringer.
- Omleggingen har medført at en har fått ryddet opp i antallet «grå stillinger».
- Det bør i større grad etableres ensartet praksis for registrering av LiS i Legestillingsregisteret, slik at denne basen kan gi korrekt styringsinformasjon om utvikling av ulike stillingskategorier i de ulike fagene. Det er blant annet en svakhet at det kun finnes tall for ønsket spesialistdekning i enkelte fag (antall spesialister pr. 100 000 innbyggere).
- Innenfor noen spesialiteter er det lite fokus på framtidig behov opp mot dagens utdanningskapasitet – overutdanning av enkelte spesialiteter.
- Faste stillinger for LiS fra 2015 har medført noe «opphopning» i stilling som Legespesialist i enkelte spesialiteter, som da også blokkerer for spesialistutdanningen.
- Det er i hovedsak ikke avsatt egne utdanningsstillinger for leger i spesialistutdanning i allmennmedisin, disse vikarierer for andre LiS i permisjoner og gir en logistikkutfordring. Kravet om at alle fastleger skal ha spesialistutdanning som allmennlege øker behovet for utdanningsaktiviteter i helseforetakene for denne legegruppen.
- Det tar tid å rekruttere inn til nye spesialiteter som Rus- og avhengighetsmedisin, Akutt- og mottaksmedisin.
- Ny teknologi og undersøkelsesmåter/metoder vil medføre en økning i antallet leger med behov for tilleggskompetanse/fagområde – som informatikk.
- Opprettelsen av nasjonale sentra, regionale sentra – endringer i struktur, etablering av nye sykehus vil innvirke på behovet for antallet leger og behovet for spesialisering. Det er

viktig at foretakene, RHF-et, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet arbeider sammen for å få på plass nødvendige ressurser og infrastruktur for å kunne foreta veivalg og prioriteringer.

- Behov for et bedre helhetssperspektiv i forhold til opprettelse av hjemler i avtalepraksis opp mot den tiden det tar å utdanne til vekst i stillinger.
- Ny utdanningsstruktur for leger i spesialisering krever at foretakene samarbeider om utdanningen slik at utdanningsløpene totalt sett skal kunne gjennomføres raskere og mer effektivt. Omfanget av læringsmål og krav til innholdet i utdanningen har medført økt press på enkelte foretak i forhold til å dekke opp for særskilte læringsmål i gjennomstrømningsstillinger, og det oppstår kø for å få tjeneste til å dekke særskilte læringsmål som krever ytterligere koordinering a utdanningsaktivitetene.

Det regionale helseforetakene har etter 2013 i liten grad gått inn og styrt hvilke spesialiteter som skal prioriteres i utdanningene. Stillinger er opprettet basert på helseforetakenes behov, økonomi og prioriteringer. I den grad det har vært gitt noen føringer har dette blitt gjort på bakgrunn av endringer i pasientstrømmer i regionen, eksempel på dette er på bakgrunn av regional kreftkirurgi plan og traumebehandling.

Helse Midt-Norge i samarbeid med helseforetakene i likhet med de øvrige regionene i forbindelse med endringene i reglene for fast ansettelse av leger i spesialisering i 2015, gjennomførte kartleggings og analysearbeid, for å få oversikt over behovet for gjennomstrømningsstillinger for å prøve å dekke utdanningskapasiteten til gruppe 1 tjeneste for helseforetakene i regionen. Samarbeidet mellom foretakene fungerer godt, med koordineringsfunksjon fra det regionale helseforetaket og det regionale utdanningssenteret for LiS utdanningen.

Helse Møre og Romsdal har utarbeidet en meget god oversikt over LiS for de ulike sykehusene og fagområdene som vi vil vurdere om også Helse Nord -Trøndelag og St. Olav bør utarbeide.

Vurdering

Å få tilgang til tilstrekkelig og rett spesialistkompetanse innenfor de ulike fagområdene er viktig for å sikre fremtidig pasientbehandlingen både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg til å utdanne spesialister til eget behov, har spesialisthelsetjenesten et medansvar for å sikre nok kompetanse til hele helsetjenesten og til å utdanne ut ifra fremtidig behov.

Helse Midt-Norge har valgt å ikke innføre særskilt styring av helseforetakenes prioriteringer av hvilke spesialistutdanninger som prioriteres. Ut over etableringen av et regionalt utdanningssenter er det ikke laget formelle begrensinger eller strukturer for hvordan en regionalt sikrer at de spesialitetene hvor en ser et økende framtidig behov blir prioritert. Det vil være naturlig at det regionale utdanningssenteret i større grad bidrar til å kartlegge behovet for regional prioritering etterhvert som helseforetakene er kommet godt i gang med utdanning i ny ordning.

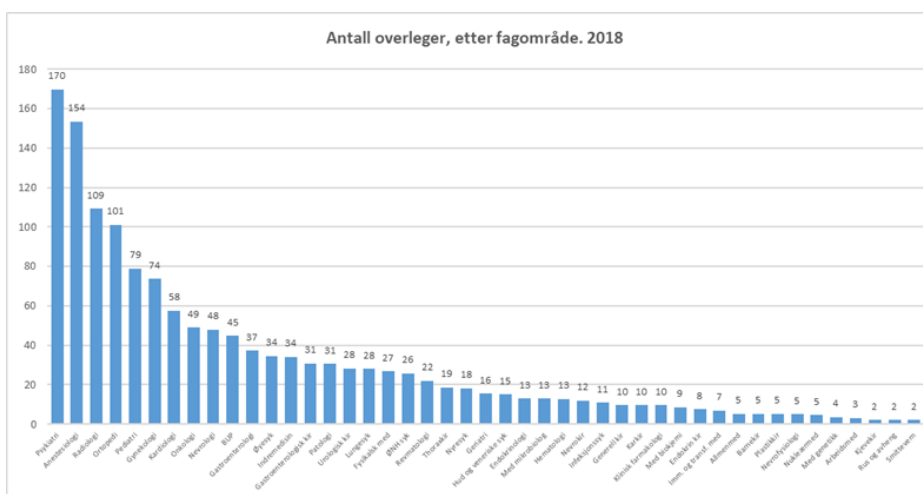
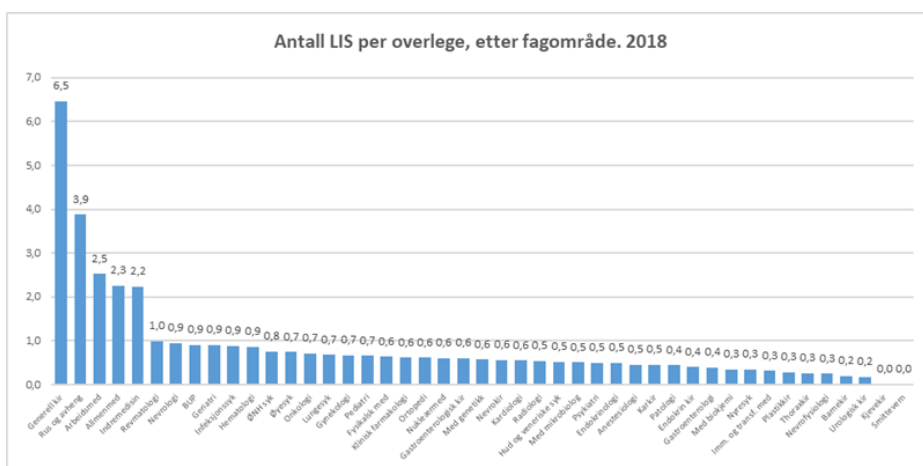
Foretakene ønsker i hovedsak ikke involvering fra det regionale helseforetaket når det gjelder styring av legerressurser, når det oppstår utfordringene med manglende utdanningskapasitet hender det likevel at regionen får utfordringen med å forsøke å finne en løsning.

Vennlig hilsen
Nina Margrete Pedersen
Saksbehandler på vegne av HMN

Vedlegg 1:

