

Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten

Rapport 2018

Rapport
IS-2789



Innhold

Innhold	1
Sammendrag	2
1. Innledning	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Årets rapport	4
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	12
3. Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester	13
3.1 Årsverksutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester	13
3.2 Fastleger	16
3.3 Legespesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i kommunene	24
3.4 Rekrutteringsutfordringer i kommunene	26
4. Leger i spesialisthelsetjenesten	29
4.1 Årsverksutvikling i spesialisthelsetjenesten	29
4.2 Leger fordelt på de regionale helseforetakene	31
4.3 Avtalespesialister	36
4.4 Legespesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten	38
5. Sammenligning av årsverksutviklingen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	50
Vedlegg	52

Sammendrag

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

Tilførsel av nye leger

I 2017 ble det autorisert 2 351 leger i Norge. Antallet er høyere enn de fleste av de foregående årene. Drøyt 7 av 10 autorisasjoner gikk til leger med utenlandsk utdanning, i stor grad norske statsborgere. Antall norske medisinstudenter i utlandet økte fram til studieåret 2015-2016, men det har vært en liten nedgang i de to siste studieårene.

Antall søkere til LiS1-stillinger har økt betraktelig de siste par årene, og dermed har en mindre andel av søkerne blitt tilsatt i de senere søknadsrundene. En økende andel av søkerne har utdanning fra utlandet. Mange av disse er norske statsborgere som har returnert etter medisinstudier i utenlandet.

De siste fire årene har det i gjennomsnitt blitt gitt 1 232 nye spesialistgodkjenninger årlig. Omkring hver femte av disse har vært konverteringer av en nordisk eller europeisk spesialistgodkjenning.

Utviklingen i kommunehelsetjenesten

Årsverksstatistikken viser en økning på 238 legeårsværk i kommunehelsetjenesten i 2017, tilsvarende en økning på 4,3 prosent. Dette er den største årlige økningen i perioden som dekkes i denne rapporten (2011-2017). Antall legeårsværk i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbyggere har økt fra 10,6 til 11,0 i 2017.

Fastlegene utfører den klart største delen av legenes arbeidsinnsats i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er fortsatt vekst i antall fastleger, og veksten bidrar til fortsatt reduksjon i gjennomsnittlig listelengde. Likevel viser arbeidstidsundersøkelser at fastlegene jobber svært mye. Årsakene til dette kommer ikke tydelig fram i statistikken på konsultasjoner og annen kontakt med fastlegen. Andelen fastlegelister uten fast lege er lav på nasjonalt nivå, men det er geografiske forskjeller. Vikarbruken i fastlegeordningen har økt klart de siste to årene. Vi vet lite om årsakene til dette. Enkelte har uttrykt bekymring for fastlegenes alderssammensetning. Hver tredje fastlege er 55 år eller eldre, og stadig flere av disse er 67 år eller eldre. Samtidig har det vært en god tilvekst av yngre fastleger over tid, og leger under 40 år utgjør omtrent 28 prosent av fastlegene, men det er verdt å merke seg at veksten i den yngste aldersgruppen har flatet ut de siste årene.

Det har vært en økende tilvekst av nye spesialister i allmennmedisin de seneste årene, og en stadig større andel av fastlegene er spesialister i allmennmedisin. Antall nye spesialister i samfunnsmedisin er høyere enn for noen år siden, og det er betydelig utdanningsaktivitet. Dette er viktig ettersom mange samfunnsmedisinere er i slutten av sine karrierer.

KS' arbeidsgivermonitor viser at mange norske kommuner har utfordringer med å rekruttere leger. Rekrutteringsutfordringer forekommer i ulike type kommuner. NAVs bedriftsundersøkelse viser et økende behov for allmennleger, og en estimert mangel på 200 allmennpraktiserende leger.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten

Årsverksstatistikken viser at veksten i spesialisthelsetjenesten fortsatt er høy, med en økning på 613 årsverk siste år, tilsvarende nesten 4 prosent. Veksten er fremdeles større enn befolkningsveksten, og antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten per 10 000 innbyggere har økt fra 29,7 i 2016 til 30,6 i 2017.

Statistikk på LiS1-stillinger og tilbakemeldinger fra de regionale helseforetakene tilsier at det er god tilgang på leger med grunnutdanning. Samtidig viser bedriftsundersøkelsen til NAV at det er behov for flere legespesialister. Dette kan trolig bidra til å forklare hvorfor såpass mange spesialistgodkjenninger er konverteringer.

I 2018 er det en LiS-andel på 39,7 prosent i spesialisthelsetjenesten, som er en liten økning fra 2017. Blant regionene er det Helse Nord RHF som har den høyeste andelen LiS, mens Helse Midt-Norge RHF har den laveste andelen.

Vi foretar også en vurdering av hvilke legespesialiteter som har særlig behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten. RHFene har levert analyser til rapporten om dette. Basert på RHFenes innspill og egne vurderinger, mener Helsedirektoratet at utviklingen gir særlig behov for strategisk oppmerksomhet på utviklingen innenfor store spesialiteter som radiologi, patologi, nevrologi og onkologi. Samtidig vurderer vi at det er behov for strategisk oppmerksomhet på utviklingen innenfor mindre spesialiteter som medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi, gastroenterologisk medisin og geriatri. Forutsetningene som lå bak tilsvarende vurdering i 2017 har i liten grad endret seg, og dette er de samme spesialitetene som vi trakk fram i fjorårets rapport.

Sammenligning av utviklingen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Det er stor tilvekst av nye leger, og det var totalt over 851 flere legeårsverk i 2017 enn i 2016. Veksten er relativt høy både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Samtidig jobber langt flere leger i spesialisthelsetjenesten, og i absolutte tall er økningen klart størst der; 613 av 851 nye årsverk går til spesialisthelsetjenesten. For første gang på flere år er den prosentvise veksten størst i kommunene. Helsedirektoratet vil fortsatt understreke at det er ønskelig at en større del av veksten skjer i kommunene, i tråd med målene i Samhandlingsreformen.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Da nasjonal kvotefordeling av legestillinger ble avvirket 1. juli 2013, slo Helse- og omsorgsdepartementet 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.

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

På grunnlag av Legestillingsregisteret (LSR) og andre informasjonskilder skal Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale helseforetakene og relevante aktører, utarbeide analyser av utviklingen i legemarkedet og av framtidig behov.

På bakgrunn av analysene som gjøres, skal Helsedirektoratet gi innspill til departementet. 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.

1.2 Årets rapport

Denne rapporten gis ut årlig, og årets rapport følger i stor grad samme oppsett som de siste års rapporter.

I **kapittel 2** omtales tilførsel av nye leger. Der legger vi fram statistikk om 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.

I kapittel 3 ser vi nærmere på utviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi ser på utviklingen når det gjelder legeårsverk i kommunene, før vi setter særlig fokus på utviklingen i fastlegeordningen. Vi omtaler veksten i antall fastleger, gjennomsnittlig listelengde, aldersutvikling, fastlegelister uten fast lege, bruk av vikarer, fastlegenes arbeidstid, konsultasjoner og bruk av fastlege, og fastleger med fastlønn. Vi undersøker i tillegg utviklingen innen legespesialitetene med behov for strategisk oppmerksomhet i kommunene; allmennmedisin og samfunnsmedisin. Basert på statistikk hentet inn av KS, kartlegger vi omfanget av rekrutteringsutfordringer i kommunene, og vi benytter NAVs bedriftsundersøkelse til å kommentere mangelen på allmennleger.

I kapittel 4 undersøker vi utviklingen i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til årsverksutviklingen i spesialisthelsetjenesten som helhet, legger vi fram oversikter over antall leger i spesialisering og overleger i helseforetakene, samt deres alders- og kjønnsfordeling. Vi omtaler også rekrutteringsutfordringer av legespesialister. Videre presenteres omfanget av avtalespesialister, fordelt på ulike spesialiteter.

Helsedirektoratet har bedt de regionale helseforetakene vurdere hvilke legespesialiteter i spesialisthelsetjenesten som har behov for strategisk oppmerksomhet, og direktoratet har også gjort egne vurderinger av dette. Vi legger også fram en oversikt over de ulike spesialitetene når det gjelder antall LiS og overleger og antall nye spesialistgodkjenninger de seneste årene, fordelt på norske regler og konverteringer.

I kapittel 5 sammenligner vi utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten.

Vi vil i årets rapport ikke omtale rekrutteringstiltak rettet mot leger i kommunale helse- og omsorgstjenester, slik vi har gjort tidligere. Dette henger sammen med at noen ordninger er avviklet, mens nye ordninger er foreslått. Vi vil derfor heller omtale dette nærmere i neste års rapport.

Vi vil heller ikke drøfte framskrivninger av framtidige behov for leger i noen stor grad, og viser til fjorårets rapport for nærmere omtale av dette. Grunnen til det er at det ikke er gjort nye framskrivninger utover oppdateringer og justeringer av framskrivingene som Dapi m.fl. gjorde i 2016¹. Nye HELSEMOD-framskrivninger av tilbud og etterspørsel etter leger vil være klare i 2019, og framskrivninger vil heller vektlegges i neste års rapport.

¹ Se Cappelen, Ådne, Bjørn Dapi, Hege Marie Gjefsen, Victoria Sparrman og Nils Martin Stølen. *Framskrivninger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2035*. SSB-rapport 2018/36 og Winger Eggen, Fernanda, Rolf Røtnes og Jørgen Steen. *Helse-Norge 2040 – hvordan vil framtiden bli?* Samfunnsøkonomisk analyse, rapport 1-2018.

1.3 Datagrunnlag

I denne rapporten benytter vi flere ulike datakilder:

Helsedirektoratets statusrapporter for LiS1-stillinger (og tidligere turnusstillinger): I etterkant av hver utlysningsrunde 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).

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 autorisasjon og spesialistgodkjenninger.

Fastlegeregisteret (FLR): Fastlegeregisteret er den viktigste datakilden i kapitlet om fastleger (kapittel 3.2). Fastlegeregisteret gir en oversikt over alle landets fastleger, inkludert karakteristikk ved disse, og kan vise tilknytningen mellom fastleger og innbyggere. 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 fastlegeordningen². Det er statistikk som er tilrettelagt for det formålet, som brukes i denne rapporten.

Legestillingsregisteret (LSR): Legestillingsregisteret er den mest sentrale datakilden i kapitlet om leger i spesialisthelsetjenesten. Registeret inneholder leger ansatt i spesialisthelsetjenesten (inkludert noen leger ansatt i private og ideelle institusjoner med driftsavtale med RHF'ene), fastleger (gjennom integrasjon med Fastlegeregisteret) og de fleste avtalespesialister.

Formålet med Legestillingsregisteret er å gi en nasjonal oversikt over legefordeling og spesialistutdanning av leger. LSR skal danne grunnlag for overvåking, framskrivning og analyse av utviklingen i legemarkedet. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utvikle LSR for å holde løpende oversikt over etablerte legestillinger i spesialisthelsetjenesten og kommunene. De regionale helseforetakene har et spesielt ansvar for at direktoratet til enhver tid skal kunne ha et oppdatert legestillingsregister.

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

² Se <https://helsedirektoratet.no/Sider/Statistikk-fastlege.aspx>

de to kildene. Kommunalt ansatte leger som ikke er fastleger og leger i helprivat virksomhet er ikke inkludert i registeret per i dag.

Som nevnt i flere tidligere rapporter, har det vært utfordringer med datakvaliteten i Legestillingsregisteret. Fra og med 2016 har alle de regionale helseforetakene automatisk integrasjon mellom sine lønns- og personalsystem og LSR, slik at alle ansettelser blir registrert i LSR. Datakvaliteten har blitt stadig bedre de siste årene, men det er imidlertid fortsatt duplikater i registeret, slik at noen leger kan være registrert med flere årsverk. I denne rapporten forholder vi oss derfor til sysselsatte leger, og ikke avtalte årsverk. Tidligere utfordringer med datakvaliteten innebærer at LSR ikke egner seg til sammenligninger tilbake i tid.

Årsverksstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB): For å kunne sammenligne utviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, benytter vi årsverksstatistikk fra SSB³. Denne statistikken brukes også i kapitlet om leger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i kapitlet om leger i spesialisthelsetjenesten.

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).

³ For noen år siden la SSB om sin innhenting av registerbasert sysselsettingsdata, noe som førte til et brudd i tidsserien. Dette omtales nærmere under tabell 12 i kapittel 4.1.

2. Tilførsel av nye leger

2.1 Medisinstudenter og nye autoriserte leger

Det er 636 studieplasser på medisinstudiet nasjonalt, og det har vært en økning på 56 studieplasser siden 2011. De siste fem årene har mellom 515 og 535 gjennomført medisinstudiet årlig. Som tabell 1 viser, er dette en nedgang sammenlignet med tilsvarende tall i 2011, som et resultat av en liten nedgang ved samtlige medisinske fakultet.

Ettersom opptakskravene for medisinstudiet er svært høye, velger mange norske studenter å studere medisin i utlandet. Dette reflekteres både i antall autorisasjoner som går til norske statsborgere som har gjennomført medisinstudiet i utlandet, og i statistikk fra Lånekassen. Ifølge Lånekassen var det 3 177 norske studenter som fikk støtte til medisinstudier i utlandet i studieåret 2017-18. Antall medisinstudenter i utlandet økte betydelig gjennom perioden fra 2010-11 til 2015-16, før det var nedgang i 2016-17 og 2017-18. For en nærmere beskrivelse av norske medisinstudenter i utlandet, viser vi til rapporten *NHSP 2020-2023 Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet"*, som Helsedirektoratet vil publisere før årsskiftet 2017/18.

Tabell 1 viser også antall legeautorisasjoner som har blitt gitt årlig i perioden 2011 til 2017. Det er betydelige variasjoner i antall årlige autorisasjoner 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. Merk at det høye antallet autorisasjoner i 2013 (og til en viss grad i 2014) 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. For mer informasjon om hvor legene som fikk autorisasjon i perioden gjennomførte utdanningen sin, vises det igjen til rapporten *NHSP 2020-2023 Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet"*.

Tabell 1. Nøkkeltall for tilførsel av nye leger. 2011, 2013-2017.

	2011	2013	2014	2015	2016	2017
Studieplasser på medisin ¹	580	600	606	606	636	636
Fullførte vitnemålsgivende utdanninger ²	555	530	520	515	535	515
Norske medisinstudenter i utlandet	2 907	3 177	3 237	3 355	3 292	3 177
Antall autorisasjoner	1 641	2 764	2 074	1 879	1 658	2 351
Hvorav norsk utdanning	516	1 269	876	706	479	673
Hvorav utenlands utdanning	1 125	1 495	1 198	1 173	1 179	1 678

1) Database for høyere utdanning (DBH). Antallet inkluderer profesjonsstudiet i medisin ved NTNU (135 studieplasser i 2017), UiB (165), UiO (220) og UiT (116).

- 2) Database for høyere utdanning (DBH) (UiT rapporterer til DBH om kandidater som fullfører forskerlinjen adskilt fra øvrige kandidater. Disse er inkludert).
- 3) Norske gradsstudenter i medisin (statistikk mottatt fra Lånekassen)
- 4) Helsepersonellregisteret (HPR).

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 kommunehelsetjenesten. Det er 950 LiS1-stillinger. Det innebærer at det i utgangspunktet kan utlyses 475 stillinger hvert halvår, men noen stillinger utlyses ikke fordi de må reserveres leger som kommer tilbake fra lovhemlet 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, vises det til Helsedirektoratets halvårslige statusrapporter. Høsten 2018 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere dimensjoneringen av antall LiS1-stillinger for leger, sett i lys av behovene i tjenestene og omleggingen av spesialistutdanning for leger. Denne utredningen var ikke ferdigstilt ved leveransefrist for denne rapporten.

2.2.1 Søkere på LiS1-stillinger

Figur 1 viser antall søkere på turnusstillinger og LiS1-stillinger i perioden fra våren 2013 til våren 2018, fordelt etter 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 gjennomgående høyere på utlysninger i vårsemesteret, ettersom flere potensielle søkere er ferdig med medisinstudiet på våren.

Vi ser at antall søkere har økt hvert år siden 2014. Den relativt stabile nasjonale utdanningskapasiteten innebærer at antall søkere med norsk utdanning ikke varierer i noen særlig stor grad, og det meste av økningen kan tilskrives flere søkere fra andre EØS-land. Dette er for det meste norske statsborgere; våren 2018 var 88 prosent av søkerne som hadde utdanning fra et EØS-land, norske statsborgere.

