

# Vurdering av antall LIS1-stillinger

Svar på oppdrag gitt i tildelingsbrevet for 2018

---

Rapport  
IS-2802





# Innhold

|                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Sammendrag                                                                                               | 4         |
| <b>1 Innledning</b>                                                                                      | <b>5</b>  |
| 1.1 Bakgrunn - fra turnus til LIS1                                                                       | 5         |
| 1.2 Vurdering av antall LIS1-stillinger                                                                  | 6         |
| 1.3 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet                                                         | 7         |
| 1.4 Innspill fra tjenestene og relevante aktører                                                         | 7         |
| 1.5 Langsiktig mål for personellfeltet                                                                   | 7         |
| <b>2 Beskrivelse av nåsituasjonen – endringer siden 2014</b>                                             | <b>8</b>  |
| 2.1 Høyere vekst i legestillinger enn tidligere antatt                                                   | 8         |
| 2.2 Endringer i legenes spesialistutdanning                                                              | 10        |
| 2.3 Krav om spesialisering for allmennleger                                                              | 10        |
| 2.4 Lavere vekst i utenlandsk utdannede spesialister                                                     | 10        |
| 2.5 Stor økning i søkere til LIS1-stillinger                                                             | 11        |
| 2.6 Behov for å styrke fastlegeordningen                                                                 | 11        |
| 2.7 Alternativt legemarked for leger som venter på LIS1                                                  | 12        |
| <b>3 Tjenestenes vurdering av behovet for LIS1</b>                                                       | <b>13</b> |
| 3.1 Kartlegging i Helseforetakene                                                                        | 13        |
| Nåværende behov for LIS1                                                                                 | 14        |
| Framtidig behov for LIS1                                                                                 | 14        |
| Supervisjon og veiledning av LIS1                                                                        | 14        |
| Kostnader for helseforetakene                                                                            | 15        |
| 3.2 Kartlegging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten                                               | 15        |
| Nåværende behov for LIS1                                                                                 | 15        |
| Framtidig behov for LIS1                                                                                 | 16        |
| Supervisjon og veiledning av LIS1                                                                        | 16        |
| Kostnader for kommunene                                                                                  | 16        |
| 3.3 Legeforeningens vurdering av behovet for LIS1                                                        | 17        |
| <b>4 Dimensjonering av LIS1-stillinger</b>                                                               | <b>18</b> |
| 4.1 Ulike vekstalternativer                                                                              | 18        |
| 4.2 Forenklet modell for beregning av LIS1-stillinger                                                    | 19        |
| 4.3 Forhold som taler for flere LIS1-stillinger                                                          | 21        |
| Utløp av overgangsordninger                                                                              | 22        |
| Styrke fastlegeordningen                                                                                 | 22        |
| Udekket behov for leger i KS sin arbeidsgivermonitor og NAVs bedriftsundersøkelse                        | 22        |
| Nedgang i antall utenlandske spesialister                                                                | 23        |
| Samfunnsmessige endringer, teknologisk utvikling, og normalisering av arbeidstid, spesielt for fastleger | 23        |
| Økt behov for allmennleger i spesialisering                                                              | 23        |
| Pasientsikkerhet - Tilgang på mer kvalifiserte leger                                                     | 23        |
| 4.4 Forhold som taler imot flere LIS1-stillinger                                                         | 24        |

|          |                                                                 |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5</b> | <b>Tiltak for økt kapasitet og gjennomstrømming</b>             | <b>25</b> |
| 5.1      | Måter å øke kapasitet                                           | 26        |
| 5.2      | Måter å øke gjennomstrømming                                    | 32        |
| 5.3      | Fordeler og ulemper ved de ulike tiltakene                      | 36        |
| <b>6</b> | <b>Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger</b>           | <b>38</b> |
| 6.1      | Begrunnelser                                                    | 40        |
| 6.2      | Tiltak som vurderes relevante men som må utredes                | 42        |
| <b>7</b> | <b>Økonomiske og administrative konsekvenser</b>                | <b>44</b> |
| 7.1      | Kostnader for LIS1-stillinger                                   | 44        |
| 7.2      | Økonomiske konsekvenser ved økning i antall LIS1-stillinger     | 46        |
| 7.3      | Administrative konsekvenser ved økning i antall LIS1-stillinger | 46        |
|          | Vedlegg                                                         | 49        |

# Sammendrag

For å sikre befolkningen trygge og gode legetjenester må vi sørge for god kvalitet på spesialistutdanningen og at det utdannes nok leger. Spesialistutdanningen for leger tar minimum 6,5 år. For at det skal utdannes nok spesialisert til å dekke etterspørselsveksten og pensjonsavganger seks til sju år fram i tid, må vi alt i dag sikre at det er nok leger som fullfører første del av spesialistutdanningen (LIS1) slik at helseforetak og kommuner får et tilstrekkelig rekrutteringsgrunnlag til spesialistutdanningens andre/tredje del (LIS2/LIS3).