Sum brutto månedsverk 2013 – 2018, fordelt på helseforetak, overleger og LIS

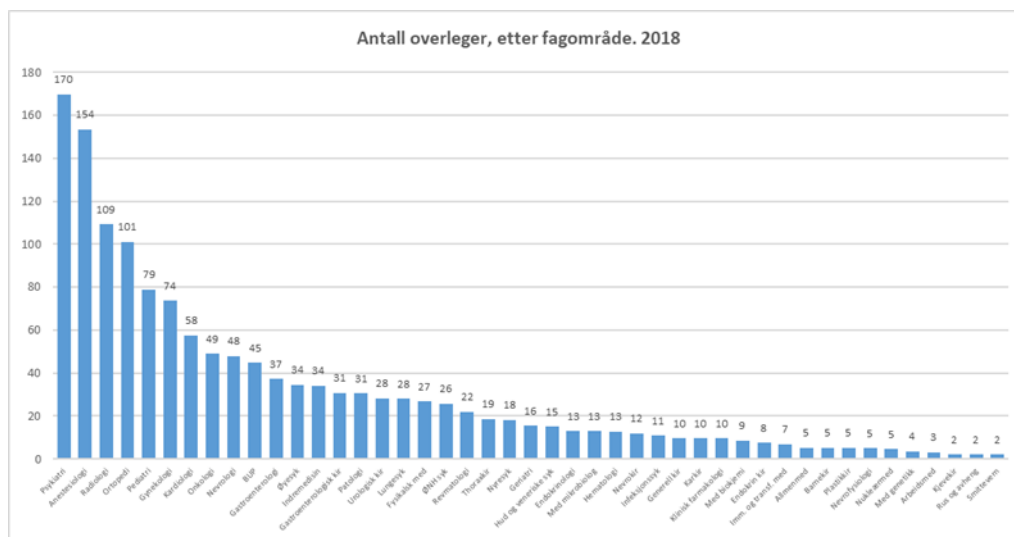
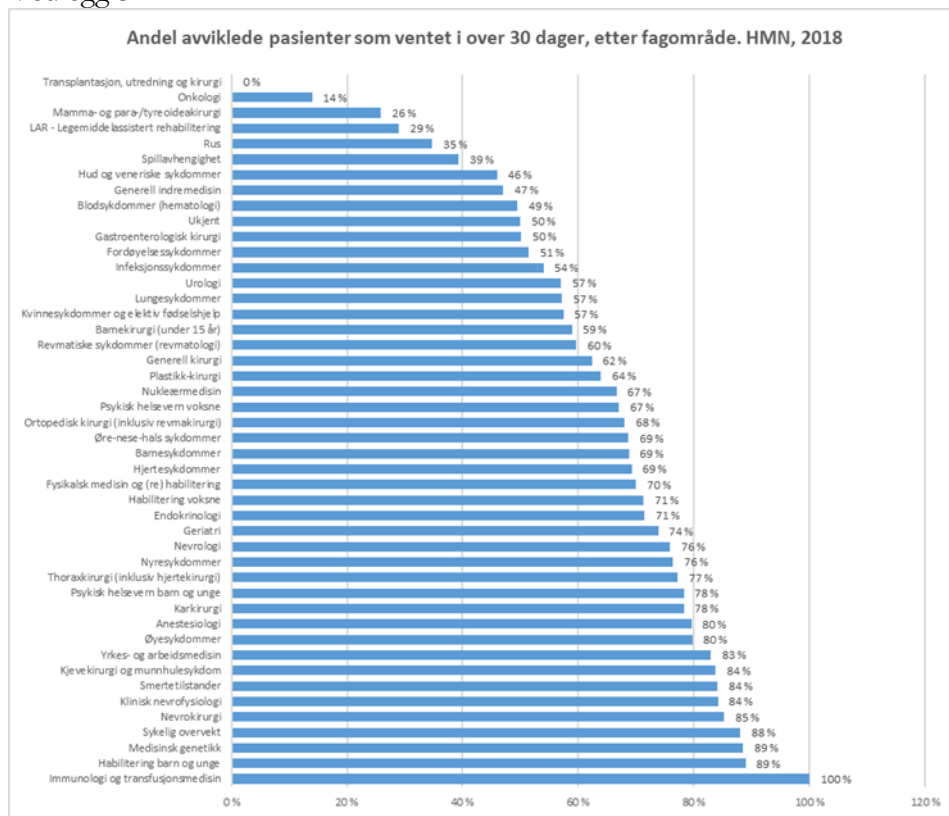
Brutto månedsverk utbetalt		Kolonnetiketter				
Radetiketter	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Helse Møre og Romsdal	7057	7338	7633	8061	8179	8472
(03) Leger	7057	7338	7633	8061	8179	8472
(3a) Overleger	4196	4376	4353	4675	4620	4852
(3b) LIS-leger	2861	2962	3279	3386	3559	3619
Helse Nord-Trøndelag	3213	3292	3365	3425	3635	3773
(03) Leger	3213	3292	3365	3425	3635	3773
(3a) Overleger	1955	1995	1991	1951	2055	2166
(3b) LIS-leger	1258	1297	1373	1475	1580	1607
St. Olavs Hospital	11341	11847	12217	12531	12754	13052
(03) Leger	11341	11847	12217	12531	12754	13052
(3a) Overleger	7143	7406	7746	7924	8206	8442
(3b) LIS-leger	4198	4441	4471	4607	4548	4610
Totalsum	21611	22477	23214	24017	24569	25297



Vedlegg 2:

Helse Midt-Norge pr. 2. tertial 2019		
Fagområde	Antall kontakter med passert planlagt tid	Andel kontakter med passert planlagt tid
Yrkes- og arbeidsmedisin	86	32 %
Annet	21	25 %
Habilitering barn og unge	490	21 %
Hud og veneriske sykdommer	1 178	21 %
Nevrologi	2 724	20 %
Øyesykdommer	3 531	19 %
Barnesykdommer	2 072	17 %
Lungesykdommer	1 236	16 %
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	1 240	15 %
Øre-nese-hals sykdommer	3 324	14 %
Psykisk helsevern barn og unge	1 078	13 %
Hjertesykdommer	2 427	12 %
Rus	224	11 %
Nyresykdommer	381	11 %
Barnekirurgi (under 15 år)	161	11 %
Endokrinologi	1 020	10 %
Fordøyelsesykdommer	1 435	10 %
Generell indremedisin	328	9 %
Habilitering voksne	80	9 %
Infeksjonssykdommer	153	9 %
Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	390	8 %
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	1 087	8 %
Psykisk helsevern voksne	1 221	8 %
Geriatrici	67	8 %
Plastikk-kirurgi	121	7 %
Generell kirurgi	181	7 %
Gastroenterologisk kirurgi	756	7 %
Thoraxkirurgi (inkludert hjertekirurgi)	11	7 %
LAR - Legemiddelassistert rehabilitering	44	7 %
Medisinsk genetikk	53	7 %
Blodsykdommer (hematologi)	196	7 %
Spillavhengighet	5	6 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	97	5 %
Klinisk nevrofysiologi	29	5 %
Urologi	329	4 %
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	843	4 %
Sykkelig overvekt	10	4 %
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	56	4 %
Nevrokirurgi	61	3 %
Karkirurgi	82	3 %
Anestesiologi	9	2 %
Onkologi	40	1 %
Smertetilstander	8	1 %

Vedlegg 3



Helsedirektoratet
Attn. Erik Sirnes

Deres ref.:
19/35838-2

Vår ref.:
19/

Saksbehandler/dir.tlf.:
Halvor Hygen / 95131754

Sted/dato:
Bodø, 16. november 2019

Evaluering etter avvikling av nasjonal regulering av legestillinger - Innspill fra Helse Nord

Viser til deres referanse. Under følger Helse Nords innspill til Helsedirektoratets evaluering etter avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger i 2013.

Innspillet beskriver utviklingen i Helse Nord innen tre ulike områder:

1. Legedekningen i primærhelsetjenesten sett i relasjon til spesialisthelsetjenesten
2. De ulike spesialitetene, herunder utdanningsstillinger i sårbare spesialiteter
3. Regional fordeling av legestillingene, herunder legedekningen i distriktskommuner og ved lokalsykehus

Vi gir også et innspill om faste stillinger for LIS fordi denne ordningen kan ha stor betydning for den videre utviklingen.

Bakgrunn

I forbindelse med avviklingen av nasjonal regulering presiserte Helse- og omsorgsdepartementet at oppretting av legestillinger fortsatt skulle skje i tråd med de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. RHF-ene skal overvåke, planlegge og iverksette nødvendige tiltak for å sikre at befolkningen i regionen får tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester. I dette ligger det at helseforetakene må ha rett kompetanse og kapasitet på legesiden for å ivareta de funksjoner og oppgaver de har. RHF-ene skal også medvirke til forsvarlig legedekning i kommunene.

Helse Nord har en utpreget desentralisert helsetjeneste. Dette gjelder både somatikk og psykisk helsevern. Dette fører til mange små og sårbare behandlingsmiljø, både i sykehus og ved distriktpspsykiatriske sentre. Disse er avhengig av tilstrekkelig antall spesialister for å opprettholde sine tilbud og for å kunne utdanne nye spesialister. Helse Nord RHF må ta helhetlige hensyn når fremtidens spesialisthelsetjeneste skal utvikles og dimensjoneres. Tabellen under viser antall leger ansatt i Helse Nord pr. oktober 2019 og antall ordinære LIS1-stillinger på årsbasis.

	Overleger	LIS 1	LIS 2/3	Andre leger	Totalt
Finnmarkssykehuset	124	26	55	2	181
Helgelanssykehuset	111	28	49		160
Nordlandssykehuset	265	50	186	8	459
UNN	551	66	361	14	926
Helse Nord	1051	170	651	24	1896

Tabell 1 Tabellen viser antall overleger, leger i spesialisering og legespesialister i Helse Nord per oktober 2019. LIS1 stillinger er på årsbasis. Fast ansatte, vikarer og utdanningsstillinger er talt med. Midlertidig ansatte og timelønnede er ikke med.

Som det fremgår av tabellen har Helse Nord en høy andel LIS. Drøyt 43 % av legene er i spesialisering, noe som er en betydelig høyere andel enn tilfellet er i de andre helseregionene. Dette skyldes hovedsakelig at Helse Nord har en høyere ekstern turnover og rekrutteringsutfordringer. Sykehusforetakene i nord må dekke eget behov for nye spesialister og ta hensyn til at flere flytter ut av region underveis eller kort tid etter endt spesialisering. Det er få spesialister som flytter fra andre regioner til Nord-Norge. Rekruttering og utdanning av nye spesialister er et felles ansvar i hele regionen. Det betyr at noen helseforetak må utdanne spesialister utover egne behov.

Som eneste helseregion ba Helse Nord i 2018 om at det ble opprettet flere LIS1-stillinger i regionen. Regjeringen har nå varslet at det skal opprettes 38 nye LIS1-stillinger i Nord-Norge, med utlysning høsten 2020 og våren 2021. De nye LIS1-stillingene vil bidra til å fjerne en flaskehals i utdanningsløpet for leger og forbedre rekrutteringssituasjonen i regionen.