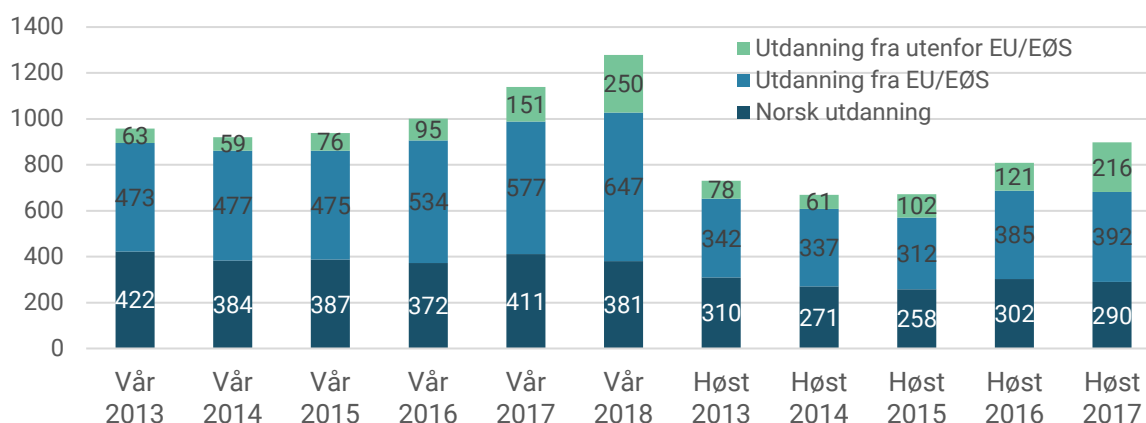
Søkere på LiS1-stillinger som har sin utdanning fra et EØS-land med integrert praksis⁴, trenger ikke å søke LiS1-stilling, og kan søke seg direkte inn i en stilling i videre spesialisering. Etter 1. mars 2019 må også denne gruppen søke på LiS1-stillinger, og gjennomføre del 1 av spesialiseringen før de kan fortsette til del 2 og 3. Med andre ord vil etterspørselen etter LiS1-

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 vil få godkjent utdanningen sin i Norge.

stillinger trolig øke, men statistikken viser at mange leger fra disse landene allerede søker på og tiltrer LiS1-stillinger, selv om det ikke er obligatorisk; våren 2018 hadde 534 av søkerne og 156 av de tilsatte utdanning fra et EØS-land med integrert praksis.

Det har også vært en økning i antall søkere fra land utenfor EØS de siste par årene. Dette kan ha sammenheng med innføringen av nye tilleggskrav for denne gruppen, som igjen kan ha ført til at en del leger som jobbet med lisens søkte autorisasjon for å unngå tilleggskrav, og deretter har søkt LiS1-stilling.

Figur 1. Søkere fordelt på utdanningsland. Første til åttende søknadsrunde for turnusstillinger og første til tredje søknadsrunde for LiS1-stillinger.



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

2.2.2 Tilsatte i LiS1-stillinger

Det store antallet søkere som har utdanning fra utlandet, innebærer at det er langt flere søkere enn det er stillinger, som ikke har økt. Tabell 2 viser blant annet andelen av søkerne som tilsettes. Våren 2018 ble drøyt 35 prosent av søkerne tilsatt. Det er den laveste andelen vi har sett. Andelen har tidligere ligget mellom 40,6 og 48,5 prosent i vårsemesteret, og mellom 49,1 og 65,9 prosent i høstsemesteret. Det økende antallet søkere etter 2015 har ført til at andelen tilsatte har vært synkende de siste tre årene.

Søkere med norsk utdanning blir i større grad tilsatt enn søkere med utdanning fra andre land. Mellom 62 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 er mellom 30 og 38 prosent for vårutlysningene, og mellom 47 prosent og 60 prosent for høstutlysningene. Søkere med utdanning fra land utenfor EØS-området blir i enda lavere grad tilsatt enn søkere med utdanning fra EØS-området; mellom 8 og 20 prosent av søkerne har blitt tilsatt i vårutlysningene. Normalt har mellom 20 og 31 prosent av disse søkerne blitt tilsatt i høstutlysningene, som altså har færre søkere med utdanning fra Norge og EU/EØS, men høsten 2017 ble knapt 12 prosent tilsatt.

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

		Vårsemesteret						Høstsemesteret				
		'13	'14	'15	'16	'17	'18	'13	'14	'15	'16	'17
Totalt	Tilsatt	455	446	455	457	463	454	438	441	441	450	441
	Ikke tilsatt	503	474	483	544	676	824	292	228	231	358	457
	Søkere	958	920	938	1001	1139	1278	730	669	672	808	898
	Andel tilsatt	47,5	48,5	48,5	45,7	40,6	35,5	60,0	65,9	65,6	55,7	49,1
Norsk utdanning	Tilsatt	289	267	262	251	268	238	257	225	223	228	230
	Ikke tilsatt	133	117	125	121	143	143	53	46	35	74	60
	Søkere	422	384	387	372	411	381	310	271	258	302	290
	Andel tilsatt	68,5	69,5	67,7	67,5	65,2	62,5	82,9	83,0	86,4	75,5	79,3
	Andel av søkere	44,1	41,7	41,3	37,2	36,1	29,8	42,5	40,5	38,4	37,4	32,3
Fra EU/EØS	Tilsatt	159	167	180	194	182	197	163	198	186	197	186
	Ikke tilsatt	314	310	295	340	395	450	179	139	126	188	206
	Søkere	473	477	475	534	577	647	342	337	312	385	392
	Andel tilsatt	33,6	35,0	37,9	36,3	31,5	30,4	47,7	58,8	59,6	51,2	47,4
	Andel av søkere	49,4	51,8	50,6	53,3	50,7	50,6	46,8	50,4	46,4	47,6	43,7
Utenfor EU/EØS	Tilsatt	7	12	13	12	13	19	18	18	32	25	25
	Ikke tilsatt	56	47	63	83	138	231	60	43	70	96	191
	Søkere	63	59	76	95	151	250	78	61	102	121	216
	Andel tilsatt	11,1	20,3	17,1	12,6	8,6	7,6	23,1	29,5	31,4	20,7	11,6
	Andel av søkere	6,6	6,4	8,1	9,5	13,3	19,6	10,7	9,1	15,2	15,0	24,1

Kilde: Helsedirektoratets statusrapporter for turnus- og LiS1-stillinger. Første til åttende søknadsrunde for turnusstillinger og første til tredje søknadsrunde for LiS1-stillinger.

2.3 Nye godkjente spesialister

Tabell 3 viser antall nye spesialistgodkjenninger i perioden 2014 til 2017, samt antall og andel av nye spesialistgodkjenninger som er konvertert. 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.

De siste fire årene har det blitt gitt mellom 1 059 og 1 688 spesialistgodkjenninger årlig. Merk at antall spesialistgodkjenninger i 2017, 1 688, var høyere enn normalt fordi Helsedirektoratet satte inn ekstra ressurser for å redusere køen og få ned saksbehandlingstiden. Gjennomsnittet de siste fire årene, er 1 232 nye spesialistgodkjenninger.

Spesialistgodkjenninger innenfor allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin omtales nærmere i kapittel 3.3 og spesialistgodkjenninger innenfor sykehusspesialitetene omtales nærmere under kapittel 4.4.2.

Konverteringer

Som tabell 3 viser, ble omkring hver femte nye spesialistgodkjenning i 2017 gitt på bakgrunn av en konvertering. Denne andelen var noe høyere enn i 2016, og noe lavere enn den var i 2014 og 2015. Det er altså ikke noe entydig mønster. Når vi ser hele fireårsperioden under ett, er andelen konverteringer 21,3 prosent.

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, 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.

I kapittel 4.4.2 vil vi se nærmere på hvilke spesialiteter som har en høy andel konverteringer.

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

	2014	2015	2016	2017	Totalt 2014-2017
Norsk regelverk	877 (76,4 %)	783 (75,8 %)	865 (81,7 %)	1 352 (80,1 %)	3 877 (78,7 %)
Konvertert	271 (23,6 %)	250 (24,2 %)	194 (18,3 %)	336 (19,9 %)	1 051 (21,3 %)
Totalt antall	1 148	1 033	1 059	1 688	4 928

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

⁵ Godkjenninger etter norske regler kan inkludere spesialister utdannet utenfor Norden og EØS, samt spesialister utdannet i Norden og EØS, men innenfor en spesialitet som ikke gir rett til automatisk godkjenning. Allmennmedisin, medisinsk genetikk og onkologi kan ikke konverteres etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet, men kan konverteres etter nordisk overenskomst (onkologi og medisinsk genetikk finnes i vedlegg 5 punkt 5.1.3. i yrkeskvalifikasjonsdirektivet, men Norge er ikke nevnt for disse spesialitetene). Det er kun grenspesialiteten bryst- og endokrinkirurgi som ikke kan konverteres automatisk etter nordisk overenskomst eller yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

3. Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester

3.1 Årsverksutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester

Tabell 4 viser årsverksutviklingen for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester. Totalt ble det utført 5 823 legeårsverk i kommunene i 2017. Økningen på 238 årsverk fra 2016 til 2017 tilsvarer en økning på 4,3 prosent, som er en klart større økning enn de foregående årene. Årsverksøkningen har hvert år vært større enn befolkningsøkningen, slik at antall legeårsverk per 10 000 innbyggere har økt for hvert år, fra 9,7 årsverk i 2011 til 11 årsverk i 2017. Se også sammenligningen mellom utviklingen i kommunene og i spesialisthelsetjenesten i kapittel 5.

3.1.1 Årsverksutvikling, fordelt på funksjoner

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

- *Diagnose, behandling og re-/habilitering* er den klart største funksjonen, og det er derfor naturlig at det meste av økningen i absolutte tall i perioden har skjedd der. Økningen i 2017 var 121 årsverk, eller 2,7 prosent.
- Legeårsverk innen *forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste* har økt minimalt i perioden fra 2011, og veksten er beskjedent også i siste år, med 4 årsverk, eller 2,0 prosent.
- Det har vært en beskjedent årsverksøkning innen *annet forebyggende helsearbeid* på siste år, 3 årsverk eller 1,9 prosent, men antall årsverk er fortsatt lavere i 2017 enn i perioden 2011 til 2015.
- Det har vært en betydelig økning i legeårsverk innen "*helse- og omsorgstjenester i institusjon*" i perioden. I 2017 har det tilsynelatende vært en nedgang, men det kan ha sammenheng med innføringen av kategorien *tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold* (se forklaring i neste punkt).
- 120 årsverk er registrert innen *tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. 2017 er det første året der årsverk registreres på denne funksjonen. Noen kommuner har tidligere registrert disse årsverkene under diagnose, behandling og re-/habilitering, mens andre kommuner har registrert disse under *helse- og omsorgstjenester i institusjon*. At disse årsverkene skilles ut i en egen funksjon kan trolig forklare nedgangen i antall årsverk i institusjon, og innebærer også at veksten i diagnose, behandling og re-/habilitering trolig ville ha vært enda større om utskillingen ikke fant sted.

Tabell 4. Legeårsverk i kommunehelsetjenesten, etter virkeområde. 2011, 2013-2017.

		2011	2013	2014	2015	2016	2017
Kommunehelsetjenesten totalt	Årsverk	4 837	5 197	5 325	5 457	5 585	5 823
	Endring		+ 3,5 %	+ 2,5 %	+ 2,5 %	+ 2,4 %	+ 4,3 %
	Årsverk per 10 000	9,7	10,2	10,3	10,5	10,6	11,0
Diagnose, behandling og re-/habilitering ¹⁾	Årsverk	3 962	4 246	4 340	4 429	4 526	4 647
	Endring		+ 3,7 %	+ 2,2 %	+2,0 %	+2,2 %	+ 2,7 %
	Årsverk per 10 000	7,9	8,3	8,4	8,5	8,6	8,8
Forebygging, helsestasjons- og skolehelse-tjeneste ²⁾	Årsverk	210	207	209	210	214	218
	Endring		+0,3 %	+0,9 %	+0,7 %	+1,7	+ 2,0 %
	Årsverk per 10 000	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Annet forebyggende helsearbeid ³⁾	Årsverk	155	154	149	151	140	143
	Endring		-2,5 %	-1,5 %	+0,9 %	-7,3 %	+ 1,9 %
	Årsverk per 10 000	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Helse- og omsorgstjenester i institusjon ⁴⁾	Årsverk	427	502	533	570	590	576
	Endring		+6,3 %	+6,0 %	+7,0 %	+3,7 %	- 2,4 %
	Årsverk per 10 000	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1
Administrasjon ⁵⁾	Årsverk	83	91	95	97	115	119
	Endring ⁶⁾						
	Årsverk per 10 000	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold ⁷⁾	Årsverk	-	-	-	-	-	120
	Endring	-	-	-	-	-	-
	Årsverk per 10 000	-	-	-	-	-	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 232. Omfatter all helsestasjonstjeneste og all skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skole). Dette innbefatter også foreldreveiledningsgrupper, annen grupperett helsestasjonstjeneste, jordmortjeneste og svangerskapskontroll.
- 3) 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.
- 4) KOSTRA-funksjon 253. Tidligere omtalt som institusjoner for eldre og funksjonshemmede.
- 5) 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 bydeler 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 legekantor) ikke defineres som administrasjon, men som en del av den funksjonen som administreres».
- 6) Årsverkstallene for leger innen administrasjon er så lave at vi har valgt ikke å vise den prosentvise endringen.
- 7) KOSTRA-funksjon 256. Denne funksjonen var ny i 2017.

3.1.1 Legeårsverk per 10 000 innbyggere fordelt på fylker

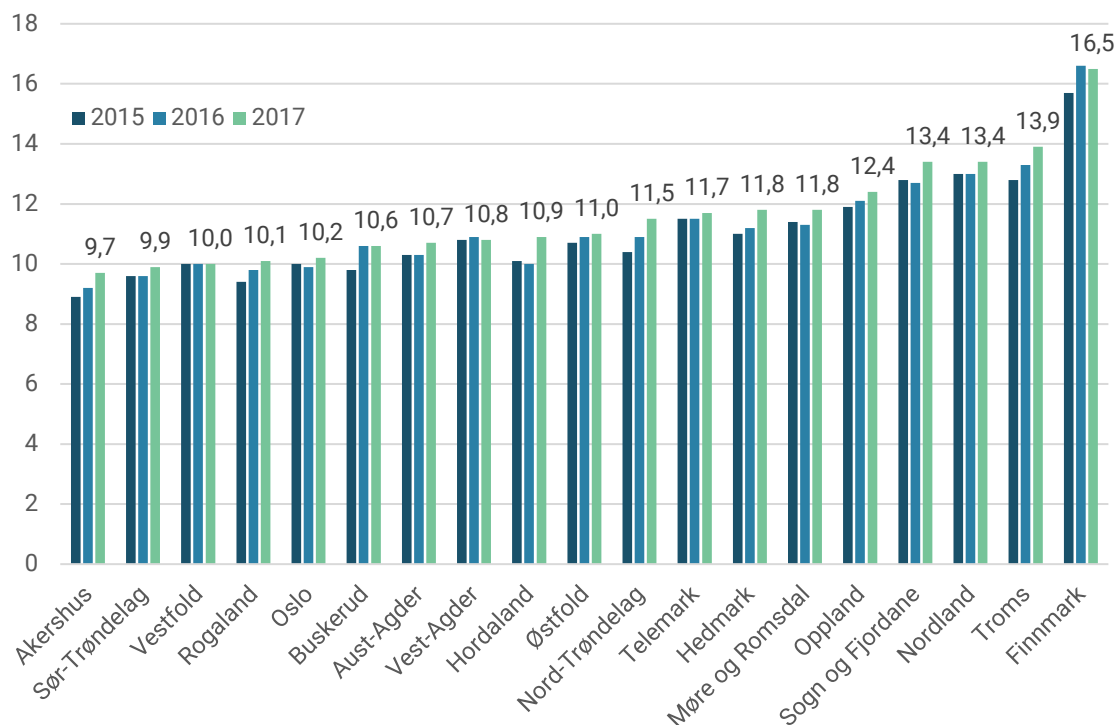
Vi så i tabell 4 at det var 11,0 legeårsverk per 10 000 innbyggere i kommunehelsetjenesten på nasjonalt nivå i 2017. Figur 2 viser at det er store forskjeller mellom fylkene. Akershus og Sør-Trøndelag var de eneste fylkene med mindre enn 10 leger per 10 000 innbyggere i 2017. Vestfold, Rogaland og Oslo lå like over. Oppland, Sogn og Fjordane og de tre fylkene i Nord-Norge er fylkene som har flest leger per 10 000 innbyggere, men det er viktig å understreke at kommuner i ulike deler av landet har svært ulikt behov for leger. Behovet påvirkes blant annet av geografiske forhold, som for eksempel spredt bosetning og kommunestørrelse, organisering av helsetjenesten, for eksempel knyttet til legevakt, og ulikheter i befolkningens behov for legetjenester, for eksempel grunnet alderssammensetning⁶. Figuren sier derfor lite om reell legedekning, i betydningen at befolkningen i praksis har god tilgang til legetjenester.

Figuren kan derfor ikke brukes til å sammenligne fylkene, men den kan vise hvor legedekningen, målt i legeårsverk per 10 000 innbyggere, har blitt høyere de siste par årene. Dekningen var høyere i 2017 enn i 2015 i alle fylkene, unntatt Vestfold og Vest-Agder, der

⁶ SSB-rapporten "Framtidens eldre i by og bygd" (av Rogne AF, og Syse A), peker på at det er store geografiske forskjeller i antallet eldre og i de eldres helsetilstand. Det er i distriktene det vil bli størst andel eldre, og det er også i distriktkommunene de eldre har dårligst helsetilstand. Dette vil få stor betydning helse- og omsorgstjenestene. Se https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/328026?_ts=15f811146d0

dekningen var på samme nivå. Det har ikke nødvendigvis vært en lineær utvikling der dekningen blir høyere for hvert år; i Finnmark og Vest-Agder er dekningen lavere i 2017 enn i 2016, og i noen fylker var dekningen lavere i 2016 enn 2015, for deretter å øke igjen fra 2016 til 2017.