Innstramminger i spesialistregleverket, med krav til LIS1 som den første delen av spesialiseringen for alle leger fra 1. mars 2019, medfører at et høyere antall leger enn tidligere må gjennomføre LIS1. Mens antall LIS1-stillinger har vært konstant på rundt 950 de siste åtte årene, har andre legestillinger hatt en betydelig økning. I perioden 2014 til 2017 har veksten vært større enn tidligere framskrivninger, med størst vekst i spesialisthelsetjenesten. I samme periode har det vært en nedgang i rekruttering av utenlandske spesialister og autoriserte EU/EØS-utdannede leger som har gått direkte i spesialisering uten turnus/LIS1.

Kommuner over hele landet sliter med rekruttering av fastleger. Fastlegeundersøkelsen beskriver et stort arbeidspress på fastlegene. Skal arbeidstiden reduseres, vil det være behov for flere å dele arbeidsbyrden på, og dermed behov for flere leger som gjennomfører LIS1. Skal kapasiteten i helsetjenesten benyttes på en hensiktsmessig måte og ventetider reduseres uten økt arbeidstid, vil det være behov for flere leger også i spesialisthelsetjenesten.

Basert på veksten i legestillinger fram til nå har Helsedirektoratet beregnet et framtidig behov for LIS1-stillinger på omtrent 1150 pr år, en økning på 200 fra dagens 950 stillinger. Helsedirektoratets anbefaling er at det bør opprettes 200 nye LIS1-stillinger. En del av opptrappingen av stillinger for LIS1, bør av hensyn til rekrutteringen, knyttes opp mot rekrutteringsstillinger innen allmennmedisin og andre spesialiteter med rekrutteringsutfordringer.

Helsedirektoratet anbefaler at det tas i bruk flere læringsarenaer for LIS1 og at ledige legestillinger benyttes til å opprette stillinger for LIS1. Det må også iverksettes tiltak for å utnytte kapasiteten, herunder restplassene i dagens LIS1-ordning, på en bedre måte.

Dagens kostnader til LIS1 er noe høyere enn i 2014, også etter prisregulering. I hovedsak er det opplæringskostnader i sykehusene som er høyere i 2018 enn i 2014. Kostnadene kan fremstå som høyere enn de egentlig er siden inntektssiden som LIS1 genererer ikke er tatt med i beregningen.

# 1 Innledning

Antall LIS1-stillinger blir i ny spesialistutdanning bestemmende for kapasiteten på den totale spesialistutdanningen, og vil dermed også påvirke det totale antallet ferdige spesialister. Som ledd i arbeidet med innføring av ny spesialistutdanning for leger, fikk Helsedirektoratet høsten 2018 i oppdrag å gjennomføre en fornyet vurdering av antall LIS1-stillinger. I denne innledningen vil vi gi en kort innføring i historikken og bakgrunnen for oppdraget fra departementet.

## 1.1 Bakgrunn - fra turnus til LIS1

Da turnustjenesten for leger ble innført i 1955 skulle den kompensere for nedkortet studietid. Gjennom praktisk tjeneste etter medisinerutdanningen, skulle turnustjenesten bidra til å sikre faglig kvalifisering av nyutdannede leger. Samtidig skulle turnusordningen sikre en god geografisk fordeling av leger og bidra til å rekruttere og stabilisere legedekningen i distriktene.

Frem til desember 2012 var det et vilkår for å få autorisasjon og påbegynne spesialisering, at turnus var gjennomført og godkjent. Unntaket fra dette vilkåret var leger med autorisasjon på bakgrunn av utdanning i annet EU/EØS-land, som kunne starte rett i spesialisering. Tildeling og fordeling av turnusplasser var trekningsbasert. Det var hjemlet i turnusforskriften at staten hadde en plikt til å sikre alle kandidater en turnusplass<sup>1</sup>. Alle med cand.med. fra Norge eller utlandet kunne melde seg på trekningslisten. Et økende antall norske statsborgere som studerte medisin i utlandet sammen med et attraktivt norsk arbeidsmarked for utenlandske leger førte til en økende turnuskø. Etter hvert ble det nærmere ett års ventetid for å få turnusplass, og det begynte å bli et stort problem å få avviklet turnuskøen.

Som en konsekvens av dette, ble det vedtatt nye forskrifter gjeldende fra 1. desember 2012<sup>2</sup>, hvor turnusordningen ble lagt om fra en rettighetsbasert til en søknadsbasert ordning. Samtidig ble autorisasjonstidspunktet for norskudannede leger flyttet, slik at autorisasjon gis etter endt utdanning, men med krav til turnus for å kunne starte spesialisering.

En vesentlig begrunnelse for den søknadsbaserte turnusordningen var at ansettelse skulle skje i henhold til arbeidslivets regler. Helseforetakene samarbeider med kommunene om utlysning og tilsetting. Alle ledige turnusstillinger har fra våren 2013 blitt utlyst i Helsedirektoratets stillingsportal. De ordinære stillingene utlyses to ganger pr år og vikariater (restplasser) utlyses fortløpende. I begynnelsen ble stillingene utlyst i to puljer for å sikre tilstrekkelig rekruttering til hele landet, men etter hvert gikk man bort fra dette grunnet tilstrekkelig antall søkere til alle stillingene.