Legedekningen i primærhelsetjenesten sett i relasjon til spesialisthelsetjenesten

En av grunnen til at Helse Nord ba om flere LIS1-stillinger er at vi er bekymret for utviklingen i landsdelens fastlegetjeneste. Våren 2018 tok vi derfor initiativ til en kartlegging av situasjonen.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) fikk oppdraget og leverte høsten 2018 sin utredning. Den viser at Nord-Norge har store utfordringer med stabilitet i fastlegetjenesten. Median lengde på fastlegeavtalene i Nord-Norge var 3,8 år i perioden som ble undersøkt, mens den på landsbasis var 5,9 år. Det er langt høyere turnover i nord, 12,8 % mot 7,3 % i landet som helhet. NSDM fant også at bare 48 % av fastlegene i Nord-Norge var spesialister i allmennmedisin pr. oktober 2017, mot 57 % på landsbasis. Lav andel spesialister kombinert med høy turnover har stor betydning for dimensjonering av utdanningskapasiteten i landsdelen.

Analysen fra NSDM ble fremlagt både i Regionalt samarbeidsutvalg og styret i Helse Nord RHF. Som oppfølging av deres vedtak ble det utarbeidet en omfattende rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge¹. Arbeidet ble ledet av Helse Nord RHF med øvrige medlemmer fra KS-Nord-Norge, NSDM, ALIS-Nord, Fylkesmannen i Troms og Finnmark, fastleger fra kommuner i Nord-Norge, og Universitetssykehuset Nord-Norge. Rapporten

¹ [Helse Nord: Fastlegetjenesten i Nord-Norge - Status, utfordringer og forslag til tiltak \(2019\)](#)

bygger på flere ulike datakilder, både tidligere utredninger og originalt innsamlet materiale utført i regi av arbeidsgruppen.

Rapporten beskriver status, utfordringer og forslag til 34 konkrete tiltak for å styrke tjenesten. Tiltakene som foreslås handler om:

- Behov for en nasjonal opptrappingsplan
- Utdanning og rekruttering
- Finansiering og avtaler
- Organisering og ledelse av legetjenesten i kommunen
- Styrking av samarbeidet mellom fastleger og helseforetak
- Ivaretagelse av hensynet til språk og kultur i fastlegetjenesten vis a vis samiske pasienter
- Utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller

Flere av anbefalingene går direkte på legedekningen i primærhelsetjenesten sett i relasjon til spesialisthelsetjenesten. Tiltak er under utvikling og flere er allerede på plass, hvor etableringen av ALIS Nord står sentralt. Tiltak for å sikre fastlegene tilgang til LIS-stillinger i sykehus er også viktig.

Arbeidsgruppen anbefaler at spesialisthelsetjenesten bremser stillingsveksten til fordel for ALIS-stillinger i kommunene inntil fastlegetjenesten er bedre konsolidert. Videre anbefaler de øremerking av 30-40 ALIS-stillinger i spesialisthelsetjenesten, og at det legges til rette for at LIS1-tjenesten kan gjennomføres uten at det er nødvendig å flytte. Tildelingen av 38 nye LIS1-stillinger gir regionen bedre handlingsrom for å kunne få til slike løsninger.

De ulike spesialitetene, herunder utdanningsstillinger i sårbare spesialiteter

Helse Nords gir årlige innspill til Helsedirektoratet med vurderinger av hvilke legespesialiteter som bør ha strategisk oppmerksomhet. Situasjonen og utviklingen innenfor de ulike spesialitetene slik de beskrives i fjorårets rapport er i all hovedsak fremdeles gjeldende. Helse Nord RHF har i tillegg bedt de fire sykehusforetakene identifisere hvor risikoen for underdekning av leger er størst i eget foretak. Informasjon om risikoområder ved Helgelandssykehuset mangler.

UNN melder om betydelig risiko for underdekning i flere fagområder. Når leger med høyspesialisert kompetanse slutter kan det oppstå rekrutteringsutfordringer i «alle» fag. Utfordringene er totalt sett mindre enn de var for 10 år siden. Den største risikoen for underdekning nå ligger innen radiologi og psykiatri, og da særlig ved desentraliserte enheter.

Nordlandssykehuset har allerede underdekning innen områdene voksenpsykiatri, rus- og avhengighetsmedisin, hud og veneriske sykdommer, radiologi, geriatri og plastikkirurgi. I tillegg er det risiko for fremtidig underdekning innen gastrokirurgi,

fysikalsk medisin og rehabilitering og klinisk nevrofysiologi. Det er også risiko for underdekning innen generell indremedisin og generell kirurgi, spesielt ved lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen.

Finnmarksykehuset vurderer risikoen som størst innen de mindre fagområdene som barnesykdommer, øre-nese-hals, øye, nevrologi, hud, revmatologi, onkologi, rus- og avhengighet, fysikalsk medisin og rehabilitering, geriatri og urologi. Også større fag som psykiatri, generell indremedisin, fordøyelsessykdommer, lungesykdommer og radiologi har de underdekning av på noen av lokasjonene. På lengre sikt tenker og planlegger sykehuset bredere, der også generelle indremedisin, generelle kirurgi, ortopedi, gynekologi og anestesi inkluderes.

Innspillene fra foretakene bidrar til å nyansere bildet av legedekningen i regionen. Oversikten under viser på et overordnet nivå hvilke spesialiteter Helse Nord må ha strategisk oppmerksomhet på fremover.

Spesialitet	Tilgjengelig kompetanse						Kompetansebehov		
	Høy alder	Lite volum	Press på kapasitet	Lave søkertall	Utdanner for få	Høy turnover	Økende behov	Med/tek utvikling	Endret org.
Barne- og ung. psykiatri						X			X
Fødselshjelp og kvinn.s.	X		X	X					
Gastroenterologisk kir.	X		X		X	X			X
Urologisk kirurgi	X			X	X				
Bryst- og endokrinologi	X	X					X		
Karkirurgi	X	X			X		X		
Thoraxkirurgi	X	X			X		X		
Hud- og veneriske	X				X	X			
Imm. og transf. medisin	X	X							
Blodsykdommer	X			X	X		X		
Fordøyelsessykdommer	X		X	X					
Lungesykdommer	X			X	X		X		
Medisinsk biokjemi	X				X	X			
Radiologi				X			X	X	
Rus- og avh. medisin	X	X				X		X	
Øyesykdommer			X				X		

Tabell 2: Oversikt over legespesialiteter som krever strategisk oppmerksomhet i Helse Nord, med angivelse av årsakene. Spesialitetene er ikke listet i prioritert rekkefølge.

Spesialitetene fordøyelsessykdommer, gastroenterologisk kirurgi, endokrinologi, blodsykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer, lungesykdommer, psykiatri,

radiologi og urologi skiller seg ut i indikatoranalysen. Disse spesialitetene har utslag på flere av indikatorene for tilgjengelig kompetanse.

Rus- og avhengighetsmedisin får også utslag på flere av indikatorene. At spesialiteten er ny og liten er medvirkende til dette - turnover gir lett store tall med få ansatte. Fokuset er på å skape stabilitet/bygge opp et robust fagmiljø, og det forventes økt behov i årene framover.

Kirurgifagene har tradisjonelt vært overrepresentert av menn. Enkelte kirurgiske fag står nå i faresonen som følge av at 70-80 % av legestudentene er kvinner som tradisjonelt velger andre spesialiteter. Gjennomsnittsalderen er høy blant urolog- og thoraxkirurger, hvor sistnevnte er en relativt liten spesialitet og har relativt høy turnover. Thoraxkirurgi er også forventet å få en behovsvekst som følge av økt andel eldre.

Som følge av økt andel eldre viser indikatorene en demografisk behovsvekst innenfor følgende spesialiteter i tillegg: Onkologi, bryst- og enterologisk kirurgi, øyesykdommer, hjertesykdommer, karkirurgi, ortopedi og geriatri. Innenfor onkologi ser man også for seg en større endring i behov på grunn av medisinsk og teknologisk utvikling og nye behandlingsmetoder. Tilsvarende gjelder også for patologi.

I forbindelse med den medisinske og teknologiske utviklingen, samt behandlingsmetodikk er det forventet at fagområdene nukleærmedisin og radiologi vil ha en vekst i årene som kommer.

Det vil komme endringer innenfor psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri når det gjelder organisering av tjenesten. Utviklingen blir overvåket i tiden framover for å sikre tilstrekkelig kapasiteten.

For spesialitetene medisinsk biokjemi og lungesykdommer framkommer det av indikatorene en høy gjennomsnittsalder og relativt høy turnover. Medisinsk biokjemi er også en liten spesialitet. Innenfor lungesykdommer ser vi videre at andel LIS per overlege er relativt lav. Lungesykdommer er også forventet å få en behovsvekst som følge av økt andel eldre.

Medisinsk genetikk er et lite fagfelt, men samtidig et forventet voksende fagfelt. Det er relativt få LIS per overlege og relativt høy turnover. Blodsykdommer er et større fagfelt, men har samme utfordring når det gjelder andel LIS per overlege og turnover. Det forventes behovsvekst innen begge spesialistene i årene som kommer.