Figur 2. Legeårsverk i kommunehelsetjenesten, per 10 000 innbyggere, fordelt på fylker. 2015-2017.



Kilde: SSB, tabell 11996 (Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester). Dataetiketter per 2017.

3.2 Fastleger

Per 30. juni 2018 var det 4 753 fastleger i Norge. Dette er en økning på 66 fastleger, tilsvarende 1,4 prosent, fra samme tidspunkt i 2017.

Andelen kvinnelige fastleger fortsetter å øke, og utgjorde 42,7 prosent ved seneste målepunkt, mot 28,8 prosent i fastlegeordningens første år. Antall kvinnelige fastleger har nesten doblet seg fra 2001 til 2018, fra 1 033 til 2 030, mens mannlige fastleger har økt fra 2552 til 2723 i samme periode.

Tabell 5. Antall fastleger, med prosentvis økning fra året før og kvinneandel. 2001, 2012-18.

	2001	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Fastleger	3585	4240	4316	4475	4563	4 643	4 687	4 753
Økning %	-	+1,9	+1,8	+3,7	+2,0	+1,8	+0,9	+1,4
Kvinneandel	28,8	36,9	37,9	39,4	40,1	41,4	41,9	42,7

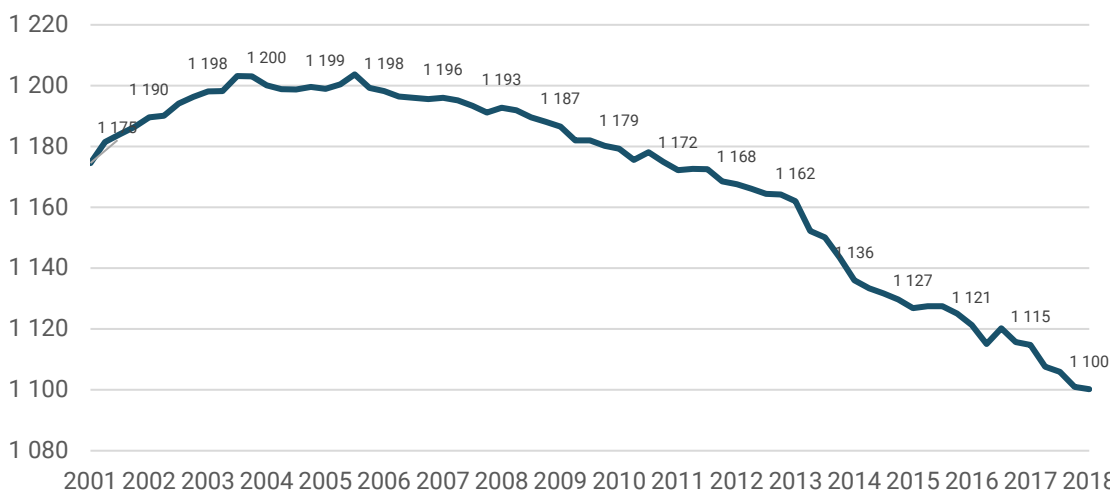
Kilde: Fastlegeregisteret. Målepunktet er 30. juni hvert år.

3.2.1 Gjennomsnittlig listelengde

Reduserte listelengder er et virkemiddel som trekkes fram for å håndtere utfordringene i fastlegeordningen, og Stortinget har bedt regjeringen redusere gjennomsnittlig listelengde i fastlegeordningen⁷.

Gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste fortsetter å gå nedover, som vist i figur 3. Merk at y-aksen i figuren starter på 1 080 innbyggere for å få fram detaljene i utviklingen, og at nedgangen ikke er så tydelig som figuren kan gi inntrykk av. Siden toppen i 2005 har gjennomsnittlig listelengde blitt redusert med drøyt 100 pasienter, slik at den årlige nedgangen er relativt beskjeden. Ved utgangen av juni 2018 var det i gjennomsnitt 1 100 innbyggere på fastlegelistene. Dette er 15 færre pasienter enn på samme tid i 2017, og det laveste registrerte antallet. Kvinnelige leger har noe kortere lister enn mannlige leger, 1 030 mot 1 152 innbyggere.

Figur 3. Gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste, 2001-2018.



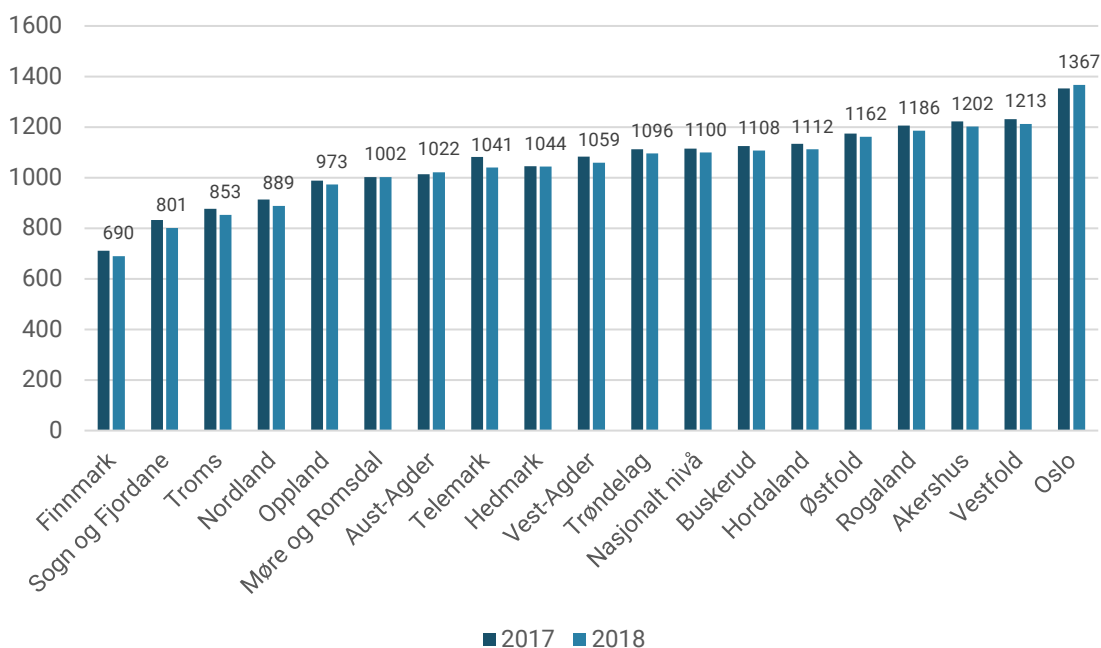
Kilde: Fastlegeregisteret. Kun lister med fast lege og innbyggere på lister med fast lege inkluderes når gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste regnes ut. Målepunkter hvert kvartal, dataetiketter per 30. juni hvert år. Siste tilgjengelig data fra 30. juni 2018.

Figur 4 viser gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste fordelt på fylkene. Vi ser at listene er kortest i de tre nordligste fylkene, Sogn og Fjordane og Oppland. Denne figuren viser med andre ord det samme mønsteret som figur 2 viste, og det er naturlig ettersom mange av legene i figur 2 jobber som fastleger. Også her må vi minne om at figuren sier lite om reell legedekning.

Listelengden er redusert i samtlige fylker fra 2017 til 2018, med unntak av Oslo og Aust-Agder, der fastlegelistene i gjennomsnitt har blitt noe lenger. Tydeligst er reduksjonen i Sogn og Fjordane (-32) og Telemark (-42).

⁷ Se Prop. 1S (2018-2019), side 31.

Figur 4. Gjennomsnittlig listelengde for fastleger, fordelt på fylker. 2017 og 2018.



Kilde: Styringsdata for fastlegeordningen. Pr. 30. juni 2017 og 2018. Dataetikettene viser listelengde i 2018.

Hvis man bryter listelengde videre ned på kommunenivå, kan man se at fastlegene i sentrale kommuner hadde lengre lister enn i mindre sentrale kommuner, og at fastlegene i store kommuner hadde lengre lister enn i små kommuner⁸.

3.2.2 Fastlegenes alder

Aldrende fastleger trekkes ofte fram som en utfordring for fastlegeordningen. Vi vil nå se nærmere på fastlegenes alder og hvordan utviklingen har vært.

Fastlegenes gjennomsnittsalder er 47,4 år, og medianalder er 46 år⁹. Figur 5 viser hvordan fastlegene fordeler seg på ulike aldersgrupper, og utviklingen fra fastlegeordningen ble etablert og fram til i dag.

Fastleger på 39 år eller yngre utgjør 1 333 personer, eller ca. 28 prosent av fastlegene. Det har vært en betydelig vekst i antall unge fastleger i perioden siden fastlegeordningen ble innført, og denne gruppen utgjør en langt større andel i dag, men veksten har flatet ut de siste par årene, som vist i figuren.

Fastleger i alderen 40 til 54 år utgjør 1 855 personer, tilsvarende omkring 39 prosent av fastlegene. I de 17 årene som har gått siden fastlegeordningen ble etablert, har vi sett at

⁸ 2017-tall. Se <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fastlegene-far-stadig-kortere-pasientlister>.

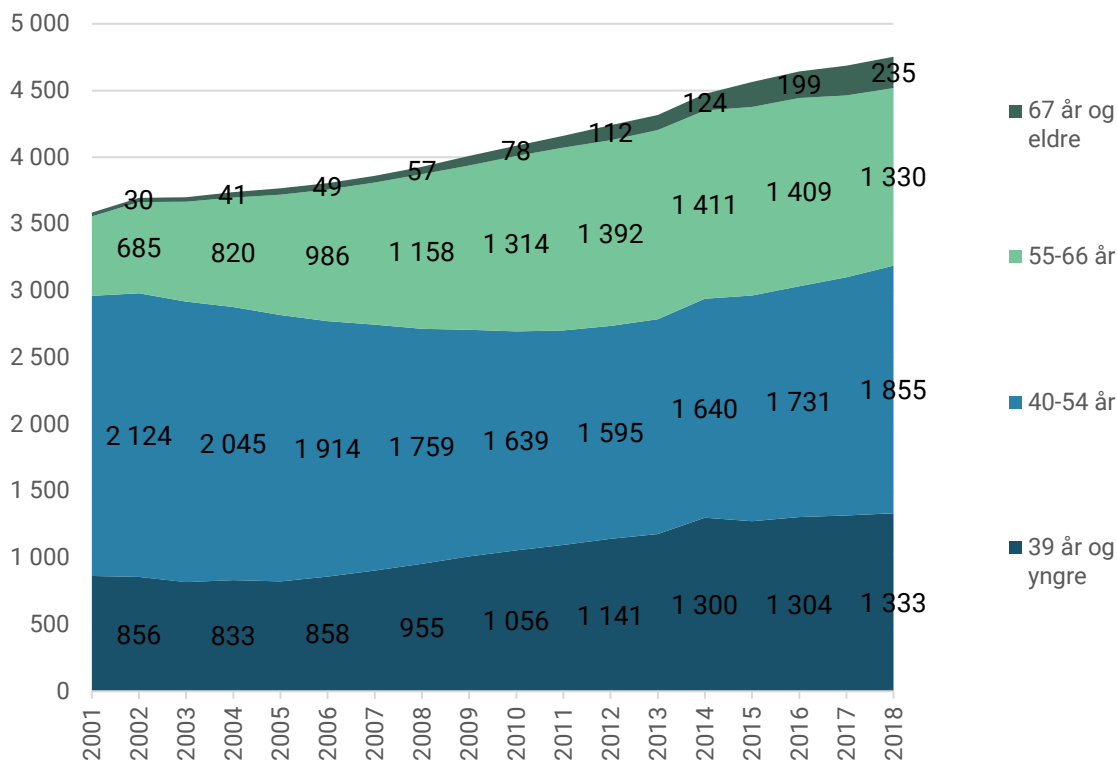
⁹ Dette er basert på et uttrekk fra Fastlegeregisteret per 1. november 2018, og disse tallene er dermed noe nyere enn øvrig statistikk i dette kapitlet, som er basert på styringsdata for fastlegeordningen pr. utgangen av 2. kvartal 2018.

fastlegene i aldersgruppen 40-54 år har utgjort en mindre andel av det totale antall fastleger, mens samtlige av de andre aldersgruppene har økt sin andel av totalen. Antall fastleger i aldersgruppen 40 til 54 år sank fra 2002 til 2012, men som figur 5 viser har antallet økt igjen siden det. Antallet er nå tilbake på samme nivå som før 2008, og også andelen er økende igjen. Nedgangen fram til 2012 har sammenheng med at mange av legene som var i denne aldersgruppen, og som var midt i sine karrierer da fastlegeordningen ble innført i 2001, gikk over i aldersgruppen 55 til 66 år i løpet av det første tiåret etter innføringen, uten at tilveksten fra aldersgruppen under var like stor.

Fastleger i alderen 55 til 66 år utgjør 1 330 personer, eller omtrent 28 prosent av fastlegene. Denne gruppen vokste i antall og andel fram til 2013, men de siste årene har mange av disse legene fylt 67 år og dermed gått over i den eldste gruppen. Dette har skjedd i større grad enn det har vært tilstrømming fra aldersgruppen under, slik at denne gruppen har blitt mindre både i antall og andel de seneste årene.

Fastleger som er 67 år eller eldre utgjør 235 fastleger, tilsvarende fem prosent av fastlegene. Antallet og andelen har vokst betydelig de siste årene, etter hvert som fastlegene som var i 55-66-årsalderen har blitt eldre, og mange har valgt å fortsette sine fastlegekarrierer etter fylte 67 år.

Figur 5. Aldersfordelingen blant fastleger, 2001-2018.



Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen. Dataetiketter oppgis annethvert år.

3.2.3 Fastlegelister uten fast lege

30. juni 2018 var det 93 fastlegelister uten fast lege. Dette tilsvarer 1,9 prosent av listene, og innebærer at 58 850 innbyggere er tilknyttet en liste uten fast lege. Fram til 2015 var det reduksjon i antall lister uten fast lege, men etter å ha vært nede i 50 lister, har antallet økt igjen de siste årene. Det er Nordland (7,1 %), Oppland (5,4 %) og Troms (5,2 %) som har de høyeste andelen av listene som står uten fast lege. En NSDM-undersøkelse¹⁰ 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. Ved utgangen av andre kvartal 2018 var det 9 kommuner som ikke hadde noen fastlege, hvorav seks kommuner ligger i Nordland eller Troms. Innbyggerne i disse kommunene vil normalt være tilknyttet lister uten lege.

Lister uten fast lege vil oftest være betjent av korttidsvikarer. Merk at korttidsvikariater ikke blir meldt inn, og derfor ikke er inkludert i vikarstatistikken i tabell 6 under.

3.2.4 Fastlegepraksiser betjent av vikarer

Tabell 6 viser antall fastlegepraksiser som har vært betjent av vikar i løpet av ulike kvartal de siste to årene. Statistikken inkluderer kun vikariater som meldes inn og som har varighet på én måned eller mer. Før tredje kvartal 2016 ble kun vikariater på minst to måneder registrert, og ettersom statistikken for tiden før dette ikke vil være sammenlignbar, har vi kun inkludert tall tilbake til 3. kvartal 2016. Vikariater ved fravær i kortere perioder, som dekkes ved kollegial fraværsordning legene imellom, inkluderes ikke.

Tabellen viser at antall praksiser som har blitt betjent av vikar har økt de siste to årene, og at økningen er langt større enn økningen i antall praksiser skulle tilsi, slik at andelen av praksisene som er betjent av vikar har økt betydelig, fra 10,6 til 19,7 prosent.

Tabell 6. Fastlegepraksiser totalt og -praksiser som har blitt betjent av vikar i løpet av kvartalet.

	3. kv. 2016	4. kv. 2016	1. kv. 2017	2. kv. 2017	3. kv. 2017	4. kv. 2017	1. kv. 2018	2. kv. 2018
Antall praksiser	4 686	4 668	4 689	4 705	4 743	4 759	4 779	4 779
Praksis betjent av vikar	496	580	744	785	823	885	892	943
Andel betjent av vikar	10,6 %	12,4 %	15,9 %	16,7 %	17,4 %	18,6 %	18,7 %	19,7 %

Kilde: Styringsdata for fastlegeordningen.

¹⁰ Abelsen, Birgit, Brandstorp, Helene, Gaski, Margrete (2016). «Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere». Nasjonalt senter for distriktsmedisin. 2016

3.2.5 Fastlegenes arbeidstid

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2017 Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre en kartlegging av fastlegenes arbeidstid. Kartleggingen, som ble gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm), forelå i februar 2018. Vi vil her begrense oss til å oppsummere de mest sentrale funnene. For mer detaljert informasjon om fastlegenes arbeidstid og hvordan undersøkelsen ble gjennomført, vises det til rapporten fra Nklm¹¹.