---

<sup>1</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, 2001. Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for lege ved loddrekning FOR-2001-12-20-1549. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>2</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, 2012. Forskrift om endring i forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege FOR-2012-12-01-1120. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Omtrent samtidig med implementering av ny turnusordning startet arbeidet med ny spesialistutdanning. Turnus er nå avviklet og det er innført en felles første del av spesialistutdanningen, LIS1. De overordnede rammene for LIS1 er de samme som i turnusordningen med 1 år i spesialisthelsetjenesten etterfulgt av 6 måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er gjort visse unntak i spesialistforskriften<sup>3</sup> fra kravet til LIS1 som den første del av spesialistutdanningen.

Veien fra turnus til LIS1 har kommet til gjennom en lang modningsprosess og en rekke utredninger, regelverks- og systemendringer. Gjennom implementering av ny spesialistutdanning som en stor kvalitetsreform forventes bedre spesialister med riktig kompetanse i årene fremover.

## **1.2 Vurdering av antall LIS1-stillinger**

Helsedirektoratets vurderinger i 2014 var basert på tall og prognoser fra Helsemod 2012, status etter to søknadsrunder i den nye turnusordningen samt tilbakemeldinger og innspill fra helseforetak og fylkesmenn. Andre forhold som ble vektlagt i vurderingen var endringer i forhold til innovasjon og ny teknologi, jobbglidning som demper personellbehovet, samt en høyere legedekning i Norge enn i sammenlignbare land.

I Helsedirektoratets rapport av januar 2014 ble det tatt utgangspunkt i en årlig vekst på 460 nye legeårsverk etter Helsemod sitt referansealternativ eller 640 nye årsverk etter Helsemod sitt høyalternativ fram mot 2035. I tillegg ble det beregnet en pensjonsavgang 560 leger pr år, totalt et bruttobehov på 1020 leger pr. år for det laveste vekstalternativet og et bruttobehov for leger på 1200 ved det høyeste vekstalternativet.

Av forhold som reduserte behovet for turnusstillinger i forhold til bruttobehovet for leger, ble det pekt på rekruttering av spesialister fra utlandet. I perioden 2001 til 2013 ble det i gjennomsnitt konvertert 352 spesialistgodkjenninger pr år. Det ble lagt til grunn at leger som fikk konvertert en spesialistgodkjenning også jobbet i helsetjenesten i Norge. Med denne antagelsen ble det vurdert et nettobehov for 668 nye leger pr. år for det laveste vekstalternativet og 848 nye leger ved det høyeste vekstalternativet.

De etablerte 950 turnusplassene ble i rapporten fra januar 2014 derfor vurdert som mer enn tilstrekkelig for å imøtekomme det fremtidige behovet for leger. Tidligere kartlegging av behovet for turnusstillinger og tidligere framskrivninger av behovet for leger beskrives i kapittel fire.

De seneste årene har ulike aktører på ny uttrykt ønsker og behov for flere LIS1-stillinger. Nyutdannede leger er ikke sikret LIS1-stilling og mange må vente lenge før de kan starte spesialiseringen med LIS1. Likeledes er det bekymring for at kravet til LIS1 for alle leger i ny spesialistutdanning vil kunne føre til for lav tilgang på LIS2/LIS3 og på sikt mangel på legespesialister. Statistikken viser også en høyere vekst i antall legestillinger enn det som var forventet i Helsemod for 2012. Endringer etter 2014 beskrives nærmere i kapittel to.

---

<sup>3</sup> Leger som har gjennomført minst halvparten av en spesialistutdanning og som oppfyller hovedparten av læringsmålene for LIS1 og tilsvarende tjenestetid kan ansettes direkte i LIS2/LIS3-stillinger. Alle andre må starte med LIS1. Likeledes er leger med autorisasjon på bakgrunn av utdanning i annet EU/EØS-land som har påstartet spesialisering i stilling som LIS innen 1. mars 2019 unntatt fra kravet til LIS1.

### **1.3 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet**

Helsedirektoratet skal gjøre en fornyet vurdering av antall LIS1-stillinger. Samtidig er det slik at antallet LIS1-stillinger må være basert på tjenestenes faktiske behov. Hele oppdraget er vedlagt i vedlegg 1.

Oppdraget om å vurdere dimensjoneringen av stillinger for LIS1 skal basere seg på:

- Kartlegging av eksisterende behov for LIS1-stillinger i tjenestene
- Kartlegging/vurdering av forventede behov for LIS1-stillinger i tjenestene i årene framover
- Kartlegging av ressursbruken og faktiske kostnader tilknyttet LIS1-stillinger
- Kartlegging av kapasiteten i tjenestene til å ta imot og veilede LIS1-leger
- Vurderinger og beregninger av framtidig behov for spesialister
- Vurderinger av alternative måter å eventuelt øke kapasitet og/eller gjennomstrømming.