Regional fordeling av legestillingene, herunder legedekningen i distriktskommuner og ved lokalsykehus

Det er store forskjeller i rekrutteringssituasjonen innad i regionen, både mellom kommunene og mellom sykehusene. Finnmarkssykehuset har for eksempel 18 % vakante legestillinger, mens UNN bare har 2,6 % vakanser (2019-tall). Samtidig er Finnmarkssykehuset det beste eksemplet på at målrettet arbeid med rekruttering og stabilisering over tid gir resultater. De gjennomførte et rekrutteringsprosjekt for leger i perioden 2005-2015. I denne perioden ble vakante legestillinger redusert fra 57 % til 21 %. Virkemidlene fra prosjektet er videreført og den positive utviklingen har fortsatt, selv om 18 % vakante legestillinger fremdeles er høyt.

Innleiekostnadene for regionen har økt betraktelig de siste årene. Kostnadene for regionen totalt var 276 MNOK i 2018, noe som er en økning på 88 % siden 2015. Noen av årsakene til den økte innleiekostnaden er et vanskeligere rekrutteringsmarked, spesielt innen enkelte spesialiteter både for sykepleiere og leger, og ofte til mindre sykehus. Innleiekostnadene drives i stor grad av spesialiteter på mindre steder der rekrutteringsgrunnlaget er svakt. Eksempelvis hadde Nordlandssykehuset innleie av leger for 47,3 MNOK i 2017, hvorav 65 % av dette var på sykehusene i Lofoten og Vesterålen.

Som følge av befolkningsutviklingen i landsdelen er det ventet at disse problemene vil øke i årene fremover, gitt at dagens lokaltilbud skal opprettholdes. Helse Nord må derfor ha et relativt sett høyere antall legestillinger enn de andre helseregionene for å sikre fremtidige kompetansebehov, både ved sykehusene og i kommunene.

Blant aktuelle tiltak som kan sikre bedre legedekning i distriktene er desentralisering av utdanningen, noe som vil gjøre det enklere for små sykehus og distriktskommuner å knytte til seg legeressurser på et tidlig tidspunkt i utdanningsløpet. Helse Nord har god erfaring med desentraliserte utdanning for leger i Finnmark og i Bodø, der medisinstudentene gjennomfører 5. og 6. studieår tilknyttet et sykehusforetak. Dette tiltaket har vært et viktig rekrutteringstiltak for å bedre legedekningen innad i regionen.

Ved tildeling av flere LIS1-stillinger til Nord-Norge, slik regjeringen har signalisert, vil de for UNN HF del primært tilfalle lokalsykehusene UNN Narvik og UNN Harstad. I disse områdene er det store rekrutteringsbehov både i sykehusene og kommunene. Disse sykehusene har også fått svært gode tilbakemeldinger i evalueringsrapporter om LIS1-tjenesten gjennom flere år.

Evaluering av faste stillinger for LIS

RHF-ene har tidligere rapportert til Helsedirektoratet at avtalen om fast ansettelse av LIS kan gi utfordringer. Det er risiko for at faste ansettelser skaper en flaskehals i utdanningsløpene for leger. Det er derfor på tide med en gjennomgang av ordningen for å sikre at den fungerer hensiktsmessig. En evaluering på nasjonalt nivå vil gi et godt kunnskapsgrunnlag som utgangspunkt for å løse felles utfordringer.

Oppsummering

Helse Nord har rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer på legesiden. Situasjonen er spesielt krevende for distriktskommuner og lokalsykehus. Dette er for såvidt ikke noe nytt, legedekning i distriktene har alltid vært vanskelig.

En rekke tiltak er satt i gang for å tiltrekke og beholde leger som egne program for sårbare spesialiteter, ulike incentivordninger og tilpasninger til livsfasebehov, nye vaktordninger, økt satsning på lederutvikling og nye metoder for stillingsmarkedsføring og omdømmebygging for å nevne noen.

Disse tiltakene har en viss effekt, men hovedstrategien for å dekke behovet i tjenestene er å tilpasse utdanningstakten og utdanne spesialistene vi trenger selv. Helse Nord har en høyere ekstern turnover både ved sykehusene og i kommunene enn i landet forøvrig. Mange leger flytter ut av regionen underveis eller kort tid etter endt spesialisering. Dette må sykehusforetakene og kommunene ta hensyn til, og det gjenspeiles i at Helse Nord har den høyeste andelen LIS i landet.

For å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet i nord må flaskehalsene fjernes. Et viktig bidrag i så måte er opprettelsen av flere LIS1-stillinger. Økt bruk av simulering, ferdighetstrening og digital læring kan gi legene bedre læringsutbytte og redusere presset på veiledningsressursene. Helse Nord vil følge opp de 34 anbefalte tiltakene for å stabilisere fastlegetjenesten. Opprettelse av øremerkede stillinger for ALIS er et av tiltakene som må vurderes. For å sikre god gjennomstrømming i utdanningene anbefaler Helse Nord at ordningen med fast ansettelse av LIS evalueres og nødvendige justeringer gjøres.

De regionale helseforetakene har etter 2013 i liten grad gått inn og styrt hvilke spesialiteter som skal prioriteres i utdanningene. Stillinger er opprettet basert på helseforetakenes behov og prioriteringer. Som beskrevet tidligere er det allerede underdekning innen en del spesialiteter ved sykehusene i nord, og flere spesialiteter er sårbare. Helse Nord RHF vil derfor overvåke situasjonen nøye videre og treffe nødvendige tiltak i samarbeid med sykehusforetakene. Det kan være aktuelt å øke andelen LIS innen enkelte spesialiteter for å redusere risikoen.

Vennlig hilsen

Anita Mentzoni-Einarsen
HR-sjef
Helse Nord

Helsedirektoratet
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Vår referanse:
13/00285-24

Deres referanse:
19/35838-2

Dato:
10.11.2019

Saksbehandler:
Jarle Henriksen

Forespørsel om innspill til evaluering etter avvikling av nasjonal regulering av legestillinger

Helse Sør-Øst RHF viser til brev fra Helsedirektoratet av 27. september 2019 hvor det forespørres om innspill til evaluering etter avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger. Vi takker for muligheten til å gi våre betraktninger etter at systemet ble endret i 2013.

Helse Sør-Øst RHF har bedt om innspill til evalueringen fra våre helseforetak. Ingen foretak ønsker seg tilbake til en ordning med nasjonal regulering av legestillinger. Det oppleves at handlingsrom som ligger i dagens ordning gjør det mulig å tilpasse og planlegge utdanning bl.a. i tråd med den medisinske utviklingen og endringer i arbeidstidsordninger, slik at de er bedre tilpasset virksomhetenes behov. Dette var også noen av begrunnelsene for endringen i 2013. Det regionale helseforetaket støtter dette.

For noen av de mindre og sårbare spesialiteter og de spesialitetene som ikke så «attraktive» blant leger som ønsker en spesialisering, er det tatt opp om disse bør følges tettere opp fra det regionale helseforetaket. Dette mener vi er mulig innenfor nåværende styringsstruktur og det regionale utdanningscenteret.

Andre tilbakemeldinger det regionale helseforetaket har fått er:

- Utenfor sentrale strøk er det viktig å rekruttere gode generalister (generell kirurgi og indremedisin), det nye utdanningssystemet har flere hovedspesialiteter som kan utfordre utdanningen av generalister.
- Omleggingen har bidratt til å få ryddet opp i antallet «grå stillinger».
- Det er usikkert om registrering av leger i Legestillingsregisteret har merverdi. Registreringen er basert på hjemmelstankegangen, med omfattende rutiner for registrering, som kan bidra til noe ulik praksis. Det medfører at det er vanskelig å

sammenligne med foretakenes vurderinger av kapasitet og behov for Leger i de ulike spesialitetene.

- Innenfor noen spesialiteter er det behov for å styrke fokus på framtidig behov opp mot dagens utdanningskapasitet. I tillegg er det «overutdanning» av enkelte spesialiteter.
- Faste stillinger for Leger i Spesialisering fra 2015 har bidratt til noe «opphopning» i stillinger som Legespesialist i enkelte spesialiteter. Disse stillingene opptar da stillinger som burde vært benyttet til spesialistutdanningen.
- Kravene knytet til at alle allmennleger skal være spesialister i Allmennmedisin har bidratt til økt press på foretakene for å kunne stille utdanningsstillinger til disposisjon. I flere av foretakene er det ikke avsatt egne utdanningsstillinger for leger i spesialistutdanning i allmennmedisin. De går inn i vikariater for andre leger i spesialisering ved bla svangerskapspermisjoner, forskningspermisjoner etc. Mangel på egnede plasser for Allmennlegenes sykehustjeneste gir en logistikkutfordring.
- Kravet om at alle fastleger skal ha spesialistutdanning som allmennlege kan øke behovet for utdanningsaktiviteter i helseforetakene for denne legegruppen. Samtidig vil en i ny utdanningsordning kunne korte ned sykehustjenesten noe. Ved at de registreres i vikariater er det imidlertid liten oversikt over hvor mange som er i dette utdanningsløpet.
- Nye spesialiteter som Rus- og avhengighetsmedisin, Akutt- og mottaksmedisin tar det tid å bygge opp tilstrekkelig utdanningskapasitet, bla pga mangel på veiledere etc.
- Ny teknologi og undersøkelsesmåter/metoder vil medføre en økning i antallet leger med behov for tilleggskompetanse/fagområde – som informatikk.
- Opprettelsen av nasjonale sentra, regionale sentra – endringer i funksjonsfordeling og struktur, etablering av nye sykehus vil innvirke på behovet for antallet leger og behovet for spesialisering. Det er viktig at foretakene, RHF-et, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet arbeider sammen for å få på plass nødvendige ressurser og infrastruktur til gode analyser for å kunne foreta veivalg og prioriteringer.
- Det er behov for et helhetsperspektiv i forhold til opprettelse av hjemler i avtalepraksis opp mot den tiden det tar å utdanne til vekst i stillinger.
- Ny utdanningsstruktur for leger i spesialisering krever at foretakene samarbeider om utdanningen slik at utdanningsløpene totalt sett skal kunne gjennomføres raskere og mer effektivt. Omfanget av læringsmål og krav til innholdet i utdanningen har medført økt press på enkelte foretak i forhold til å dekke opp for særskilte læringsmål i gjennomstrømningsstillinger, og det oppstår tidvis kø for å få tjeneste til å dekke særskilte læringsmål som krever ytterligere koordinering av utdanningsaktivitetene.
- Kravene til forsterket veiledning og supervisjon i ny utdanning, kan bidra til at utdanningstiden økes, selv om målsetningen i ny utdanningsstruktur er raskere gjennomstrømming/utdanningstid.