Undersøkelsen viser at fastlegene i gjennomsnitt arbeider 55,6 timer i uken, med en median på 52,2 timer, men at variasjonen er stor. Ti prosent av fastlegene arbeider mer enn 75 timer i uken, mens 25 prosent arbeider mer enn 62 timer. Bare ti prosent av legene har en totalarbeidstid på inntil 37,5 timer i uken, altså en vanlig arbeidsuke. Ifølge undersøkelsen jobber over 80 prosent av fastlegene mer enn arbeidsmiljølovens generelle bestemmelse om alminnelig arbeidstid på maksimalt 40 timer i løpet av 7 dager. Fastlegene bruker i gjennomsnitt i 38,8 timer per uke på pasientrettet arbeid, hvorav 67 prosent av tiden er med pasient til stede på kontoret.

Legevakt ser ikke ut til å føre til reduksjon i annet fastlegearbeid, og det er fastlegene som deltar i legevakt som har lengst ukentlig arbeidstid totalt. 34 prosent av legene hadde legevakt i løpet av uken som ble registrert i undersøkelsen¹². Hos fastlegene som har legevakt, utgjør legevaktarbeid en stor del av totalarbeidstiden, i gjennomsnitt 19,5 timer per uke¹³.

Selv om tidligere undersøkelser av fastlegers arbeidstid har blitt gjennomført på en annen måte¹⁴, konkluderer forskerne bak undersøkelsen med at arbeidstiden har økt, og at arbeidsmengden per listeinnbygger er blitt større, ettersom gjennomsnittlig listelengde er redusert.

Som påpekt i tidligere rapporter, har fastlegene fått flere oppgaver enn de hadde da fastlegeordningen ble opprettet. Eksempler på det, er oppgaver knyttet til inkluderende arbeidsliv, sykmeldingsoppfølging og dialogmøter med NAV, dialogmelding til pleie- og omsorgstjenestene, funksjonskravene i fastlegeforskriften og nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen, blant annet knyttet til oppfølging av kronisk syke. Oppgaveportefølje og oppgavemengde vil være en del av evalueringen av fastlegeordningen som Stortinget har besluttet at skal gjennomføres¹⁵, og vi vil ikke gå nærmere inn på dette her.

Fastlegene har i liten grad tradisjon for å benytte annet helsepersonell enn helsesekretærer til å avlaste seg med oppgaver. Det er i 2018 igangsatt en pilot med primærhelseteam, der

¹¹ Rebnord IK, Eikeland OJ, Hunskaar S, Morken T. Fastlegers tidsbruk. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2018.

¹² Forfatterne skriver at "ulik deltakelse i legevakt skyldes i stor grad at legevakt er organisert forskjellig på grunn av kommunenes ulike geografi, sentralitet og innbyggertall, og mange har sjeldnere vakt enn en vakt i uken".

¹³ Da undersøkelsen ble presentert i Helsedirektoratet, hadde KS innvendinger knyttet til at det ikke ble skilt mellom ulike typer vaktordninger i undersøkelsen.

¹⁴ I tidligere undersøkelser har legene blitt spurt om å oppgi omtrent hvor mange timer de bruker på ulike oppgitte oppgaver i en gjennomsnittlig uke. I Nklms undersøkelse er legene blitt bedt om fylle ut et skjema med ulike arbeidsoppgaver hver dag i sju påfølgende dager.

¹⁵ Jf. oppdragsbrev for tilleggsoppdrag 3 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet, 25. januar 2018.

formålet er å bedre tilbudet til brukerne og samtidig utnytte de samlede ressursene i en fastlegepraksis bedre ved en riktigere arbeidsdeling mellom lege, sykepleier og helsesekretær¹⁶.

3.2.6 Konsultasjoner og annen kontakt med fastlege

Tabell 7 viser utviklingen i antall konsultasjoner og andre former for kontakt med fastlegen fra 2011 til 2017. I tabellen tar vi også hensyn til økningen i antall fastleger i perioden.

- Det har vært en tydelig økning i antall konsultasjoner i perioden, men økningen i antall fastleger innebærer at det er en nedgang i antall konsultasjoner *per fastlege*. Samtidig har SSB vist at det i senere år har vært en betydelig økning i bruk av såkalt "tidstakst", en takst som kan brukes når konsultasjonene tar lengre tid enn normalt. I 2010 ble denne taksten brukt ved ca. 33 % av konsultasjonene, mens den i 2017 ble brukt ved nærmere 40 % av konsultasjonene¹⁷. Dette kan være en indikasjon på at det har blitt mer arbeid per pasient under en konsultasjon.
- Det har vært en liten økning i antall "enkle kontakter med pasient tilstede" fra 2011 til 2017, men når vi tar hensyn til veksten i antall fastleger blir det derimot en liten nedgang.
- Det har vært en betydelig økning i "enkel kontakt brev/tlf/adm". Det var mer enn 3,4 millioner flere enkle kontakter av denne typen i 2017 sammenlignet med 2011. Dette kan tyde på at pasienter i økende grad ønsker kontakt med fastlegen uten fysisk frammøte. Økningen er stor også når vi tar hensyn til økningen i antall fastleger, og fastlegene har i snitt omkring 500 flere enkle kontakter av denne typen i 2017 enn de hadde i 2011.
- Antall sykebesøk er relativt likt som i 2011, og det har vært en liten nedgang i gjennomsnittlig antall sykebesøk per fastlege.
- Det har vært en nedgang i "tverrfaglig samarbeid", "administrativ kontakt" og "annet", når vi sammenligner 2017 med 2011, også når vi kun ser på det totale antallet og ikke tar hensyn til økningen i antall fastleger

Tabell 7. Konsultasjoner og annen kontakt med fastlege. Antall og antallet delt på antall fastleger. 2011, 2014-2017.

	2011	2014	2015	2016	2017
Konsultasjon	13 196 722	13 739 488	13 845 782	14 060 103	14 283 463
per fastlege	3 171	3 070	3 034	3 028	3 047
Enkel kontakt, pasient tilstede	2 232 183	2 229 541	2 290 094	2 364 668	2 262 251
per fastlege	536	498	502	509	483
Enkel kontakt, brev/tlf/adm	8 681 930	11 200 748	11 867 566	12 390 596	12 123 404
per fastlege	2 086	2 503	2 601	2 669	2 587
Sykebesøk	89 146	91 163	89 362	88 172	89 280
per fastlege	21	20	20	19	19
Tverrfaglig samarbeid	139 735	145 144	142 558	138 766	135 308
per fastlege	34	32	31	30	29

¹⁶ Se Prop. 1S (2018-2019), s. 163.

¹⁷ <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-pasientlister-lengre-arbeidsdager?>

Administrativ kontakt	1 311 035	1 091 528	1 134 131	1 197 079	995 452
per fastlege	315	244	249	258	212
Annet	67 384	64 288	63 439	62 322	62 613
per fastlege	16	14	14	13	13

Kilde: Helsedirektoratet, analysenotat 6/2018 SAMDATA kommune: *Utvikling i bruk av fastlege og legevakt 2011-2016. Se analysenotatet for informasjon om hvilke takstkoder som inkludert i de ulike kontaktgrupper, og se forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege for beskrivelse av takstkodene. Tall for 2017 er hentet fra Helsedirektoratets analysenotat 8/2018 SAMDATA kommune "Utvikling i bruk av fastlege og legevakt 2010-2017" (foreløpig upublisert per november 2018). Antall fastleger er hentet fra tabell 5, som tar utgangspunkt i tall fra 30. juni det aktuelle året.*

3.2.7 Fastleger med fastlønn

Per 30. juni 2018 var det 691 fastlegepraksiser med fastlønn. Dette innebærer at det er fastlønn ved 14,5 prosent av fastlegepraksisene. Det har blitt avdekket at ikke alle fastleger med fastlønn har blitt registrert med fastlønn i Helfos systemer tidligere. Fra og med 2018 er antallet korrekt, men det vil ikke være mulig å sammenligne med tidligere for å vise utviklingen.

Som vi også påpekte i fjorårets rapport, vil valg av driftsform avhenge av flere faktorer. Organisering av legetjenesten i privat næringsvirksomhet vil være lite lønnsomt for legene i de minste og de minst sentrale kommunene. Lang reisevei til sykehus, hyppig legevakt og et lite befolkningsgrunnlag vil ofte medføre behov for annen organisering av legetjenestene enn i de større og mer sentrale byene. En undersøkelse som NSDM har gjort av fastlegeordningen i kommuner med under 20 000, viser at de minste kommunene og de minst sentrale kommunene i større grad enn andre har fastlønnede fastleger¹⁸.

Fastleger kan oppleve det som utfordrende å kjøpe seg inn i privat praksis, og fastlønnssordninger for fastleger kan trolig tilfredsstille noen legers ønske om å være arbeidstaker og ikke selvstendig næringsdrivende¹⁹.

Et prosjekt for allmennleger i spesialisering, forkortet Alis, ble startet på Vestlandet i 2017. Alis-Vest-prosjektet har som mål å rekruttere/utdanne spesialister i allmennmedisin gjennom å opprette fastlønte utdanningsstillinger. De foreløpige erfaringene fra prosjektet virker å være at fastlønnede utdanningsstillinger er svært attraktive, med mange søkere, mens privat praksis er mindre ettertraktet. Et lignende prosjekt startes opp i 2018 i Nord-Norge, kalt Alis-Nord.

¹⁸ Abelsen, Birgit, Brandstorp, Helene, Gaski, Margrete (2016). «Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere». Nasjonalt senter for distriktsmedisin. 2016: 35

¹⁹ I fjorårets rapport viste vi til en studie av unge norske legers preferanser knyttet til inntektssystem, som viste at mange unge leger foretrakk en hybridmodell med både fast og aktivitetsavhengig inntekt. Et inntektssystem med mindre risiko appellerte i større grad til kvinnelige allmennleger og allmennleger med lav «risikotoleranse». Leger som var mindre lønnsorienterte og mindre «innsatstolerante» foretrakk lavere aktivitetsavhengighet i inntektssystemet, viste undersøkelsen. Se Abelsen, Birgit, og Olsen, Jan Abel (2015). *Young doctors' preferences for payment systems: the influence of gender and personality traits*. Human Resources for Health 2015: 13:69

3.3 Legespesialiteter 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 at det er behov for strategisk oppmerksomhet rundt disse to spesialitetene.

Tabell 8 viser antall nye spesialistgodkjenninger innen allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin i perioden 2013 til 2017, og hvor mange av disse som er konvertert, samt antall resertifiseringer innen allmennmedisin.

Tabell 8. Nye spesialistgodkjenninger innen allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Totalt og antall konverteringer.

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Totalt		Totalt	Konv.	Totalt	Konv.	Totalt	Konv.	Totalt	Konv.
Allmennmedisin	159		202	26	177	20	180	14	313	23
Resertifisering	510		458	-	453	-	479	-	619	-
Arbeidsmedisin	6		5	1	13	1	5	0	18	0
Samfunnsmedisin	15		21	0	4	0	24	1	27	0

Kilde: HPR. Data for konverteringer før 2014 mangler. Nye godkjenninger i allmennmedisin for 2013 og resertifiseringer i allmennmedisin er hentet fra Helsedirektoratets saksbehandlingssystem. Tallene fra saksbehandlingssystemet er omtrentlige.

3.3.1 Spesialister i allmennmedisin

Tabell 8 over viser at det ble godkjent 313 nye spesialister i allmennmedisin i 2017, i tillegg til i overkant av 600 forlengelser av tilleggskompetansen "Tillegg for spesialist i allmennmedisin" (som tilsvarende det som gjerne omtales som resertifiseringer). Antall spesialistgodkjenninger var høyere enn normalt i 2017 fordi Helsedirektoratet satte inn ekstra ressurser for å redusere køen og få ned saksbehandlingstiden. I perioden 2013 til 2016 ble mellom 159 og 202 nye spesialister i allmennmedisin godkjent årlig, i tillegg til mellom 453 og 510 resertifiseringer. Spesialister i allmennmedisin må resertifisere seg hvert femte år for å kunne bruke tilleggstakst, men spesialistene i allmennmedisin beholder nå spesialisttittelen uten resertifisering.

3 602 leger er per november 2018 registrert i Helsepersonellregisteret (HPR) med en gyldig spesialistgodkjenning i allmennmedisin og tilleggskompetansen "Tillegg for spesialist i

allmennmedisin". Fastlegeregisteret viser at 3 075 fastleger (dvs. fastlegepraksiser) var godkjente spesialister i allmennmedisin med rett til tilleggskost ved utgangen av annet kvartal 2018. Dette utgjør 64,3 prosent av fastlegene, og innebærer en betydelig økning den senere tiden.

Mange av legene i kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialist 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^{20 21}. En arbeidsgruppe med medlemmer fra Helsedirektoratet, Legeforeningen, KS og Oslo kommune har høsten 2018 utredet behovet for antall allmennleger i spesialisering i et tiårsperspektiv på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidsgruppens rapport var ikke publisert da denne rapporten ble ferdigstilt.

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 2017 ble det godkjent 27 nye samfunnsmedisinere, alle etter norsk regelverk. Tabell 8 over viser at antallet ligger litt høyere enn i 2014 og 2016, og langt høyere enn i 2013 og særlig 2015. Økningen kan være kunstig høy, og henge sammen med at Helsedirektoratet satte inn ekstra ressurser til spesialistgodkjenning i 2017. Per oktober 2018 var 21 spesialister blitt godkjent.

598 leger er registrert i Helsepersonellregisteret (HPR) med en gyldig spesialistgodkjenning i samfunnsmedisin. Vi vet ikke hvor mange av disse som er yrkesaktive i dag, og hvor mange som har en jobb som er direkte knyttet til samfunnsmedisin.

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.

Det finnes ingen presis oversikt over antall leger under spesialisering i samfunnsmedisin. Basert på deltakelse i veiledningsgrupper (182 deltakende leger) og økende deltakelse i obligatoriske kurs, anslår Norsk forening for samfunnsmedisin (Noram) at det er omkring 200 leger i spesialisering høsten 2018. Foreningen anslo at antall under spesialisering var 200 i 2015 og 150 i 2017 (anslagene må ikke tolkes som presise tall).

²⁰ 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 fått i oppdrag å anslå behov for allmennleger i spesialisering, har anslått at antallet ligger rundt 1 000 leger i spesialisering.

²¹ 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.nsdmm.no/filarkiv/File/rapporter/Rapport_Fastlegeordningen_NSDM_2016.pdf

3.4 Rekrutteringsutfordringer i kommunene

3.4.1 Rekrutteringsutfordringer kartlagt i Kommunesektorens arbeidsgivermonitor

KS utgir årlig *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor*, der de undersøker hvor utfordrende kommuner (rådmenn) og fylkeskommuner (fylkesrådmenn) mener det er å rekruttere ulike yrkesgrupper, herunder leger. Spørsmålet som stilles er "opplever [kommunen] det som utfordrende å rekruttere [leger] i dag, i tilfelle hvor utfordrende?". Tabell 1 viser hvordan kommunene har svart, fordelt på fylket de tilhører. I tillegg til de 202 kommunene som har gitt sin vurdering, var det 14 kommuner som svarte "vet ikke" på spørsmålet om det er utfordrende å rekruttere leger. Merk at undersøkelsen er gjennomført i 2017 og publisert i september 2017, slik at endringer i rekrutteringssituasjonene det siste drøye året ikke fanges opp.

52 kommuner, ca. hver fjerde kommune som har gitt sin vurdering, vurderer at det er *meget utfordrende* å rekruttere leger. Disse kommunene fordeler seg på alle landets fylker. Dette er i stor grad mindre kommuner, men også bykommuner som Gjøvik, Lillehammer og Halden mener at det er meget utfordrende. Kommuner i Nord-Norge har større utfordringer enn resten av landet. I Finnmark mener fire av syv kommuner som har gjort en vurdering, at det er meget utfordrende å rekruttere leger. I Nordland mener syv av de 16 kommunene som har besvart, at det er meget utfordrende. Aust-Agder skiller seg også ut; fem av de åtte kommunene som har svart, mener at det er meget utfordrende.

61 kommuner, eller 30 prosent av respondentkommunene, vurderer at det er *ganske utfordrende* å rekruttere leger. I Nord-Norge er Tromsø og Bodø blant kommunene som mener det er ganske utfordrende. Også kommuner som Sandnes, Haugesund, Drammen og Asker melder at det er ganske utfordrende.

55 kommuner, drøyt 27 prosent, vurderer at det er *litt utfordrende* å rekruttere leger. Større bykommuner som Trondheim og Bergen er blant disse.

34 kommuner, i underkant av 17 prosent, vurderer at det *ikke er utfordrende* å rekruttere leger. Dette inkluderer kommuner i nesten alle landets fylker, og disse kommunene er ulike når det gjelder sentralitet og størrelse.

Tabell 9. Kommunenes vurdering av hvor utfordrende det er å rekruttere leger, fordelt på fylke. Fra Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017 (KS).

