

Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten

Rapport 2020

Rapport

PUBLIKASJONSNUMMER: IS- 2967



Innhold

Sammendrag	2
1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Om rapporten	6
1.3 Datagrunnlag	7
2. Tilførsel av nye leger	9
2.1 Medisinstudenter og nye autoriserte leger	9
2.2 Leger i spesialisering 1 (LiS1)	10
2.3 Nye spesialistgodkjenninger	15
3. Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester	17
3.1 Rekrutteringsutfordringer i kommunene	17
3.2 Årsverksutvikling for leger i kommunene	20
3.3 Utviklingen for fastleger og fastlegeordningen	24
3.4 Spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i kommunene	31
4. Leger i spesialisthelsetjenesten	34
4.1 Rekrutteringsutfordringer i spesialisthelsetjenesten	34
4.2 RHFenes innspill om utdanningskapasitet for leger	35
4.3 Status og utvikling for leger i spesialisthelsetjenesten	36
4.4 Avtalespesialister	43
4.5 Spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten	44
5. Vurderinger	51

Sammendrag

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

Rapporten omtaler tilførselen av nye leger (kapittel 2) og utviklingen for leger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (kapittel 3) og i spesialisthelsetjenesten (kapittel 4). I kapittel 5 gjør Helsedirektoratet en kortfattet vurdering av utviklingen som er beskrevet i rapporten.

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

Tilførsel av nye leger og spesialister

- **Studiekapasiteten** i medisin har økt gjennom 20 nye studieplasser ved hvert av de fire medisinske fakultetene, tildelt i revidert nasjonal budsjett (RNB) for 2020. Helsedirektoratet støtter denne økningen, og mener at studieplassene bør gjøres permanente.
- Også **antall LiS1-stillinger** har økt, først gjennom nye stillinger i Nord-Norge og deretter gjennom 100 *midlertidige* stillinger i RNB. I forslag til statsbudsjett for 2021 foreslår regjeringen 100 *permanente* LiS1-stillinger. Direktoratet har tidligere anbefalt en økning på 200 LiS1-stillinger, og støtter denne opptrappingen.
- Antall **søkere på LiS1-stillinger** har økt over tid, men økningen kan se ut til å ha flatet ut. Det høye søkertallet har ført til at mange nyutdannede leger har stått uten LiS1-stilling hver søkerunde, men andelen av søkerne som har blitt **tilsatt** har økt i 2020, som et resultat av de nyopprettede stillingene.
- Det ble innvilget 1 621 nye **autorisasjoner** i 2019. To av tre autorisasjoner gikk til leger med utdanning fra utlandet.
- Det ble innvilget et høyt antall **spesialistgodkjenninger**, 1 352, i 2019.
- Hver femte av disse spesialistgodkjenningene var **konverteringer** fra Norden eller øvrige EØS. I enkelte spesialiteter er andelen som konverteres over 40 prosent.

Utviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester (kapittel 3)

- Flere undersøkelser har vist at norske kommuner har **utfordringer med å rekruttere** leger.
- NAV estimerer i 2020 en **mangel på ca. 50 allmennleger**, noe som er en nedgang sammenlignet med de siste to årene, men estimatene er usikre.
- **Legeårsverk** i kommunene økte også fra 2018 til 2019 med i overkant av 2 prosent (131 årsverk). Dette er høyere enn befolkningsveksten, slik at legedekningen pr. 10 000 innbyggere i kommunene styrkes fra 11,2 til 11,4 leger.
- **Fastleger** utfører den klart største delen av legenes arbeidsinnsats i kommunale helse- og omsorgstjenester. Økningen i nye fastlegepraksiser øker fortsatt mer enn befolkningen, slik at gjennomsnittlig listelengde fortsetter slakt nedover. Samtidig fortsetter fastlegeavtaler uten fast lege å øke, noe som kan føre til vikarbruk og svekket kontinuitet. Hver femte fastlege er 60 år eller eldre, noe som innebærer et betydelig rekrutteringsbehov framover.
- Det har vært en økning i **konsultasjoner** hos fastlegene over tid, men økningen i antall fastleger har kompensert for dette. Samtidig har det vært økt bruk av tidstakst og e-konsultasjoner.
- Undersøkelser har vist at **fastleger jobber svært mye**, og mange fastleger, særlig i mindre folkerike kommuner, bruker mye tid på andre allmennlegeoppgaver.
- Utfordringene i fastlegeordningen ble omtalt i evalueringen av fastlegeordningen i 2019. I 2020 presenterte Helse- og omsorgsdepartementet en **handlingsplan for allmennlegetjenesten** for 2020 til 2024.
- Tilveksten av nye **spesialister i allmennmedisin** var i 2019 klart høyere enn den har vært de seneste årene, sett bort i fra unntaksåret 2017. Andelen av fastlegepraksisene som er besatt av spesialister i allmennmedisin er økt til 62,6 prosent (merk at tallene for spesialister er nedjustert sammenlignet med tidligere).
- Etter tre år med god tilvekst av nye spesialister i **samfunnsmedisin**, var antallet tydelig lavere i 2019, med 15 nye spesialister.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten (kapittel 4)

- Tilgangen på leger for spesialisthelsetjenesten er generelt god, men tilgangen på spesialister kan være utfordrende flere steder. NAVs estimat for **mangel på legespesialister** er oppjustert noe i 2020, til 900 spesialister.
- **Legeårsverk** i spesialisthelsetjenesten har fra 2018 til 2019 økt med nesten 500 årsverk eller 3 prosent. Dette er like under nivået på veksten i de foregående årene.
- Ca. 38,5 prosent av legene i spesialisthelsetjenesten er **leger i spesialisering (LiS)**. LiS-andelen varierer i stor grad mellom helseforetakene (fra 31,8 til 46,0 prosent) og mellom de ulike spesialitetene (fra 28,6 til 46,5 prosent i de etablerte spesialitetene).

- Statistikken for **avtalespesialister** viser at disse er svært sentrale bidragsytere innen enkelte fagområder. Det har ikke vært noen store endringer det seneste året.
- Årets rapport er noe begrenset sammenlignet med tidligere, grunnet kapasitetsutfordringer i forbindelse med covid-19-pandemien, og RHFene og direktoratet har ikke gjort nye vurderinger av hvilke **spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet** i spesialisthelsetjenesten i år. Vi gir en oppsummering av tidligere års innspill fra de regionale helseforetakene og presenterer oppdatert statistikk for LiS-andeler og konverteringsandel for spesialistgodkjenninger for de ulike spesialitetene.
- Spesialitetene med **lavest LiS-andel** er også i 2020 medisinsk biokjemi, anesthesiologi, radiologi, medisinsk genetikk, patologi, plastikkirurgi og klinisk nevrofysiologi.
- Radiologi og anesthesiologi skiller seg ut som spesialitetene med **høyest andel konverteringer** de seneste årene, men andelen er høy også for en rekke andre spesialiteter.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

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

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

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

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

I forbindelse med avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger, ble det varslet at direktoratet skulle gjøre en oppsummering og totalvurdering av endringen. Helse- og omsorgsdepartementet ga direktoratet dette som et oppdrag i tildelingsbrevet for 2019, og direktoratet gjorde vurderingen som en del av rapporten om leger i kommuner og spesialisthelsetjenesten i 2019, med innspill fra berørte aktører¹.

Vi fant ikke tegn på at avviklingen i seg selv hadde hatt tydelige negative konsekvenser. RHFene og helseforetakene uttrykte at de er positive til fleksibiliteten avviklingen har medført. Vi understreket at veksten hadde vært større i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene, at det har blitt vanskeligere for kommunene å rekruttere allmennleger de siste årene og at det er utviklingstrekk i fastlegeordningen som

¹ Helsedirektoratet (2019). *Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Rapport 2019*. IS-2870.

gir grunn til bekymring, men vi har ikke grunn til å knytte til disse utfordringene til avviklingen av kvotefordelingssystemet.

1.2 Om rapporten

Årets rapport følger i stor grad samme oppsett som de siste års rapporter. Mens fokuset i fjorårets rapport var utviklingen i perioden etter avviklingen av kvotefordelingssystemet, fra 2013 til og med 2018, fokuserer årets rapport på utviklingen fra 2018 til 2019, men inkluderer også data for tidligere år.

Årets rapport er forenklet og kortet ned sammenlignet med tidligere utgaver, og dette gjelder særlig delen som omhandler spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet. Dette henger sammen med at Helsedirektoratet er avhengig av bidrag fra RHFene, og at 2020 har vært et utfordrende år med uforutsette oppgaver og mye kapasitet som har gått med til covid-19-relatert arbeid. Samtidig var fjorårets rapport omfattende, og inkluderte altså en oppsummering og totalvurdering av utviklingen etter avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger. Vi viser til denne rapporten for vurderinger av de enkelte spesialitetene. Direktoratet har ambisjoner om at oppdaterte vurderinger av spesialitetene kan gjøres i 2021.

I **kapittel 2** beskrives **tilførsel av nye leger**. Der legger vi fram statistikk om nasjonale studieplasser, utenlandsstudenter, nyutdannede leger og nye legeautorisasjoner. Utviklingen når det gjelder søkere og tilsatte leger i spesialisering del 1 (LIS1) omtales også nærmere. Det gjør også utviklingen i antall nye godkjente legespesialister.

I **kapittel 3** ser vi nærmere på utviklingen for **leger i kommunale helse- og omsorgstjenester**. Vi gjør først rede for rekrutteringsutfordringer i kommunene, der vi legger frem resultatene for allmennleger fra NAVs bedriftsundersøkelse for 2020 og Kommunesektorens arbeidsgivermonitor for 2019. Videre ser vi nærmere på utviklingen når det gjelder legeårsverk i kommunene, på nasjonalt nivå og fordelt på fylker, og nå-situasjonen for ulike kommunegrupper (KOSTRA-grupper). Deretter omtaler vi utviklingen for fastleger og utvalgte områder av fastlegeordningen. Videre undersøker vi utviklingen innen legespesialitetene i kommunene, allmennmedisin og samfunnsmedisin, som har behov for strategisk oppmerksomhet.

I **kapittel 4** omtaler vi **utviklingen i spesialisthelsetjenesten**. Vi beskriver først rekrutteringsutfordringer av legespesialister i spesialisthelsetjenesten. Vi presenterer videre årsverksutviklingen i spesialisthelsetjenesten, inkludert i de enkelte helseforetakene, i perioden 2013 til 2019, samt oversikter over antall leger i spesialisering og overleger i helseforetakene i 2020. Videre presenteres omfanget av avtalespesialister, fordelt på spesialitetene og helseregionene. Som nevnt har vi ikke bedt de regionale helseforetakene om innspill om hvilke spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten i år, men vi gjør rede for kriteriene som vanligvis benyttes og vi oppsummerer tidligere års innspill fra RHFene i tabellform. Vi presenterer også antall LiS og overleger, samt LiS-andel, og nye spesialistgodkjenninger, fordelt på norske regler og konverteringer, i de ulike spesialitetene.

I **kapittel 5** diskuterer vi utviklingen som er redegjort for i de foregående kapitlene og gir våre vurderinger.

Det er ikke gjort oppdaterte **Helsemod-framskrivninger av tilbudet av og etterspørselen etter leger** siden forrige rapport om leger i kommuner og spesialisthelsetjenesten ble publisert høsten 2019. SSB framskrev da en tilstrekkelig tilgang på leger i 2035. Dette er ikke omtalt nærmere i år, og vi viser til direktoratets omtale av SSBs Helsemod-framskrivninger i fjorårets rapport og SSBs opprinnelige rapporter^{2,3}. Vi viser også til SSB-rapporten "Framskrivninger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2040", som er en mer overordnet framskriving av framtidig sysselsetting. Denne framskriver en beskjeden vekst i sysselsatte med medisinerutdanning og at andelen av samlet sysselsetting vil være stabil i framskrivingsperioden⁴.

1.3 Datagrunnlag

I denne rapporten benytter vi en rekke ulike datakilder:

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

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

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 3.1 (allmennleger) og 4.1 (andre legespesialister).

Kommunesektorens arbeidsgivermonitor: KS utgir årlig Kommunesektorens arbeidsgivermonitor, der de undersøker hvor utfordrende kommuner mener det er å rekruttere ulike yrkesgrupper, inkludert leger. Helsedirektoratet får oversendt data fra disse undersøkelsene, som benyttes i kapitlet om rekrutteringsutfordringer i kommunene. Det er ikke publisert nye resultater i 2020, og det gis derfor kun en kortfattet oppsummering av den seneste undersøkelsen fra 2019.

Fastlegeregisteret: Fastlegeregisteret inneholder informasjon om alle landets fastleger, og er også i år den viktigste datakilden i kapitlet om fastleger (kapittel 3.3). Helsedirektoratets ytre etat HELFO administrerer deler av fastlegeordningen på vegne av kommunene, og er ansvarlig for å holde registeret oppdatert. Helsedirektoratet benytter registeret til å utarbeide statistikk og gjøre analyser som beskriver utviklingstrekk. Helsedirektoratet benytter i år en ny løsning for å hente ut data fra registeret, noe som

² Geir Hjemås, Jia Zhiyang, Tom Kornstad og Nils Martin Stølen (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Rapporter 2019/11*. Statistisk sentralbyrå.

³ G. Hjemås, E. Holmøy og F. Haugstveit (2019). *Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. SSB-rapporter 2019/12.

⁴ Ådne Cappelen, Bjørn Dapi, Hege Marie Gjefsen og Nils Martin Stølen (2020). *Framskrivninger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2040*. Rapporter 2020/41.

innebærer enkelte endringer. Dette kommenteres der det er aktuelt. Enkelte steder i denne rapporten supplerer vi med informasjon fra EY og Vista analyses evaluering av fastlegeordningen fra 2019.

Legestillingsregisteret (LSR): Legestillingsregisteret er en sentral datakilde i kapitlet om leger i spesialisthelsetjenesten. Registeret inneholder leger ansatt i spesialisthelsetjenesten (inkludert noen leger ansatt i private og ideelle institusjoner med driftsavtale med RHFene), fastleger (gjennom integrasjon med Fastlegeregisteret) og de fleste avtalespesialister. Kommunalt ansatte leger som ikke er fastleger og leger i helprivat virksomhet er ikke inkludert i registeret per i dag. Formålet med Legestillingsregisteret er å gi en nasjonal oversikt over legefordelingen og spesialistutdanningen for leger. LSR skal danne grunnlag for overvåking, framskrivning og analyse av utviklingen i legemarkedet. Helsedirektoratet er tidligere gitt i oppdrag å utvikle LSR for å holde løpende oversikt over etablerte legestillinger i spesialisthelsetjenesten og kommunene. De regionale helseforetakene har et spesielt ansvar for at direktoratet til enhver tid skal kunne ha et oppdatert legestillingsregister. Som nevnt i tidligere rapporter, har det vært utfordringer med datakvaliteten i Legestillingsregisteret. Datakvaliteten har blitt stadig bedre de siste årene, men det er imidlertid fortsatt utfordringer, blant annet med duplikater i registeret. Noen leger kan være registrert med flere årsverk, og i denne rapporten forholder vi oss derfor til sysselsatte leger, og ikke avtalte årsverk. Registerets oppbygning og tidligere utfordringer med datakvaliteten innebærer at LSR per nå ikke egner seg til sammenligninger tilbake i tid. Vi viser også til diskusjonen om LSR i fjorårets rapport om leger i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Også i forbindelse med årets rapport har direktoratet sendt datauttrekkene fra LSR til RHFene for å sammenligne med RHFenes egne systemer. Denne gjennomgangen viser at det også i 2020 er noe ulikhet mellom tallene for noen av RHFene, til tross for den automatiske integrasjonen mellom registeret og RHFenes systemer. Vi gjør rede for ulikhetene i kapitlet om status for leger i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet vil se nærmere på Legestillingsregisteret og behov for modernisering i 2021.

SAMDATA/NPR: Ettersom det ikke er automatisk integrasjon mellom avtalespesialister med avtale og LSR, kan vi ikke være sikre på at alle avtalespesialister er registrert i LSR. Vi har derfor benyttet SAMDATA-tall for avtalespesialister i kapittel 4.4. Vi ser at det også i 2020 er tilnærmet fullt samsvar mellom de to kildene.

Årsverksstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB): For å kunne sammenligne utviklingen i årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, og ettersom LSR-dataene ikke har god nok kvalitet bakover i tid, benytter vi også årsverksstatistikk fra SSB. SSB-statistikken for leger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan dessuten fordeles på ulike KOSTRA-grupper og fylker.

SSB-statistikken skiller ikke mellom LiS og overleger, slik LSR-dataene gjør. Ettersom SSB-statistikken viser *legeårsverk*, og ikke *leger* (individer), og inneholder alle som har fullført cand.med. (samt medisinstudenter med lisens), uavhengig av stillingstype, er ikke tallene direkte sammenlignbare med LSR-tallene. SSBs statistikk dekker også institusjoner uten driftsavtale med RHF, og inneholder også bedre oppdaterte tall fra private institusjoner med driftsavtale enn LSR. En utfordring med SSBs sysselsettingsstatistikk er at ikke alle leger som jobber gjennom bemanningsbyråer blir fanget opp av SSBs statistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Ca. 130 leger var sysselsatt i næringen "utleie av arbeidskraft" i 2019. SSBs målepunkt er i 4. kvartal, og leger som jobber i andre perioder av året fanges ikke opp i statistikken.

2. Tilførsel av nye leger

2.1 Medisinstudenter og nye autoriserte leger

Etter at kapasiteten økte med 30 studieplasser i 2016, har antall studieplasser ligget på 636 t.o.m. 2019, som er siste året som dekkes av **tabell 1** på neste side. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett (RNB) for 2020, ble det foreslått opprettet 80 nye studieplasser i medisin, gjennom 20 nye studieplasser ved hvert av de fire medisinske fakultetene. Tall fra DBH viser at NTNU, UiB og UiO økte antall studieplasser med 20 hver, slik at det i 2020 var 696 studieplasser totalt. I september 2019 anbefalte Grimstad-utvalget en opptrappingsplan for studieplasser innen medisin i Norge, med en anbefaling om at Norge bør utdanne 80 prosent av legene vi trenger selv⁵.

Totalt var det høsten 2019 registrert 3 837 medisinstudenter i Norge. Til sammenligning var det 3 071 norske gradsstudenter som fikk støtte til medisinstudier i utlandet i studieåret 2019-2020. Det er altså fortsatt mange som studerer medisin i utlandet, men det har vært en nedgang i årene etter toppåret 2015-2016, som vist i tabell 1.

I 2019 var det 574 kandidater som fullførte medisinstudiene i Norge. Antallet er litt høyere enn det har vært de senest årene, men litt under antallet i 2012. Det totale antallet autorisasjoner i 2019 var likevel det laveste det har vært i perioden som dekkes av tabell 1, ettersom at det var en nedgang i antall nye leger med utdanning fra utlandet. To av tre autorisasjoner var likevel til leger med utdanning fra utlandet.

Som tidligere omtalt, er de fleste legene som får autorisasjon på basis av en utenlandsk utdanning norske statsborgere som har studert medisin i Sentral- eller Øst-Europa. For en nærmere beskrivelse av norske medisinstudenter i utlandet og leger med utenlandsk utdanning, viser vi til rapporten *NHSP 2020-2023 Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet"*⁶.