En tilleggs utfordring som har oppstått etter avviklingen, er endringene i arbeidsmiljøloven §14-9 som gir vikarer rett til fast stilling etter 3 år. Endringen omfatter også leger i spesialisering som tar deler av sin utdanning i vikariater som del av sin spesialistutdanning. 3 årsregelen har bla. medført at mer enn 100 leger i Helse Sør-

Øst har fått fast ansettelse, og går inn i stillinger som skulle vært benyttet til gjennomstrømming av leger fra andre foretak. Dette sammen med legespesialister som er ferdig utdannet, gir kapasitetsutfordringer for utdanningsstillinger som kunne blitt benyttet som gjennomstrømningsstillinger.

Problemet oppstår særlig i de spesialiteter der utdanningskapasiteten for gruppe 1 tjeneste (Spesialiserte læringsmål) er begrenset. Det er tendenser til at utdanningskapasitet for spesialisert tjeneste er redusert i mange av spesialitetene.

I tillegg er det flere som velger å stå i faste LiS stillinger etter at de er ferdige legespesialister, i Helse Sør-Øst utgjør dette nesten 90 personer som er ferdig legespesialister som venter på ledig overlegestilling, men som ikke ønsker å flytte til et annet foretak.

Det er vanskelig for spesialisthelsetjenesten å si mye om legedekningen i primærhelsetjenesten og distriktskommuner. En effektiv og velfungerende spesialisthelsetjeneste helt avhengig av en robust og høykompetent kommunehelsetjeneste for også å løse sine oppgaver. Pasientene ønsker og bør behandles på riktig nivå i helsetjenesten. Vi ønsker å trekke frem et par områder som bør få spesiell oppmerksomhet fremover i forhold til behov for både økt kompetanse og muligens noen organisatoriske tiltak.

I Helse Sør-Øst RHF gjennomfører vi for tiden et eget prosjekt knyttet til spesialisthelsetjenestens ansvar innenfor barne- og ungdomspsykiatri. Våre konklusjoner så langt er at det vil være behov for en økt satsning innenfor denne spesialiteten fremover og vi vil tro det samme gjelder for voksenpsykiatrien. Det noen utfordringer knyttet til innføringen av pakkeforløpene i psykisk helse og samarbeid/ansvar mellom sektorene – dette påvirker bruken av legeressursene.

Et annet område er spesialistutdanningen av allmennleger. Vi har foreløpig liten oversikt over behovet for utdanning for denne spesialiteten, ut over Oslo kommune som vi vet har behov for å få utdannet et betydelig antall spesialister for å innfri kravet i ny forskrift. Det er avgjørende at bærebjelken i helsetjenesten – fastlegene fungerer optimalt med rett kompetanse og at institusjonene som kommunene har ansvaret for har riktig kompetanse og tilstrekkelig ressurser. Vi ser at dette kan bli en utfordring, spesielt i forhold til de som har behov for å gjennomføre utdanningen etter gammel ordning. Det er muligens behov for noen insentiver for å motivere for konvertering til ny ordning og få gjennomført flere raskere etter ny ordning.

Helse Sør-Øst RHF erfarer at fordelingen av antallet legestillinger i regionen er forholdsvis lik etter endringen. Alle helseforetakene i regionen har en økning i antallet LiS stillinger og overlegestillinger, med unntak av Sykehuset Innlandet HF. Vi ser en liten økning i antallet overlegestillinger sett opp mot utdanningsstillinger.

På forespørsel til helseforetakene om spesialiteter som har behov for spesiell oppmerksomhet, ut over barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og allmennleger, trekker de frem følgende spesialiteter i vår region:

- Rus- og avhengighetsmedisin
- Diagnostiske fag (patologi, medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi, medisinsk biokjemi, nukleærmedisin)
- Hud- og veneriske sykdommer
- Øye
- Generell kirurgi
- Geriatri

I forbindelse med endringene i reglene for fast ansettelse av leger i spesialisering i 2015, ble det gjort et omfattende kartleggings og analysearbeid i regi av det regionale helseforetaket. Bakgrunnen for dette arbeidet, var å bidra til at det ble opprettet gjennomstrømningsstillinger for å dekke utdanningskapasiteten til gruppe 1 tjeneste for alle helseforetakene i regionen. Vi ser behov for å gjennomføre denne type analyser regelmessig for å følge opp at utdanningskapasiteten opprettholdes og at det er de spesialitetene som har utfordringer får den rette oppmerksomheten og prioriteten.

I Helse Sør-Øst opplever vi at samarbeidet rundt LiS utdanningen mellom foretakene fungerer godt, med koordineringsfunksjon fra det regionale helseforetaket og det regionale utdanningssenteret. Ut over etableringen av regionalt utdanningssenter, har ikke det regionale helseforetaket sett behov for å lage formelle begrensinger eller strukturer som sikrer de spesialitetene som kan få et økende behov i fremtiden. Vi er noe usikre på hvilke tiltak som vil være hensiktsmessig i slike tilfeller.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Svein Tore Valsø
direktør personal og kompetanseutvikling

Jarle Henriksen
utdanningssjef

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Dykkar ref.: Vår ref.:
2019/8152 - 56948/2019

Sakshandsamar:
Ola Jøsendal

Dato:
25.11.2019

Vedkomande førespurnad om innspel til evaluering etter avvikling av nasjonal regulering av legestillingar.

Direktoratet ber om innspel frå dei regionale helseføretaka på utviklinga innanfor tre områder:

- Legedekning i primærhelsetenesta sett i relasjon til spesialisthelsetenesta
- Regional fordeling av legestillingar, inkludert legedekning i distriktskommunar og ved lokale sjukehus
- Dei ulike spesialitetane, inkludert utdanningsstillingar i sårbare spesialitetar

Ordninga med nasjonal regulering av legestillingar blei avvikla i 2013. Årsaka til dette var at dei regionale helseføretaka hadde behov for meir fleksibilitet i fordeling av legestillingar og utdanning av spesialistar i dei regionale helseføretaka. Ved avviklinga peikte HOD på at dei regionale helseføretaka måtte ivareta ansvaret for å sikre utdanninga av spesialistar.

Endring i Arbeidsmiljølova § 14-9 gav vikarar rett til fast tilsetjing etter tre år i vikariat. Det er og ei grense på tal år ein kan nytta midlertidig tilsetjing. Innføring av ein 4 års grense har og hatt innverknad for legar. Det blei og inngått tariffavtale mellom Spekter og Legeforeningen der ein har regulert fast tilsetjing for legar i spesialisering. Helse Vest RHF er ikkje kjend med at dette har ført til store utfordringar for våre helseføretak. Når Helse Vest RHF saman med helseføretaka startar arbeidet med dimensjonering og langsiktig planlegging for kva spesialitetar som må ha særskilt fokus dei neste åra kan det føre til endringar i kva spesialitetar det blir rekruttert legar til i LiS 2/3.

Legedekning i primærhelsetenesta sett i relasjon til spesialisthelsetenesta

Fleire kommunar i regionen har opplyst at dei ikkje får tilsett tilstrekkeleg tal nye fastlegar i ledige avtaleheimlar. Helse Vest RHF har ikkje grunn til å anta at bruk av regulering, til dømes ved å gå tilbake til tidlegare ordning, vil ha nokon verknad på utfordringa med rekruttering av fastlegar. For kommunar som tilbyr fast tilsetjing er det eit tiltak som ser ut til å verka positivt. Vårt inntrykk er at dette er et tiltak fleire kommunar vurderer. Kva tiltak som skal til for å sikre god rekruttering til fastlegeheimlar blir utreda i kommunane.

Regional fordeling av legestillingane, inkludert legedekning i distriktskommunar og ved lokalsjukehus

Ordninga som blei sett i verk i 2013 førte til større fleksibilitet og betra legedekning lokalt og regionalt. Fleire av dei aller minste sjukehusa i vår region har likevel utfordringar med å rekruttere spesialistar. Det gjeld fleire spesialitetar og tilstrekkeleg tal spesialistar. Dette er ikkje eit resultat av at føretaka har redusert tal legestillingar, men heng saman med små og sårbare fagmiljø.

Helse Vest RHF følger nøye utviklinga når det gjeld rekruttering og fordeling av legar i helseføretaka. Oppretting av nye legestillingar skal fylgje budsjettprosessen og prioriterte fagområder. Helse Vest RHF har starta eit arbeid for å gå igjennom dimensjonering av behovet for utdanning/rekruttering innan kvar spesialitet. Dette arbeide skal leggja eit godt grunnlag for vurdering av framtidig behov for legar innan kvar spesialitet.