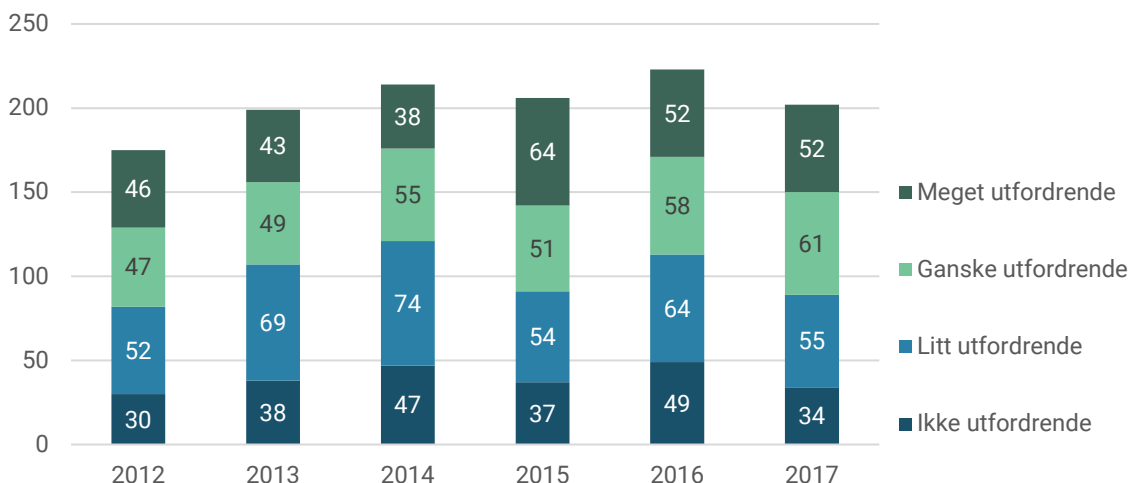
	Ikke utfordrende	Litt utfordrende	Ganske utfordrende	Meget utfordrende	Antall vurderinger
Akershus	3	6	4	1	14
Aust-Agder	1	1	1	5	8
Buskerud	1	1	7	2	11
Finnmark	1	1	1	4	7
Hedmark	5	4	4	4	17
Hordaland	3	5	2	1	11
Møre og Romsdal	0	6	4	3	13
Nordland	3	2	4	7	16
Nord-Trøndelag	2	2	3	3	10
Oppland	2	7	4	6	19
Oslo	-	-	-	-	-
Rogaland	2	3	4	3	12
Sogn og Fjordane	2	4	6	3	15
Sør-Trøndelag	1	5	4	2	12
Telemark	2	3	3	2	10
Troms	0	2	3	1	6
Vest-Agder	3	0	3	2	8
Vestfold	3	0	0	1	4
Østfold	0	3	4	2	9
Hele landet	34	55	61	52	202
Andel	16,8 %	27,2 %	30,2 %	25,7 %	100,0 %

Kilde: Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017.

Figur 6 viser hvor utfordrende kommunene har vurdert at det har vært å rekruttere leger i perioden fra 2012 til 2017. Antall kommuner som har gjort en vurdering varierer mellom 175 og 223. For å kunne sammenligne årene har vi regnet ut prosentandeler, som vist i tabell 10, men antallet respondenter er såpass lavt at vi bør være forsiktige med tolkningene. Det er uansett vanskelig å se et tydelig utviklingsmønster.

Andelen av kommunene som vurderer at det *ikke er utfordrende* å rekruttere leger, var lavest i 2017, men andelen er omtrent som i 2012. Andelen som vurderer at det er *litt utfordrende* i 2017, ca. 27 prosent, er den nest laveste andelen i perioden, etter 2015. Andelen som vurderer at det er *ganske utfordrende* har ikke vært høyere enn i 2017, men andelen som vurderer at det er *meget utfordrende* var høyere i 2015. Ca. 60 prosent av kommunene mente at det enten var *ganske eller meget utfordrende* å rekruttere leger i 2017. Dette er omtrent på samme nivå som i 2015, men høyere enn de øvrige årene.

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



Kilde: Kommunesektorens arbeidsgivermonitorer 2012-2017.

Tabell 10. Kommunenes vurdering av hvor utfordrende det er å rekruttere leger. 2012-2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ikke utfordrende	17,1 %	19,1 %	22,0 %	18,0 %	22,0 %	16,8 %
Litt utfordrende	29,7 %	34,7 %	34,6 %	26,2 %	28,7 %	27,2 %
Ganske utfordrende	26,9 %	24,6 %	25,7 %	24,8 %	26,0 %	30,2 %
Meget utfordrende	26,3 %	21,6 %	17,8 %	31,1 %	23,3 %	25,7 %
Antall vurderinger	175	199	214	206	223	202

Kilde: Kommunesektorens arbeidsgivermonitorer 2012-2017.

3.4.2 Rekrutteringsutfordringer kartlagt i NAVs bedriftsundersøkelse

NAV gjennomfører hvert år en bedriftsundersøkelse, der de kartlegger etterspørsel etter og mangel på arbeidskraft. 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. Utvalget trekkes tilfeldig fra Bedrifts- og foretaksregisteret.

I perioden 2012 til 2014 ble det ikke estimert at det var et behov for allmennpraktiserende leger. Fra 2015 til 2017 ble behovet estimert til å være rundt femti leger, før estimatet økte til 200 leger i 2018. Estimater er usikkert, og behovet vil med 95 % sannsynlighet ligge mellom 46 og 605 allmennpraktiserende leger. Økningen fra 2017 til 2018 kan antyde en utvikling som ikke fanges opp av KS' arbeidsgivermonitor, som altså ble lansert i september 2017.

Tabell 11. Estimert behov for allmennpraktiserende leger. Tall hentet fra NAVs bedriftsundersøkelse.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Allmennpraktiserende leger	-	-	-	50	50	50	200

Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser i perioden 2012 til 2018. Undersøkelsen foretas hver vår. Før 2015 ble undersøkelsen foretatt både høst og vår, og tallene for 2012 til 2014 er hentet fra vårundersøkelsen. Se kapittel 4.1.1 for estimert mangel på andre legespesialister.

4. Leger i spesialisthelsetjenesten

I dette kapitlet presenteres utviklingen i legestillinger i spesialisthelsetjenesten de siste årene. Vi presenterer tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Legestillingsregisteret (LSR). Tallene fra SSB viser årsverksutviklingen for leger i spesialisthelsetjenesten, mens tallene fra LSR viser antall leger, og tar ikke hensyn til stillingsprosjenter. LSR-tallene kan fordeles mellom LiS og overleger, og kan fordeles på helseforetak. Vi har valgt å også bruke SSBs tall fordi de har en bedre oppdatering av tall fra private institusjoner med driftsavtale i regionene enn LSR, og fordi de gjør det mulig å sammenligne med utviklingen i kommunehelsetjenesten (se kapittel 5).

4.1 Årsverksutvikling i spesialisthelsetjenesten

Tabell 12 viser at antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten fortsetter å øke. Det var avtalt 16 210 årsverk i 2017. Veksten fra 2016 til 2017 er på 613 årsverk, tilsvarende 3,9 prosent. Veksten er fremdeles større enn befolkningsveksten, og antall leger i spesialisthelsetjenesten per 10 000 innbyggere har økt fra 29,7 i 2016 til 30,6 leger i 2017. Se også sammenligningen med utviklingen i kommunehelsetjenesten i kapittel 5.

Tabell 12 Årsverksutvikling for leger i spesialisthelsetjenesten. 2011, 2013-2017.

	2011	2013	2014	2015	2016	2017
Årsverk	12 816	13 618	14 089	15 089	15 597	16 210
Endring	-	+ 3,5 %	+ 3,5 %	+ 7,1 %*	+ 3,4 %	+ 3,9 %
Pr. 10 000 innbyggere	25,7	26,7	27,3	28,9	29,7	30,6

Kilde: SSB, tabell 09547. Avtalte årsverk eksklusive lange fravær.

*Merk at økningen i 2015 er kunstig høy: SSB la om systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk. Dette er en samordning med NAV og Skatteetaten. Den nye innrapporteringen skal føre til bedre statistikk for flere områder, spesielt for lønns- og registerstatistikk. I denne overgangen har det blitt problemer med å beregne årsverkstall for 2015 og det blir et brudd i tidsserien. Dette gjør at man må være oppmerksom på at økningen fra tidligere år til 2015 kan være noe høy. Data for 2015 skal være mer presis enn for tidligere år.

4.1.1 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. Dette reflekteres også i søkertallene på LiS1-stillinger, som vist i kapittel 2.2.

Som nevnt tidligere i rapporten, 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, slik at de fleste sykehus/helseforetak vil inkluderes.

Tabell 13 viser den estimerte mangelen på legespesialister i perioden 2012 til 2018. Vi ser at den estimerte mangelen har variert noe i perioden, uten at det kan sees et tydelig utviklingsmønster. I 2018 er mangelen estimert til å være 500 legespesialister. Merk at dette er et estimat, der den reelle mangelen med 95 prosents sikkerhet ligger mellom 336 og 659 legespesialister.

Tabell 13. Estimert mangel på legespesialister, NAVs bedriftsundersøkelse. 2012-2018.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Legespesialister	650	300	400	600	500	550	500

Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser i perioden 2012 til 2018. Undersøkelsen foretas hver vår. Før 2015 ble undersøkelsen foretatt både høst og vår, og tallene for 2012 til 2014 er hentet fra vårundersøkelsen. Se kapittel 3.4 for estimert mangel på allmennleger.

4.2 Leger fordelt på de regionale helseforetakene

Tabell 14 gir en oversikt over leger i spesialisering (LiS) og overleger i de regionale helseforetakene, hentet ut fra LSR i august 2018, samt avtalespesialister i de forskjellige regionene.²² De siste tilgjengelige tallene for avtalespesialister er hentet fra SAMDATA, og gjelder for 2017²³.

I 2018 var det 5 231 leger i spesialisering og 8 166 overleger i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer en økning på 336 LiS (+ 6,7 %) og 409 overleger (+ 5,3 %) sammenlignet med 2017. Dette gir en LiS-andel på 39,7 prosent, som er en økning fra 2017 på ett prosentpoeng. Leger i de enkelte helseforetakene omtales nærmere i kapittel 4.2.1. Antall LiS og overleger innen de ulike spesialitetene, samt størrelsesforholdet mellom LiS og overleger, omtales i kapittel 4.4.2.

Antall avtalespesialister i 2017 er omtrent likt som i 2016, som ble omtalt i tilsvarende rapport i fjor. Avtalespesialister omtales nærmere i kapittel 4.3.

Tabell 14 Leger i de regionale helseforetakene, august 2018 (2017 i parentes) og avtalespesialister, 2017 (i parentes).

	LiS	Overlege	Totalt	Avtalespesialister
Helse Nord RHF	700 (629)	889 (855)	1 589 (1 484)	* (56)
Helse Midt-Norge RHF	716 (680)	1 246 (1 178)	1 962 (1 858)	* (96)
Helse Vest RHF	1 041 (883)	1 525 (1 380)	2 566 (2 263)	* (179)
Helse Sør-Øst RHF	2 774 (2 703)	4 506 (4 344)	7 280 (7 047)	* (654)
Totalt	5 231 (4 895)	8 166 (7 757)	13 397 (12 652)	* (985)

Kilde: Legestillingsregisteret og SAMDATA.

* Den nyeste tilgjengelige statistikken for avtalespesialister er pr. 2017.

²² Med leger i spesialisering (LiS) menes i dette kapittelet leger som er i den gamle ordningen for leger i spesialisering. Det betyr at verken turnusleger eller leger som er en del av den nye LiS1-ordningen er inkludert her. I ny ordning vil legene som beskrives i dette kapittelet få navnene LiS 2 og LiS 3.

²³<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1434/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202017.pdf>

4.2.1 Leger i de regionale helseforetakene, fordelt på helseforetak

I tabellene under vises antall leger i spesialisering (LiS) og overleger fordelt på helseforetakene innenfor hver region. Vi har også regnet ut LiS-andelen for hvert foretak. Under kvotefordelingssystemet var LiS-andel relevant informasjon i forbindelse med fordeling av stillinger. Fortsatt kan andelen brukes for å gi et inntrykk av utdanningsaktiviteten i et helseforetak, og den kan brukes til å sammenligningsformål (merk at noen helseforetak er såpass små at mindre endringer raskt kan gi utslag på andelen).

Leger i Helse Nord RHF

I Helse Nord RHF er det en høy andel av legene som er i spesialisering, og vi ser at andelen er klart høyere enn hos de andre regionale helseforetakene. Totalt er 44 prosent av alle legene, leger i spesialisering, en klar økning fra 2017. Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) har den høyeste andelen med 45-46 prosent. Det er en økning for UNN, mens Nordlandssykehuset har holdt seg stabilt. Andelen LiS har økt for Finnmarkssykehuset HF, mens andelen har sunket noe i Helgelandssykehuset HF.

Tabell 15 LiS og overleger i Helse Nord RHF, 2018 (2017 i parentes).

	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helgelandssykehuset HF	66 (64)	104 (99)	170 (163)	38,8 % (39,2 %)
Nordlandssykehuset HF	183 (170)	224 (207)	407 (377)	45,0 % (45,1 %)
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	377 (333)	447 (437)	824 (770)	45,8 % (43,3 %)
Finnmarkssykehuset HF	74 (62)	114 (112)	188 (174)	39,4 % (35,6 %)
Totalt	700 (629)	889 (855)	1 589 (1 484)	44,1 % (42,4 %)

Kilde: Legestillingsregisteret.

Leger i Helse Midt-Norge RHF

Tabell 16 viser antall LiS og overleger ved helseforetakene i Midt-Norge i 2018, opp mot tallene fra 2017.

I Helse Midt-Norge er det kun Helse Møre og Romsdal HF som har en LiS-andel over 40 prosent, mens LiS-andelen er like under 40 prosent i Helse Nord-Trøndelag HF. St. Olavs Hospital HF har den laveste LiS-andelen i Helse Midt-Norge RHF. Selv om St. Olavs Hospital har en LiS-andel på kun 33,4 prosent, er det en økning fra 2017.

Tabell 16 LiS og overleger i Helse Midt-Norge RHF, 2018 (2017 i parentes).

	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helse Nord-Trøndelag HF	110 (112)	171 (159)	281 (271)	39,2 % (41,3%)
St. Olavs Hospital HF	355 (326)	708 (669)	1 063 (995)	33,4 % (32,8%)
Helse Møre og Romsdal HF	251 (242)	367 (350)	618 (592)	40,6 % (40,9%)
Totalt	716 (680)	1 246 (1178)	1 962 (1858)	36,5 % (36,6%)

Kilde: Legestillingsregisteret.

Leger i Helse Vest RHF

Tabell 11 gir en oversikt over antall LiS og overleger ved helseforetakene under Helse Vest RHF i 2018, med tall fra 2017 i parentes for sammenligningens skyld.

Helse Bergen HF er det eneste helseforetaket i vest som har en LiS-andel under 40 prosent. Både Helse Stavanger HF og Helse Fonna HF har hatt en liten nedgang i LiS-andel fra 2017 til 2018.

Tabell 17 LiS og overleger i Helse Vest RHF, 2018 (2017 i parentes).

	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helse Bergen HF	464 (375)	769 (695)	1 233 (1080)	37,6 % (35,0%)
Helse Stavanger HF	340 (300)	462 (403)	802 (703)	42,4 % (42,7%)
Helse Fonna HF	130 (132)	168 (165)	298 (297)	43,6 % (44,4)
Helse Førde HF	107 (76)	126 (117)	233 (193)	45,9 % (39,4%)
Totalt	1 041 (883)	1 525 (1380)	2 556 (2263)	40,7 % (39,0%)

Kilde: Legestillingsregisteret.

Leger i Helse Sør-Øst RHF

Tabell 18 viser antall LiS og overleger ved helseforetakene under Helse Sør-Øst RHF i 2018, og tilsvarende tall for 2017.

Akershus Universitetssykehus HF har den høyeste LiS-andelen av helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF. Andelen på 43,7 prosent er en liten nedgang fra 2017, samtidig har antallet leger i spesialisering og overleger økt fra 2017 til 2018. Sunnaas Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet Sykehus HF er de eneste andre helseforetakene med mer enn 40 prosent LiS-andel.

Tabell 18 LiS og overleger i Helse Sør-Øst RHF, 2018 (2017 i parentes).