### **1.4 Innspill fra tjenestene og relevante aktører**

I arbeidet med denne rapporten har Helsedirektoratet spurt de regionale helseforetakene (RHF) og fylkesmennene (FM) om av hva de mener om det nåværende og fremtidige behovet for spesialist- og LIS1-stillinger i tjenestene samt muligheten til å gi tilstrekkelig veiledning og supervisjon til LIS1. Likeledes er det spurt om kostnadene knyttet til LIS1-stillingene. Svarene fra kartleggingen er presentert i kapittel tre.

I arbeidet med rapporten har også Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin (NSDM) og Legeforeningen blitt involvert. Aktørene er gitt mulighet for skriftlige tilbakemeldinger og det ble avholdt et felles møte med aktørene den 12. november 2018. Forut for leveransen ble aktørene også gitt mulighet for skriftlige innspill på de deler av rapporten som omhandlet deres tilbakemeldinger og utkast til modeller for å øke antall stillinger og/eller gjennomstrømming.

### **1.5 Langsiktig mål for personellfeltet**

Et langsiktig mål på helsepersonellfeltet er å sørge for et tilstrekkelig antall helsepersonell med riktig kompetanse som svarer til pasientenes og tjenestens behov. For leger betyr dette en god balanse mellom befolkningens behov for legetjenester og antall leger med ulik grad av spesialisering og spesialister som kan tilby slike tjenester.

Dette innebærer at antallet LIS1-stillinger må være basert på tjenestenes faktiske behov. Dimensjoneringen av LIS1-stillingene må være slik at det gir et tilstrekkelig rekrutteringsgrunnlag for videre spesialisering og et tilstrekkelig antall spesialister. Siden det tar minimum 6,5 år å utdanne en spesialist, må antallet LIS1-stillinger dimensjoneres ut fra det antallet spesialister man ønsker å få ferdig utdannet om 6,5 år eller mer.

Det er derfor viktig å kontinuerlig følge med på utviklingen i antall legespesialister og rekrutteringen til spesialistutdanningen. Per i dag er det særlig spesialistutdanningen i allmennmedisin som trenger å bli styrket. Helsedirektoratet har som en del av sitt "følge med ansvar", bidratt til modeller for framskriving av behovet for helsepersonell, og det publiseres også årlige rapporter om den faktiske utviklingen i antall ansatte i tjenestene.

## 2 Beskrivelse av nåsituasjonen – endringer siden 2014

Etter at kvotefordelingssystemet for leger i spesialisering (LIS)- og overlegestillinger ble avviklet i 2013, er kun stillinger for LIS1 regulert sentralt, mens de andre legestillingene reguleres lokalt av behov og etterspørsel. Veksten i legestillinger har vært betydelig høyere enn prognosene som lå til grunn ved Helsedirektoratets beregning av behovet for turnusstillinger i 2014.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som fastsetter hvor mange stillinger i spesialistutdanningens første del (LIS1) som skal opprettes i sykehusene og i kommunene. Helsedirektoratet fordeler antall stillinger i sykehus til hvert av de regionale helseforetakene som oppretter stillinger i de enkelte helseforetakene innen helseregionen. Stillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fastsettes fylkesvis av Helsedirektoratet og fordeles til de enkelte kommunene i samråd med fylkesmannen. Helsedirektoratet kan om nødvendig pålegge det enkelte regionale helseforetaket eller den enkelte kommunen å ansette leger i utdanningens første del. Stillingene i helseforetakene og kommunene i de ulike fylkene har vært fordelt omtrent på samme måte i mange år.

Etter avviklingen av kvotefordelingssystemet i 2013 har Helsedirektoratet i sine årlige rapporter om årsverksutviklingen for leger i kommunene og i spesialisthelsetjenesten rapportert om en relativt høy årsverksvekst og en tilfredsstillende legedekning, men har påpekt at det innen enkelte fag og i enkelte regioner har vært et behov for flere legespesialister<sup>4</sup>.