Vurdering av andre tilhøve som er påverka av avvikling av nasjonal regulering

Dei fire lokale helseføretaka har meldt at dei i all hovudsak har opplevd ei betring når det gjeld legedekning etter 2013. Føretaka står friare ved tilsetjing av spesialistar, med større fleksibilitet og avvikling av såkalla grå stillingar.

Ny spesialistutdanning for legar føreset at det blir etablert utdanningsplan og fagmiljøa må strukturere planlagt utdanning på ein heilt anna måte enn tidlegare.

Sjølv om føretaka er positive til endringa som kom i 2013, er det grunn til å vere kritisk til nokre konsekvensar av endringa i rapporteringa til Legestillingsregisteret. Helse Vest RHF la til grunn at helseføretaka skulle legge fram prioritert oversyn over kva fagområder som skulle få ein auke i tal legar, gjennom budsjettprosessen. Vi ser at dette ikkje har vært følgt godt nok dei siste åra. Føretaka i Helse Vest RHF rapporterte tidlegare til Legestillingsregisteret med løpenummer som gav grunnlag for historisk oppfølging. Dei tre andre regionane rapporterte til Legestillingsregisteret utan løpenummer. Helsedirektoratet valde å avvikla legestillingsregisteret slik det var meint med løpenummer som viktig grunnlag for å følgje utviklinga over tid. Helsedirektoratets endring av legestillingsregisteret frå å krevja historikk ved bruk av løpenummer ved inn og utmelding i registeret medførte at Helse Vest RHF måtte gå over til revidert legestillingsregister som avvikla grunnlaget for historikk. Alle historiske data falt bort.

Helse Vest var ikkje nøgd med denne endringa og ein ser at legestillingsregisteret slik det var meint har mista viktig funksjon. Med dette falt også grunnlaget for viktig kontroll bort. Helse Vest vil følgja opp helseføretakas prioritering av nye legestillingar tettare opp. Helseføretaka må leggja fram oversyn over prioriterte områder.

Helse Vest har planlagt gjennomgang av dimensjoneringa i 2020 så snart oppdaterte grunnlagsdata frå SSB, Helsemod, NPR med meir føreligg våren 2020. Helse Vest vil nytte Nasjonal bemanningsmodell. I tillegg vil vi sjå nærare på behovskomponentane når inntektsutvalet har levert sin rapport.

Vennleg helsing

Ola Jøsendal
Assisterande fagdirektør

Hilde Christiansen
Direktør medarbeidar, organisasjon
og teknologi

Dokumentet er elektronisk godkjent og treng inga signatur



Helsedirektoratet
Erik Sirnes
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Vår referanse: 13/00394-18
Arkivkode: G21
Saksbehandler: Liv Overaae,
Deres referanse: 19/35838-3
Dato: 28.10.2019

KS' innspill til evaluering etter avvikling av nasjonal regulering av legestillinger

Det vises til forespørsel om innspill til evaluering etter avvikling av nasjonal regulering av legestillinger.

Helsedirektoratet ber om innspill på utviklingen innen følgende områder, sett fra KS' perspektiv:

- legedekningen i primærhelsetjenesten sett i relasjon til spesialisthelsetjenesten
- regional fordeling av legestillingene, herunder legedekningen i distriktskommuner
- de ulike spesialitetene, herunder utdanningsstillinger

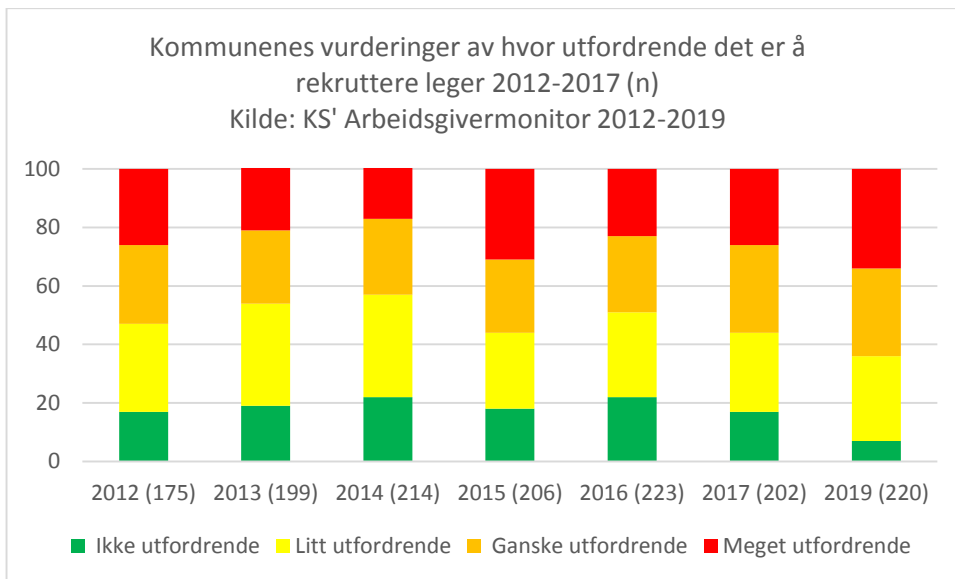
Andre innspill knyttet til utviklingen etter avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger ønskes også velkommen.

Bakgrunn

I St. meld. nr. 47 (20028-2009) Samhandlingsreformen ble det lagt til grunn at kommunehelsetjenesten skulle styrkes med 2000 nye legestillinger. Dette bl.a. skulle oppnås gjennom en streng regulering av nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen av legeårsverk etter at den nasjonale reguleringen ble avviklet viser imidlertid at veksten i spesialisthelsetjenesten har vært betydelig større enn i kommunehelsetjenesten, hhv 26 og 20 prosent. Sagt på en annen måte innebærer dette at bare om lag 20 prosent av nyutdannede leger i perioden har gått til kommunehelsetjenesten, og flere kommuner enn før melder om at det er vanskelig å sikre en stabil legetjeneste til befolkningen.

Det er nå så mange som seks av ti (Kilde: KS Arbeidsgivermonitor 2019) som sier at det er meget eller ganske utfordrende å rekruttere leger.



En konsekvens av den vanskelige rekrutteringssituasjonen er at det nå er 100 fastlegelister er uten fast tilknyttet lege, dvs at omlag 55 000 innbyggere ikke har fastlege i dagens situasjon. Kommunene må sørge for legetjenester til disse – ofte gjennom ulike kostbare vikar- og vaktordninger.

KS har gjennom to rapporter fra IPSOS dokumentert at kommunene subsidierer fastlegeordningen. I 2018 utgjorde dette om lag 440 millioner kroner, noe som er en økning på mer enn ti prosent fra året før. Det er ikke lenger «bare» små distriktskommuner som må «skjote på» hovedmodellen for å ivareta sitt sørge-for-ansvar – også større kommuner og bykommuner opplever nå utfordringer både med å rekruttere og å beholde fastleger. Allikevel er det grunnlag for å si at utfordringene fortsatt er størst i små og desentrale kommuner, ikke minst i nord.

Utdanning av legespesialister i allmennmedisin er et nytt ansvar for kommunene. Tidligere lå dette ansvaret hos legene selv. Det er utfordrende for mange kommuner å ta en slik oppgave. Det er ikke tilført ekstra kompetanse eller øvrige ressurser til dette, med unntak av en økning i tilskudd som kan søkes til etablering, og nå til ALIS kontorer på fem steder i Norge.

Helsedirektoratet har fulgt utviklingen i legefördeling og legestillinger nasjonalt i perioden fra 2013. det som er referert overfor bygger derfor mest på erfaringer og de opplevelser vi får meldt fra kommunene. Det ser ut til at sykehusene i større grad enn kommunene rekrutterer de nyutdannede legene, og situasjonen er nå svært vanskelig i en del kommuner.

Åse L. Snåre
Avdelingsdirektør

Liv Overaae
Spesialrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk.



Helsedirektoratet

Sendt kun pr. e-post : Erik.sirnes@helsedir.no

Deres ref.:

Vår ref: SAK2019014989

Dato: 18.11.2019

Innspill til evaluering etter avvikling av nasjonal regulering av legestillinger

Det vises til Helsedirektoratets brev av 27.09.19, med forespørsel om innspill til evaluering etter avvikling av nasjonal regulering av legestillinger. Legeforeningen ser positivt på at Helsedirektoratet evaluerer, og takker for muligheten for å komme med innspill.

Legeforeningen støttet avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger da det ble gjennomført i 2013. Tiden hadde løpt fra et slikt system. På grunn av behov ut over de stillingene som ble tildelt av Nasjonalt råd, oppsto det blant annet en rekke såkalte "grå stillinger", som bidro til en uryddig ansettelsespraksis og utfordringer i forhold til spesialistutdanningen. Dette ble det ryddet opp i med avviklingen av det regulerte stillingssystemet. Med fjerningen av systemet kunne det gjøres ansettelser basert på konkret vurdering av reelle behov for den enkelte virksomhet uten unødvendig byråkrati.

Legeforeningen ser at det pr i dag er betydelige utfordringer med legedekningen – og særlig i primærhelsetjenesten med en fastlegeordning i krise.. Også før 2013 var det i stor grad opp til kommunene om det skulle etableres nye hjemler. Vårt inntrykk var at Nasjonalt råd sjeldent avsto søknader fra kommunene. At det ikke har blitt opprettet flere fastlegehjemler, tross et stort behov, har sammenheng med rammevilkårene i ordningen, og ikke avviklingen av den nasjonale reguleringen i 2013.