	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Akershus Universitetssykehus HF	393 (352)	507 (444)	900 (796)	43,7 % (44,2)
Oslo Universitetssykehus HF	863 (871)	1 698 (1 673)	2 561 (2 544)	33,7 % (34,2)
Sunnaas Sykehus HF	18 (15)	24 (24)	42 (39)	42,9 % (38,5)
Sykehuset i Vestfold HF	204 (204)	305 (310)	509 (514)	40,1 % (39,7)
Sykehuset Innlandet HF	289 (271)	454 (425)	743 (696)	38,9 % (38,9)
Sykehuset Telemark HF	133 (143)	220 (241)	353 (357)	37,7 % (40,1%)
Sykehuset Østfold HF	232 (226)	359 (338)	591 (564)	39,3 % (40,1)
Sørlandet Sykehuset HF	280 (259)	391 (374)	671 (633)	41,7 % (40,9)
Vestre Viken HF	362 (362)	548 (542)	910 (904)	39,8 % (40,0)
Total	2 774 (2 703)	4 506 (4 344)	7 280 (7047)	38,1 % (38,4%)

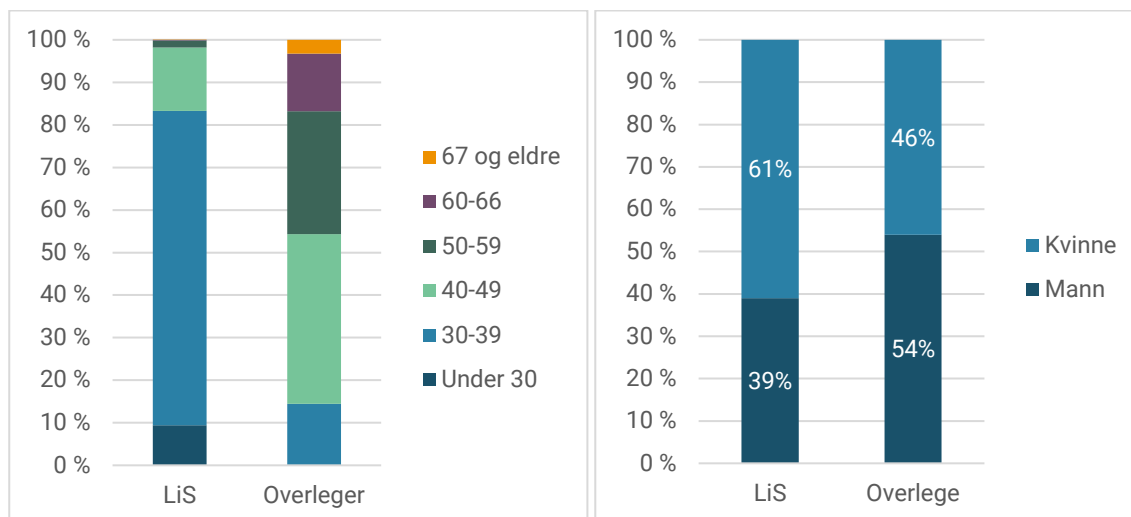
Kilde: Legestillingsregisteret.

4.2.2 Legers alders- og kjønnsfordeling i spesialisthelsetjenesten

Figur 7 viser LiS og overleger fordelt på alder og kjønn. Den klart største gruppen LiS (ca. 74 prosent) er i aldersgruppen 30-39 år. I tillegg er ca. 15 prosent av LiS i aldersgruppen 40-49 år. Over en 10-årsperiode kan man forvente at disse blir ferdige spesialister, og vil kunne dekke opp for avgangen av spesialister som går av med pensjon. Aldersgruppen 67 år og eldre utgjør om lag 3,2 prosent av overlegene i spesialisthelsetjenesten. 13,5 prosent av overlegene er mellom 60 og 66 år.

61 prosent av leger i spesialisering er kvinner. Dette er en liten økning fra 2017, mens overlegene fortsatt er mannsdominerte. Ettersom flere kvinner enn menn studerer medisin og er leger i spesialisering, vil kjønnsfordelingen etter hvert jevne seg ut også blant overlegene.

Figur 7 Leger (LiS og overleger) i spesialisthelsetjenesten, fordelt på alder og kjønn.



Kilde: Legestillingsregisteret. Personer, pr. august 2018.

4.3 Avtalespesialister

Avtalespesialer er viktige bidragsytere i spesialisthelsetjenesten, og bidrar til økt tilgjengelighet i helsetjenesten. I denne delen av rapporten presenteres data om avtalespesialister. Aktivitetsdata for avtalespesialister er samlet inn i Norsk pasientregister (NPR). Mer detaljert informasjon om datagrunnlaget og aktivitetsdata for avtalespesialister finnes i rapporten *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2017*²⁴.

I 2017 utgjorde avtalespesialistene omtrent 25 prosent av både den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder og innen psykisk helsevern for voksne. For de somatiske tjenestene stod fagområdet øyesykdommer alene for nesten 30 prosent av den totale aktiviteten hos avtalespesialistene. Det er dermed det største somatiske fagområdet i avtalepraksis. Andre store fagområder er øre-nese-hals-sykdommer, hud og veneriske sykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer samt indremedisin.

Tall fra SAMDATA Spesialisthelsetjenesten²⁵ viser at konsultasjonsraten hos avtalespesialistene innen psykisk helsevern for voksne har holdt seg relativt stabil de siste årene. Fra 2016 til 2017 observerte vi likevel en nedgang, som særlig har kommet i Helse Sør-Øst og i Helse Vest. Disse regionene har samtidig langt høyere konsultasjonsrate enn de øvrige regionene.

I tabell 19 på neste side er avtalespesialistene fordelt etter spesialitet og helseregion. Det er veldig få avtalespesialister for enkelte spesialiteter i noen regioner. Tallene viser alle avtalespesialister, uavhengig av hvor stor hjemmel de har. 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.

²⁴<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1434/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202017.pdf>

²⁵ Analysenotat 10/2018

Tabell 19 Antall avtalespesialister etter spesialitet og helseregion. 2017.

	Nord	Midt	Vest	Sør-Øst	Totalt
Anestesiologi	0	3	1	12	16
Barnesykdommer	0	7	1	25	33
Endokrinologi	0	0	3,5 ^{a)}	2	5,5
Fordøyelsessykdommer	1	1	7	7	16
Fysikalsk medisin	0	0	2	1	3
Fødselshjelp/kvinnesykdommer	7	6	16	69	98
Generell kirurgi ^{c)}	1	1	1	7	10
Hud og veneriske sykdommer	2	11	8	50	71
Indremedisin (generell)	1,5 ^{b)}	3	6	29	40
Kardiologi/hjertesykdommer	3	5	13	17	38
Lungesykdommer	1,5 ^{b)}	2	2	11	16
Nevrologi	0	2	2	24	28
Nyresykdommer	0	0	1	1	2
Onkologi	0	1	0	0	1
Ortopedisk kirurgi	0	0	0	9	9
Plastikkirurgi	0	0	0	1	1
Psykatri	10	11	40	181	242
Radiologi	0	0	0	1	1
Revmatologi	1	0	5,5 ^{a)}	7	13,5
Urologisk kirurgi	2	1	3	11	17
Øre-nese-hals sykdommer	7	15	27	74	123
Øyesykdommer	19	27	40	115	201
Total	56	96	179	654	985

Kilde: Helsedirektoratet IS-2710

- a) Én avtalespesialist er oppført både med endokrinologi og "indremedisin: 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.

4.4 Legespesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten

I dette kapitlet vil vi først gjennomgå RHFenes tilbakemelding på spesialiteter som bør ha strategisk oppmerksomhet, før Helsedirektoratet gjør en samlet vurdering av hvilke spesialiteter som vi mener har behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten.

4.4.1 RHFenes vurdering av legespesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet mottok i oktober 2018 en rapport fra RHFene om hvilke legespesialiteter som de mener bør ha strategisk oppmerksomhet²⁶. Rapporten tar utgangspunkt i kriteriene som RHFene utarbeidet i 2016, selv om metoden de ulike RHF har brukt i sine vurderinger er noe ulike. Kriteriene er listet opp i boksen under. Se vedlegg 1 for mer informasjon om kriteriene, samt informasjonskilder og mulige indikatorer.

- 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
- Høy behovsvekst på grunn av økt antall eldre
- Stor endring i behov på grunn av medisinsk og teknologisk utvikling og nye behandlingsmetoder
- Store endring i behov på grunn av endret organisering
- Kjennetegn/faktorer som kan indikere økt sårbarhet f.eks. ventetid
- Andre aspekter til vurdering

Rapporteringen fra RHF'ene viser at de har til dels ulike utfordringer. Helse Nord (HN) peker seg ut ved at de har mange små sykehus med få spesialister. Dette kan være en årsak til at de rapporterer om mange flere spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet enn de andre RHF'ene.

Videre rapporterer RHF'ene om utfordringer med utdanning av legespesialister knyttet til reglene om fast ansettelse av LiS og gjennomføringen av ny spesialistutdanning. Det rapporteres om at de faste ansettelsene skaper flaskehalser for gjennomføring av utdanningsløpet. HSØ påpeker at dette i særlig grad vil få betydning for tilgangen til ferdige spesialister til sykehusene utenfor "gruppe 1" sykehusene, fordi mer av utdanningskapasiteten besettes av fast ansatte ved et gruppe 1 sykehus, og hvor det ikke følger en prioritert rekkefølgeordning som bidrar til gjennomføring av utdanningsløpet.

²⁶ Helse-Midt leverte rapporten sin senere enn de andre helseforetakene og deres analyser var ikke en del av den opprinnelige samlerapporten. Helsedirektoratet har inkorporert rapporten fra Helse-Midt i samlerapporten fra de andre helseforetakene.

Samtidig påpeker HSØ at opprettelsen av regionalt utdanningssenter for leger (RegUt) åpner nye og bedre muligheter for å møte utfordringer med koordinering av utdanningsløpet i regionen.

Alle de rapporterte spesialitetene hadde behov for strategisk oppmerksomhet fordi det var behov for flere spesialister. RHFenes tilbakemelding sorteres inn under følgende fagområder:

- Medisinske fag (tabell 20)
- Kirurgiske fag (tabell 21)
- Rus og psykiatri (tabell 22)
- Laboratoriefag (tabell 23)

Over hver tabell gjøres noen refleksjoner rundt innholdet basert på tilbakemeldingene fra RHF'ene. Av plasshensyn er bare spesialiteter der to, tre eller fire RHF har meldt om strategisk oppmerksomhet kommentert. Helsedirektoratet har sortert spesialitetene etter om det er ett, to, tre eller fire regionale helseforetak som melder om behov for strategisk oppmerksomhet, med følgende fargekoder i tabellene:

- Mørk blå: Fire RHF melder om samme sårbare spesialitet
- Mellomblå: Tre RHF melder om samme sårbare spesialitet
- Lysblå: To RHF melder om samme sårbare spesialitet
- Hvit: Ett RHF melder om sårbar spesialitet

For flere detaljer, henvises det til RHFenes rapportering.

Medisinske fag med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet

Tabell 20 viser hvilke (indre)medisinske spesialiteter som de regionale helseforetakene har rapportert som spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet. Totalt har elleve spesialiteter blitt trukket fram av minst ett foretak. Fordøysessykdommer er eneste spesialiteten som har blitt nevnt av samtlige foretak, mens lungesykdommer trekkes fram av tre av fire. Ytterligere fire spesialiteter blir nevnt av mer enn ett foretak. Bakgrunnen for at spesialitetene trekkes fram varierer:

- **Indremedisin: Fordøysessykdommer:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i lang ventetid (HSØ, HN), lavt søkertall (HN), samt medisinsk og teknologisk utvikling, nye behandlingsmåter (HV) og innføring av screeningprogram (HV, HM, HSØ).
- **Indremedisin: Lungesykdommer:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i ventetid (HSØ, HV), utdanner for få (HSØ, HN), samt medisinsk og teknologisk utvikling (HV).
- **Indremedisin: Infeksjonssykdommer:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i høy alder blant overleger (HSØ) og høy andel LIS som venter på gruppe 1 tjeneste (HSØ).

- **Hud- og veneriske sykdommer:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i høy turnover (HN) samt fordi dette utdanningen av denne spesialiteten bare foregår på et sted i Norge (HSØ). HSØ mener at man bør endre utdanningen av denne gruppen ved økt bruk av poliklinikk, samt samarbeid med avtalespesialister.
- **Indremedisin: Blodsykdommer:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i lavt søkertall (HN), høy behovsvekst grunnet økt antall eldre (HV, HN) samt medisinsk og teknologisk utvikling (HV, HN).
- **Indremedisin: Hjertesykdommer:** Hjertesykdommer ble rapportert med begrunnelse høy alder blant overleger (HV), høy ekstern turnover (HV) og økt antall eldre (HMN).

Tabell 20. Medisinske fag med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet.

HSØ	HV	HMN	HN
Indremedisin: Fordøyelsessykdommer	*Indremedisin: Fordøyelsessykdommer	*Indremedisin: Fordøyelsessykdommer	*Indremedisin: fordøyelsessykdommer
Indremedisin: Lungesykdommer	*Indremedisin: Lungesykdommer		*Indremedisin: lungesykdommer
Indremedisin: Infeksjonssykdommer		*Indremedisin: Infeksjonssykdommer	
*Hud og veneriske sykdommer			Hud- og veneriske sykdommer
	*Indremedisin: Blodsykdommer		*Indremedisin: blodsykdommer
	Indremedisin: Hjertesykdommer	* Indremedisin: Hjertesykdommer	
Indremedisin: Endokrinologi			
*Nevrologi			
*Onkologi			
			Immunologi og transfusjonsmedisin
			Revmatologi

**Ble også meldt som spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet av samme RHF i 2017*

Kirurgiske spesialiteter med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet

Tabell 21 viser hvilke kirurgiske spesialiteter som de regionale helseforetakene har meldt inn som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet. Totalt ble 12 spesialiteter nevnt av minst ett foretak. Urologi og gastroenterologisk kirurgi nevnes av tre foretak, mens ytterligere tre spesialiteter blir trukket fram av to foretak.

- **Generell kirurgi: urologi:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i høy alder blant overleger (HSØ), lavt søkertall (HN), utdanner for få (HV, HMN), høy andel LIS som venter på gruppe 1-tjeneste (HSØ) og høy ekstern turnover (HMN).
- **Gastroenterologisk kirurgi:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i høy alder blant overleger (HMN), lang ventetid (HSØ), lavt søkertall (HN), utdanner for få (HSØ, HMN, HN), høy turnover (HMN, HN) og endret organisering (HSØ, HV, HN).
- **Øyesykdommer:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i lang ventetid (HSØ, HV, HMN) og økt andel eldre (HSØ, HN).
- **Generell kirurgi: bryst- og endokrinkirurgi:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i høy alder blant overleger (HN), lav utdanningskapasitet (HSØ), fremskrevet stort behov grunnet økt antall eldre (HSØ, HN) og lite volum/lavt antall leger (HN)
- **Generell kirurgi: karkirurgi:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i lite volum/lavt antall leger (HN) og utdanner for få (HN).

Tabell 21. Kirurgiske spesialiteter med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet.

HSØ	HV	HMN	HN
Generell kirurgi: Urologi		*Generell kirurgi: Urologi	*Generell kirurgi: Urologi
*Gastroenterologisk kirurgi		*Gastroenterologisk kirurgi	*Gastroenterologisk kirurgi
Øyesykdommer			*Øyesykdommer
*Generell kirurgi: bryst- og endokrinkirurgi			Generell kirurgi: bryst- og endokrinkirurgi
		Generell kirurgi: karkirurgi	Generell kirurgi: karkirurgi
Øre-nese-halssykdommer			
	*Nevrokirurgi		
			Fødselshjelp og kvinnesykdommer
			*Generell kirurgi.: thoraxkirurgi
		*Plastikkirurg	
		*Maxillofacial kirurgi	
		*Anestesiologi	

**Ble også meldt som spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet av samme RHF i 2017*

Spesialiteter innen rus og psykiatri med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet

Tabell 22 viser hvilke spesialiteter innen rus og psykiatri som de regionale helseforetakene trakk fram i sine rapporter. Kun barne- og ungdomspsykiatri ble trukket fram av flere enn ett regionalt helseforetak.

- **Barne- og ungdomspsykiatri:** Denne spesialiteten ble rapportert med begrunnelse i 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 (HSØ).

Tabell 22. Spesialiteter innen rus- og psykiatri med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet

HSØ	HV	HMN	HN
*Barne- og ungdomspsykiatri			Barne- og ungdomspsykiatri
Psykiatri			
			*Rus- og avhengighetsmedisin

**Ble også meldt som spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet av samme RHF i 2017*

Laboratoriefag med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet

Tabell 23 viser hvilke spesialiteter innen laboratoriefagene som de regionale helseforetakene trakk fram i sine rapporter. Kun radiologi ble trukket fram av to foretak:

- **Radiologi:** Denne spesialiteten ble rapportert fordi det utfordrende å finne kvalifiserte søkere (HSØ), for dårlig gjennomstrømming i spesialistutdanningen (HSØ) og det er forventet medisinsk og teknologisk utvikling som gir behov for flere spesialister (HN).

Tabell 23. Spesialiteter innen laboratoriefag med rapportert behov for strategisk oppmerksomhet.

HSØ	HV	HMN	HN
Radiologi			*Radiologi
Patologi			
			Medisinsk mikrobiologi
			*Medisinsk biokjemi
		*Medisinsk mikrobiologi	
		*Nukleærmedisin	

**Ble også meldt som spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet av samme RHF i 2017*

4.4.2 Helsedirektoratets vurdering av legespesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten

Utviklingen innenfor demografi, folkehelse og sykdom, medisin, teknologi og organisatoriske forhold i helse- og omsorgstjenesten, fører til at helsetjenesten og helsetjenestebehovet er i kontinuerlig endring. Nye behandlingsmetoder og medikamenter gjør at vi kan behandle sykdommer som tidligere var dødelige, og ny teknologi gjør at pasienter kan leve hjemme med sykdommer og lidelser som de tidligere måtte innlegges på sykehus for.

Disse endringene har potensielt stor betydning for behov for ulike typer legespesialister, og for hvilke spesialiteter som krever strategisk oppmerksomhet, som også RHFene har vært inne på i sine kriterier og vurderinger. I vurderingene vi har gjort av hvilke spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet, har vi tatt hensyn til en rekke faktorer. Dette beskrev vi mer detaljert i fjorårets rapport, og disse beskrivelsene er lagt ved årets rapport (vedlegg 2). I dette kapitlet vil vi særlig gå nærmere inn på betydningen av en aldrende befolkning, og organisatoriske endringer og politiske føringer. I tillegg vil vi se nærmere på de ulike spesialitetene når det gjelder andelen leger i spesialisering (LiS) og andelen konverteringer av spesialistgodkjenninger. En lav andel leger i spesialisering og en høy andel konverteringer kan potensielt være indikatorer på om spesialiteter har behov for strategisk oppmerksomhet.