### 2.1 Høyere vekst i legestillinger enn tidligere antatt

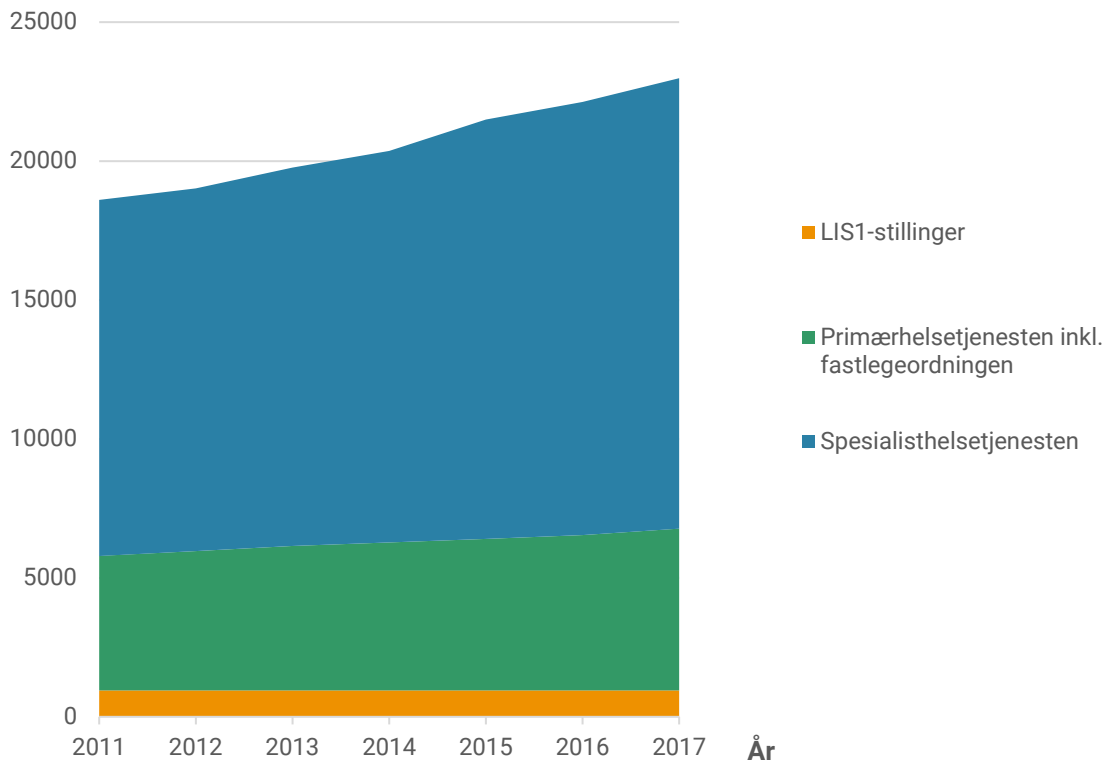
Før 2003 var det turnusplass til alle som søkte. Fra 2003 til 2009 ble det etablert omtrent 40 nye turnusplasser hvert år, og i 2010 var det 900 turnusplasser i sykehus og 450 turnusplasser i kommunene. I 2011 økte antall turnusplasser fra 900 til 950 i sykehusene. Antallet har vært uendret siden, selv om veksten i legeårsverk har økt med omtrent 3-4 % i året siden 2013. Ved innføring av ny spesialistutdanning 1. mars 2017 ble stillingene for turnusleger videreført som stillinger for LIS1 uten endring i antall stillinger. For LIS1-stillinger kan ett årsverk likestilles med en stilling.

Figur 1 viser veksten i årsverk leger i primærhelsetjenesten og leger i spesialisthelsetjenesten samt stillinger for LIS1 i perioden 2011 til 2017. Som det framgår av figuren, er antall stillinger for LIS1 950 pr år for hele perioden, mens det er stor vekst i årsverk for andre legestillinger. Utviklingen viser en høyere vekst i legeårsverk enn tidligere antatt og veksten har vært betydelig høyere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten (vedlegg 2).

---

<sup>4</sup> Helsedirektoratet, 2017. Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten - Rapport 2017 IS-2679.

## Vekst i legeårsverk 2011 til 2017



Figur 1. Utvikling i årsverk for LIS1, leger i primærhelsetjenesten og leger i spesialisthelsetjenesten i perioden 2011 til 2017.

Helsedirektoratet vurderte i 2014 et behov for omtrent 680 turnusleger, basert på en tilgang på ca. 350 utenlandske spesialister årlig og Helsemodis referansealternativ som framskrev en nettovekst på ca. 460 leger per år. Se vedlegg 9 og 10.

Den reelle veksten i legeårsverk viser seg å være gjennomsnittlig 670 årsverk per år i perioden 2013-2017, altså omtrent 200 årsverk mer enn det framskrevne behovet for leger i Helsemodis referansealternativ (vedlegg 2).

Gitt en fortsatt vekst i legestillinger som til nå, vil LIS1 kunne bli en flaskehals for tilgangen på leger som kan tiltre stillinger som LIS2/LIS3, og i ytterste konsekvens, framtidige spesialister. Det er derfor viktig, at LIS1-stillingene er korrekt dimensjonert i forhold til behovet for LIS2/LIS3 og den andelen av spesialister som utdannes i Norge. Dette gjelder spesielt innen sårbare spesialiteter og spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet, der det enten er få søkere til stillingene, eller der det er en stor andel spesialister med høy gjennomsnittsalder. I spesialitetene med en stor andel eldre overleger i forhold til LIS2/LIS3, vil manglende rekruttering av LIS2/LIS3 kunne føre til at det blir for få spesialister innen disse fagene.

## **2.2 Endringer i legenes spesialistutdanning**

I henhold til gammelt regelverk (spesialistgodkjenningsforskriften) er det krav til turnus for å starte spesialistutdanning som lege i spesialisering (LIS). Leger med autorisasjon på bakgrunn av utdanning fra andre EU/EØS-land, herunder land med integrert praksis<sup>5</sup>, er imidlertid unntatt fra kravet til turnus og kan starte i spesialisering som LIS fram til 1. mars 2019. Andelen av autoriserte EU/EØS-utdannede leger som tiltrer direkte i spesialisering uten turnus har gått ned fra 214 i 2014 til 74 i 2017 (vedlegg 4).