⁵ H. Grimstad m.fl. (2019). *Studieplasser i medisin i Norge. Behov, modeller og muligheter*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_gri_mstadutvalget.pdf

⁶ Helsedirektoratet (2018). *NHSP 2020-2023 Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet"*. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet

Tabell 1. Nøkkeltall for tilførsel av nye leger. 2012-2019.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Studieplasser på medisin (per år) ¹⁾	600	600	606	606	636	636	636	636
Oppnådde kvalifikasjoner ¹⁾	589	549	540	535	565	524	554	574
Kandidatmåltall ²⁾	-	-	546	546	546	546	562	567
Medisinstudenter i Norge ¹⁾	3 548	3 543	3 596	3 615	3 697	3 725	3 764	3 837
Norske medisinstudenter i utlandet ³⁾	3 082	3 177	3 237	3 316	3 287	3 174	3 104	3 071
Antall nye autorisasjoner ⁴⁾	1 682	2 764	2 074	1 879	1 658	2 351	1 770	1 621
Hvorav norsk utdanning	492	1 269	876	706	479	673	537	556
Hvorav utenlandsk utdanning	1 190	1 495	1 198	1 173	1 179	1 678	1 233	1 065

1) Database for statistikk om høyere utdanning (DBH). Antallet som har fullført profesjonsstudiet i medisin. Forskerlinjen er inkludert (antallet for perioden 2012-2018 er justert opp noe fra fjorårets rapport, ettersom UiOs forskerlinje var ekskludert). Plasser til utvekslingsavtaler o.l. er ekskludert.

2) Kilde: Kunnskapsdepartementet: Orientering om statsbudsjettet for universitet og høyskoler. Måltallet på 567 ble videreført i 2020 og 2021.

3) Statistikk mottatt fra Lånekassen. Norske gradsstudenter i medisin, totalt for alle kull. Tallene for studieårene 2015 til 2018 avviker noe fra tallene i den tilsvarende tabellen i 2019, i tråd med justerte tall mottatt fra Lånekassen.

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

2.2 Leger i spesialisering 1 (LiS1)

Leger i spesialisering del 1 (LiS1) er en felles første del av spesialistutdanningen, som omfatter 12 måneders tjeneste i sykehus og seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det har over lengre tid vært 950 LiS1-stillinger, men fra og med kullet som hadde oppstart høsten 2020 ble antallet økt med 19 LiS1-stillinger per søknadsrunde, altså 38 nye stillinger årlig. Disse stillingene opprettes i Nord-Norge. Det innebærer at det i utgangspunktet kan utlyses ca. 494 stillinger hvert halvår (noen stillinger utlyses ikke fordi de reserveres leger som kommer tilbake fra lov hjemlet permisjon), men i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2020 ble det også opprettet 100 midlertidige stillinger, fordelt på Helse Midt-Norge RHF (14 stillinger), Helse Sør-Øst RHF (54 stillinger) og Helse Vest RHF (32 stillinger). Regjeringen har i Prop. 1S for 2020-2021 foreslått å opprette 100 permanente LiS1-stillinger, hvorav 50 stillinger med oppstart høsten 2021 og de resterende 50 stillingene med oppstart våren 2022. Det er ikke bestemt hvordan disse eventuelt skal fordeles.

I dette kapitlet vil vi kort gjøre rede for utviklingen når det gjelder søkere på og tilsatte i LiS1-stillinger (og tidligere i turnusstillinger). For en grundigere omtale, viser vi til Helsedirektoratets halvårslige statusrapporter om dette. Høsten 2020 leverer Helsedirektoratet også en evaluering av omleggingen til søknadsbasert turnusordning til Helse- og omsorgsdepartementet.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet leverte Helsedirektoratet i 2019 en vurdering av dimensjoneringen av antall LiS1-stillinger. Direktoratet foreslo i sin rapport til departementet at det

planlegges en opptrapping i samråd med helseforetak og kommuner, med totalt 200 nye LiS1-stillinger. Direktoratet understreket i vurderingen at antall LIS1-stillinger må være basert på tjenestenes faktiske behov og at stillingene skal bidra til at det blir utdannet et tilstrekkelig antall ferdige spesialister i Norge. Direktoratet foreslo også tiltak for å bedre gjennomstrømningen og utnytte kapasiteten i LiS1-ordningen. Høsten 2020 leverer direktoratet en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet som følger opp tiltakene i utredningen som ble levert i 2019 (dette gjøres i samme rapport som evalueringen av omleggingen).

Etter mars 2019 må også leger med utdanning fra et EØS-land med integrert praksis⁷ søke på LiS1-stillinger og gjennomføre del 1 av spesialiseringen før de kan fortsette til del 2 og 3. Disse kan altså ikke lenger søke seg direkte inn i en stilling i videre spesialisering, men søknadsstatistikken har vist at mange leger fra disse landene også tidligere har søkt på og tiltrådt LiS1-stillinger, selv om det ikke har vært obligatorisk (eksempelvis hadde 590 av søkerne og 163 av de tilsatte våren 2019 utdanning fra et EØS-land med integrert praksis eller Polen). Det var en økning i antall søkere fra EU/EØS fra høsten 2018 til høsten 2019, men det hadde vært økning også de foregående årene, og våren 2020 var på nivå med våren 2019. Det ser altså ikke ut til at endringen har ført til noen betydelig økning.

2.2.1 Søkere på LiS1-stillinger

Figur 1 på neste side viser antall søkere på turnus- og LIS1-stillinger i perioden fra våren 2013 til våren 2020, fordelt på om søkeren har utdanning fra Norge, et annet EØS-land eller fra et land utenfor EØS-området. For at det skal være enklere å se utviklingen, har vi gruppert vårsemestrene på venstresiden og høstsemestrene på høyresiden. Søkertallet er nemlig gjennomgående høyere på utlysninger i vårsemesteret, ettersom flere potensielle søkere er ferdig med medisinstudiet på våren. Tallene for utlysningen høsten 2020 var ikke ferdigstilt da denne rapporten ble skrevet.

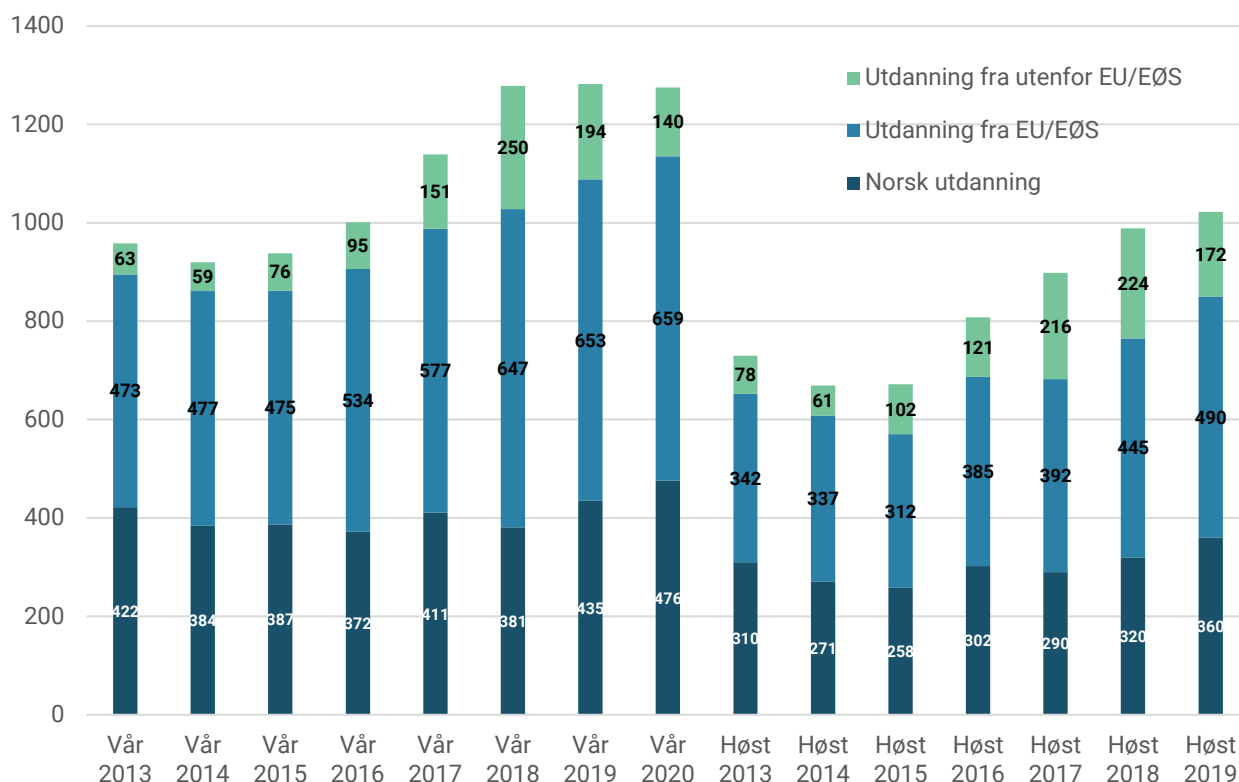
Søkertallet fortsatte å øke litt høsten 2019, men veksten i høstsemestrene ser ut til å ha flatet ut noe. Etter flere år med tydelig økning, har antall søkere i vårsemesteret vært tilnærmet stabilt de siste tre årene.

Mye av økningen siden 2015 kan tilskrives flere søkere med utdanning fra andre EØS-land, og det er en utflating i veksten for denne gruppen som gjør at veksten har avtatt i vårsemestrene. Disse søkerne med utdanning fra andre EØS-land er for det meste norske statsborgere (i utlysningene mellom høsten 2018 og våren 2019 gjaldt dette mellom 84 og 88 prosent).

Som figuren viser, var det også en klar økning i antall søkere med utdanning fra land utenfor EØS fra 2014, men antallet har gått noe ned igjen ved de siste søknadsrundene. Også her er det norske statsborgere blant søkerne, men en langt lavere andel (høsten 2018 og våren 2019 var omkring hver fjerde av disse søkerne norske statsborgere).

⁷ Land med integrert praksis er Belgia, Bulgaria, Estland, Finland, Frankrike, Hellas, Kroatia, Kypros, Latvia, Nederland, Romania, Slovakia, Slovenia, Spania, Sveits, Tsjekkia, Tyskland, Ungarn og Østerrike. I tillegg undertegnet Norge og Polen i september 2016 en felles erklæring om at norske medisinstudenter i Polen ville få godkjent utdanningen sin i Norge.

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



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

2.2.2 Tilsatte i LiS1-stillinger

Ved utlysningen høsten 2019 ble ca. 46 prosent av søkerne tilsatt, som vist i tabell 2 på neste side. Dette er den laveste andelen hittil. Andelen er omtrent på nivå med høstutlysningen året før, etter en periode med nedgang hvert år fra 2015. Ved utlysningen i vårsemesteret 2020 ble 584 LiS1 tilsatt, som et resultat av de nye stillingene som er omtalt over. Dermed ble 46 prosent av søkerne tilsatt. Dette er en økning på ti prosentpoeng fra vårsemesteret året før, og kapasitetsøkningen i 2020 har snudd en utvikling der en synkende andel av søkerne ble tilsatt. Statistikken viser at utdanningslandet fortsatt har betydning for hvem som blir tilsatt:

- **Søkere med norsk utdanning** blir i større grad tilsatt enn søkere med utdanning fra andre land. I vårsemesteret 2020 ble to av tre søkere med norsk utdanning tilsatt (67 prosent). Tidligere har mellom 60 og 69 prosent av søkerne med norsk utdanning blitt tilsatt i vårutlysningene, og mellom 75 og 86 prosent i høstutlysningene.
- 37 prosent av **søkerne med utdanning fra EU/EØS-land** ble tilsatt i vårsemesteret 2020. Tidligere år har andelen variert mellom 27 og 38 prosent for vårutlysningene, og 41 og 60 prosent for høstutlysningene.
- **Søkere med utdanning fra land utenfor EØS-området** blir i mindre grad tilsatt enn andre. Ved vårutlysningen i 2020 ble 11 prosent tilsatt. Tidligere år har andelen variert mellom 8 og 20 prosent for vårutlysningene, og 12 og 31 prosent for høstutlysningene.

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

		Vårsemesteret								Høstsemesteret						
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Totalt	Tilsatt	455	446	455	457	463	454	457	584	438	441	441	450	441	455	467
	Ikke tilsatt	503	474	483	544	676	824	825	691	292	228	231	358	457	534	555
	Søkere	958	920	938	1 001	1 139	1 278	1 281	1 275	730	669	672	808	898	989	1 022
	Andel tilsatt	47,5	48,5	48,5	45,7	40,6	35,5	35,6	45,8	60,0	65,9	65,6	55,7	49,1	46,0	45,7
Norsk utdanning	Tilsatt	289	267	262	251	268	238	261	318	257	225	223	228	230	245	246
	Ikke tilsatt	133	117	125	121	143	143	174	158	53	46	35	74	60	75	114
	Søkere	422	384	387	372	411	381	435	476	310	271	258	302	290	320	360
	Andel tilsatt	68,5	69,5	67,7	67,5	65,2	62,5	60,0	66,8	82,9	83,0	86,4	75,5	79,3	76,6	68,3
	Andel av søkere	44,1	41,7	41,3	37,2	36,1	29,8	33,9	37,3	42,5	40,5	38,4	37,4	32,3	32,4	35,2
EU/EØS-utdanning	Tilsatt	159	167	180	194	182	197	177	246	163	198	186	197	186	184	201
	Ikke tilsatt	314	310	295	340	395	450	476	413	179	139	126	188	206	261	289
	Søkere	473	477	475	534	577	647	653	659	342	337	312	385	392	445	490
	Andel tilsatt	33,6	35,0	37,9	36,3	31,5	30,4	27,1	37,3	47,7	58,8	59,6	51,2	47,4	41,3	41,0
	Andel av søkere	49,4	51,8	50,6	53,3	50,7	50,6	50,9	51,7	46,8	50,4	46,4	47,6	43,7	45,0	47,9
Utenfor EU/EØS	Tilsatt	7	12	13	12	13	19	19	20	18	18	32	25	25	26	20
	Ikke tilsatt	56	47	63	83	138	231	175	120	60	43	70	96	191	198	152
	Søkere	63	59	76	95	151	250	194	140	78	61	102	121	216	224	172
	Andel tilsatt	11,1	20,3	17,1	12,6	8,6	7,6	9,8	14,3	23,1	29,5	31,4	20,7	11,6	11,6	11,6
	Andel av søkere	6,6	6,4	8,1	9,5	13,3	19,6	15,1	11,0	10,7	9,1	15,2	15,0	24,1	22,6	16,8

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

2.3 Nye spesialistgodkjenninger

Tabell 3 viser antall nye spesialistgodkjenninger i perioden 2014 til 2019, samt antall og andel av nye spesialistgodkjenninger som er konvertert⁸. I 2019 ble det gitt 1 352 nye spesialistgodkjenninger. Dette er et klart høyere antall enn i tidligere år, med unntak av 2017, da Helsedirektoratet satte inn ekstra ressurser til saksbehandling av spesialistgodkjenninger.

Antall spesialistgodkjenninger i årene 2013 til 2019, fordelt på spesialitet, følger i **tabell 4** på neste side. Spesialistgodkjenninger innenfor allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin (ASA-spesialitetene) omtales nærmere i kapittel 3.4. Spesialistgodkjenninger innenfor sykehusspesialitetene, med vekt på konverteringsandeler, omtales nærmere i kapittel 4.5.4.

Konverterte spesialistgodkjenninger

270 av spesialistgodkjenningene i 2019 ble gitt på bakgrunn av en konvertering. Dette tilsvarer hver femte spesialistgodkjenning. Dette er en høyere andel enn året før, men omtrent på samme nivå som perioden fra 2014 som helhet.

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, som vi også har påpekt i tidligere rapporter. Imidlertid er gebyret for konvertering kr. 4 500 for en hovedspesialitet og kr. 3 000 for en grenspesialitet i 2020, og vi kan anta at mange av legene som konverterer spesialiteten sin har intensjoner om å jobbe i Norge, men vi vet ingenting om hvor lenge disse legespesialistene planlegger å jobbe i Norge.

Tabell 3. Antall nye spesialistgodkjenninger, fordelt på godkjenning etter norske regler og konverteringer etter internasjonale avtaler. 2014-2019.

	2014	2015	2016	2017*	2018	2019	Totalt 2014-2019
Norsk regelverk	877 76,4 %	783 75,8 %	865 81,7 %	1 352* 80,1 %	967 82,3 %	1 082 80,0 %	5 926 79,5 %
Konvertert	271 23,6 %	250 24,2 %	194 18,3 %	336* 19,9 %	208 17,7 %	270 20,0 %	1 529 20,5 %
Totalt antall	1 148	1 033	1 059	1 688*	1 175	1 352	7 455

Kilde: Helsepersonellregisteret. Resertifiseringer er ekskludert (se kapittel 3.4.1 for mer informasjon om allmennmedisin).

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

⁸ Med konvertering menes automatisk godkjenning av harmoniserte legespesialiteter fra EØS-land som omtalt i punkt 5.1.3 i Yrkeskvalifikasjonsdirektivet 2005/36/EF, eller godkjenning etter Nordisk overenskomst artikkel 155.

Tabell 4. Nye spesialistgodkjenninger, 2013-2019.

	2013	2014	2015	2016	2017*	2018	2019
Akutt- og mottaksmedisin ¹	-	-	-	-	-	-	25
Allmennmedisin	159	202	177	180	313	220	296
Anestesiologi	97	70	79	82	100	79	94
Arbeidsmedisin	6	5	13	5	18	9	11
Barne- og ungdomspsykiatri	21	28	19	37	32	37	24
Barnekirurgi	1	0	3	1	1	0	2
Barnesykdommer	42	31	29	33	63	42	35
Blodsykdommer	4	7	6	5	9	12	9
Bryst- og endokrinkirurgi	5	2	2	5	6	3	6
Endokrinologi	5	9	5	10	4	7	10
Fordøyelsesykdommer	13	15	9	17	20	10	24
Fysikalsk medisin og rehabilitering	14	16	10	13	15	11	14
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	51	35	34	37	60	38	51
Gastroenterologisk kirurgi	11	9	12	26	38	12	15
Generell kirurgi	47	48	58	60	75	32	63
Geriatrici	11	12	14	11	12	14	7
Hjertesykdommer	37	27	24	27	38	44	35
Hud- og veneriske sykdommer	10	16	10	7	21	11	19
Immunologi og transfusjonsmedisin	2	4	2	3	6	3	5
Indremedisin	118	123	106	74	130	125	108
Infeksjonssykdommer	9	14	6	7	16	10	10
Karkirurgi	6	7	7	4	8	7	7
Klinisk farmakologi	8	0	4	2	8	3	3
Klinisk nevrofysiologi	3	3	2	0	3	1	1
Lungesykdommer	15	16	14	12	14	11	12
Maxillofacial kirurgi	2	2	2	0	0	3	2
Medisinsk biokjemi	4	6	0	3	6	9	6
Medisinsk genetikk	1	1	3	5	5	1	3
Medisinsk mikrobiologi	7	8	8	6	14	7	11
Nevrokirurgi	11	3	4	3	9	3	4
Nevrologi	30	27	16	29	30	26	37
Nukleærmedisin	3	4	1	2	6	4	4
Nyresykdommer	12	6	9	7	10	10	15
Onkologi	19	21	17	15	38	17	29
Ortopedisk kirurgi	48	53	46	39	88	41	65
Patologi	16	14	14	14	27	16	19
Plastikkirurgi	8	11	15	7	20	9	13
Psykiatri	105	121	93	88	145	99	71
Radiologi	84	73	74	66	115	85	76
Revmatologi	16	14	11	6	10	11	15
Rus- og avhengighetsmedisin ¹	-	-	27	47	54	3	4
Samfunnsmedisin	15	21	4	24	27	31	15
Thoraxkirurgi	2	7	1	1	3	5	2
Urologi	13	13	10	8	19	14	20
Øre-nese-halssykdommer	16	19	15	13	24	16	25
Øyesykdommer	24	25	18	18	28	24	30

Kilde: Helsepersonellregisteret. Antall spesialistgodkjenninger var kunstig høyt i 2017 fordi Helsedirektoratet satte inn ekstra ressurser for å få ned restanser og saksbehandlingstid for spesialistgodkjenninger. 1) Nye spesialiteter.

3. Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester

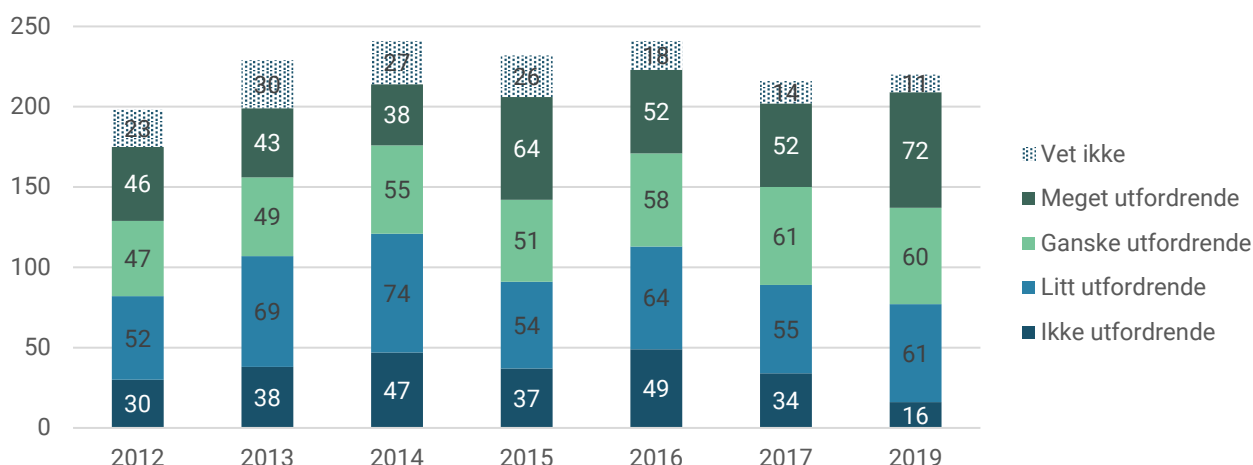
I dette kapitlet vil vi først omtale rekrutteringsutfordringer i kommunene, ved hjelp av resultatene fra Kommunesektorens arbeidsgivermonitor og NAVs bedriftsundersøkelse. Deretter vil vi beskrive årsverksutviklingen for leger i kommunene, før vi beskriver utviklingen for fastlegene og fastlegeordningen. Avslutningsvis vil vi diskutere situasjonen for de to spesialitetene i kommunene, allmennmedisin og samfunnsmedisin, som begge har behov for strategisk oppmerksomhet.

3.1 Rekrutteringsutfordringer i kommunene

Kommunesektorens arbeidsgivermonitor undersøker blant annet hvor utfordrende kommuner opplever at det er å rekruttere ulike yrkesgrupper, deriblant leger. Arbeidsgivermonitoren publiseres annethvert år, slik at neste undersøkelse av kommunenes rekrutteringsutfordringer vil publiseres i 2021. Ettersom det ikke har blitt publisert nye resultater i 2020, vil vi her kun gi en kortfattet omtale av de seneste resultatene fra 2019. Nærmere beskrivelse av utviklingen finnes i fjorårets rapport om leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Figur 2 viser hvor utfordrende kommunene har vurdert at det har vært å rekruttere leger i perioden fra 2012 til 2017 og i 2019. Antallet kommuner som har besvart undersøkelsen har variert noe fra år til år. Det har ikke vært et klart utviklingsmønster i perioden 2012 til 2017, og for eksempel skiller 2015-undersøkelsen seg ut med tilsynelatende større rekrutteringsutfordringer enn årene før og etter. I 2019 ser vi at endringene fra 2017 er såpass tydelige at det trolig ikke dreier seg om tilfeldigheter, og at det hadde blitt mer utfordrende for kommunene å rekruttere leger siden 2017 og årene før.

Figur 2. Kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det er å rekruttere leger, 2012-2017 og 2019.



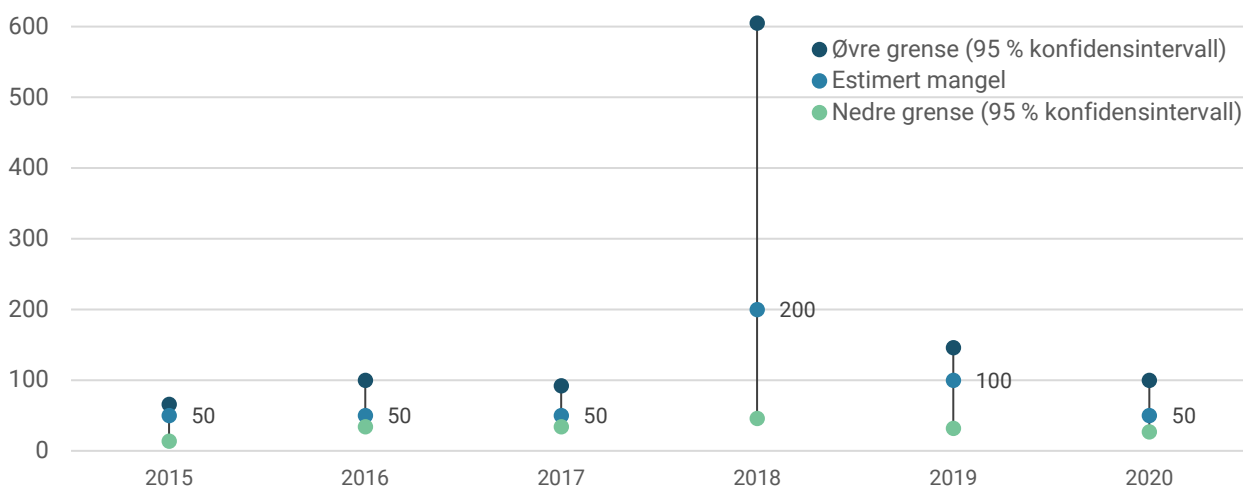
Kilde: KS. Kommunesektorens arbeidsgivermonitorer 2012-2017 og 2019. Undersøkelsen ble ikke gjennomført i 2018.

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

NAV estimerer i 2020 en mangel på omkring 50 allmennpraktiserende leger, som vist i **figur 3**. NAV oppgir konfidensintervaller for estimatet, og den reelle mangelen vil med 95 % sannsynlighet ligge mellom 27 og 100 leger. I perioden 2012 til 2014 var estimert mangel på allmennpraktiserende leger nærmere 0 enn 50 (dette er ikke vist i figuren). Fra 2015 til 2017 ble behovet estimert til å være rundt femti leger, før estimatet økte til 200 leger i 2018 og sank til 100 i 2019. Som det kommer fram av figuren, var estimatet for 2018 svært usikkert, og undersøkelsene for 2019 og 2020 tyder på at 2018-estimatet var for høyt.

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

Figur 3. Estimert mangel på allmennpraktiserende leger, med konfidensintervaller. Tall hentet fra NAVs bedriftsundersøkelse. 2015-2020.



Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser i perioden 2015 til 2020. I årene før 2015 ble det ikke estimert en mangel på allmennleger, i betydningen at mangelen ble estimert til å være nærmere 0 enn 50 (estimatene rundes av til nærmeste 50, og 50 er lavest mulige estimat som oppgis). NAV har beregnet konfidensintervall for estimert mangel på arbeidskraft. Den faktiske mangelen vil med 95 prosent sannsynlighet ligge innenfor de respektive konfidensintervallene som er presentert som linjer i figuren.

I direktoratets rapport om leger i kommuner og spesialisthelsetjenesten som ble publisert høsten 2019, omtalte vi også rekrutteringsutfordringer kartlagt i EY og Vista Analyses evaluering av fastlegeordningen⁹ og Legeforeningens kartlegging av kommunenes utfordringer med rekruttering av fastleger¹⁰. Disse undersøkelsene viste at det har blitt mer utfordrende for kommunene å rekruttere leger. Evalueringen viste at usentrale kommuner i større grad opplever rekrutteringsutfordringer enn mer sentrale kommuner, og at de i større grad har hatt utfordringer over lengre tid, men at det er en utvikling mot at også mer

⁹ EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. For mer detaljer om undersøkelsen, se kapittel 7.2.7. For svarfordelingen på spørsmålene om rekruttering, se side 266 (i vedlegg B).

¹⁰ Legeforeningen (2019). *Fastlegesituasjonen forverret, viser ny kartlegging*. Artikkel og data tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/nyheter/2019/fastlegesituasjonen-forverret-viser-ny-kartlegging/>

sentrale kommuner opplever rekrutteringsutfordringer. For mer informasjon om disse to undersøkelsene, se fjorårets rapport eller primærkildene.

3.1.1 Handlingsplanen for allmennlegetjenesten og tiltak for å styrke rekrutteringen i kommunene

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

I mai 2020 la Helse- og omsorgsdepartementet fram *handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020-2024*. Handlingsplanen inneholder 17 tiltak som er ment å styrke, utvikle og bevare en fastlegeordning som gir pasientene allmennlegetjenester av høy kvalitet. Tiltakene er fordelt på handlingsplanens tre målområder:

1. En attraktiv og trygg karrierevei
2. God kvalitet til alle
3. Fremtiden er teambasert

Flere av tiltakene vil på sikt kunne bidra til å bedre rekrutteringen. Helsedirektoratet jobber med å etablere et opplegg for å følge med på utviklingen.

Prosjektene ALIS-Vest og etter hvert ALIS-Nord ble igangsatt for å bedre rekrutteringen til fastlegeordningen på Vestlandet og i Nord-Norge. I statsbudsjettet for 2020 ble kommunene Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar gitt tilskudd for å opprette såkalte ALIS-kontor som skal gi råd og bistå kommuner i regionen med å inngå og følge opp ALIS-avtaler. I forslaget til statsbudsjett for 2021 foreslås midlene videreført og økt. Styrking av disse ALIS-kontorene inngår også i handlingsplanen for allmennlegetjenesten. Slike ALIS-kontorer skal bidra til rekruttering og tilrettelegging for legenes spesialisering i allmennmedisin og til trygghet for legen gjennom spesialiseringsløpet ved å planlegge, etablere og følge opp ALIS-avtaler. ALIS-avtaler er et nytt virkemiddel knyttet til spesialisering i allmennmedisin, og beskrives som "avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmennmedisin om særskilte rekrutteringstiltak som går ut over og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften"¹¹. Et annet tiltak i handlingsplanen er å øke antallet ALIS-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer.

Vi viser til handlingsplanen for mer informasjon om tiltakene.

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

3.2 Årsverksutvikling for leger i kommunene

Tabell 5 på neste side viser antall legeårsverk i kommunene i perioden 2015 til 2019. I 2019 var det avtalt 6 094 legeårsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette er en økning på 131 årsverk sammenlignet med året før, noe som innebærer en økning på 2,2 prosent. Den årlige økningen er omtrent på nivå med økningen i 2016 og 2018, men klart lavere enn i 2017. Veksten i årsverk er fremdeles større enn befolkningsveksten, slik at antall legeårsverk i kommunene pr. 10 000 innbyggere fortsetter å øke, fra 11,2 til 11,4 årsverk.

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

- **Diagnose, behandling og re-/habilitering** er funksjonen med klart flest årsverk, og her finner vi blant annet fastlegearbeid. Det har vært en økning på 126 årsverk (2,6 prosent) i 2019.
- **Helse- og omsorgstjenester i institusjon** er funksjonen med nest flest legeårsverk. Det har vært en liten nedgang i antall årsverk i 2019, på 6 årsverk (-1 prosent). I årene fram til 2016 var det en tydelig økning i legeårsverk i institusjon, før det var en nedgang i 2017. Nedgangen kan delvis henge sammen med at øyeblikkelig hjelp døgnoophold ble opprettet som en ny funksjon, og at noen kommuner tidligere registrerte disse årsverkene på institusjonsfunksjonen. I perioden 2017 til 2019 har antallet vært relativt stabilt. I 2018-2019 gjorde *Senter for omsorgsforskning* en kartlegging av det medisinskfaglige tilbudet i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger, på oppdrag fra Helsedirektoratet¹². Forskerne mente at det er rimelig å anta at endringer i pasientgruppen og bistandsbehovene har generert behov for betydelig mer medisinsk rettet arbeid i sykehjem etter 2009. De peker på at det har vært en økning i legeårsverk og legetimer per beboer siden 2009, men at det må utredes videre om kapasitetsøkningen svarer til det økte behovet.
- Legeårsverk innen **forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste** har holdt seg rimelig stabilt, både siste år og i perioden som helhet, med en minimal økning hvert år.
- Det var en liten økning i legeårsverk innen **annet forebyggende helsearbeid** i kommunene i 2019, men antallet er fortsatt lavere enn i starten av perioden som tabellen dekker.
- Antall legeårsverk i **administrasjon** er fortsatt relativt lavt, men antallet har økt noe hvert år i perioden, og fortsatte å øke også i 2019.
- Antall årsverk innen tilbud om **øyeblikkelig hjelp døgnoophold** har gått ned med noen få årsverk sammenlignet med 2017 og 2018.

¹² Line Melby, Gudmund Ågotnes, Eliva Atieno Ambugo og Oddvar Førland (2019). *Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger*. Senter for omsorgsforskning, vest.

Tabell 5. Legeårsverk i kommunehelsetjenesten, etter virkeområde. 2015-2019.

		2015	2016	2017	2018	2019
Kommune- helsetjenesten totalt	Årsverk	5 457	5 585	5 823	5 963	6 094
	Endring	+ 2,5 %	+ 2,4 %	+ 4,3 %	+ 2,4 %	+ 2,2 %
	Pr. 10 000	10,5	10,6	11,0	11,2	11,4
Diagnose, behandling og (re)habilitering ¹ (primært fastleger)	Årsverk	4 429	4 526	4 647	4 779	4 905
	Endring	+2,0 %	+2,2 %	+ 2,7 %	+ 2,8 %	+ 2,6 %
	Pr. 10 000	8,5	8,6	8,8	9,0	9,1
Helse- og omsorgs- tjenester i institusjon ²⁾	Årsverk	570	590	576	580	574
	Endring	+ 7,0 %	+ 3,7 %	- 2,4 %	+ 0,7 %	- 1,0 %
	Pr. 10 000	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Forebygging, helsestasjons- og skolehelse-tjeneste ³⁾	Årsverk	210	214	218	220	221
	Endring	+ 0,7 %	+ 1,7	+ 2,0 %	+ 1,1 %	+ 0,4 %
	Pr. 10 000	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Annet forebyggende helsearbeid ⁴⁾	Årsverk ⁵⁾	151	140	143	133	136
	Pr. 10 000	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
Administrasjon ⁶⁾	Årsverk ⁵⁾	97	115	119	132	144
	Pr. 10 000	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnoophold ⁷⁾	Årsverk ⁵⁾	-	-	120	119	114
	Pr. 10 000	-	-	0,2	0,2	0,2

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

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

Tabell 6 viser at antall legeårsverk i kommunene har økt fra 2018 til 2019 i alle de daværende fylkene. Veksten sist året har vært størst i Akershus og Trøndelag. I enkelte fylker har økningen vært marginal, og i Rogaland har befolkningsveksten ført til en nedgang i antall årsverk pr. 10 000 innbyggere, som eneste fylke. Det bør nevnes at dette skjer etter flere år med solid vekst i fylket.

I perioden som helhet har det vært en økning i legeårsverk for samtlige fylker, både i absolutte årsverkstall og relativt til innbyggertallet.

Tabell 6. Legeårsverk og legeårsverk pr. 10 000 innb. i kommunale helse- og omsorgstjenester, fylkesvis.