Flere eldre vil påvirke behovet for legespesialister

Som også RHFene har påpekt i sine innspill, vil et økende antall eldre påvirke behovet for ulike legespesialister. Vi lever stadig lenger, og den demografiske sammensetningen innebærer at eldre vil utgjøre en større andel av befolkningen i framtiden²⁷.

Mange eldre er multisyke, og har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen. Ressursbruken per pasient i den somatiske spesialisthelsetjenesten var i 2016 i gjennomsnitt tre ganger så høy for pasienter over 80 år sammenlignet med pasienter mellom 30 og 40 år²⁸. Deler av veksten i pasientraten i somatisk virksomhet (antall pasienter per 1000 innbyggere) kan tilskrives en sterk økning i antall eldre innbyggere.²⁹

Som SSB trekker fram i sin rapport "Framtidens eldre i by og bygd", er helsetilstanden til fremtidens eldre usikker, men mye tyder på at man vil leve lenger med flere sykdommer,

²⁷ Fra 1990 har forventet levealder steget med 7,5 år for menn og 4,5 år for kvinner. I de siste befolkningsframskrivingene fremskriver SSB at 21 % av befolkningen vil være 70 år eller eldre i 2060 (hovedalternativet), mot 12 % i 2018. Ifølge SSBs hovedalternativ vil antall eldre på 80 år eller mer øke fra 220 000 i dag til nær 700 000 i 2060, altså mer enn en tredobling.

²⁸ Mortensen, S. M. & Kalseth, B. « Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen », Analysenotat SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 10/2017, https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/10-2017%20Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20i%20den%20el%20dre%20befolkningen.pdf

²⁹ Andre forhold, som økt ressurstilgang, nye behandlingsmuligheter og mer effektive sykehus og overgang fra døgn- til dag/poliklinisk behandling, kan også spille inn. Se *Hovedresultater Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013-2017*.

samtidig som at det ser ut til at de eldre vil klare seg bedre med disse sykdommene enn tidligere 30. Økningen i antall eldre og en økning av kreftsykdommer, diabetes og demenssykdommer, kan påvirke behovet for legespesialiteter som krever strategisk oppmerksomhet.

Organisatoriske endringer og politiske føringer

Som også RHFene har vært inne på, vil organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenesten ha betydning for behovet for legespesialister. Dette sees særlig i sammenheng med hvilke politisk vedtatte endringer eller føringer som blir lagt på tjenesten, og hvordan arbeidsoppgavene fordeles mellom de ulike yrkesgruppene.

Helsedirektoratet vurderte i fjorårets rapport at økt satsing på hjernehelse, persontilpasset medisin og screening for tarmkreft vil ha særlig betydning for behovet for legespesialister i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke grunnlag for å si at dette har endret seg, og vi viser til vurderingen i fjorårets rapport (se vedlegg 2) der vi diskuterte betydningen som disse endringene vil få for behovet for legespesialister.

Ny spesialitetsstruktur for leger vil også ha betydning for legespesialiteter som krever strategisk oppmerksomhet, særlig knyttet til de spesialitetene som blir vaktbærende. Spesialiteten akutt- og mottaksmedisin ble vedtatt i januar 2017. Et viktig mål for spesialiteten er å styrke kvaliteten i behandlingen ved sykehusenes akuttmottak. Den nye spesialiteten skal kunne benyttes ved alle akuttmottak, uavhengig av sykehusenes størrelse og beliggenhet. Spesialistene skal benyttes ved observasjonsposter ved de store sykehusene, og de skal kunne gå inn i vaktlagene ved de små sykehusene. Akutt- og mottaksmedisin er basert på en felles kompetanseplattform (del 2) med de indremedisinske spesialitetene.

Helsedirektoratet har ansvar for å sikre at ny spesialitetsstruktur også ivaretar behovet for generalistkompetanse innen kirurgi og indremedisin ved mindre sykehus. Gjennom dialog med fagmiljøene, tjenestene og ut fra høringsinnspill er det bestemt at spesialiteten generell kirurgi videreføres med reviderte læringsmål tilpasset ny spesialitetsstruktur. Helsedirektoratet fikk tydelige tilbakemeldinger på 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. Det blir viktig å følge utviklingene av disse tre spesialitetene (akutt- og mottaksmedisin, gastroenterologisk kirurgi og ny generell kirurgi spesialitet) både når det gjelder rekruttering og funksjon i helsetjenesten.

³⁰ Rogne AF, og Syse A, https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/328026?_ts=15f811146d0

Med ny spesialistutdanning vil tiden ved universitetssykehus reduseres noe, og en del av "køproblematikken", som Helse Sør-Øst RHF omtaler i sitt innspill, vil trolig reduseres.

Digitalisert godkjenning av læringsmål og oppfølging av LIS gjennom hele spesialistløpet, vil gjøre det mulig å følge med på kvaliteten i utdanningen på en helt annen måte enn tidligere. Man vil også få god oversikt over antall LIS innen hver spesialitet og kunne følge med på endringer i rekruttering til de ulike spesialitetene over tid. Digital søknad om godkjenning vil effektivisere søknadsprosessen, slik at LIS vil få godkjenningen umiddelbart etter at spesialistutdanningen er fullført.

Lav andel leger i spesialisering (LiS) som indikator

Tradisjonelt har LiS-andel blitt brukt som et mål på om det er god rekruttering av leger innen en spesialitet innen kvotefordelingssystemet. Dette systemet er avviklet, men målet bruker vi fortsatt som et referansepunkt og av sammenligningsgrunner. Forholdstallet mellom LiS og overleger er også trukket fram av RHFene som én av flere mulige indikatorer på at det utdannes for få spesialister.

Tabell 24 viser fordelingen mellom leger i spesialisering (LiS) og overleger, i alle spesialiteter i spesialisthelsetjenesten. Stillingskategorien legespesialist er ikke inkludert. Dette er en relativt ny stillingskategori opprettet i 2015, og det er foreløpig nesten ingen registrerte i denne kategorien i vårt register. Avtalespesialister er heller ikke inkludert når vi framstiller fordelingen mellom LiS og overleger under.

Registreringen av LiS i grenspesialitetene er ofte mangelfull i LSR, og LiS kan bli stående oppført med hovedspesialiteten selv om de er i gang med en spesialisering innen en grenspesialitet. Registreringer av overlegestillinger innen grenspesialiteter er derimot som regel oppdaterte. Derfor har vi 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. Registreringen av LiS-stillinger kan være noe mangelfull også i andre spesialiteter enn grenspesialitetene.

Vi så over at det i 2018 var en gjennomsnittlig LiS-andel på 39,7 prosent for spesialitetene i spesialisthelsetjenesten. Tabell 24 viser at rus- og avhengighetsmedisin har den høyeste andelen LiS. Dette er en relativt ny spesialitet, og dermed er det naturlig at denne gruppen har en høy andel LiS og relativt lav andel godkjente spesialister. Maxillofacial kirurgi har den nest høyeste LiS-andelen, som er en stor endring fra tidligere år. Det er verdt å merke seg at dette er en liten spesialitet og at en liten økning i leger i spesialisering dermed vil føre til at andelen stiger mye. Det har skjedd i dette tilfellet. I tillegg til de to nevnte spesialitetene er LiS-andelen høy i indremedisin. For denne hovedspesialiteten er som nevnt også grenspesialitetene inkludert.

Blant spesialitetene med lav LiS-andel finner vi anesthesiologi, patologi, radiologi, klinisk farmakologi, medisinsk biokjemi og klinisk nevrofysiologi. De to siste spesialitetene er dessuten små spesialiteter (lavt volum). Lav LiS-andel i en spesialitet kan indikere lav rekruttering, og derfor er dette viktig å følge med på.

Tabell 24. Antall LiS og overleger i spesialisthelsetjenesten, per spesialitet. Sortert etter LiS-andel.

	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Rus- og avhengighetsmedisin	53	25	78	67,9 %
Maxillofacial kirurgi	6	7	13	46,2 %
Indremedisin (inkl. grenspesialiteter)	1 122	1 318	2 440	46,0 %
Øre-nese-halssykdommer	132	165	297	44,4 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	93	117	210	44,3 %
Nevrologi	218	279	497	43,9 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	26	34	60	43,3 %
Barne- og ungdomspsykiatri	197	258	455	43,3 %
Ortopedisk kirurgi	345	455	800	43,1 %
Generell kirurgi (inkl. grenspesialiteter)	476	645	1 121	42,5 %
Onkologi	207	285	492	42,1 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	282	406	688	41,0 %
Medisinsk mikrobiologi	48	71	119	40,3 %
Alle spesialiteter	5 176	7 851	13 027	39,7 %
Revmatologi	57	88	145	39,3 %
Øyesykdommer	117	183	300	39,0 %
Plastikkirurgi	49	79	128	38,3 %
Hud- og veneriske sykdommer	42	68	110	38,2 %
Nukleærmedisin	24	39	63	38,1 %
Nevrokirurgi	41	69	110	37,3 %
Psykiatri	578	988	1 566	36,9 %
Barnesykdommer	265	464	729	36,4 %
Medisinsk genetikk	20	36	56	35,7 %
Medisinsk biokjemi	28	59	87	32,2 %
Klinisk farmakologi	18	38	56	32,1 %
Patologi	92	204	296	31,1 %
Anestesiologi	340	766	1 106	30,7 %
Radiologi	289	676	965	29,9 %
Klinisk nevrofysiologi	11	29	40	27,5 %

Kilde: Legestillingsregisteret. Pr. august 2018.

Høy andel konverteringer av spesialistgodkjenninger som indikator

Dersom vi i stor grad er avhengige av 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 hvor stor andel av spesialistgodkjenningene innen de ulike spesialitetene som er konvertert.

Tabell 25 viser hvor mange spesialistgodkjenninger innenfor ulike spesialiteter som ble gitt etter norsk regelverk og ved konvertering i perioden 2014-2017.

Spesialitetene anesthesiologi (43,2 %) og radiologi (44,8 %) skiller seg ut som store spesialiteter med en særlig høy andel konverteringer. Ingen av helseforetakene har meldt at anesthesiologi er en spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet. En årsak kan være at det er relativt lett å rekruttere spesialister i anestesi fra utlandet. Når det gjelder radiologi, har både HSØ og HN meldt om behov. Her meldes det om at det er utfordrende å finne kvalifiserte søkere.

Også ortopedisk kirurgi (35,8 %) og fødselshjelp og kvinnesykdommer (30,7 %) har hatt en høy andel konverteringer i perioden, men andelen konverteringer har blitt redusert betraktelig for sistnevnte spesialitet grunnet en stor økning i antallet som godkjennes etter norske regler. Ortopedisk kirurgi blir ikke meldt av noen av helseforetakene, men fødselshjelp og kvinnesykdommer meldes av HN uten spesiell begrunnelse.

Andre store spesialiteter som har en høy andel konverteringer, er generell kirurgi (24,5 %) og psykiatri (23,7 %). Psykiatri blir meldt som spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet av HSØ. Begrunnelsen er at helseforetaket ser at myndighetene ønsker en satsing på dette feltet.

Videre finner vi at det er flere spesialiteter der totalantallet som godkjennes er såpass lavt at andelen konverteringer blir høy til tross for at antallet konverteringer er relativt lavt. Dette gjelder hud- og veneriske sykdommer, karkirurgi, maxillofacial kirurgi, nukleærmedisin, patologi og øyesykdommer. Disse hadde alle over 30 prosent konverteringer i perioden. Alle disse spesialitetene har blitt meldt inn som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet.

Når vi ser på de 13 spesialitetene som flere enn ett RHF har meldt behov for å ha strategisk oppmerksomhet på, er det kun lungesykdommer, urologi, øyesykdommer, hud- og veneriske sykdommer, karkirurgi og radiologi som har mer enn 20 % konverteringer. Andelen konverteringer sier ikke nødvendigvis noe om hvor vanskelig det er å rekruttere nye spesialister, og må sees i sammenheng med andre indikatorer.

Tabell 25. Nye spesialistgodkjenninger i perioden 2014 til 2017, fordelt på konverteringer og godkjenninger etter norsk regelverk. Fra Helsepersonellregisteret.

	Totalt antall	Ved konvertering	Norsk regelverk	Andel konvertert
Maxillofacial kirurgi	4	2	2	50 %
Radiologi	328	147	181	45 %
Anestesiologi	331	143	188	43 %
Patologi	69	25	44	36 %
Ortopedisk kirurgi	226	81	145	36 %
Karkirurgi	26	9	17	35 %
Hud- og veneriske sykdommer	54	18	36	33 %
Øyesykdommer	89	28	61	32 %
Nukleærmedisin	13	4	9	31 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	166	51	115	31 %
Endokrinologi	28	8	20	29 %
Urologi	50	14	36	28 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	15	4	11	27 %
Plastikkirurgi	53	14	39	26 %
Hjertesykdommer	116	29	87	25 %
Thoraxkirurgi	12	3	9	25 %
Generell kirurgi	241	59	182	25 %
Revmatologi	41	10	31	24 %
Øre-nese-halssykdommer	71	17	54	24 %
Psykatri	447	106	341	24 %
Lungesykdommer	56	13	43	23 %
Nevrologi	102	19	83	19 %
Fordøyelsessykdommer	61	11	50	18 %
Nevrokirurgi	19	3	16	16 %
Indremedisin	433	64	369	15 %
Geriatrici	49	7	42	14 %
Barnesykdommer	156	22	134	14 %
Medisinsk mikrobiologi	36	5	31	14 %
Barne- og ungdomspsykiatri	116	15	101	13 %
Klinisk nevrofysiologi	8	1	7	13 %
Nyresykdommer	32	4	28	13 %
Gastroenterologisk kirurgi	85	10	75	12 %
Infeksjonssykdommer	43	5	38	12 %
Blodsykdommer	27	3	24	11 %
Allmennedisin	872	83	789	10 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	54	5	49	9 %
Onkologi	91	6	85	7 %
Arbeidsmedisin	41	2	39	5 %
Samfunnsmedisin	76	1	75	1 %
Barnekirurgi	5	0	5	0 %
Bryst- og endokrinkirurgi	15	0	15	0 %
Klinisk farmakologi	14	0	14	0 %
Medisinsk biokjemi	15	0	15	0 %
Medisinsk genetikk	14	0	14	0 %

Rus- og avhengighetsmedisin	128	0	128	0 %
Totalt	4 928	10 51	3 877	21,3 %

Helsedirektoratets konklusjoner om spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet

Ved å sammenstille og vurdere informasjonen fra kildene vi har gjennomgått, konkluderer Helsedirektoratet med at det er særlig behov for strategisk oppmerksomhet knyttet til utviklingen for følgende store spesialiteter:

- Radiologi
- Patologi
- Nevrologi
- Onkologi

Vi vurderer også at det er behov for strategisk oppmerksomhet innenfor mindre spesialiteter som:

- Medisinsk genetikk
- Medisinsk mikrobiologi
- Gastroenterologisk medisin (fordøyelsessykdommer)
- Geriatri

Dette er de samme spesialitetene som vi trakk fram i fjor. Etter en ny vurdering i år, ser vi at situasjonen ikke har endret seg betydelig, og vi har kommet til samme konklusjon. I fjorårets rapport skrev direktoratet mer utdypende om hvorfor vi vurderer at det er behov for strategisk oppmerksomhet rundt disse spesialitetene, og vi viser til gjennomgangen i fjorårets rapport. Gjennomgangen er lagt ved som et vedlegg til årets rapport (vedlegg 2).

Helsedirektoratet vil understreke at alle RHF'ene melder om behov for strategisk oppmerksomhet rundt spesialister i fordøyelsessykdommer (dette er den eneste spesialiteten som *samtlig*e RHF trekker fram). Denne spesialiteten er særlig sentral for gjennomføringen av det nye screeningprogrammet for tarmkreft. Videre er det to av fire helseforetak som melder om behov for radiologer. Dette er en av spesialitetene som er avgjørende for gjennomføringen av pakkeforløp for kreft.

5. Sammenligning av årsverksutviklingen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Hvis vi ser på kommunene og spesialisthelsetjenesten samlet, var det en økning på 851 legeårsverk i 2017, tilsvarende 4,0 prosent. Den totale tilveksten av leger på nasjonalt plan er med andre ord relativt høy.

Helsedirektoratet har tidligere uttrykt bekymring for at årsverksveksten har vært såpass mye høyere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene, særlig tatt i betraktning målsetningene i samhandlingsreformen. I henhold til samhandlingsreformen skal det legges til rette for at veksten i legeressurser i hovedsak kommer i kommunene³¹.