Fra 1. mars 2019 blir LIS1 en obligatorisk start på alle spesialistutdanninger og de EU/EØS-utdannede legene som tidligere trådte inn i senere deler av spesialistutdanningen får med visse unntak<sup>6</sup> innskrenkede muligheter i forhold til gammelt regelverk. Disse legene vil fra 1. mars 2019 heller ikke kunne arbeide som fastlege med trygderefusjon uten å ha gjennomført og oppnådd læringsmålene for LIS1. Dette vil kunne få følger for lokal rekruttering og vikarsituasjonen. Nasjonalt er det kun et fåtall leger med utdanning fra EU/EØS-landene med integrert praksis ansettes som fastleger (vedlegg 4).

## **2.3 Krav om spesialisering for allmennleger**

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten<sup>7</sup> trådte i kraft 1. mars 2017. Formålet med forskriften, er å bidra til å heve kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom krav til spesialisering. Kravet til spesialisering medfører at autoriserte leger, som før kunne arbeide i kommunale stillinger utenom fastlegeordningen uten krav til turnus, eksempelvis i stillinger ved sykehjem, KAD og fengselshelsetjeneste, nå må starte spesialisering etter 1 år og dermed også gjennomføre LIS1. Dette bidrar til at presset på LIS1-stillinger blir større, og vil gjenspeile seg i at antall søkere til LIS1-stillingene som er utdannet i land utenfor EU/EØS, øker.

## **2.4 Lavere vekst i utenlandsk utdannede spesialister**

Endringer i autorisasjonsordningen med krav til fagprøve samt avvikling av fagområdelisens, har i de seneste årene bidratt til at færre spesialister fra land utenfor EU/EØS søker om autorisasjon og spesialistgodkjenning.

Det er også nedgang i antall utenlandske spesialister som jobber i Norge (vedlegg 5). I perioden fra 2014 til 2017 har antall konverterte spesialistgodkjenninger gått ned fra omtrent 350 til gjennomsnittlig 263 godkjenninger per år, en reduksjon på knapt 100 konverteringer i gjennomsnitt. Det viser seg også, at kun en mindre del av legene som får konvertert en spesialistgodkjenning, arbeider i den offentlige helsetjenesten<sup>8</sup>. Av 321 spesialister som fikk konvertert sin spesialistgodkjenning i 2017, var det kun 50 som jobbet i den offentlige helsetjenesten i oktober 2018. Dette antallet har vært relativt stabilt (vedlegg 5).

---

5 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. Polen utsteder et sertifikat i henhold til yrkeskvalifikasjonsdirektivet som tydeliggjør at legene har fullført grunnutdanning i medisin i tråd med minstekravene i direktivet. Leger som er omfattet av denne ordningen behandles som legene som er utdannet i land med integrert praksis.

6 Leger som har gjennomført minst halvparten av en spesialistutdanning og som oppfyller hovedparten av læringsmålene for LIS1 og tilsvarende tjenestetid kan ansettes direkte i LIS2/LIS3-stillinger. Alle andre må starte med LIS1.

7 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192>

8 Med offentlig helsetjeneste menes spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse og omsorgstjenesten. Dette inkluderer også avtalespesialister og fastleger med avtale med kommunen.

En lavere tilgang av spesialister fra utlandet vil kunne bety at et større antall spesialister må utdannes i Norge. Ved en fortsatt vekst i legestillinger som i perioden 2011-2017, vil det kunne oppstå en mangel på spesialister dersom antallet av spesialister fra utlandet forblir på samme lave nivå eller synker ytterligere.

## **2.5 Stor økning i søkere til LIS1-stillinger**

Ved søknadsrunden våren 2018 var det mer enn halvparten av søkerne til LIS1-stillingene som ikke ble ansatt (vedlegg 6). Antall norske studenter som tar legeutdanning har økt de siste årene og en stor andel av disse tar utdanningen i andre EU/EØS-land. Mange av dagens nyutdannede leger venter nå på å starte sin spesialistutdanning som LIS1.

Antall av søkere til turnusstillinger/LIS1-stillinger som er utdannet i land utenfor EU/EØS, har fra våren 2013 til våren 2016 ligget jevnt på mellom 59 og 102 per halvår, men har økt gradvis fra 95 søkere våren 2016 til 250 søkere våren 2018. En betydelig økning fra 151 søkere høsten 2016 til 250 søkere våren 2018 vurderes blant annet å være en konsekvens av innføringen av forskrift om kompetansekrav samt etterslep grunnet omlegging av autorisasjonsordningen (vedlegg 6).

Samtidig er det en større gruppe av leger utdannet utenfor EU/EØS som har autorisasjon, som ikke får stilling som LIS1 (vedlegg 6). Dette har ført til et økt press på dagens LIS1-stillinger.