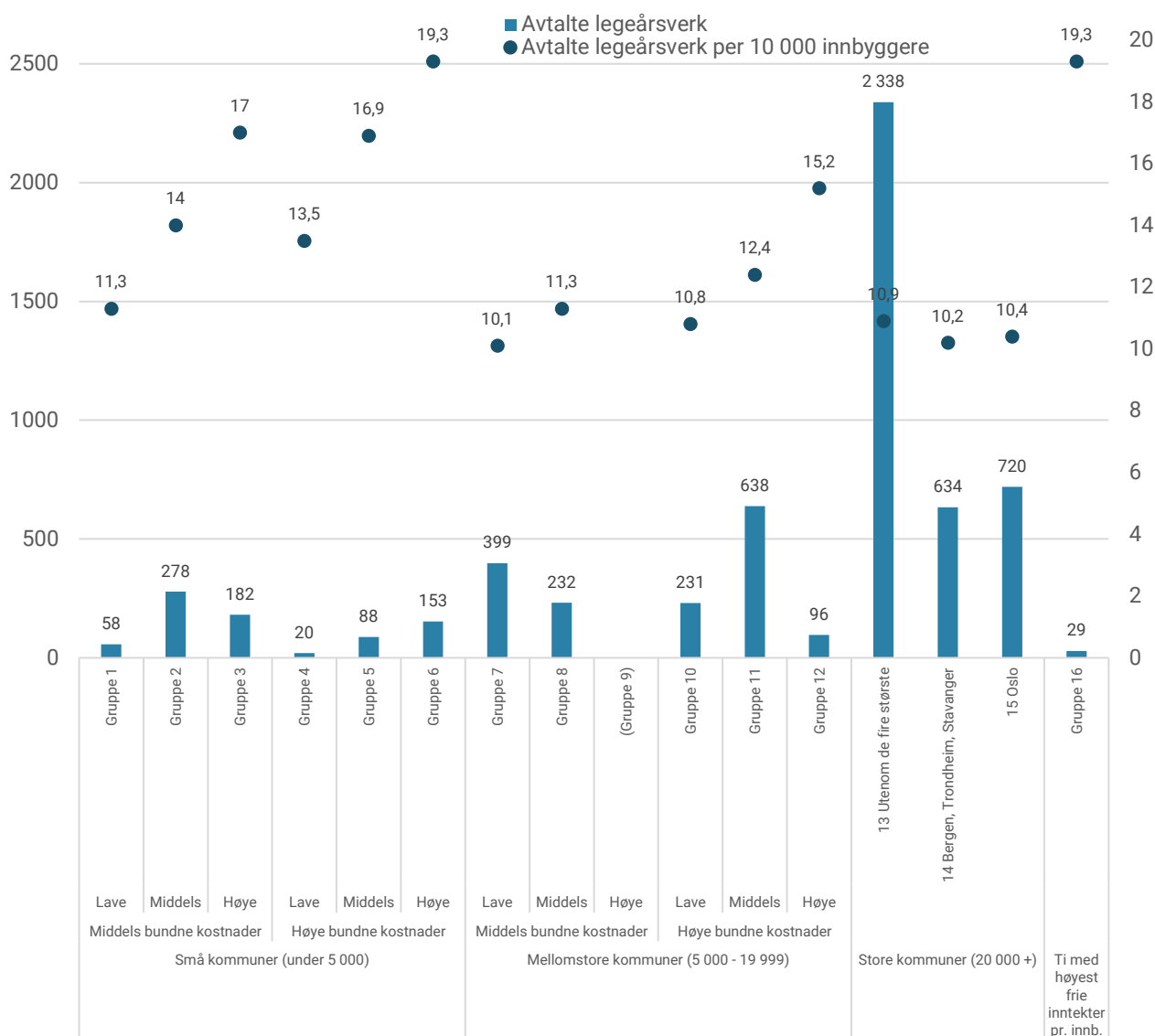
	Årsverk							Årsverk pr. 10 000 innbyggere					
	2015	2016	2017	2018	2019	2018-19	%	2015	2016	2017	2018	2019	2018-19
Østfold	311	319	324	334	336	+ 2	+ 0,5 %	10,7	10,9	11,0	11,2	11,2	0
Akershus	529	558	596	607	634	+ 27	+ 4,5 %	8,9	9,2	9,7	9,7	10,0	+ 0,3
Oslo	657	657	689	707	720	+ 12	+ 1,7 %	10,0	9,9	10,2	10,4	10,4	0
Hedmark	215	220	232	241	243	+ 3	+ 1,1 %	11,0	11,2	11,8	12,2	12,3	+ 0,1
Oppland	226	230	235	240	243	+ 2	+ 0,9 %	11,9	12,1	12,4	12,7	12,8	+ 0,1
Buskerud	272	296	297	304	309	+ 5	+ 1,7 %	9,8	10,6	10,6	10,7	10,8	+ 0,1
Vestfold	244	247	250	265	273	+ 9	+ 3,2 %	10,0	10,0	10,0	10,5	10,8	+ 0,3
Telemark	198	199	203	209	212	+ 3	+ 1,5 %	11,5	11,5	11,7	12,0	12,2	+ 0,2
Aust-Agder	119	121	125	125	131	+ 5	+ 4,2 %	10,3	10,3	10,7	10,6	11,0	+ 0,4
Vest-Agder	198	201	202	214	215	+ 2	+ 0,8 %	10,8	10,9	10,8	11,4	11,4	0
Rogaland	441	463	480	493	496	+ 4	+ 0,7 %	9,4	9,8	10,1	10,4	10,3	- 0,1
Hordaland	519	518	570	583	593	+ 10	+ 1,7 %	10,1	10,0	10,9	11,1	11,2	+ 0,1
Sogn og Fjordane	140	140	147	153	155	+ 3	+ 1,6 %	12,8	12,7	13,4	13,9	14,1	+ 0,2
Møre og Romsdal	303	300	314	314	315	+ 1	+ 0,4 %	11,4	11,3	11,8	11,7	11,9	+ 0,2
Sør-Trøndelag	301	304	317	.	.	.	.	9,6	9,6	9,9	.	.	.
Nord-Trøndelag	142	149	159	.	.	.	.	10,4	10,9	11,5	.	.	.
Trøndelag	.	.	.	485	507	+ 23	+ 4,7 %	.	.	.	10,5	10,9	+ 0,4
Nordland	314	316	326	327	337	+ 10	+ 3,2 %	13,0	13,0	13,4	13,4	13,9	+ 0,5
Troms	210	221	231	234	239	+ 5	+ 2,0 %	12,8	13,3	13,9	14,0	14,3	+ 0,3
Finnmark	119	127	126	130	135	+ 6	+ 4,5 %	15,7	16,6	16,5	17,1	17,9	+ 0,8

Kilde: SSB. Tabell 11996.

Figur 4 viser antall legeårsverk (søyler) og legeårsverk pr. 10 000 innbyggere (punkter) i de ulike KOSTRA-gruppene i 2019. Antall legeårsverk pr. 10 000 innbyggere varierer mellom 10,1 og 19,3. De mest folkerike kommunene har drøyt 10 årsverk pr. 10 000 innbyggere. Punktene viser at kommuner med høye frie inntekter pr. innbygger har et høyere antall legeårsverk pr. 10 000 innbyggere. Det gjelder for både små og mellomstore kommuner og for kommuner både med middels og høye bundne kostnader.

I fjorårets rapport beskrev vi også utviklingen for legeårsverk fordelt på KOSTRA-grupper. Kommunene grupperes langs tre ulike dimensjoner; folkemengde, bundne kostnader og frie disponible inntekter pr. innbygger. I 2019 har SSB oppdatert KOSTRA-gruppene, slik at enkelte kommuner har byttet gruppe, grunnet endret økonomi og/eller innbyggertall. Statistikken er dermed ikke sammenlignbar over tid, og vi har derfor ikke inkludert utviklingen for KOSTRA-grupper i år.

Figur 4. Legeårsverk og legeårsverk pr. 10 000 innbyggere fordelt på KOSTRA-grupper. 2019.



Kilde: SSB, tabell 11996. Venstre y-akse viser årsverk og høyre y-akse viser årsverk pr. 10 000 innbyggere.

3.3 Utviklingen for fastleger og fastlegeordningen

I dette kapitlet vil vi presentere noen utvalgte nøkkeltall for fastlegeordningen, utviklingen i fastlegenes gjennomsnittlige listelengde, fastlegenes alder, fastleger som forlater yrket, fastlegeavtaler uten fast tilknyttet lege, fastlegeavtaler betjent av vikarer, fastleger med fastlønn og konsultasjoner, arbeidstid og annet allmennlegearbeid.

Se også Helsedirektoratets rapport *Sammenstilling av data fra allmennlegetjenesten*¹³ for mer detaljert informasjon om fastleger, inkludert informasjon om kommuner med få eller ingen åpne lister, størrelse på fastlegekontor og tilgjengelighet.

Tabell 7 viser utvalgte årlige nøkkeltall for fastlegeordningen for perioden 2014 til 2020. Ved utgangen av tredje kvartal 2020 var det 4 936 fastleger i Norge. Dette er en økning på 98 fastleger fra samme tidspunkt i 2019, tilsvarende en økning på 2 prosent. Som vist i tabellen, fortsetter andelen kvinnelige fastleger å øke. Gjennomsnittlig listelengde fortsetter nedover (se kapittel 3.3.1), mens avtaler uten fast lege fortsetter å øke (se kapittel 3.3.4).

Tabell 7. Utvalgte nøkkeltall for fastlegeordningen. 2014-2020.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	3. kv.
Fastleger	4 475	4 563	4 643	4 687	4 753	4 823	4 918	4 936
Fastleger, årlig prosentvis økning	+3,7	+2,0	+1,8	+0,9	+1,4	+1,5	+2,0	+2,0
Kvinneandel	39,4	40,1	41,4	41,9	42,7	43,9	45,2	45,5
Gjennomsnittlig listelengde ^{a)}	1 136	1 127	1 121	1 115	1 100	1 091	-	1 069
Fastlegeavtaler totalt, inkl. avtaler uten fast lege	4 551	4 637	4 704	4 788	4 872	4 965	5 084	5 110
Fastlegeavtaler ekskl. avtaler uten fast lege	4 493	4 580	4 658	4 705	4 779	4 846	4 936	4 961
Antall avtaler uten fast lege	58	57	46	83	93	119	148	149

Kilde: Fastlegeregisteret. Målepunktet er 30. juni hvert år. For 2020 har vi også inkludert tall for utgangen av tredje kvartal, som er de siste tilgjengelige tallene. a) Tall for 2. kvartal 2020 mangler. Se kapittel 3.3.1

¹³ Helsedirektoratet (2020). *Sammenstilling av data fra allmennlegetjenesten. Tilleggsoppdrag 43 (2019)*. Rapport IS-2881.

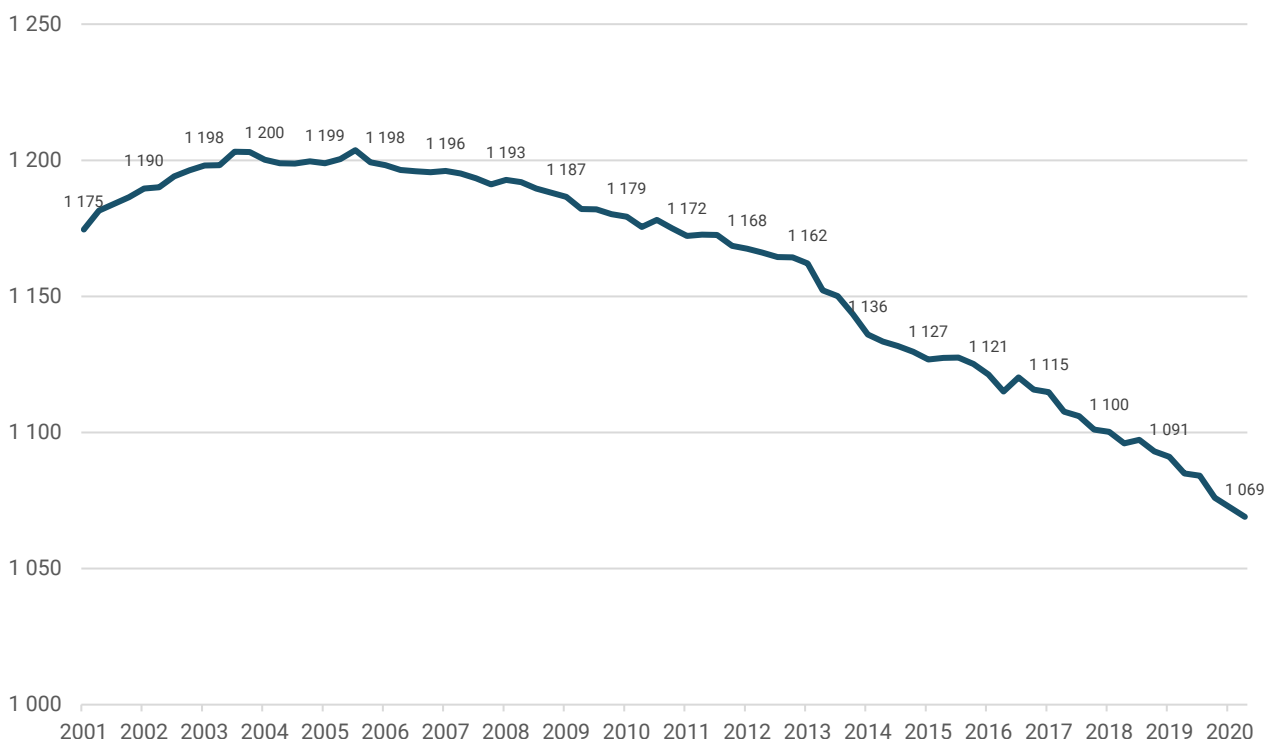
3.3.1 Fastlegenes listelengde

Figur 5 viser at gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste fortsetter å gå nedover, og at det ved utgangen av tredje kvartal 2020 var i gjennomsnitt 1 069 innbyggere på fastlegelistene (merk at y-aksen i figuren starter på 1 000 innbyggere for å synliggjøre endringer fra kvartal til kvartal).

Kvinnelige fastleger har noe kortere lister enn mannlige leger; i gjennomsnitt 1 001 innbyggere, mot 1 125 innbyggere for mannlige leger (tredje kvartal 2020). Det er også store variasjoner mellom ulike kommuner. Evalueringen av fastlegeordningen påviste at listelengden i stor grad henger sammen med kommunens sentralitet, og at listelengden også avhenger av kommunens størrelse¹⁴.

Evalueringen viste også at median listelengde i 2019 var 1 144 blant næringsdrivende fastleger og 672 blant fastlønnede. Differansen i listelengde mellom fastlønnede og næringsdrivende er av EY og Vista analyse estimert til 170 personer når man kontrollerer for blant annet sentralitet og kommunestørrelse¹³. Fastlønnede fastleger ivaretar i større grad andre allmennlegeoppgaver enn næringsdrivende fastleger. Andre allmennlegeoppgaver omtales nærmere i *kapittel 3.3.7*.

Figur 5. Gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste, 2001-2020.



Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen. Kun lister med fast lege og innbyggere på lister med fast lege inkluderes når gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste regnes ut. Målepunkter hvert kvartal, dataetiketter per 30. juni hvert år. Unntaket er 2020, der tall for 2. kvartal mangler, og dataetiketten er pr. 30. september 2020.

¹⁴ EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*.

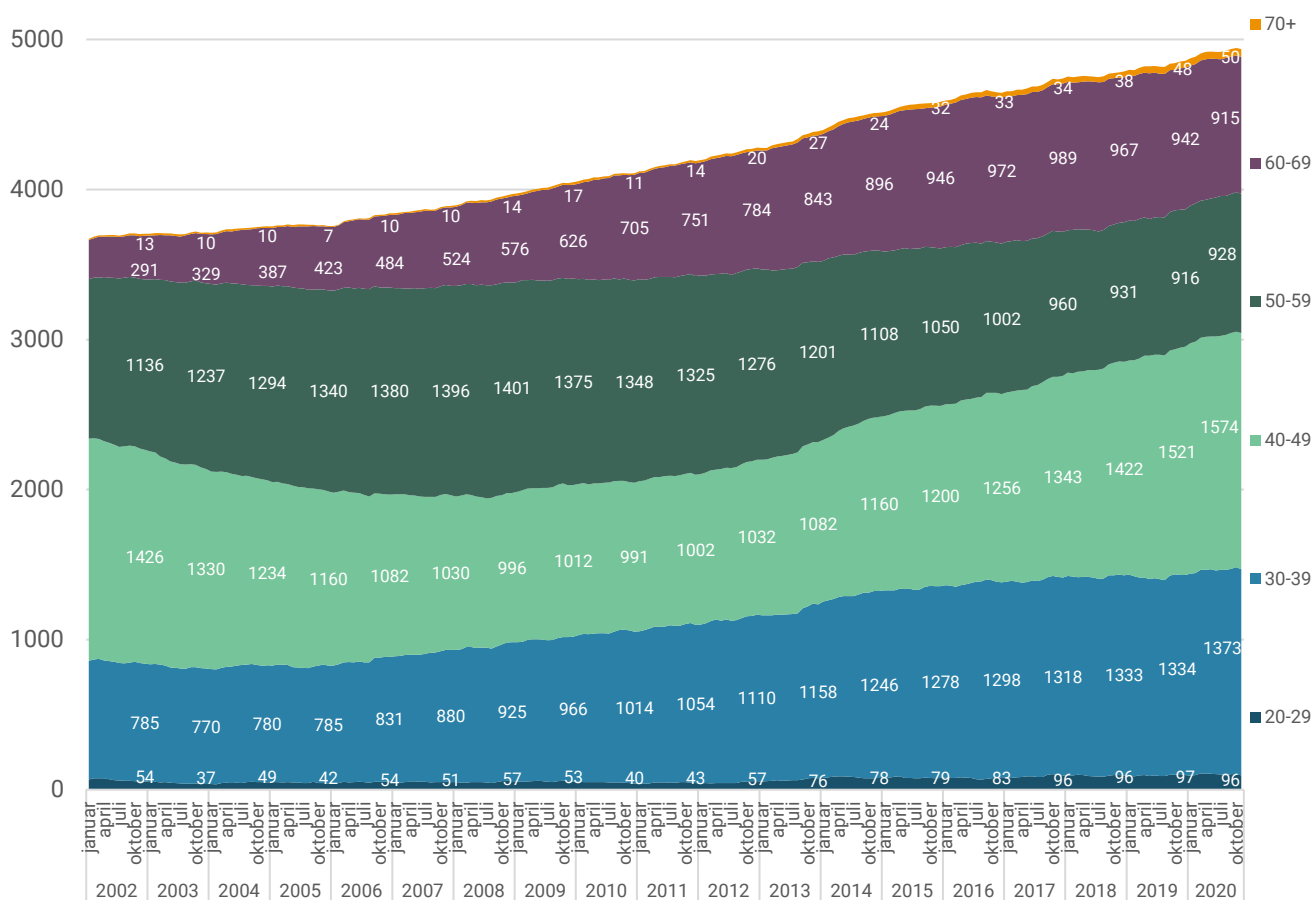
3.3.2 Fastlegenes alder

Fastlegenes alderssammensetning har stor betydning for utviklingen og stabiliteten framover, og vi følger derfor med på hvordan dette utvikler seg. **Figur 6** viser utviklingen fra 2002 til i dag. Vi gjør oppmerksom på at alderskategoriene er mer detaljerte enn tidligere.

- Fastleger i den yngste aldersgruppen, 29 år eller yngre, utgjør pr. november 2020 96 personer, tilsvarende 2 prosent av fastlegene.
- Fastleger i 30-årene utgjør 1 373 personer, tilsvarende ca. 28 prosent av fastlegene.
- Fastleger i 40-årene utgjør 1 574 personer, tilsvarende ca. 32 prosent av fastlegene.
- Fastleger i 50-årene utgjør 928 personer, tilsvarende ca. 19 prosent av fastlegene.
- Fastleger i 60-årene utgjør 915 personer, tilsvarende ca. 18 prosent av fastlegene.
- Fastleger som er 70 år eller eldre utgjør 50 fastleger, tilsvarende ca. 1 prosent av fastlegene.

Totalt er altså én av fem fastleger over 60 år. Ettersom disse vil pensjonere seg i løpet av relativt kort tid, vil det være et betydelig behov for rekruttering til fastlegeordningen framover. På den positive siden, har det over flere år vært en utvikling med et økende antall og en økende andel fastleger under 50 år.

Figur 6. Fastlegenes aldersfordeling, 2002-2020.



Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen. Månedlige målepunkter, med dataetiketter per 31. desember hvert år. Siste tilgjengelige data fra november 2020.

3.3.3 Fastleger som forlater fastlegeyrket

Selv om nettoveksten i antall fastleger fortsetter, har vi sett at **årlig avgang** fra fastlegeordningen (fastleger som har sluttet i en hjemmel uten å begynne i en annen hjemmel senere) har økt de siste årene¹⁵.

En spørreundersøkelse som ble gjennomført i forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen, viste at arbeidsbelastning og manglende tid til fritid og/eller familie var faktorene som i størst grad bidro til at fastlegene i undersøkelsen ville slutte¹⁶.

I evalueringen av fastlegeordningen pekes det også på at **sluttetilbøyeligheten** hos fastlegene har økt, og at mange medisinstudenter og LiS1 i undersøkelsen ikke ønsket å bli fastleger. Kun 9 prosent i denne gruppen oppga å være trygge på at fastlege var det yrket de ønsket, mens ca. en tredjedel vurderte fastlegeyrket som et reelt alternativ, men at forhold ved yrket gjorde at de sannsynligvis vil velge en annen karrierevei¹².

3.3.4 Fastlegeavtaler uten fast tilknyttet lege

Tabell 8 viser antall fastlegeavtaler uten fast lege. Dette innebærer at en fastlegeavtale er opprettet, men at kommunen ikke har gjort avtale med en fast lege i denne avtalen. Antall avtaler uten fast lege nådde det laveste nivået hittil i 2016, med 46 avtaler uten fast lege, men har økt tydelig de siste fire årene, til 149 avtaler i tredje kvartal 2020. Dette tilsvarer 2,9 prosent av avtaler. 88 567 innbyggere har plass på en liste uten fast lege, noe som er en økning på over 25 000 personer sammenlignet med et drøyt år siden. Avtaler uten fast lege vil ofte være betjent av vikarer eller ved kollegial fraværdeknning.