I 2017 var økningen i legeårsverk betydelig både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten er i utgangspunktet langt større enn i kommunene, og økningen i absolutte tall er klart størst i spesialisthelsetjenesten. I 2017 gikk 238 årsverk av den totale økningen på 851 legeårsverk til kommunene, mens 613 årsverk gikk til spesialisthelsetjenesten. Økningen i absolutte tall har vært størst i spesialisthelsetjenesten samtlige år som dekkes av tabell 26. Samtidig var den prosentvise økningen i 2017 større i kommunehelsetjenesten (+4,3 %) enn i spesialisthelsetjenesten (+ 3,9 %). Dette er tilfelle for første gang siden 2012, året da samhandlingsreformen trådte i kraft.

I hele perioden fra 2011 til 2017 har det vært en økning på 3 394 legeårsverk i spesialisthelsetjenesten, mot 986 årsverk i kommunehelsetjenesten. Det innebærer en økning på hele 26,5 prosent i spesialisthelsetjenesten³², og en økning på 20,4 prosent i kommunehelsetjenesten.

³¹ Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 26.

³² Merk at økningen i spesialisthelsetjenesten i 2015 er høyere enn den reelle økningen dette året - se fotnote under tabell 26.

Tabell 26. Årsverksutviklingen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. 2011, 2013-2017.

		2011	2013	2014	2015*	2016	2017
Kommune- helsetjenesten	Årsverk	4 837	5 197	5 325	5 457	5 585	5 823
	Endring	-	+ 177	+ 128	+ 132	+ 128	+ 238
	Prosentvis endring	-	+ 3,5 %	+ 2,5 %	+ 2,5 %	+ 2,4 %	+ 4,3 %
	Årsverk per 10 000	9,7	10,2	10,3	10,5	10,6	11,0
Spesialist- helsetjenesten	Årsverk	12 816	13 618	14 089	15 089	15 597	16 210
	Endring	-	+ 460	+ 471	+ 1 000	+ 508	+ 613
	Prosentvis endring	-	+ 3,5 %	+ 3,5 %	+ 7,1 %	+ 3,4 %	+ 3,9 %
	Årsverk per 10 000	25,7	26,7	27,3	28,9	29,7	30,6
Kommune- og spesialisthelse- tjenesten totalt	Årsverk	17 653	18 815	19 414	20 546	21 182	22 033
	Endring	-	637	599	1 132	636	851
	Prosentvis endring	-	+ 3,5 %	+ 3,2 %	+ 5,8 %	+ 3,1 %	+ 4,0 %

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

* Merk at økningen i 2015 er kunstig høy: SSB la om systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk. Dette er en samordning med NAV og Skatteetaten. Den nye innrapporteringen skal føre til bedre statistikk for flere områder, spesielt for lønns- og registerstatistikk. I denne overgangen har det blitt problemer med å beregne årsverkstall for 2015 og det blir et brudd i tidsserien. Dette gjør at man må være oppmerksom på at økningen fra tidligere år til 2015 kan være noe høy. Data for 2015 skal være mer presis enn for tidligere år.

Vedlegg

Vedlegg 1: 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 spesialister³³.

Lavt volum³⁴

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 søkere³⁵

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 utdanningskapasitet³⁶

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 turnover³⁷

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

³³ Eksempel på indikator(er): Gjennomsnittsalder, medianalder og andel ansatte over 60 år. Informasjonskilde: Lønn- og personalsystemer.

³⁴ Eksempel på indikator(er): Antall ansatte og brutto månedsværk. Informasjonskilde: Lønn- og personalsystemer.

³⁵ Eksempel på indikator(er): Antall søkere. Informasjonskilde: Webcruiter statistikk, informasjon fra helseforetakene.

³⁶ Eksempel på indikator(er): LIS-leger per overlege, flaskehalser (kvalitativ vurdering), frafall LIS-leger i løpet av spesialiseringløpet, ferdigutdannede LIS-leger / totalt antall LIS-leger. Informasjonskilde: HINAS tall, lønn- og personalsystemer og interne prosjekter.

³⁷ Eksempel på indikator(er): Ekstern turnover. Informasjonskilde: Lønn- og personalsystemer.

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 eldre³⁸

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.

Stor endring i behov på grunn av medisinsk og teknologisk utvikling og nye behandlingsmetoder³⁹

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 organisering⁴⁰

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 skjelettrøntgen⁴¹. Hvordan organiseringen av tjenesten fungerer, vil påvirke behov for spesialister.

Kjennetegn/faktorer som kan indikere økt sårbarhet - Ventetid⁴²

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

³⁸ Eksempel på indikator(er): prosent vekst i behov fra 2015 til og med 2035.

Informasjonskilde: Nasjonal bemanningsmodell.

³⁹ 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.

⁴⁰ Eksempel på indikator(er): Endringer i antall vaktordninger, endringer overordnede føringer som krever mer tilstedeværelse av overleger i vakt

Informasjonskilde: Intervju fagdirektører RHF`ene

⁴¹ <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Tolking-og-beskrivelse-av-skjelettroentgenbilder>

⁴² 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.

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.⁴³

Andre aspekter til vurdering⁴⁴

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.

Vedlegg 2: Utdypende om spesialitetene som Helsedirektoratet vurderer at har behov for strategisk oppmerksomhet (hentet fra 2017-rapporten):

Radiologi

Figur 9 og 10 viser hvordan godkjenningen av enkelte nye spesialiteter har utviklet seg fra 2013 til 2016. Det er krevende å si noe om utvikling på så få år, men det kan se ut som om det er en særlig stor reduksjon i nye spesialister i radiologi. Av tabell 16 kommer det også fram at radiologi er det faget som har størst andel konverteringer. I 2016 var det 34 nye spesialister i radiologi som hadde utenlandsk spesialistutdanning og 32 nye spesialister som hadde norsk spesialistutdanning. Radiologi er også en av spesialitetene med lavest LiS-andel (30,3 prosent). I tillegg viser tall fra KUHR og SSB at det helt siden starten av 2000-tallet har vært en endring mot mere kompetansekrevede radiologiske undersøkelser, særlig fra vanlige røntgenundersøkelser til mer bruk av CT og MR. Dette har gitt et økende behov for spesialister i radiologi.

Patologi

Patologi er en annen spesialitet med lav LiS-andel (28,6 prosent), men for patologi er det det ikke like stor andel av de nye spesialistene som har utenlandsk utdanning (3 av 13 i 2016). Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft samt innføring av persontilpasset medisin vil føre til et ytterligere behov for patologer hvis det ikke skjer endringer i oppgavedeling eller innføring av ny teknologi som endrer behovet.

Nevrologi

Regjeringen har hatt stort fokus på å redusere ventetid i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratets rapport «Ventetider og pasientrettigheter 2016»⁴⁵ viste at ventetiden har gått ned fra 2015 til 2016 både i somatikken, psykisk helsevern for voksne og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I psykisk helsevern for barn og unge var ventetiden lik i 2015 og 2016. Rapporten viste at ventetiden var lengst i somatikken og aller lengst innen fagområdene nevrologi og karkirurgi. Fagområdet nevrologi er et av fagområdene Helsedirektoratet har meldt om særlig behov for knyttet til økt satsing på hjernehelsetjenester. Nevrologi er i tillegg sårbart fordi det er et fagområde med høy andel konverteringer. Ni av 29 nye spesialister hadde utenlandsk utdanning i 2016, noe som utgjorde om lag 30 prosent

⁴³ 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.

⁴⁴ Informasjonskilde: Intervju fagdirektør RHF

⁴⁵ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1296/IS-2610-Ventetider-og-Pasientrettigheter-2016.pdf>

av alle godkjenninger dette året. Mere positivt er det at det faktisk er en prosentvis nedgang fra året før og at LiS-andelen er forholdsvis høy for nevrologi, 42,1 prosent.

Onkologi, radiologi, patologi, medisinsk genetikk og medisinsk mikrobiologi

Kapasiteten til en rekke spesialiteter deriblant i onkologi, gastroenterologi, radiologi, patologi, medisinsk genetikk og medisinsk mikrobiologi er medvirkende faktorer for gjennomføringen av diagnostiske pakkeforløp for kreft innen maksimalt anbefalt forløpstid. Diagnostisk pakkeforløp innen maksimalt anbefalt forløpstid er en av de nasjonale kvalitetsindikatorne for kreft⁴⁶. Denne kvalitetsindikatoren er målt jevnlig siden mai 2015 og viser en synkende andel som har fått gjennomført diagnostiseringen innen maksimalt anbefalt forløpstid. Ved siste måling hadde Helse Midt-Norge 80,0 prosent, Helse Nord 75,6 prosent, Helse Sør-Øst 71,7 prosent og Helse Vest 60,9 prosent gjennomføring innen maksimalt anbefalt forløpstid. Dette tyder på et behov for strategisk oppmerksomhet på spesialiteter som er knyttet til pakkeforløp for kreft. Disse fagområdene vil trolig få enda større press når screeningprogram for tarmkreft er igangsatt.

Geriatrici

For å møte behovene hos det økende antallet eldre i befolkningen vedtok Stortinget i 2016 at alle akuttsykehus skal ha geriatriisk kompetanse. Det vil likeledes være et økende behov for geriatriisk kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester og i samarbeidsflaten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Geriatriisk kompetanse er en sentral del av utdanningen til allmennleger, men det vil trolig også være et økende behov for geriatriiske spesialisttjenester i kommunale institusjoner.

Gastroenterologisk medisin og patologi

I forslag til statsbudsjett for 2018 er det foreslått igangsetting av et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft. I forbindelse med utredningen av nasjonal screening har Helsedirektoratet bestilt helseøkonomiske analyser som beregner konsekvenser av screening med ulike metoder når det gjelder personellbehov^{47,48}. Med koloskopi som primær screeningmetode er det beregnet at et fullt utrullet program vil kreve om lag 57 nye legeårsverk, hvorav 38 årsverk for gastroenterologer og 19 årsverk for patologer. Beregningen viser et behov for om lag 95 nye sykepleierårsverk (se figur 8). Personell innen Lab-patologi og Lab-avføringsprøver utgjør i hovedsak bioingeniører. I figuren under er behovet for helsepersonell ved bruk av koloskopi som primær screeningmetode sammenlignet med bruk av en immunokjemisk test for usynlig blod i avføringen som primær screeningmetode.

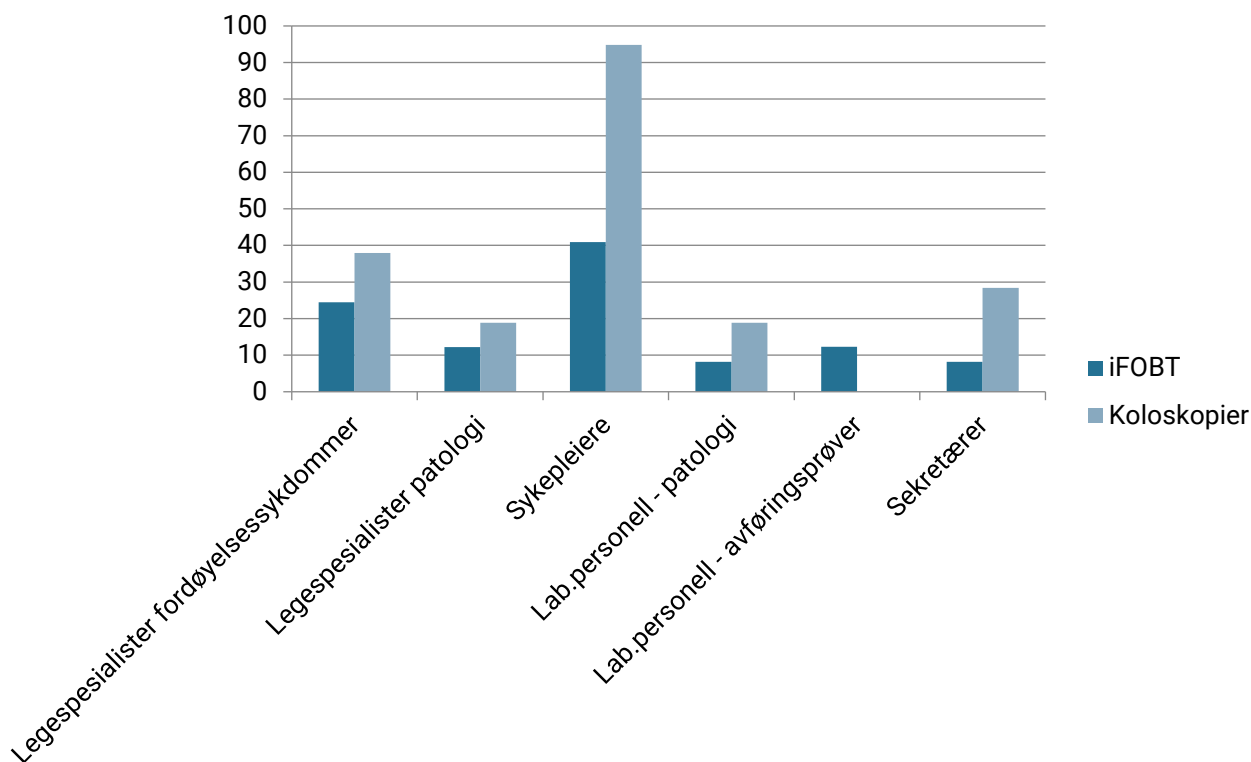
Figur 8 viser at fullt implementert screeningprogram med koloskopi som primær screeningmetode er den mest personellkrevende metoden. Det er uttrykt bekymring for mangel på spesialister både i patologi og gastroenterologi. I forbindelse med etablering av nasjonal screening er det derfor anbefalt kartlegging av behov og gradvis oppbygging av nødvendig kapasitet innenfor hvert RHF.

⁴⁶ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-kreft-start-av-behandling-og-overlevelse/gjennomforing-av-diagnostisk-pakkeforlop-innen-maksimal-anbefalt-forlopstid>

⁴⁷ Nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft, status og anbefalinger. Helsedirektoratet 30.06.17
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Rapport%20om%20et%20Nasjonalt%20screeningprogram%20mot%20tarmkreft.pdf>

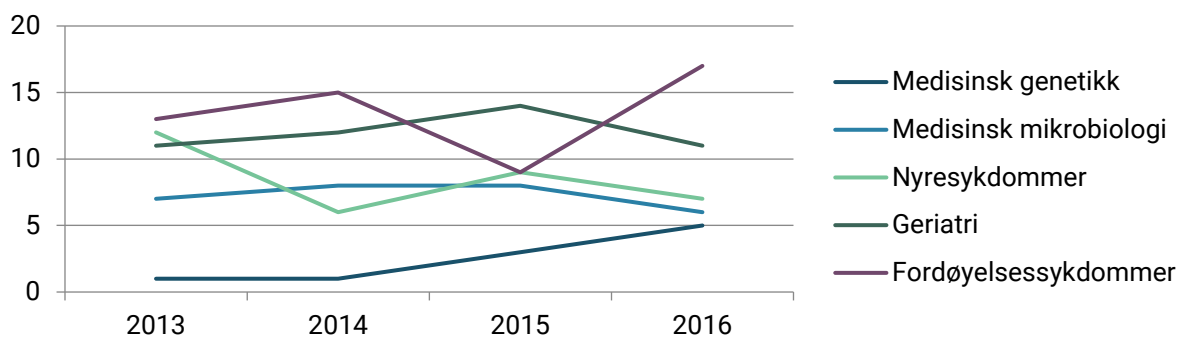
⁴⁸ Budsjettkonsekvenser og personellbehov ved ulike screeningmetoder for tarmkreft. Eline Aas, Helseøkonomisk analyse AS. 27. juni 2017
https://helsedirektoratet.no/Documents/Tarmkreftscreening_Budsjettkonsekvensanalyse_2706_2017.pdf

Figur 8 Behov for personell i screeningprogram tarmkreft



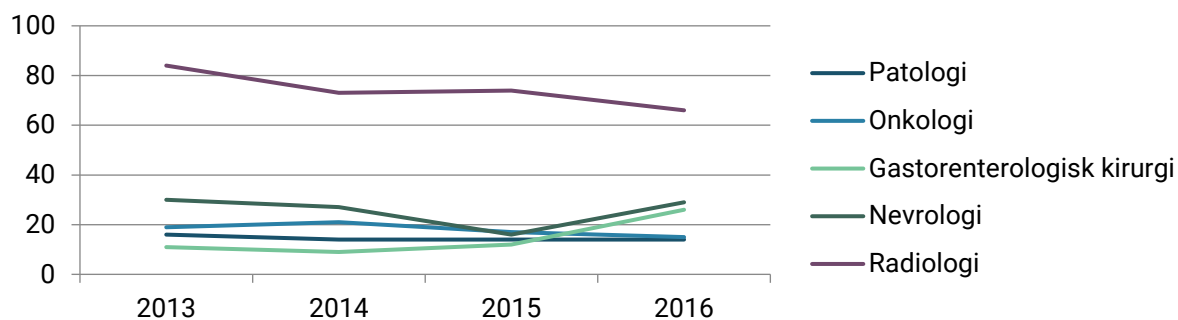
Kilde: Helsedirektoratet.

Figur 9 Spesialistgodkjenninger (antall), utvalgte spesialiteter, 2013-2016.



Kilde: Helsepersonellregisteret.

Figur 10 Spesialistgodkjenninger (antall), utvalgte spesialiteter, 2013-2016



Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten

Utgitt

Desember 2018

Bestillingsnummer

IS-2789

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen

0213 Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

E-post: postmottak@helsedir.no

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no