LIS1-systemet er den store flaskehalsen. Legeforeningen og Helsedirektoratet er enige om at det er behov for 200 nye LIS1 stillinger for å dekke det fremtidige behovet for legestillinger. Dessverre har dette ikke blitt prioritert i årets statsbudsjett – ut over 19 stillinger i 2021 og ytterligere 19 stillinger i 2022. Dette er alt for lite, alt for sent.

Vår kartlegging i forbindelse med spørsmålet om LIS1-situasjonen viser at det er forholdsmessig få LIS1 på en del store sykehus. Legeforeningen antar det kan være en etterlevning fra tankegangen fra det regulerte systemet, der fordelingen av de gamle turnusstillingene skulle bidra til å sørge for legedekningen i distriktene. Legeforeningen mener det nå må finnes andre mekanismer for legedekning i distriktene, og at det prekære



behovet for flere LIS1 kan løses blant annet ved opprettelse av flere LIS1-stillinger på store sykehus (herunder særlig OUS).

Vedlagt følger en tabell basert på Legeforeningens medlemsregister som kan være interessant for Helsedirektoratet. Dette er en tabell for yrkesaktive spesialister som er ansatt i helseforetakene, en krystabell med spesialitet mot RHF, med data fra Legeforeningens lege-/medlemsregister per i dag. Vårt medlemsregister er godt oppdatert for spesialistene, og denne tabellen gir et godt og robust bilde av spesialistdekningen i RHFene kryssset mot spesialitet.

Tabellen kan beskrives enten per spesialitet eller per RHF. Noe av det tabellen viser:

- RHF Sør-Øst har en spesialistdekning som ligger tett opp mot hva det er for landet som helhet. Men merk at dette er en tabell som kun inkluderer spesialistene som er ansatte i RHF-ene. Når det gjelder spesialister i sykehus utenfor foretaksstrukturen og privatpraktiserende spesialister, har Sør-Øst en høyere andel enn folketallet skulle tilsi, og dermed er dette tilfellet totalt sett for RHF Sør-Øst. På den annen side har RHF Sør-Øst antakelig pasienter fra de øvrige RHF-ene i større grad enn de andre. Det er imidlertid store variasjoner mellom spesialitetene.
- RHF Vest har den klart laveste spesialistdekningen av alle RHF-ene. Her er det de største spesialitetene som slår ut, som indremedisin, generell kirurgi, psykiatri, radiologi og fødselshjelp og kvinnesykdommer. Muligens kompenseres lavere spesialistdekning i RHF Vest et stykke på vei med en høyere andel LIS, samt en del institusjoner utenfor foretaksstrukturen.
- RHF Midt-Norge har den høyeste spesialistdekningen av alle RHF-ene. Likevel har RHF Midt-Norge den laveste spesialistdekningen i enkeltspesialiteter som psykiatri, onkologi og patologi. Og de har relativt få privatpraktiserende spesialister og spesialister i institusjoner utenfor foretaksstrukturen.
- RHF Nord har den nest høyeste spesialistdekningen. Det er likevel en del små spesialiteter som vil være "sårbare" i den forstand at det er såpass få at en eller to spesialister fra eller til kan gi enorme utslag for spesialistdekningen også for hele RHF-et under ett. Likevel har også RHF Nord den laveste spesialistdekningen av alle i enkeltspesialiteter som anesthesiologi, barnesykdommer, lungesykdommer og øyesykdommer. Og de har meget få privatpraktiserende spesialister og spesialister i institusjoner utenfor foretaksstrukturen.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Legeforeningen ber om å få anledning til å gi innspill til rapportutkast før dette ferdigstilles.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Lars Duvaland
Avdelingsdirektør

Saksbehandler: Hanne Gillebo-Blom

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Yrkesaktive spesialister under 70 år fordelt på RHF basert på registrert hovedstilling, kun ansatte i helseforetakene, Dnlfs medlemsregister per 28.10.2019. Merk at hver lege er telt én gang per spesialistgodkjenning og at det totalt sett er 1,28 spes.godkj. per spesialist.

Råttall	RHF Sør-Øst	RHF Vest	RHF Midt-Norge	RHF Nord	Sum hele landet
Akutt- og mottaksmedisin	10	0	2	0	12
Allmennmedisin	126	53	62	31	272
Anestesiologi	449	159	146	68	822
Arbeidsmedisin	28	8	6	8	50
Barne- og ungdomspsykiatri	145	56	51	24	276
Barnekirurgi	15	1	2	0	18
Barnesykdommer	314	106	77	37	534
Blodsykdommer	42	15	18	2	77
Bryst- og endokrinkirurgi	30	12	8	4	54
Endokrinologi	42	19	10	3	74
Fordøysessykdommer	93	32	31	16	172
Fysikalsk medisin og rehabilitering	64	21	24	12	121
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	250	73	73	42	438
Gastroenterologisk kirurgi	135	43	36	25	239
Generell kirurgi	381	122	99	79	681
Geriatrici	42	9	17	8	76
Hjertesykdommer	172	64	45	32	313
Hud- og veneriske sykdommer	30	22	17	9	78
Immunologi og transfusjonsmedisin	19	11	5	5	40
Indremedisin	743	230	204	111	1288
Infeksjonssykdommer	70	18	14	7	109
Karkirurgi	41	14	8	10	73
Klinisk farmakologi	20	5	12	4	41
Klinisk nevrofysiologi	15	6	3	5	29
Lungesykdommer	81	32	24	12	149
Maxillofacial kirurgi	9	0	2	0	11

Medisinsk biokjemi	37	13	9	6	65
Medisinsk genetikk	25	9	2	5	41
Medisinsk mikrobiologi	46	20	17	11	94
Nevrokirurgi	38	16	11	8	73
Nevrologi	213	46	32	33	324
Nukleærmedisin	33	7	4	5	49
Nyresykdommer	61	20	17	15	113
Onkologi	151	56	36	25	268
Ortopedisk kirurgi	189	92	91	41	413
Patologi	116	50	22	22	210
Plastikkirurgi	54	24	6	6	90
Psykiatri	493	157	149	85	884
Radiologi	410	119	95	59	683
Revmatologi	36	20	18	15	89
Rus- og avhengighetsmedisin	39	14	12	8	73
Samfunnsmedisin	15	8	9	5	37
Thoraxkirurgi	19	10	7	10	46
Urologi	80	21	19	15	135
Øre-nese-halssykdommer	81	39	32	23	175
Øyesykdommer	112	35	29	15	191
Sum spesialistgodkjenninger	5 614	1 907	1 613	966	10 100
Sum spesialister (unike personer)	4 397	1 500	1 225	750	7 872
Folketall	3 016 020	1 113 595	730 580	485 404	5 345 599
Spesialistgodkj. Per spesialist	1,28	1,27	1,32	1,29	1,28

Yrkesaktive spesialister under 70 år fordelt på RHF basert på registrert hovedstilling, kun ansatte i helseforetakene, Dnlfs medlemsregister per 28.10.2019. Merk at hver lege er telt én gang per spesialistgodkjenning og at det totalt sett er 1,28 spes.godkj. per spesialist.

Råttall	Spesialister per 100.000 innbyggere				
	RHF Sør-Øst	RHF Vest	RHF Midt-Norge	RHF Nord	Sum hele landet
Akutt- og mottaksmedisin	0,33	0,00	0,27	0,00	0,22
Allmennmedisin	4,18	4,76	8,49	6,39	5,09
Anestesiologi	14,89	14,28	19,98	14,01	15,38
Arbeidsmedisin	0,93	0,72	0,82	1,65	0,94
Barne- og ungdomspsykiatri	4,81	5,03	6,98	4,94	5,16
Barnekirurgi	0,50	0,09	0,27	0,00	0,34
Barnesykdommer	10,41	9,52	10,54	7,62	9,99
Blodsykdommer	1,39	1,35	2,46	0,41	1,44
Bryst- og endokrinkirurgi	0,99	1,08	1,10	0,82	1,01
Endokrinologi	1,39	1,71	1,37	0,62	1,38
Fordøyelsessykdommer	3,08	2,87	4,24	3,30	3,22
Fysikalsk medisin og rehabilitering	2,12	1,89	3,29	2,47	2,26
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	8,29	6,56	9,99	8,65	8,19
Gastroenterologisk kirurgi	4,48	3,86	4,93	5,15	4,47
Generell kirurgi	12,63	10,96	13,55	16,28	12,74
Geriatrici	1,39	0,81	2,33	1,65	1,42
Hjertesykdommer	5,70	5,75	6,16	6,59	5,86
Hud- og veneriske sykdommer	0,99	1,98	2,33	1,85	1,46
Immunologi og transfusjonsmedisin	0,63	0,99	0,68	1,03	0,75
Indremedisin	24,64	20,65	27,92	22,87	24,09
Infeksjonssykdommer	2,32	1,62	1,92	1,44	2,04
Karkirurgi	1,36	1,26	1,10	2,06	1,37
Klinisk farmakologi	0,66	0,45	1,64	0,82	0,77
Klinisk nevrofysiologi	0,50	0,54	0,41	1,03	0,54
Lungesykdommer	2,69	2,87	3,29	2,47	2,79
Maxillofacial kirurgi	0,30	0,00	0,27	0,00	0,21