Tabell 8. Fastlegeavtaler uten fast tilknyttet lege. 2015-2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2020 3. kv.
Antall avtaler uten fast lege	57	46	83	93	119	148	149
Andel av avtalene som er uten fast lege	1,2 %	1,0 %	1,7 %	1,9 %	2,4 %	3,0 %	2,9 %
Innbyggere på liste uten fast lege	32 958	25 967	45 527	58 850	62 792	85 757	88 567
Andel med plass på liste uten fast lege	0,6 %	0,5 %	0,9 %	1,1 %	1,1 %	1,6 %	1,6 %

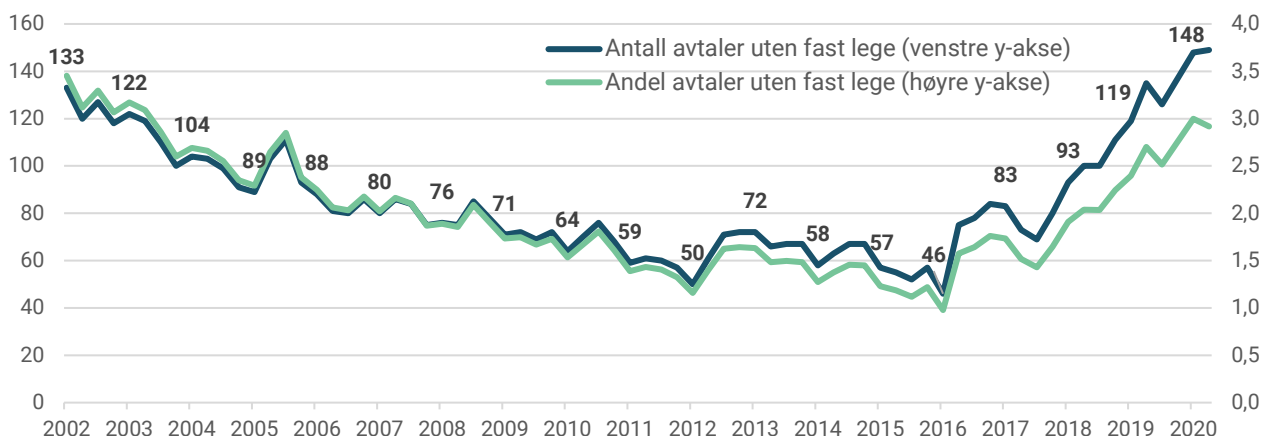
Kilde: Fastlegeregisteret. Målepunkter pr. 30. juni hvert år. For 2020 har vi også inkludert tall for utgangen av tredje kvartal, som er de siste tilgjengelige tallene.

Figur 7 på neste side viser utviklingen i antall og andel avtaler uten fastlege i et lengre tidsperspektiv.

¹⁵ Helsedirektoratet (2020). *Sammenstilling av data fra allmennlegetjenesten. Tilleggsoppdrag 43 (2019)*. Rapport IS-2881.

¹⁶ EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*.

Figur 7. Antall og andel fastlegeavtaler uten fast lege. 2002-2020.



Kilde: Fastlegeregisteret. Målepunkter hvert kvartal, dataetiketter pr. 30. juni hvert år. Seneste data pr. 30. september. Merk at venstre y-akse viser antall avtaler som er uten fast tilknyttet lege og høyre y-akse viser andel av avtalene som er uten fast tilknyttet lege.

Som vist i **tabell 9**, ser utfordringene med avtaler uten fast lege ut til å være størst i Nordland (27 av 297 avtaler), Møre og Romsdal (18 av 280 avtaler) og Innlandet (23 av 384 avtaler), men utfordringen gjelder flere fylker. En NSDM-undersøkelse¹⁷ fra 2016 viste at det var en signifikant sammenheng mellom forekomst av avtaler uten fast lege og kommunens sentralitet, men at det ikke var signifikant sammenheng mellom avtaler uten fast lege og kommunestørrelse (innbyggertall).

Tabell 9. Antall og andel avtaler uten fast lege, fordelt på fylker. Sortert etter andel.

	2. kvartal 2020			3. kvartal 2020		
	Avtaler uten fast lege	Avtaler totalt	Andel avtaler uten fast lege	Avtaler uten fast lege	Avtaler totalt	Andel avtaler uten fast lege
Nordland	30	297	10,1 %	27	297	9,1 %
Møre og Romsdal	19	279	6,8 %	18	280	6,4 %
Innlandet	21	381	5,5 %	23	384	6,0 %
Troms og Finnmark	18	319	5,6 %	17	321	5,3 %
Trøndelag	16	464	3,4 %	17	468	3,6 %
Vestland	19	636	3,0 %	22	642	3,4 %
Hele landet	148	5 084	2,9 %	149	5 110	2,9 %
Agder	5	301	1,7 %	5	301	1,7 %
Vestfold og Telemark	6	388	1,6 %	6	391	1,5 %
Viken	8	1 054	0,8 %	11	1 061	1,0 %
Rogaland	4	416	1,0 %	3	418	0,7 %
Oslo	1	547	0,2 %	0	547	0,0 %

Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen. Pr. juni og september 2020.

Ved utgangen av tredje kvartal 2020 var det kun to kommuner som ikke hadde noen fastlege, hvorav én lå i Troms og Finnmark og én i Nordland. Antallet har gått ned fra i fjor, primært som et resultat av

¹⁷ Abelsen, Birgit, Brandstorp, Helen, Gaski, Margrete (2016). «Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere». Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

kommunesammenslåinger f.o.m. 1. januar 2020. Innbyggerne i disse kommunene vil normalt være tilknyttet avtaler uten lege.

3.3.5 Fastlegeavtaler betjent av vikarer

Tabell 10 viser at det var 1 067 fastlegeavtaler betjent av vikarer ved utgangen av tredje kvartal 2020. Dette tilsvarer omtrent én av fem fastlegeavtaler.

Før tredje kvartal 2016 ble kun vikariater på minst to måneder registrert, og deretter ble vikariater på minst én måned registrert. Fra juni 2018 ble vikariater helt ned til én dag registrert, og fra 2019 blir alle vikariater unntatt tilkallingsvikariater registrert. Dette innebærer at den tilgjengelige informasjonen om vikarbruken er mer detaljert i dag, men at dataene ikke er sammenlignbare over tid, og at det ikke er mulig å skille mellom økning grunnet endret registreringspraksis og reell økt vikarbruk.

Tabell 10. Antall og andel fastlegeavtaler registrert med vikar.

	2018				2019				2020		
Kvartal	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.
Avtaler med vikar	935	973	982	1 021	1 013	1 071	1 110	1 143	1 176	1 177	1 067
Andel av avtaler	19,3 %	20,0 %	20,1 %	20,8 %	20,5 %	21,6 %	22,2 %	22,8 %	23,3 %	23,2 %	20,9 %

Kilde: Fastlegeregisteret. Merk at vikarbruk måles på en annen måte enn tidligere. Måletidspunktet er nå siste dag i kvartalet.

Merk også at registreringen av vikariater har blitt mer presis i perioden som dekkes.

3.3.6 Fastleger med fastlønn

Tabell 11 viser antall fastlegeavtaler med fastlønn de siste tre årene. Ikke alle fastleger med fastlønn har blitt registrert med fastlønn i Helfos systemer før fjerde kvartal 2017, og det vil derfor ikke være mulig å sammenligne med tidligere tall, men vi vet at antall avtaler med fastlønn økte før databruddet. Vi ser at antallet og andelen har økt også de seneste årene, og at den har fortsatt å øke i 2020. Andelen var 15,4 prosent ved utgangen av 3. kvartal 2020, opp fra 12 prosent i første kvartal 2018.

Tabell 11. Antall og andel avtaler med fastlønn. 2018-2020.

	2018				2019				2020		
Kvartal	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.
Avtaler med fastlønn	580	596	621	637	665	679	711	726	751	769	785
Andel av avtalene	12,0 %	12,2 %	12,7 %	13,0 %	13,5 %	13,7 %	14,2 %	14,5 %	14,8 %	15,1 %	15,4 %

Kilde: Fastlegeregisteret. Merk at statistikken i denne tabellen inkluderer fastlegeavtaler uten fast tilknyttet lege, i motsetning til tidligere.

EY og Vista Analyse evaluering av fastlegeordningen fra 2019 viste at 23 prosent av kommunene kun hadde fastlønnede leger, og at 42 prosent kun hadde næringsdrivende leger, mens de resterende 35 prosent av kommunene benyttet begge driftsformer, med en hovedtyngde på næringsdrift. Videre kom det fram at fastlønnsavtaler var lite utbredt i de mest sentrale kommunene (sentralitet 1 og 2), med kun

rundt 30 fastlønnede fastleger innenfor hver av disse sentralitetskategoriene. Ifølge evalueringen erfarte kommuner over hele landet at fastlønnede stillinger og 8.2-avtaler var mer attraktive blant yngre leger, og dette derfor ble brukt eller vurdert brukt som tiltak for å møte rekrutteringssvikt. Mange unge leger ønsker stabile rammer og fastlønn under spesialiseringen. Kvinnelige leger har i større grad fastlønn enn mannlige leger, og evalueringen viste at kvinner utgjør flertallet blant fastlønnede fastleger.

3.3.7 Konsultasjoner, arbeidstid og annet allmennlegearbeid

Tabell 12 viser utviklingen i antall **konsultasjoner** og andre former for kontakt med fastlegen fra 2015 til 2019. Veksten i fastleger gjør at hver fastlege i snitt har færre konsultasjoner, til tross for flere konsultasjoner totalt.

Samtidig har det vært en tydelig vekst i bruken av **tillegg for tidsbruk (tidstakst)**. Dette er en utvikling som har pågått over tid, og ifølge SSB ble tidstakst brukt ved ca. 33 prosent av konsultasjonene 2010 og ca. 40 prosent i 2017¹⁸.

Det har også vært en enorm økning i bruken av **e-konsultasjoner** i perioden. Tabellen dekker t.o.m. 2019, men vi vet at det har vært en enorm økning i e-konsultasjoner under covid-19-pandemien i 2020.

Tabell 12. Konsultasjoner og annen kontakt med fastlege. Antall kontakter og antall kontakter delt på antall fastleger. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Konsultasjon ¹⁾	13 845 782	14 060 103	14 283 463	14 217 373	14 261 543
per fastlege	3 034	3 028	3 047	2 991	2 958
Tillegg for tidsbruk ²⁾	4 651 301	4 808 860	4 850 662	4 874 266	5 060 923
per fastlege	1 019	1 036	1 035	1 025	1 050
E-konsultasjon ³⁾	17 393	36 231	92 267	238 576	445 992
per fastlege	4	8	20	50	92
Enkel kontakt, pasient tilstede ⁴⁾	2 290 094	2 364 668	2 262 251	1 951 174	1 813 222
per fastlege	502	509	483	411	376
Enkel kontakt, brev/tlf/adm ⁵⁾	11 867 566	12 390 596	12 123 404	11 599 329	11 404 221
per fastlege	2 601	2 669	2 587	2 440	2 365
Sykebesøk ⁶⁾	89 362	88 172	89 280	88 901	88 738
per fastlege	20	19	19	19	18
Tverrfaglige samarbeidsmøter ⁷⁾	142 558	138 766	135 308	126 999	119 854
per fastlege	31	30	29	27	25
Administrativ kontakt ⁸⁾	1 134 131	1 197 079	995 452	1 003 868	958 589
per fastlege	249	258	212	211	199

Kilde: KUHR. Hentet fra Helsedirektoratet (2020). Sammenstilling av data fra allmennlegetjenesten. Tilleggsoppdrag 43 (2019). Rapport IS-2881. Antall regninger. Kun regninger med gyldig kommunenummer er inkludert. Tallene er ikke statiske (eksempelvis kan avviste regninger rettes opp innen tre år). Antall fastleger er basert på Fastlegeregisteret per 30. juni det aktuelle året. 1) Takstene 2ad, 2ak, 2ed. 2) Takst 2cd. 3) Taksten 2ae (innført f.om. 1. juli 2013) 4) Takstene 1ad, 1ak, 1e. 5) Takstene 1bd, 1bk, 1f, 1h, 1i. 6) Takstene 11ad, 11ak. 7) Takst 14. 8) Takstene H1, 5, 7, 8.

En undersøkelse som Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin (Nklm) gjennomførte på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2017/2018, viste at fastleger jobber svært mye¹⁹. Nklm-rapporten viste at

¹⁸ SSB (2019). Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager? Analyse 2018/4.

¹⁹ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin (2018). Fastlegers tidsbruk. Rapport til Helsedirektoratet.

legevaksarbeid i stor grad påvirker totalarbeidstiden, og at legevakt ikke fører til reduksjon i annet fastlegearbeid. Leger i kommuner med lavt innbyggertall har høyest andel legevaktarbeid og kommunale oppgaver. KS fulgte opp denne undersøkelsen med et tilleggsnotat om fastlegers tidsbruk²⁰, som omhandlet totalarbeidstiden for arbeidsoppgavene som ligger innenfor det som er avtalt med kommunene, eksklusiv legevakt. KS skriver at andelen fastleger uten kommunale oppgaver er klart høyere jo mer folkerik kommunen er, ved høyere listelengder, ved mange kurative dager og hos selvstendig næringsdrivende leger, og at dette samsvarer med tidligere funn. Store kommuner bruker i større grad egne leger til kommunalt arbeid, og det blir færre oppgaver å fordele på flere leger.

I evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 kom det fram at median arbeidstid for fastleger var 50 timer, mens median arbeidstid var 45 timer for *fastlønnede* fastleger²¹. I evalueringen ble det undersøkt hvor mye tid fastleger med ulike avtaleformer brukte på ulike arbeidsoppgaver. Resultatene viste at en større andel av de fastlønnede og leger med 8.2-avtaler hadde offentlige legeoppgaver, samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene, legevakt med tilstedevakt, legevakt med hjemmevakt og legevakt, bakvakt sammenlignet med fastleger i ren næringsdrift²².

3.4 Spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i kommunene

I 2017 ble det innført krav om at alle leger som starter i en klinisk stilling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, enten er spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering. Folkehelseloven stiller krav om nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Helsedirektoratet vurderer, som vi har gjort de siste årene, at det er behov for strategisk oppmerksomhet rundt allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Tabell 13 viser antall nye spesialistgodkjenninger innen allmennmedisin og samfunnsmedisin, samt arbeidsmedisin²³ (ASA-spesialitetene), i perioden 2013 til 2019. Tabellen inkluderer også informasjon om hvor mange av disse som er konverterte og om antallet resertifiseringer innen allmennmedisin.

Tabell 13. Nye spesialistgodkjenninger innen allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Totalt (hvorav konverteringer i parentes).

	2013	2014	2015	2016	2017**	2018	2019
Allmennmedisin	159 (*)	202 (26)	177 (20)	180 (14)	313 (23)	220 (10)	296 (20)
<i>Resertifiseringer</i>	<i>510</i>	<i>458</i>	<i>453</i>	<i>479</i>	<i>619</i>	<i>482</i>	<i>515</i>
Arbeidsmedisin	6 (*)	5 (1)	13 (1)	5 (0)	18 (0)	9 (0)	10 (0)
Samfunnsmedisin	15 (*)	21 (0)	4 (0)	24 (1)	27 (0)	31 (0)	15 (0)

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

²⁰ KS (2018). *Fastlegers tidsbruk. Tilleggsnotat 3. mai 2018.*

²¹ EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen.* Se side 232, samlet arbeidstid til legearbeid i snitt per uke.

²² EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen.* Se side 126-128.

²³ Arbeidsmedisin er i stor grad knyttet til bedriftshelsetjeneste i private og offentlige virksomheter eller til arbeidsmedisinske avdelinger i sykehus eller offentlige institusjoner. Denne spesialiteten omtales ikke nærmere.

før 2014 mangler. ** Tallene for 2017 er kunstig høye grunnet en ekstrainsats i Helsedirektoratet for å få ned antall restanser.

3.4.1 Spesialister i allmennmedisin

Per november 2020 er det registrert 3 979 leger med en gyldig spesialistgodkjenning i allmennmedisin (med tilleggskompetansen "tillegg for spesialist i allmennmedisin") i Helsepersonellregisteret. Alle disse er ikke nødvendigvis yrkesaktive.

Tabell 14 viser at det var 3 088 fastleger som var spesialister i allmennmedisin ved utgangen av tredje kvartal 2020. Antallet har økt i perioden som dekkes av tabellen, og andelen har økt fra 61 til 62,6 prosent ved siste målepunkt. Vi gjør oppmerksom på at antall fastlegepraksiser med spesialist i allmennmedisin har blitt nedjustert sammenlignet med tidligere publiserte tall.

Tabell 14. Fastleger som er spesialister i allmennmedisin. 2018 til 2020.

	2018				2019				2020		
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.
Fastleger	4 752	4 753	4 773	4 787	4 810	4 823	4 838	4 858	4 907	4 918	4 936
Spesialist, allmennmedisin	2 900	2 920	2 914	2 937	2 959	2 986	2 995	3 035	3 066	3 085	3 088
Andel av fastlegene	61,0 %	61,4 %	61,1 %	61,4 %	61,5 %	61,9 %	61,9 %	62,5 %	62,5 %	62,7 %	62,6 %

Kilde: Fastlegeregisteret. Tidligere data om spesialister er ikke av god nok kvalitet til å inkluderes. Merk at tallene er nedjustert fra tidligere utgivelser, og at statistikken tar utgangspunkt i fastleger (individer), og ikke fastlegepraksiser. Måletidspunkter er siste dag hvert kvartal.

Mange av legene i kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialister i allmennmedisin, er under spesialisering. Vi har ikke en presis oversikt over hvor mange dette er, men antallet har blitt anslått til å ligge rundt 940 i 2015 og rundt 1 000 leger i 2018^{24,25}. Når alle LiS er registrert i Kompetanseportalen/Dossier, vil vi få en mer komplett oversikt.

Det er verdt å merke seg at Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF trakk fram behovet for strategisk oppmerksomhet rundt allmennmedisin i sine innspill til vurderingen av avviklingen av kvotefordelingssystemet i 2019.

3.4.2 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

²⁴ 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. En arbeidsgruppe ledet av Helsedirektoratet, som i 2018 anslo behovet for allmennleger i spesialisering, anslo også at antallet ALIS lå rundt 1 000 leger i spesialisering: Helsedirektoratet (2018). *Allmennleger i spesialisering (ALIS). Del 2 av 2*.

²⁵ 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.nsd.no/filarkiv/File/rapporter/Rapport_Fastlegeordningen_NSDM_2016.pdf

helseforvaltning. Covid-19-pandemien har aktualisert behovet for strategisk oppmerksomhet rundt samfunnsmedisin, kommuneoverleger og lignende.

I 2019 ble det godkjent 15 **nye samfunnsmedisinere**, alle etter norsk regelverk. Som **tabell 14** over viser, er dette klart færre enn i årene 2016 til 2018. Totalt er 621 leger registrert i Helsepersonellregisteret (HPR) med en gyldig spesialistgodkjenning i samfunnsmedisin (pr. november 2020). Vi har ikke oversikt over hvor mange av disse som er yrkesaktive i dag eller hvor mange som har en jobb som er direkte knyttet til samfunnsmedisin. Ifølge SSB (tabell 07935) er det 378 sysselsatte leger som er registrert med samfunnsmedisin som sin hovedspesialitet.