## **2.6 Behov for å styrke fastlegeordningen**

Innen fastlegeordningen har det over tid vist seg vanskelig å rekruttere og stabilisere tilgangen på leger. Et tilstrekkelig antall fastleger er viktig, blant annet med henblikk på portvokterfunksjonen for spesialisthelsetjenesten.

I KS sin arbeidsgivermonitor for 2017, svarte omtrent halvparten av kommunene på spørsmål om hvor utfordrende det er å rekruttere leger. Litt over halvparten av kommunene som svarte, oppgir at det er ganske utfordrende eller meget utfordrende (vedlegg 7). NAVs bedriftsundersøkelse viser at det er et udekket behov for leger, både allmennpraktiserende leger og spesialister i sykehus; for 2018 vurdert til 200 allmennleger og 500 legespesialister (vedlegg 8). Tallene fra bedriftsundersøkelsen må imidlertid tolkes med en viss forsiktighet, grunnet store konfidensintervaller og dermed usikkerhet knyttet til det reelle behovet.

Som ledd i arbeidet med å bedre rekrutteringen av allmennleger til kommunehelsetjenesten har KS/Oslo kommune, Legeforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet (Trepartssamarbeidet for fastlegeordningen) nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe for å utrede ulike modeller for utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin. Som ledd i oppfølgingen av dette er det gjort framskrivning av behov for allmennleger i spesialisering i kommunene fram mot 2030, samt konsekvensutredning og økonomiske og administrative beregninger av ordningen<sup>9</sup>.

Det beskrives fire ulike scenarier som framskriver behovet for allmennleger i spesialisering (ALIS) ved 1) avgang fra yrket, 2) befolkningsvekst, 3) normalisering av arbeidstid og 4) normalisering av arbeidstid

---

<sup>9</sup> Helsedirektoratet. Upublisert.

inkludert legevak. Framskrevet behov for allmennleger i spesialisering er i henhold til de ulike modeller mellom 380 og 626 ALIS per år (tabell 1).

Bemerk at disse tallene omfatter allmennlegene som per dags dato ikke er i spesialisering og må spesialisere seg, og at det i tillegg tas høyde for et høyt turnover i fastlegeordningen. Ifølge KS beregninger er turnover av leger i kommunehelsetjenesten omtrent 25 %, med andre ord vil hver fjerde lege som arbeider i kommunehelsetjenesten bytte jobb hvert år (vedlegg 11). Behovet for ALIS i tabell 1 kan med andre ord ikke sammenliknes direkte med nettovekst i antall legestillinger eller framskrevet behov. Imidlertid må alle leger som begynner spesialisering i allmennmedisin etter 1. mars 2019, enten ha gjennomført turnus eller LIS1.

*Tabell 1 Antall allmennleger som trenger spesialistutdanning i hht. de ulike modellene*

| Antall ALIS/år:         | Dekke for:         |
|-------------------------|--------------------|
| <b>380<sup>10</sup></b> | Avgang             |
| <b>436</b>              | Befolkningsvekst   |
| <b>546</b>              | Norm arbeidstid    |
| <b>626</b>              | Norm Arbeidstid LV |

## **2.7 Alternativt legemarked for leger som venter på LIS1**

Som tidligere nevnt er det mange nyutdannede leger både med utdanning fra Norge og utenfor Norge, som ikke får ansettelse som LIS1. Disse legene har begrensede muligheter for å arbeide i den offentlige helsetjenesten, både i sykehus og som fastlege/fastlegevikar, og kan fra 1. mars 2019 ikke starte spesialisering uten å starte med LIS1.

Noen av disse legene arbeider innen helprivate legetjenester, en bransje som i de seneste årene har skutt fart og som leverer helsetjenester på siden av tilbudene i det offentlige helsevesen. Siden legene som venter på LIS1 har autorisasjon og fulle rettigheter til å utøve legeyrket, er det mulig at noen av disse legene går inn i denne typen stillinger framfor å arbeide i offentlig helsevesen. Med begrenset yrkesutøvelse uten LIS1, får Norge ikke utnyttet det potensialet denne gruppen av nyutdannede leger utgjør.

Oppsummert betyr en høyere vekst i legestillinger enn tidligere antatt, en lavere tilgang av utenlandsk utdannede leger, innføring av krav til LIS1 for alle leger i spesialisering, og behovet for å styrke fastlegeordningen, et økt behovet for LIS1-stillinger, høyere enn dagens antall på 950 stillinger.

---

<sup>10</sup> Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere

# 3 Tjenestenes vurdering av behovet for LIS1

I kartleggingen av behovet for LIS1-stillinger, har Helsedirektoratet bedt om innspill fra RHFene, fylkesmennene, KS, Legeforeningen og Nasjonalt senter for Distriktsmedisin (NSDM). Helsedirektoratet har ved å spørre de regionale helseforetakene og fylkesmennene innhentet informasjon om hva de mener er det nåværende og framtidige behovet for LIS1 i tjenestene samt om kapasiteten til å ta imot og gi LIS1 tilstrekkelig supervisjon og veiledning er stor nok. I tillegg er det innhentet informasjon om utgifter knyttet til LIS1-stillingene. Det ble avholdt et fellesmøte i Helsedirektoratet 12. november 2018 hvor dimensjonering av antall LIS1-stillinger og muligheten for å øke dagens antall stillinger ble diskutert.