Medisinsk biokjemi	1,23	1,17	1,23	1,24	1,22
Medisinsk genetikk	0,83	0,81	0,27	1,03	0,77
Medisinsk mikrobiologi	1,53	1,80	2,33	2,27	1,76
Nevrokirurgi	1,26	1,44	1,51	1,65	1,37
Nevrologi	7,06	4,13	4,38	6,80	6,06
Nukleærmedisin	1,09	0,63	0,55	1,03	0,92
Nyresykdommer	2,02	1,80	2,33	3,09	2,11
Onkologi	5,01	5,03	4,93	5,15	5,01
Ortopedisk kirurgi	6,27	8,26	12,46	8,45	7,73
Patologi	3,85	4,49	3,01	4,53	3,93
Plastikkirurgi	1,79	2,16	0,82	1,24	1,68
Psykatri	16,35	14,10	20,39	17,51	16,54
Radiologi	13,59	10,69	13,00	12,15	12,78
Revmatologi	1,19	1,80	2,46	3,09	1,66
Rus- og avhengighetsmedisin	1,29	1,26	1,64	1,65	1,37
Samfunnsmedisin	0,50	0,72	1,23	1,03	0,69
Thoraxkirurgi	0,63	0,90	0,96	2,06	0,86
Urologi	2,65	1,89	2,60	3,09	2,53
Øre-nese-halssykdommer	2,69	3,50	4,38	4,74	3,27
Øyesykdommer	3,71	3,14	3,97	3,09	3,57
Sum spesialistgodkjenninger	186,14	171,25	220,78	199,01	188,94
Sum spesialister (unike personer)	145,79	134,70	167,67	154,51	147,26

RHFenes kriterier for vurdering av legespesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet

Høy alder blant overleger

Det kan oppstå et kompetansegap innenfor en spesialitet dersom mange leger går av med pensjon de neste årene uten at det utdannes nye spesialister¹.

Lavt volum².

Noen spesialiteter er veldig små i volum, noe som gjør spesialitetene avhengig av enkeltpersoner. Det er viktig å ha oppmerksomhet på disse spesialitetene for å unngå plutselig mangel på viktig kompetanse

Utfordringer med å finne kvalifiserte søkere³

Noen spesialiteter er mer populære enn andre og tiltrekker seg flere søkere. En årsak til dette kan være grad av vaktbelastning, krav i organiseringen, muligheter for livsfasetilpasning eller de enkelte fags «anseelse» i det medisinske miljø. Samtidig spiller media og størrelse på legespesialiteten en viktig rolle i «markedsføring» av spesialiteter. Store fag bestående av flere spesialister har en naturlig tyngde gjennom et større volum av spesialister. Små fag med færre spesialister kan bli mer usynlige. Samtidig kan media ha en positiv innvirkning på spesialiteter.

Utdanning av for få spesialister i forhold til behov for overleger og utdanningskapasitet⁴

En for lav LiS-andel innenfor en spesialitet kan indikere behov for strategisk oppmerksomhet. En for lav utdanningsandel gir ikke bare sårbarhet i forhold til levering av nødvendige helsetjenester til pasientene i dag, men kan også føre til økte kostnader og enda større kapasitetsutfordringer i fremtiden. Bruk av vikarer kan for eksempel være en indikasjon på mangelfull utdanning av spesialister innenfor en spesialitet. Tall fra HINAS viser at kostnader knyttet til bruk av legevikarer i 2015 var omtrent 323 million for alle RHF samlet. Forholdstallet mellom LiS-leger og overleger per spesialitet kan også være en indikasjon på hvor utdanningen er for lav i dag.

Høy turnover⁵

Noen spesialiteter har en høyere turnover enn andre. Det kan være flere årsaker til dette. En årsak kan være størrelsen av det private markedet. Det er viktig å skille det private markedet i aktører som driver med spesialisthelsetjeneste i samsvar med de nasjonale prioriteringene og i avtale med det offentlige og aktører som driver kommersiell virksomhet på siden av de nasjonale prioriteringene. At spesialister går over til det private kommersielle marked helt utenfor de offentlige prioriteringene, kan være uheldig da utdanning av legespesialister er kostbart og tidkrevende. Det er viktig at riktige incentivordninger er på plass for å beholde leger, og derav kunne skape kontinuitet i tjenestetilbudet.

Høy behovsvekst på grunn av økt antall eldre⁶

For noen spesialiteter vil det være økt behov for aktivitet i fremtiden på grunn av befolkningsutviklingen. For spesialiteter med stort innslag av eldre pasienter vil veksten være større enn i andre spesialiteter.

¹ Eksempel på indikator(er): Gjennomsnittsalder, medianalder og andel ansatte over 60 år. Informasjonskilde: Lønn- og personalsystemer.

² Eksempel på indikator(er): Antall ansatte og brutto månedsverk. Informasjonskilde: Lønn- og personalsystemer.

³ Eksempel på indikator(er): Antall søkere. Informasjonskilde: Webcruiter statistikk, informasjon fra helseforetakene.

⁴ Eksempel på indikator(er): LiS-leger per overlege, flaskehalser (kvalitativ vurdering), frafall LiS-leger i løpet av spesialiseringsløpet, ferdigutdannede LiS-leger / totalt antall LiS-leger. Informasjonskilde: HINAS tall, lønn- og personalsystemer og interne prosjekter.

⁵ Eksempel på indikator(er): Ekstern turnover. Informasjonskilde: Lønn- og personalsystemer.

⁶ Eksempel på indikator(er): prosent vekst i behov fra 2015 til og med 2035. Informasjonskilde: Nasjonal bemanningsmodell.

Stor endring i behov på grunn av medisinsk og teknologisk utvikling og nye behandlingsmetoder⁷

Nye behandlingsmetoder kan føre til endringer i behov for kompetanse og ferdigheter. Teknikker og oppgaver endres. Det er forventet en mindre vekst innen kirurgi grunnet fremvekst av mindre invasive behandlingsmetoder. Økt kunnskap om hva som gir helsegevinst for pasienten, kan dessuten innen enkelte kirurgiske fag framover føre til en snevrere indikasjon for operativ behandling, og dermed færre operasjoner enn i dag. Innenfor støttefag som driver med diagnostikk er det ventet en behovsvekst på grunn av nye metoder. Denne behovsveksten trenger ikke nødvendigvis bare omfatte legespesialister, men gjerne også andre typer fagkompetanse.

Store endringer i behov på grunn av endret organisering⁸

Endringer i organiseringen av aktivitet kan føre til en endring i behov for spesialister. For eksempel hvilke yrkesgrupper som kan gjøre en oppgave. Et eksempel er utviklingen i telemedisin som gjør det mulig for radiografer å gjøre pasientundersøkelser som radiologen tolker et annet sted, eller telemedisin benyttet innen hudfaget, der fastlegen er den som møter pasienten mens spesialisten får en mer konsultativ rolle. Et annet eksempel på oppgavedeling er overføring av tolkningsoppgaver fra radiolog til radiograf. Ved HiOA avslutter de denne høsten sitt første kull som har gjennomført videreutdanning i beskrivende radiografi der radiografer utdannes til å beskrive skjelettrøntgen⁹. Hvordan organiseringen av tjenesten fungerer, vil påvirke behov for spesialister.

Kjennetegn/faktorer som kan indikere økt sårbarhet - Ventetid¹⁰

Spesialiteter der det er høyt press på eksisterende kapasitet i dag bør ha strategisk oppmerksomhet. Årsaker til kapasitetsutfordringer i dag kan være mange og er ikke nødvendigvis kun knyttet opp til utdanningskapasitet. Dette kan for eksempel være uhensiktsmessig organisering av tjenester, manglende ressurser og mangelfulle incentivordninger. For eksempel kan lang ventetid være symptom på ineffektive prosesser eller støttesystemer. Et annet eksempel er samarbeidet mellom små og store sykehus i en region. Organisering av samarbeidet og incentivordninger for leger kan skape eller forhindre kapasitetsutfordringer, avhengig av hvor vellykket organiseringen er. Derfor behøver det ikke nødvendigvis være slik at der det er høyt press på eksisterende kapasitet i dag, også vil være høyt press i fremtiden.¹¹

Andre aspekter til vurdering¹²

I tillegg til kriteriene ovenfor er det gjort noen flere betraktninger knyttet til utviklingen i behov for kompetanse. Eksempel på indikator(er): Antibiotika resistens, innføring av screeningprogram for tarmkreft, endring av arbeidstidsbestemmelser som omfatter UTA, utvikling av nye kreftmedisiner som øker pasientvolum, etc.

⁷ Eksempel på indikator(er): Endringer i teknologi eller medisin, endringer behandlingsmetoder og evne til å ta i bruk nye og fase ut gamle behandlingsmetoder (kvalitativ vurdering). Informasjonskilde: Intervju fagdirektør RHF.

⁸ Eksempel på indikator(er): Endringer i antall vaktordninger, endringer overordnede føringer som krever mer tilstedeværelse av overleger i vakt. Informasjonskilde: Intervju fagdirektør RHF'ene

⁹ <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Tolking-og-beskrivelse-av-skjelettroentgenbilder>

¹⁰ Helsedirektoratet har kalt denne indikatoren ventetid fordi alle RHF enten bare har brukt et mål på ventetid eller en kombinasjon av ventetid og andre variabler i for denne indikatoren.

¹¹ Eksempel på indikator(er): Andel av ventetid >30 dager, andel kontakter med passert planlagt tid, brutto månedsverk / stillingsprosent, sykefravær. Informasjonskilde: Lønn- og personal systemer, DIPS og interne prosjekter.

¹² Informasjonskilde: Intervju fagdirektør RHF