Det er per i dag ikke mulig å få en eksakt oversikt over antall leger som er under **spesialisering i samfunnsmedisin** basert på registerdata. Dette vil være mulig når alle LiS er registrert i Kompetanseportalen/Dossier. Norsk forening for samfunnsmedisin (Norsam) har tidligere anslått at det har vært omkring 200 (i 2018 og 2015) og 150 (2017) leger i spesialisering i samfunnsmedisin. Anslagene er basert på deltakelse i veiledningsgrupper og obligatoriske kurs.

Mange spesialister i samfunnsmedisin har en **høy alder**, og ifølge Legeforeningens beregninger av årlig nettotilgang av spesialister i perioden 2016–2025, ville samfunnsmedisin ha en større avgang enn tilgang i denne perioden. Direktoratet vil ta kontakt med Legeforeningen for å undersøke mulighetene for oppdaterte beregninger i 2021.

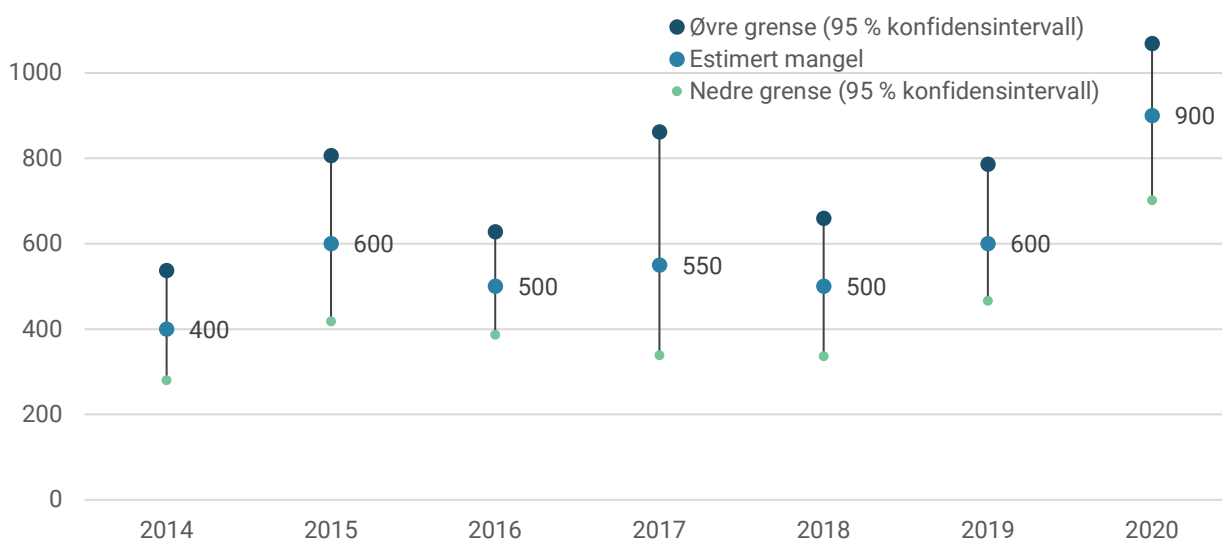
4. Leger i spesialisthelsetjenesten

I dette kapitlet presenterer vi utviklingen for leger i spesialisthelsetjenesten. Først omtaler vi rekrutteringsutfordringer i spesialisthelsetjenesten, basert på kartleggingen som NAV gjør i sin bedriftsundersøkelse. Vi omtaler også RHFenes innspill til Helsedirektoratet om utdanningskapasitet for profesjonsstudiet i medisin. Deretter presenterer vi en oversikt over LiS og overleger ansatt i helseforetakene i 2020, hentet fra Legestillingsregisteret, og årsverksutviklingen de siste årene, med statistikk fra SSB. Aldersfordelingen for leger i spesialisthelsetjenesten omtales også. Videre legger vi fram en oversikt over avtalespesialister innen ulike spesialiteter, fordelt på region. Avslutningsvis i kapitlet gir vi en kort omtale av spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet. I år har vi ikke involvert RHFene i grundige vurderinger av hvilke spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet, og har begrenset dette til en oppsummering av RHFenes tidligere innspill og omtale av LiS-andeler og andel av spesialistgodkjenninger som er konverterte for de enkelte spesialitetene.

4.1 Rekrutteringsutfordringer i spesialisthelsetjenesten

NAV estimerer mangelen på legespesialister i sin årlige bedriftsundersøkelse. **Figur 8** viser den estimerte mangelen på legespesialister i perioden 2012 til 2020. NAV estimerte en mangel på 900 legespesialister i 2020. Estimaten er basert på en faktisk rapportert mangel på 172 legespesialister. NAV oppgir konfidensintervaller, som viser at den reelle mangelen med 95 prosents sannsynlighet ligger mellom øvre og nedre grense på henholdsvis 701 og 1 069 spesialister. Det er altså usikkerhet rundt estimatene, men som det kommer fram av figuren, ser det ut til at mangelen på legespesialister kan være økende.

Figur 8. Estimert mangel på legespesialister, NAVs bedriftsundersøkelse. 2014-2020.



Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser i perioden 2014 til 2020. Undersøkelsen foretas hver vår. Allmennleger er ikke inkludert, se kapittel 3.4 for estimert mangel på allmennleger.

4.2 RHFenes innspill om utdanningskapasitet for leger

I forbindelse med Helsedirektoratets innspill til Helse- og omsorgsdepartementet om utdanningskapasitet for helsefaglige utdanninger, herunder medisinstudiet, gir de regionale helseforetakene innspill om behovene i sin region. Innspillet omhandler utdanningskapasitet for profesjonsutdanningen i medisin, og utfordringer knyttet til spesialister og spesialistutdanning omtales derfor i liten eller ingen grad. Behovene i spesialisthelsetjenesten er stort sett knyttet til ulike typer spesialister. Merk at økningene i studieplasser med oppstart høsten 2020, som omtales under, ikke nødvendigvis er permanente. Kandidatmåltallet i Kunnskapsdepartementets orientering om statsbudsjett for 2021 er uendret fra 2019 og 2020, noe som ikke var kjent da innspillene ble gitt.

Her følger en kort oppsummering av de seneste innspillene som RHFene ga høsten 2020:

- **Helse Midt-Norge RHF** la til grunn økningen på 20 studieplasser ved NTNU i 2020 (jf. RNB for 2020), og hadde da ingen ønsker om økte kandidatmåltall i medisin i sin region
- **Helse Nord RHF** skrev i sitt innspill at de støtter Grimstad-utvalgets anbefaling for regionen. Utvalget anbefalte en økning på 25 plasser på Universitetet i Tromsø fra 2023. RHFet påpekte at det lå an til en økning på 20 plasser allerede fra høsten 2020 (jf. RNB for 2020).
- **Helse Sør-Øst RHF** skriver at de tidligere har støttet en økning innen medisinedutdanningen i Norge, og viser også til sitt innspill til høringen for Grimstad-utvalget, der de uttrykte støtte til utvalgets overordnede anbefaling om at Norge på lengre sikt bør ha en utdanningskapasitet som dekker landets legebehov. RHFet skrev da at de støtter forslaget om en gradvis økning i antall studieplasser, såfremt forholdene legges til rette for det, og pekte på behov for finansiering, arealer og praksiskapasitet knyttet til veiledning/supervisjon. Noen av helseforetakene i Helse Sør-Øst har gitt RHFet konkrete tilbakemeldinger om behov for leger, og Helse Sør-Øst vurderer derfor at kandidatmåltallet for medisin bør økes med ca. 30 kandidater pr. år allerede fra høsten 2021. Også Universitetet i Oslo har fått 20 nye studieplasser fra høsten 2020 i RNB for 2020.
- **Helse Vest RHF** omtalte ikke leger eller medisinedutdanningen spesifikt i sitt innspill i 2020. RHFet skrev i 2019 at det ikke vil være behov for økt utdanningskapasitet i medisin gitt at det fremover vil være like god tilgang på leger som er utdannet i utlandet. RHFet rapporterte da om at Helse Bergen har svært god rekruttering både til LIS1-stillinger og stillinger for leger i spesialisering, og at også de andre foretakene i Helse Vest meldte om god utdanningskapasitet for leger. Utfordringen på legesiden var mangel på enkelte spesialister, skrev de i 2019. Som omtalt over, har også Universitetet i Bergen fått 20 nye studieplasser i medisin i RNB for 2020.

4.3 Status og utvikling for leger i spesialisthelsetjenesten

Tabell 15 viser fordelingen av LiS og overleger i de regionale helseforetakene i 2019 og 2020.

Tabell 15. LiS og overleger i de regionale helseforetakene. 2019-2020.

	2019				2020			
	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helse Midt-Norge RHF	751	1 299	2 050	36,6 %	743	1 387	2 130	34,9 %
Helse Nord RHF	724	936	1 660	43,6 %	774	1 025	1 799	43,0 %
Helse Sør-Øst RHF	2 817	4 668	7 485	37,6 %	2 927	4 803	7 730	37,9 %
Helse Vest RHF	1 139	1 597	2 736	41,6 %	1 156	1 738	2 894	39,9 %
Alle RHF	5 431	8 500	13 931	39,0 %	5 600	8 953	14 553	38,5 %

Kilde: LSR pr. oktober 2019 og 2020. Tallene er omtrentlige, og enkelte leger har blitt talt dobbelt fordi de er registrert med både LiS- og overlegestillinger eller stillinger ved flere helseforetak. Se tabellene for hvert RHF for fordeling på helseforetak. Merk at LSR-tallene for Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF (Ahus og OUS) og Helse Vest RHF avviker noe fra RHFets eget HR-system (se under for RHFenes egne tall).

Tabell 16 inneholder SSBs statistikk på avtalte årsverk for leger i spesialisthelsetjenesten. Fra 2018 til 2019 var det en økning på 478 legeårsverk i spesialisthelsetjenesten, tilsvarende 2,8 prosent. I de foregående årene var økningen noe høyere, med økning på drøyt 500 årsverk og drøyt 3 prosent. Økningen fortsetter å være større enn befolkningsveksten også i 2019, slik at legeårsverk pr. 10 000 innbyggere også øker. Det har vært vekst i alle helseregioner.

I perioden som helhet har det vært en økning på drøyt 2 000 årsverk, eller drøye 13 prosent. Veksten varierer fra knappe 13 prosent i Helse Sør-Øst til 16 prosent i Helse Nord. I absolutte tall er økningen naturlig nok størst i Helse Sør-Øst.

Tabell 16. Årsverksutvikling for leger i spesialisthelsetjenesten, fordelt på RHF. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	2018 - 2019		2015-2019	
						Årsverk	Prosent	Årsverk	Prosent
Helse Midt-Norge RHF	2 040	2 128	2 186	2 286	2 320	+ 34	+ 1,5 %	+ 280	+ 13,7 %
Helse Nord RHF	1 585	1 664	1 745	1 781	1 838	+ 57	+ 3,2 %	+ 253	+ 16,0 %
Helse Sør-Øst RHF	8 444	8 691	9 010	9 301	9 521	+ 220	+ 2,4 %	+ 1 077	+ 12,8 %
Helse Vest RHF	2 937	3 017	3 114	3 197	3 354	+ 157	+ 4,9 %	+ 417	+ 14,2 %
Private bedrifter og foretak ^{a)}	266	279	279	280	290	+ 10	+ 3,6 %	+ 24	+ 9,0 %
Spesialisthelsetjenesten	15 272	15 780	16 334	16 845	17 323	+ 478	+ 2,8 %	+ 2 051	+ 13,4 %
Endring fra året før	-	508	554	511	478	-	-	-	-
Prosentvis endring	-	3,3 %	3,5 %	3,1 %	2,8 %	-	-	-	-
Legeårsverk pr. 10 000 innb.	29,3	30,0	30,8	31,6	32,3	-	-	-	-

Kilde: SSB, tabell 09547. Avtalte årsverk eksklusive lange fravær. Merk at denne statistikken inkluderer alle leger, både spesialister og ikke-spesialister, samt medisinstudenter med lisens. Statistisk sentralbyrå har tatt i bruk en ny metode som gir bedre informasjon om arbeidstid fra og med 2015. Metoden ble forbedret og tallene oppdatert til SSBs publisering i 2020.

a) Det har tidligere variert hvilke private institusjoner som har vært inkludert i kategorien "private bedrifter og foretak", men fra 2015 inneholder tallene kun private uten oppdragsdokument. Leger i private foretak med oppdragsdokument er fra 2015 inkludert i regionen som foretaket har avtale med.

4.3.1 Leger i Helse Midt-Norge RHF

Tabell 17 gir en oversikt over antall LiS og overleger ved helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF i 2020. Det er fortsatt noen ulikheter mellom LSR-tallene og tall fra RHFets HR-system, og vi har valgt å inkludere Helse Midt-Norge egen statistikk i tabellen. RHFet har høyere tall for LiS enn LSR har, og lavere tall for overleger (med unntak for St. Olavs hospital). Dette gir klare utslag i LiS-andelene, og vi vil ikke diskutere disse i noen detalj her, men det er tydelig at LiS-andelene er klart høyest i de to mindre helseforetakene.

I tillegg til LiSene og overlegene i tabellen, er det 170 LiS1-stillinger (og 14 midlertidige LiS1-stillinger) og ca. 96 avtalespesialister i Helse Midt-Norge (se kapittel 4.4).

Tabell 17. LiS og overleger i helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF, 2020.

	Legestillingsregisteret				RHFets HR-system			
	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helse Møre og Romsdal HF	276	374	650	42,5 %	307	361	668	46,0 %
Helse Nord-Trøndelag HF	119	176	295	40,3 %	136	173	309	44,0 %
St. Olavs hospital HF	348	745	1 093	31,8 %	410	764	1 174	34,9 %
Helse Midt-Norge RHF	743	1 387	2 130	34,9 %	853	1 298	2 151	39,7 %

Kilde: LSR og RHF. Pr. oktober 2020. Merk at 24 leger er talt dobbelt fordi de har ansettelsesforhold ved to helseforetak eller er registrert med både LiS- og overlegestillinger.

Tabell 18 viser årsverksutviklingen for leger i helseforetakene i Helse Midt Norge RHF. Det har vært vekst i legeårsverk i alle de tre helseforetakene hvert år i perioden, med unntak av i Helse Møre og Romsdal HF i 2019, som opplevde en liten nedgang etter flere år med vekst. Veksten i regionen fra 2018 til 2019 er 34 årsverk (1,5 prosent), noe som er litt lavere enn foregående år.

Årsverksveksten i regionen i perioden fra 2015 er på 13,7 prosent, som er omtrent på nivået med veksten nasjonalt. Helse Nord Trøndelag HF skiller seg ut med en stor relativ økning i perioden, mens de to øvrige foretakene ligger like under det nasjonale nivået.

Tabell 18. Avtalte legeårsverk i Helse Midt-Norge RHF, fordelt på helseforetak. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	2018-2019		2015-2019	
						Årsverk	Prosent	Årsverk	Prosent
Helse Midt-Norge RHF	80	79	82	81	83	+ 2	+2,5 %	+3	+3,8 %
Helse Nord-Trøndelag HF	277	299	308	327	350	+ 23	+7,0 %	+73	+26,4 %
St Olavs Hospital HF	1 043	1 069	1 093	1 146	1 168	+ 22	+1,9 %	+125	+12,0 %
Helse Møre og Romsdal HF	639	682	703	732	719	- 13	-1,8 %	+80	+12,5 %
Helse Midt-Norge RHF totalt	2 040	2 128	2 186	2 286	2 320	+ 34	+1,5 %	+280	+13,7 %

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

4.3.2 Leger i Helse Nord RHF

Tabell 19 gir en oversikt over antall LiS og overleger i helseforetakene under Helse Nord RHF i 2020. Tabellen er sendt til Helse Nord RHF, som melder tilbake at tallene stemmer godt på overordnet nivå.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF og særlig Nordlandssykehuset HF har flest leger i spesialisering, både i relative og absolutte tall. Helse Nord har den høyeste LiS-andelen blant helseregionene. RHFet påpekte i fjorårets innspill til direktoratet at mange leger flytter ut av regionen underveis eller kort tid etter endt spesialisering, at dette er noe som foretakene og kommunene i Nord-Norge må ta hensyn til, og at det gjenspeiles i en høy LiS-andel.

I tillegg til LiSene og overlegene som er oppgitt i tabellen, er det 189 LiS1-stillinger i Helse Nord. Dette inkluderer 19 nye stillinger som hadde oppstart høsten 2020. Ytterligere 19 stillinger fases inn våren 2021. Helse Nord RHF har gitt tilbakemeldinger om at de nye stillingene vil bidra til å fjerne en flaskehals i utdanningsløpet og forbedre rekrutteringssituasjonen i regionen. I tillegg kommer ca. 57 avtale-spesialister i Helse Nord (se kapittel 4.4).

Tabell 19. LiS og overleger i helseforetakene i Helse Nord RHF, 2020.

	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helgelandssykehuset HF	78	109	187	41,7 %
Nordlandssykehuset HF	218	244	462	47,2 %
UNN HF	399	489	888	44,9 %
Finnmarkssykehuset HF	79	125	204	38,7 %
Totalt, Helse Nord RHF	774	1 025	1 799	43,0 %

Kilde: LSR. Pr. oktober 2020. Merk at 119 leger er talt dobbelt og tre leger er talt tre ganger, fordi de har ansettelsesforhold ved to helseforetak eller er registrert med både LiS- og overlegestillinger.

Tabell 20 viser årsverksutviklingen for leger i helseforetakene i Helse Nord RHF i perioden 2015 til 2019. Årsverksveksten i regionen fortsatte i 2019, med en vekst på 57 årsverk eller drøyt 3 prosent. Veksten er noe høyere enn i 2018, men lavere enn i 2016 og 2017. Det var økning i årsverk i tre av foretakene. Det var en minimal reduksjon ved Finnmarkssykehuset, etter flere år med vekst.

Ser vi på perioden som helhet, er det nettopp Finnmarkssykehuset som har den største prosentvis veksten, med drøyt 34 prosent. Denne veksten innebærer at Helgelandssykehuset, som har hatt en lavere vekst i perioden, for noen år siden ble det minste foretaket i regionen målt i legeårsverk. I fjor ga Finnmarkssykehuset tilbakemeldinger om at antall årsverk i foretaket var noe lavere enn SSB-tallene viste, og vi ser at tallene i LSR også er noe lavere. Også Nordlandssykehuset har en høy vekst i perioden, med drøyt 21 prosent, mens veksten ved UNN (10,4 prosent) er lavere enn i spesialisthelsetjenesten som helhet. Regionen som helhet har med 16 prosents vekst hatt en større relativt vekst enn spesialisthelsetjenesten som helhet.

Helse Nord RHF ga i fjor innspill om at kostnader til innleie av vikarer hadde økt betydelig de siste årene, med et vanskeligere rekrutteringsmarked oppgitt som en av årsakene til dette.

Tabell 20. Avtalte legeårsverk i Helse Nord RHF, fordelt på helseforetak. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	2018-2019		2015-2019	
						Årsverk	Prosent	Årsverk	Prosent
Helse Nord RHF	56	56	61	63	63	0	0,0 %	+ 7	+ 12,5 %
Helgelandssykehuset HF	161	162	174	175	188	+ 13	+ 7,4 %	+ 27	+ 16,8 %
Finnmarkssykehuset HF	158	186	204	216	212	- 4	- 1,9 %	+ 54	+ 34,2 %
Nordlandssykehuset HF	388	421	440	442	471	+ 29	+ 6,6 %	+ 83	+ 21,4 %
UNN HF	821	839	868	888	906	+ 18	+ 2,0 %	+ 85	+ 10,4 %
Helse Nord RHF totalt	1 585	1 664	1 745	1 781	1 838	+ 57	+ 3,2 %	+ 253	+ 16,0 %

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

4.3.3 Leger i Helse Sør-Øst RHF

Tabell 21 gir en oversikt over antall LiS og overleger ved helseforetakene under Helse Sør-Øst RHF i 2020. LiS-andelen er ca. 38 prosent i regionen som helhet, ifølge LSR. Samtlige foretak, med unntak av det største foretaket, OUS, har en LiS-andel som er høyere enn dette.

I tillegg til LiSene og overlegene i tabellen, er det 418 LiS1-stillinger (og 54 midlertidige LiS1-stillinger) i regionen. Det er i tillegg ca. 655 avtalespesialister i Helse Sør-Øst (se kapittel 4.4).

Tabell 21. LiS og overleger i helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF. 2020.

	Legestillingsregisteret				RHFets HR-system			
	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Akershus Universitetssykehus HF	348	564	912	38,2 %	420	597	1 017	41,3 %
Oslo Universitetssykehus HF	925	1 841	2 766	33,4 %	883	1803	2686	32,9 %
Sunnaas Sykehus HF	18	24	42	42,9 %	15	25	40	37,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	211	317	528	40,0 %	210	311	521	40,3 %
Sykehuset Innlandet HF ¹	312	456	768	40,6 %	300	455	755	39,7 %
Sykehuset Telemark HF	163	233	396	41,2 %	158	229	387	40,8 %
Sykehuset Østfold HF	276	381	657	42,0 %	269	376	645	41,7 %
Sørlandet Sykehus HF	284	401	685	41,5 %	a)	a)	a)	a)
Vestre Viken HF	390	586	976	40,0 %	370	589	959	38,6 %
Helse Sør-Øst RHF, totalt	2 927	4 803	7 730	37,9 %	a)	a)	a)	a)

Kilde: Legestillingsregisteret, pr. oktober 2020. Hver lege er talt én gang, med mindre vedkommende har stillinger i flere helseforetak eller er ansatt både i en LIS- og en overlegestilling. a) Tall for Sørlandet sykehus ikke mottatt.

Tabell 22 viser årsverksutviklingen for leger i helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF i perioden 2015 til 2019. Det er en økning i årsverk i nesten alle foretakene i 2019. Merk at nedgangen i årsverk i Sykehuset Innlandet HF og økningen i årsverk ved Ahus HF må sees i sammenheng med at Sykehuset i Kongsvinger ble overført fra Sykehuset Innlandet til Ahus f.o.m. 2019.

I perioden som helhet har det vært en årsverksøkning på nesten 13 prosent i regionen, omtrent på nivå med veksten i spesialisthelsetjenesten nasjonalt. Den relative økningen er størst i Sykehuset Østfold og Ahus, med godt over 20 prosent. Mye av økningen ved Ahus har skjedd i 2019, og henger trolig sammen med den organisatoriske endringen knyttet til Sykehuset i Kongsvinger. Alle foretakene har opplevd en økning på 10 prosent eller mer, med unntak av Sykehuset Innlandet, som altså har mistet årsverk grunnet de nevnte endringene. Helse Sør-Øst RHF informerte i 2019 også om at Sykehuset Innlandet HF har hatt en utfordrende økonomisk situasjon.

Tabell 22. Avtalte legeårsverk i Helse Sør-Øst RHF, fordelt på helseforetak. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	2018-2019		2015-2019	
						+/-	%	+/-	%
Helse Sør-Øst RHF	533	539	540	545	559	+14	+2,6 %	+26	+4,9 %
Ahus HF ¹	920	965	975	1 019	1 131	+112	+11,0 %	+211	+22,9 %
Oslo Universitetssykehus HF	2 610	2 679	2 811	2 902	2 956	+54	+1,9 %	+346	+13,3 %
Sunnaas sykehus HF	45	50	48	52	52	0	0,0 %	+7	+15,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	501	499	533	548	551	+3	+0,5 %	+50	+10,0 %
Sykehuset Innlandet HF ¹	849	862	887	943	851	- 92	-9,8 %	+2	+0,2 %
Sykehuset Telemark HF	377	391	393	392	416	+24	+6,1 %	+39	+10,3 %
Sykehuset Østfold HF	557	594	619	667	686	+19	+2,8 %	+129	+23,2 %
Sørlandet sykehus HF	676	685	707	718	744	+26	+3,6 %	+68	+10,1 %
Vestre Viken HF	911	943	984	1 014	1 062	+48	+4,7 %	+151	+16,6 %
Private inst. m/driftsavtale	467	485	511	499	512	+13	+2,6 %	+45	+9,6 %
Helse Sør-Øst RHF, totalt	8 444	8 691	9 010	9 301	9 521	+220	+2,4 %	+1 077	+12,8 %

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

1) Merk at Sykehuset i Kongsvinger er overført fra Sykehuset Innlandet til Ahus f.o.m. 2019

4.3.4 Leger i Helse Vest RHF

Tabell 23 gir en oversikt over antall LiS og overleger ved helseforetakene under Helse Vest RHF i 2020. I tillegg til LiS- og overlegestillingene i tabellen, er det 182 LiS1-stillinger (og 32 midlertidige LiS1-stillinger) i Helse Vest RHF. Det er også registrert 42 LiS og 100 overleger i private virksomheter i Helse Vest RHF's område pr. oktober 2020. I tillegg kommer omkring 174 avtalespesialister (se kapittel 4.4).

For flere av foretakene avviker Helse Vests egne tall fra LSR-tallene, og vi har inkludert RHFets tall i tabellen under for å vise usikkerheten. For Helse Førde HF er avviket betydelig, og for Helse Fonna HF får det et tydelig utslag for LiS- og overlegedelingen. For samtlige foretak ligger RHFets tall for LiS klart lavere enn tilsvarende tall fra RHFet fra 2019. RHFet og direktoratet har ennå ikke lykket med å finne årsaken til differansene, men vil jobbe opp mot Norsk Helsenett (NHN) for å oppklare dette.

Tabell 23. LiS og overleger i helseforetakene i Helse Vest RHF, 2020.

	Legestillingsregisteret 2020 ^{a)}				RHFets HR-system 2020			
	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel	LiS	Overlege	Totalt	LiS-andel
Helse Bergen HF	552	950	1 502	36,8 %	506	904	1 399	36,2 %
Helse Stavanger HF	360	474	834	43,2 %	311	475	773	40,2 %
Helse Fonna HF	136	165	301	45,2 %	113	184	295	38,3 %
Helse Førde HF	108	149	257	42,0 %	91	230	320	28,4 %
Totalt, Helse Vest RHF	1 156	1 738	2 894	39,9 %	1 021	1 793	2 787	36,6 %

a) Legestillingsregisteret pr. desember 2020 (på grunn av tekniske utfordringer i forbindelse med overføring av data fra RHFets system til LSR, er tidspunktet senere enn for de andre RHFene). Totaltallene fra LSR inneholder ca. 99 leger som er talt dobbelt fordi de enten har ansettelsesforhold ved to helseforetak eller er registrert med både LiS- og overlegestillinger.

Tabell 24 viser årsverksutviklingen for leger i helseforetakene i Helse Vest fra 2015 til 2019. Med en økning på nesten 5 prosent siste år, er Helse Vest RHF helseregionen som opplevde størst relativ vekst. Helse Førde har hatt et stabilt antall legeårsverk over flere år, men fra 2018 til 2019 har det skjedd en stor økning på over 50 årsverk, noe som tilsvarer en økning på over 21 prosent. Det var også en tydelig økning i Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF i 2019, mens endringen i Helse Fonna HF var beskjeden.

I perioden fra 2015 til 2019 har det vært en årsverksvekst på ca. 14 prosent i regionen, noe som er like over det nasjonale nivået. Alle helseforetakene har hatt en økning mellom ca. 12 og 18 prosent i perioden.

Tabell 24. Avtalte legeårsverk i helseforetakene i Helse Vest RHF. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	2018-2019		2015-2019	
						Årsverk	Prosent	Årsverk	Prosent
Helse Vest RHF	141	142	145	147	147	0	0,0 %	+6	+4,3 %
Helse Bergen HF	1 287	1 342	1 374	1 421	1 488	+67	+4,7 %	+201	+15,6 %
Helse Fonna HF	332	339	361	365	371	+6	+1,6 %	+39	+11,7 %
Helse Førde HF	263	259	260	256	310	+54	+21,1 %	+47	+17,9 %
Helse Stavanger HF	733	755	778	804	826	+22	+2,7 %	+93	+12,7 %
Private inst. m/driftsavtale	181	181	197	204	212	+8	+3,9 %	+31	+17,1 %
Helse Vest RHF totalt	2 937	3 017	3 114	3 197	3 354	+157	+4,9 %	+417	+14,2 %

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

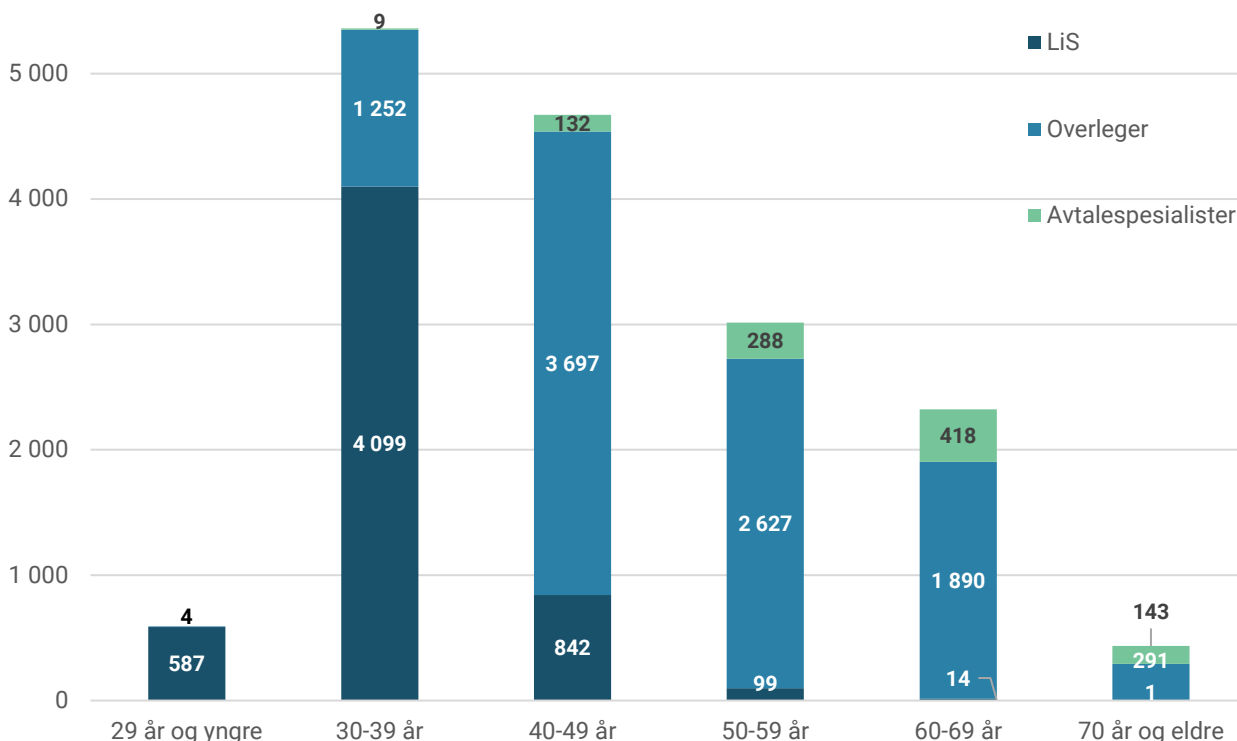
I sitt innspill til direktoratets vurdering av utviklingen etter avviklingen av kvotefordelingssystemet, skrev Helse Vest RHF at de fire foretakene i regionen har gitt tilbakemeldinger om at de i all hovedsak har opplevd en forbedring når det gjelder legedekning etter 2013. De vurderte at den nye ordningen hadde gitt større fleksibilitet og bedre legedekning lokalt og regionalt, men at flere av de aller minste sykehusene i regionen likevel hadde utfordringer med å rekruttere spesialister, innenfor flere spesialiteter. De skrev at dette hadde sammenheng med små og sårbare fagmiljøer.

4.3.5 Legenes alder i spesialisthelsetjenesten

Den store veksten blant leger i spesialisthelsetjenesten som er beskrevet over, innebærer at det i dag er mange leger under 40 år, som det kommer fram av **figur 9** under. Knappe 17 prosent er 60 år eller eldre, noe som er en lavere andel enn tilsvarende blant fastleger (jf. kapittel 3.3.2).

Selv om vi på et overordnet nivå ser en god tilvekst i unge leger i spesialisering, kan det være helseforetak eller enkeltspesialiteter der legenes aldersfordeling gir grunn til bekymring. LiS-andel og mange eldre overleger er blant indikatorene som benyttes i vurderingene av hvilke spesialiteter som behøver strategisk oppmerksomhet (se kapittel 4.5).

Figur 9. Legenes aldersfordeling i spesialisthelsetjenesten.



Kilde: Legestillingsregisteret. Pr. oktober 2020. Tallene er omtrentlige, og enkelte leger har blitt talt dobbelt grunnet stilling både som LiS og overlege eller ansettelsesforhold i flere helseforetak. Tallene inkluderer LiS og overleger ved private institusjoner i Helse Vest RHF og enkelte private institusjoner i Helse Sør-Øst (Lovisenberg diakonale sykehus og Revmatismesykehuset AS).

4.4 Avtalespesialister

Avtalespesialer er viktige bidragsyttere i spesialisthelsetjenesten. I 2019 utgjorde avtalespesialistene omtrent 23 prosent av den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder og samme andel innen psykisk helsevern for voksne²⁶.

Tabell 25 viser alle avtalespesialister, fordelt etter spesialitet og helseregion. Tabellen viser at spesialiteten med flest avtalespesialister fortsatt er psykiatri. Innen de somatiske tjenestene var det også i 2019 spesialister i øyesykdommer som utgjorde den største gruppen. Dette fagområdet sto alene for omtrent 39 prosent av den totale aktiviteten hos avtalespesialister innen somatiske tjenester. Andre somatiske fagområder med mange avtalespesialister og høy aktivitet, er øre-nese-hals-sykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer og hud- og veneriske sykdommer.

Økningen i Helse Sør-Øst RHF i 2019 er omtrent på nivå med nedgangen i 2018, slik at nivået er tilnærmet uendret sammenlignet med 2017. Antall avtalespesialister i de tre øvrige RHFene er nesten uendret, med en økning på 2-3 avtalespesialister.

Tabell 25. Avtalespesialister, etter spesialitet og helseregion. 2019 (ev. endring fra 2018 i parentes).

	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Totalt
Anestesiologi	3	-	11	1	15
Barnesykdommer	6 (-1)	-	24 (+1)	1	31
Endokrinologi ^{a)}	-	-	2	3,5	5,5
Fordøyelsessykdommer/gastroenterologi	1	1	6	5 (-1)	13
Fysikalsk medisin	-	-	1	2	3
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	7	7	66 (+2)	15 (-2)	95
Generell kirurgi ^{c)}	1	1	6 (-1)	1	9
Hud og veneriske sykdommer	12	3	55 (+6)	8	78
Indremedisin (generell) ^{b)}	4 (+1)	1,5	26	7 (+1)	38,5
Kardiologi/hjertesykdommer	5 (+1)	4	19 (+5)	12 (+1)	40
Lungesykdommer ^{b)}	2	1,5	12 (+2)	2	17,5
Nevrologi	1	-	24 (+1)	2	27
Nyresykdommer	-	-	1	1	2
Onkologi	1 (+1)	-	-	-	1
Ortopedisk kirurgi	-	-	10 (+1)	-	10
Plastikkirurgi	-	-	1	-	1
Psykiatri	11 (-1)	10	172 (+5)	41 (+4)	234
Radiologi	-	-	- (-1)	-	-
Revmatologi ^{a)}	-	1	7	5,5 (+1)	13,5
Urologisk kirurgi	1	2	13 (+1)	4	20
Øre-, nese- og halssykdommer	13 (+1)	7 (+2)	78 (+10)	27 (+1)	125
Øyesykdommer	28 (+1)	18	121 (+3)	36 (-2)	203
Totalt	96 (+3)	57 (+2)	655 (+35)	174 (+3)	982 (+43)

Kilde: Helsedirektoratet. Basert på aktivitetsdata for avtalespesialistene, som rapporteres til Norsk pasientregister (NPR).

Tabellen inneholder alle avtalespesialister som har avtale med RHF (også de med fritak), uavhengig av hjemmelsgruppe (ca. 7 av 10 avtalespesialister er i hjemmelsgruppe 100 %). Dersom avtalespesialisten har en hjemmel på eksempelvis 50 prosent betyr dette at de mottar et driftstilskudd tilsvarende dette. Det varierer hvor mye avtalespesialistene arbeider i tillegg til hjemmelen, og om de har flere ansettelsesforhold. a) Én avtalespesialist er oppført både med endokrinologi og

²⁶ Helsedirektoratet (2020). Aktivitetsdata for avtalespesialister 2019. IS-2891.

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.

4.5 Spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten

Vi vil i dette kapitlet først gjøre rede for kriteriene som benyttes i vurderinger av hvilke spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet, før vi oppsummerer spesialitetene som RHFene har rapportert inn de seneste årene. Deretter vil vi legge fram en oversikt over andelen leger i spesialisering (LiS) for de ulike spesialitetene og til slutt en oversikt over andelen av spesialistgodkjenningene som er konverteringer for de ulike spesialitetene. LIS-andel og konverteringsandel kan potensielt henge sammen med utdanning av for få spesialister, slik at det er behov for strategisk oppmerksomhet. Dette er knyttet til ett av punktene i indikatorlisten under, og vi må understreke at disse indikatorene altså kun utgjør en liten del av det totale bildet.

De seneste årene har Helsedirektoratet bedt RHFene om å gjøre vurderinger av hvilke spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet. I 2019 ba direktoratet om innspill om de ulike spesialitetene som en del av innspillene om utviklingen etter avviklingen av nasjonal regulering av legestillinger i 2013. Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF leverte nye vurderinger som en del av sine innspill. For Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest anså vi innspillene som de leverte i 2018 som fortsatt gjeldende, selv om vurderingene baserer seg på data som begynner å bli utdaterte.

Med andre ord ville det ha vært nyttig med oppdaterte vurderinger, men direktoratet har ikke bedt RHFene om nye vurderinger i år. RHFene har normalt et høyt arbeidspress, som har blitt ytterligere forsterket under covid-19-pandemien. Helsedirektoratet har dessuten bedt RHFenes personal- og kompetanseavdelinger om bidrag til andre oppdrag. For en nærmere diskusjon om spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet, viser vi enn så lenge til rapporten "Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten" fra 2019. Det vil være sterkt ønskelig at RHFene oppdaterer sine vurderinger av spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i 2021.

Helsedirektoratet har bedt RHFene om eventuelle egeninitierte analyser av behovet for ulike legespesialister det siste året. Helse Midt-Norge RHF informerer om at bemanningsmodellen deres ikke er oppdatert med nye tall og at det ikke er gjort nye analyser med den i løpet av det siste året. Helse Nord RHF har gitt beskjed om at det ikke har blitt gjort nye analyser i Helse Nord som er relevante å inkludere siden forrige rapportering. Høyt arbeidspress hos Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med covid-19-pandemien medførte at vi ikke rakk å få eventuelle analyser derfra før fristen. Helse Vest RHF har ikke gjennomført nye analyser av legespesialitetene fordi de ikke har fått nødvendige data fra Norsk pasientregister (NPR) til Nasjonal bemanningsmodell, noe som er et viktig grunnlag for analysene.

4.5.1 Kriterier for vurdering av spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet

I 2016 utarbeidet de regionale helseforetakene kriterier som kan benyttes i vurderinger av hvilke spesialiteter som behøver strategisk oppmerksomhet (se fjorårets rapport for mer informasjon om kriteriene, inkludert mulige indikatorer og informasjonskilder):

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

4.5.2 Oversikt over spesialitetene som RHFene har rapportert inn som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet

Tabell 26 på neste side viser hvilke spesialiteter de regionale helseforetakene har rapportert inn som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet i perioden 2016 til 2019.

Indikatorene som er omtalt over ligger til grunn for vurderingene, men hvilke indikatorer som er aktuelle og som er vektlagt varierer mellom ulike spesialiteter og mellom RHFene. Situasjonen for en spesialitet kan vurderes helt annerledes i en region enn den vurderes i en annen region eller på nasjonalt nivå. Vi viser til fjorårets rapport om leger i kommuner og spesialisthelsetjenesten for mer utdypende informasjon om hva som ligger bak vurderingene.

Tabell 26. Spesialitetene som RHFene har rapportert inn som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet, 2016-2019.

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

Kilde: Innspill fra RHFene. Siste innspill fra det aktuelle RHFet i fet skrift.

1) De innrapporterte spesialitetene i 2018 bygget på vurderingene som ble gjort i 2017, som igjen bygget på vurderingene fra 2016. Helse Midt-Norge RHF har ikke gjort en ny samlet vurdering i 2019. RHFet skriver at det likevel er kjent at Helse Midt Norge, i likhet med de andre regionene, har problemer med å oppfylle den gyldne regel, og at en av hovedårsakene er at det er vanskelig å rekruttere psykiatere (og psykologer).

2) Psykiatri er ikke blant spesialitetene som er inkludert i Helse Nords oversiktstabell, men den nevnes i teksten som

beskriver tabellen og Helse Nord bekrefter at den skal inkluderes.

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

4.5.3 Lav andel leger i spesialisering (LiS) som indikator

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

Tabell 27 på neste side viser fordelingen mellom leger i spesialisering og overleger, i alle spesialiteter i spesialisthelsetjenesten. Fordi registreringen av LiS i grenspesialiteter ofte har vært mangelfull i LSR, slik at LiS kan bli stående oppført med hovedspesialiteten selv om de er i gang med en spesialisering innen en grenspesialitet, har vi også i årets rapport valgt å presentere samlede tall for indremedisin og generell kirurgi med grenspesialiteter. Dermed unngår vi at LIS-andelen fremstår som kunstig høy i indremedisin og generell kirurgi, og tilsvarende lav i grenspesialitetene. Denne utfordringen vil gradvis forsvinne. Registreringen av LiS-stillinger kan være noe mangelfull også i andre spesialiteter enn grenspesialitetene.

Merk også at små endringer kan gi store utslag for de mindre spesialitetene. Den minste av spesialitetene, maxillofacial kirurgi, var spesialiteten med høyest LiS-andel blant de etablerte spesialitetene i 2018, blant de med lavest andel i 2019, og blant de med høyest andel igjen i 2020. Kolonnen helt til høyre i tabellen, som angir LiS-andelen i 2019, viser at det ikke er andre spesialiteter med like tydelige endringer fra i fjor.

Som vi har understreket tidligere i rapporten, er det noe usikkerhet rundt tallene og LiS-andeler i helseforetakene, men vi har ikke grunn til å tro at det skal være skjevheter mellom spesialitetene. Tallene må uansett tolkes med forsiktighet, og indikatoren må sees i sammenheng med andre indikatorer.

Tabellen viser at det i 2020 er en LiS-andel på 38,6 prosent for spesialitetene i spesialisthelsetjenesten. Dette er tilnærmet likt som i 2019 (38,8 prosent).

Spesialitetene med lavest LiS-andel er også i 2020 medisinsk biokjemi, anesthesiologi, radiologi, medisinsk genetikk, patologi, plastikkirurgi og klinisk nevrofysiologi. I 2020 har også medisinsk mikrobiologi og nukleærmedisin mindre enn én LiS pr. to overleger. Enkelte av disse spesialitetene er små spesialiteter, som også er en indikator for behov for strategisk oppmerksomhet.

De nye spesialitetene akutt- og mottaksmedisin og rus- og avhengighetsmedisin har naturlig nok fortsatt en svært høy andel leger i spesialisering. Blant de etablerte spesialitetene er det en gruppe spesialiteter som både i 2019 og 2020 har over 40 prosent LiS.

Tabell 27. Antall LiS og overleger i spesialisthelsetjenesten, sortert etter spesialitetens LiS-andel i 2020.

	LiS	Overlege	Totalsum	Andel 2020	Andel 2019
Akutt- og mottaksmedisin	56	14	70	80,0 %	88,3 %
Rus- og avhengighetsmedisin	93	43	136	68,4 %	70,3 %
Indremedisin inkl. grenspesialiteter	1 253	1 497	2 750	45,6 %	43,8 %
Øre-nese-halssykdommer	136	175	311	43,7 %	44,5 %
Nevrologi	249	322	571	43,6 %	44,5 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	96	126	222	43,2 %	40,8 %
Maxillofacial kirurgi	6	8	14	42,9 %	33,3 %
Generell kirurgi inkl. grenspesialiteter	513	687	1 200	42,8 %	41,1 %
Ortopedisk kirurgi	375	525	900	41,7 %	42,6 %
Barne- og ungdomspsykiatri	212	309	521	40,7 %	42,2 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	294	440	734	40,1 %	41,2 %
Klinisk farmakologi	26	39	65	40,0 %	39,7 %
Revmatologi	71	110	181	39,2 %	37,8 %
Totalsum	5 558	8 845	14 403	38,6 %	38,8 %
Onkologi	203	326	529	38,4 %	39,5 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	25	42	67	37,3 %	38,5 %
Øyesykdommer	118	216	334	35,3 %	38,4 %
Barnesykdommer	271	498	769	35,2 %	35,9 %
Nevrokirurgi	38	70	108	35,2 %	37,3 %
Hud- og veneriske sykdommer	39	75	114	34,2 %	35,9 %
Psykiatri	552	1 089	1 641	33,6 %	35,4 %
Nukleærmedisin	22	45	67	32,8 %	38,3 %
Klinisk nevrofysiologi	17	35	52	32,7 %	34,0 %
Medisinsk mikrobiologi	41	86	127	32,3 %	35,9 %
Plastikkirurgi	42	90	132	31,8 %	32,0 %
Patologi	101	231	332	30,4 %	30,2 %
Medisinsk genetikk	20	46	66	30,3 %	29,0 %
Radiologi	314	753	1 067	29,4 %	29,3 %
Anestesiologi	351	885	1 236	28,4 %	29,6 %
Medisinsk biokjemi	24	63	87	27,6 %	28,6 %

Kilde: Legestillingsregisteret. Pr. oktober 2020 (og 2019). Tallene er omtrentlige, og enkelte leger kan være talt dobbelt. Avtalespesialister er ikke inkludert (se tabell 25 for en oversikt). Den nye stillingskategorien "legespesialist" er heller ikke inkludert (det er registrert 117 med stillingskategorien legespesialist på landsbasis i LSR). Grenspesialitetene er slått sammen med generell kirurgi og indremedisin, ettersom LiS ofte har blitt stående registrert med hovedspesialiteten selv om de er i gang med en spesialisering innen en grenspesialitet.

4.5.4 Høy andel konverteringer av spesialistgodkjenninger som indikator

Dersom vi i stor grad baserer oss på utenlandske spesialister innen enkelte spesialiteter, kan det være en indikator på at spesialiteten bør ha strategisk oppmerksomhet. En måte å måle dette på, er å se på hvor stor andel av spesialistgodkjenningene innen de ulike spesialitetene som er konverterte²⁷. Andelen konverteringer sier ikke nødvendigvis noe om hvor vanskelig det er å rekruttere nye spesialister, og må naturligvis sees i sammenheng med andre indikatorer.

Tabell 28 på neste side viser hvor mange spesialistgodkjenninger som ble gitt innenfor ulike spesialiteter, etter henholdsvis norsk regelverk og ved konvertering i perioden 2014 til 2019. I kolonnene til høyre har vi regnet ut andel av spesialistgodkjenningene som er gitt på bakgrunn av en konvertering i perioden og i 2019. Merk at antall spesialistgodkjenninger er veldig få innen enkelte spesialiteter, slik at små endringer tallmessig likevel kan gi store relative endringer.

Radiologi og anestesilogi skiller seg ut som spesialitetene med høyest andel konverteringer i perioden, men andelen konverteringer innen radiologi har de siste årene vært lavere enn tidligere i perioden.

Ortopedisk kirurgi og hjertesykdommer er relativt store spesialiteter der omtrent hver tredje spesialistgodkjenning en konvertering. I 2019 var nesten halvparten av godkjenningene i hjertesykdommer konverteringer.

Også for de mindre spesialitetene hud- og veneriske sykdommer, patologi og urologi er omtrent hver tredje spesialistgodkjenning en konvertering.

Fødselshjelp og kvinnesykdommer, øyesykdommer, plastikkirurgi og karkirurgi er spesialiteter som tidligere har blitt trukket fram grunnet høy andel konverteringer. Selv om andelene fortsatt er relativt høye, har de sunket noe senere år. De to sistnevnte er mindre spesialiteter der mindre endringer raskt får utslag i andelen, særlig for enkeltår (maxillofacial kirurgi har også en høy andel, men dette er en spesialitet med svært lave godkjenningstall).

²⁷ Med konvertering menes automatisk godkjenning av harmoniserte legespesialiteter fra EØS-land som omtalt i punkt 5.1.3 i Yrkeskvalifikasjonsdirektivet 2005/36/EF, eller godkjenning etter Nordisk overenskomst artikkel 155.

Tabell 28. Nye spesialistgodkjenninger i perioden 2014 til 2019, fordelt på konverteringer og godkjenninger etter norsk regelverk. Sortert etter andelen som er konvertert i perioden.

	Norsk regelverk	Konverteringer	Totalt antall	Andel konvertert	Andel konvertert 2019
Anestesiologi	290	214	504	42,5 %	44,7 %
Radiologi	293	196	489	40,1 %	27,6 %
Hud- og veneriske sykdommer	54	30	84	35,7 %	42,1 %
Ortopedisk kirurgi	214	118	332	35,5 %	33,8 %
Hjertesykdommer	130	65	195	33,3 %	48,6 %
Maxillofacial kirurgi	6	3	9	33,3 %	50,0 %
Patologi	70	34	104	32,7 %	31,6 %
Urologi	57	27	84	32,1 %	50,0 %
Plastikkirurgi	52	23	75	30,7 %	23,1 %
Øyesykdommer	102	41	143	28,7 %	20,0 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	182	73	255	28,6 %	27,5 %
Nukleærmedisin	15	6	21	28,6 %	50,0 %
Karkirurgi	29	11	40	27,5 %	14,3 %
Thoraxkirurgi	14	5	19	26,3 %	100,0 %
Generell kirurgi	251	85	336	25,3 %	30,2 %
Blodsykdommer	36	12	48	25,0 %	33,3 %
Revmatologi	51	16	67	23,9 %	13,3 %
Psykatri	474	143	617	23,2 %	28,2 %
Fordøyelsesykdommer	73	22	95	23,2 %	37,5 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	18	5	23	21,7 %	20,0 %
Øre-nese-halssykdommer	89	23	112	20,5 %	12,0 %
Totalt (alle spesialiteter)	5 926	1 529	7 455	20,5 %	20,0 %
Endokrinologi	36	9	45	20,0 %	0,0 %
Lungesykdommer	64	15	79	19,0 %	0,0 %
Medisinsk mikrobiologi	45	9	54	16,7 %	18,2 %
Barnesykdommer	197	36	233	15,5 %	17,1 %
Nevrokirurgi	22	4	26	15,4 %	0,0 %
Nevrologi	140	25	165	15,2 %	13,5 %
Indremedisin	568	98	666	14,7 %	13,9 %
Barnekirurgi	6	1	7	14,3 %	50,0 %
Geriatrici	62	8	70	11,4 %	14,3 %
Barne- og ungdomspsykiatri	158	19	177	10,7 %	8,3 %
Nyresykdommer	51	6	57	10,5 %	13,3 %
Klinisk nevrofysiologi	9	1	10	10,0 %	0,0 %
Gastroenterologisk kirurgi	101	11	112	9,8 %	6,7 %
Allmenntmedisin	1275	113	1388	8,1 %	6,8 %
Infeksjonssykdommer	58	5	63	7,9 %	0,0 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	73	6	79	7,6 %	7,1 %
Onkologi	130	7	137	5,1 %	3,4 %
Medisinsk biokjemi	29	1	30	3,3 %	16,7 %
Arbeidsmedisin	59	2	61	3,3 %	0,0 %
Samfunnsmedisin	121	1	122	0,8 %	0,0 %
Akutt- og mottaksmedisin	25	0	25	0,0 %	0,0 %
Bryst- og endokrinkirurgi	24	0	24	0,0 %	0,0 %
Klinisk farmakologi	20	0	20	0,0 %	0,0 %
Medisinsk genetikk	18	0	18	0,0 %	0,0 %
Rus- og avhengighetsmedisin	135	0	135	0,0 %	0,0 %

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

5. Vurderinger

I dette avsluttende kapitlet vil vi gjøre noen vurderinger av sentrale utviklingstrekk som er beskrevet i kapitlene foran.

For en oppsummering av de mest sentrale funnene i rapportene, se sammendraget foran i rapporten.

Økt kapasitet

Helsedirektoratet er positivt til opprettingen av nye studieplasser i medisin. Direktoratet anbefaler at de nye studieplassene fra RNB følges opp med tilsvarende økning i kandidatmåltall og at økningen i studiekapasitet blir permanent. Når direktoratet støtter en økt utdanningskapasitet i medisin, henger det i stor grad sammen med at vi mener at Norge i større grad bør være selvforsynt av leger.

Direktoratet er naturligvis også positivt til at det opprettes flere LiS1-stillinger, i tråd med direktoratets anbefalinger fra 2019.

Fortsatt større vekst i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene

Vi så i kapittel 3 og 4 at det har vært en økning i årsverk både i kommunene og spesialisthelsetjenesten i 2019 og i de foregående årene. Selv om det er variasjoner i situasjonsbildet og utviklingen i ulike deler av landet, har det vært vekst i legeårsverk i de kommunale tjenestene i alle fylker og i alle helseforetak de seneste årene. De aller flest har opplevd vekst også i 2019.

De overordnede tallene for kommunene og spesialisthelsetjenesten er sammenstilt i **tabell 29** på neste side. Økningen i spesialisthelsetjenesten har ligget rundt 500 årsverk hvert år i perioden, mens økningen i kommunene har ligget rundt 130 årlig, med unntak av i 2017, da det var en ekstra stor økning i kommunene med 238 årsverk.

Med en vekst på 2 051 årsverk i spesialisthelsetjenesten i perioden, har 76 prosent av veksten funnet sted i spesialisthelsetjenesten. Dette henger delvis sammen med at spesialisthelsetjenesten er den klart største arbeidsgiveren for leger, men også den *relative* årsverksøkningen har vært større i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene hvert år i perioden, med unntak av nevnte 2017.

I kapittel 3 har vi vist på enkelte utfordringer i fastlegeordningen, som rekrutteringsutfordringer, lister uten fast lege og betydelig vikarbruk. Rekrutteringsutfordringer, særlig i distriktskommuner, gir grunn til bekymring. Økende kompleksitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, krav til økt samhandling og fokus på mer behandling i kommunene, fordrer en kapasitetsøkning i kommunene, og

Helsedirektoratet mener at en større del av årsverksveksten for leger bør skje i kommunene. I handlingsplanen for allmennlegetjenesten presenteres en rekke tiltak som på sikt vil kunne bidra til å styrke rekrutteringen i kommunene.

Samtidig noterer vi oss at NAV fortsatt melder om mangel på legespesialister i spesialisthelsetjenesten, til tross for solid vekst i årsverk over mange år. Dette vil vi undersøke nærmere i rapporten for 2021.

Tabell 29. Årsverksutviklingen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. 2015-2019.

		2015	2016	2017	2018	2019	2015-19
Kommunehelsetjenesten	Årsverk	5 457	5 585	5 823	5 963	6 094	-
	Endring	-	+ 129	+ 238	+ 140	+ 131	+ 637
	Prosentvis endring	-	2,4 %	4,3 %	2,4 %	2,2 %	+ 11,7 %
	Årsverk per 10 000	10,5	10,6	11,0	11,2	11,4	+ 0,9
Spesialisthelsetjenesten	Årsverk	15 272	15 780	16 334	16 845	17 323	-
	Endring	-	+ 508	+ 554	+ 511	+ 478	+ 2 051
	Prosentvis endring	-	3,3 %	3,5 %	3,1 %	2,8 %	+ 13,4 %
	Årsverk per 10 000	29,3	30,0	30,8	31,6	32,3	+ 3,0
Kommune- og spesialisthelsetjenesten totalt	Årsverk	20 729	21 365	22 157	22 808	23 417	-
	Endring	-	+ 637	+ 792	+ 651	+ 609	+ 2 688
	Prosentvis endring	-	3,1 %	3,7 %	2,9 %	2,7 %	+ 13,0 %

Kilde: SSB, tabell 3807 og 11996 (kommunehelsetjenesten) og tabell 09547 (spesialisthelsetjenesten) (avtalte årsverk eksklusive lange fravær). SSB forbedret metoden sin for beregning av årsverk i 2020, og tabellen har blitt oppdatert med nye tall for spesialisthelsetjenesten tilbake til 2015. Tallene for 2015 til 2018 avviker derfor noe fra tall som har blitt publisert tidligere år.

Spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet

Vi har pekt på at enkelte spesialiteter har en lav LiS-andel og at enkelte spesialiteter har en høy andel av nye spesialister som har konvertert sin spesialitet. Vi har ikke involvert RHFene i nye vurderinger av hvilke spesialiteter som har behov for strategisk oppmerksomhet i år. For en diskusjon om dette, viser vi til fjorårets rapport om leger i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet mener at det vil være nyttig at RHFene gjør oppdaterte vurderinger av dette i 2021.

Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten

Utgitt

Desember 2020

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse Vitaminveien
4, 0483 Oslo

Trondheim Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no