En generell tilbakemelding både fra RHF og fylkesmennene er at det er større behov for spesialister enn for LIS1. Spesielt gjelder dette for kommunehelsetjenesten. Det var stor enighet blant deltakerne i møtet 12. november 2018 at situasjonen i primærhelsetjenesten er en utfordring som må løses i fellesskap, og som må få et spesielt fokus i forhold til vurdering av behovet for spesialister og LIS1-stillinger. Samtidig ble det trukket fram, at økning av LIS1-stillinger, neppe er det eneste tiltaket som vil endre situasjonen. Når myndighetene og Legeforeningen har diskutert fastlegeordningen, er det mange ulike faktorer som blir trukket fram. Samtidig er det innen rammene for ny spesialistutdanning, nødvendig med et økt antall LIS1-stillinger, dersom det skal bli flere spesialister i allmennmedisin.

Ved Helsedirektoratets kartlegging av behovet for turnusstillinger i 2014, var det en generell tilbakemelding fra alle tjenestene, at antallet var tilstrekkelig og at det var vanskelig å få til en økning, spesielt i kommunehelsetjenesten. Generelt gis det de samme overordnede tilbakemeldingene som i 2014, men med visse unntak. Dette vil beskrives i det følgende.

## 3.1 Kartlegging i Helseforetakene

Helsedirektoratet mottok svar fra alle de fire regionale helseforetakene (RHFene). RHFene har foretatt vurderinger og analyser basert på bl.a. beregningsmetodikken som ligger til grunn i Nasjonal bemanningsmodell<sup>11</sup>. Modellen er vist i vedlegg 12 uten nærmere beskrivelse.

På spørsmålet om nåværende antall stillinger for LIS1, ble det innrapportert flere LIS1-stillinger i Helse Sør-Øst RHF enn det som normalt lyses ut hvert halvår. En forklaring kan være at dette tallet inkluderer "LIS1- vikarer" og "postleger" som ansettes og lønnes som LIS1, men ikke er godkjente LIS1-stillinger.

Videre ble det stadfestet at det på nasjonalt nivå er 10 LIS1-stillinger som ikke er opprettet og tatt i bruk.

---

<sup>11</sup> Nasjonal bemanningsmodell er et verktøy utviklet av Helse Vest RHF. Modellen tar utgangspunkt i SSB befolkningsvekst fra juni-2018, aktivitetsdata fra Norsk Pasientregister (NPR) fra 2017 og data fra lønns- og personalsystemer om personell i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 2 Antall stillinger for LIS1 pr oktober 2018 fordelt på regionalt helseforetak og antatt behov for LIS1.

| Spesifikasjon                                 | Helse Nord RHF       | Helse Midt-Norge RHF | Helse Vest RHF | Helse Sør-Øst RHF | Totalt     |
|-----------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------|-------------------|------------|
| Antall LIS1-stillinger                        | 170                  | 170                  | 182            | 418 <sup>12</sup> | <b>940</b> |
| Anslått behov for LIS1 de nærmeste 5-10 årene | 30-40 nye stillinger |                      |                |                   |            |

### Nåværende behov for LIS1

I kartleggingen kom det fram at Helse Nord RHF vurderer antall LIS1 som for lavt i forhold til nåværende behov. De melder at kapasiteten til å gi veiledning og supervisjon er god, men at økonomien er en utfordring. Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF anslår at antall LIS1 er tilpasset dagens behov. I tillegg til de økonomiske konsekvensene ved å ansette flere LIS1, er kapasiteten til å gi tilstrekkelig veiledning og supervisjon en utfordring i disse tre helseregionene. Også i møtet den 12. november 2018, ble det gitt uttrykk for at det ikke var behov for flere LIS1 i de tre sørlige helseregionene.

### Framtidig behov for LIS1

Helse Nord RHF rapporterer at de har behov for flere LIS1 også framover. I de tre andre regionale helseforetakene er det hovedsakelig ikke behov for flere LIS1 framover, og det oppgis i tilbakemeldingen fra Helse Vest at behovet for LIS1 vil bli mindre i framtiden. Muligheten til å bruke mer ressurser på veiledning og supervisjon, angis å være begrensede eller ikke tilstede, innenfor dagens økonomiske rammer. Det er likeledes gitt tilbakemelding om at implementering av ny spesialistutdanning, legger beslag på mange ressurser, og dette vanskeliggjør en økning av LIS1-stillinger på nåværende tidspunkt.

### Supervisjon og veiledning av LIS1

Hvor mye personellressurser som brukes på supervisjon og veiledning per LIS1 i helseforetakene, er ikke konkretisert av alle fire RHFene. Helse Nord RHF melder at dagens kapasitet til å ta imot og gi nødvendig veiledning og supervisjon til LIS1 er god. De vil også kunne håndtere en økning av LIS1 på en god måte.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer at de har tilstrekkelig kapasitet til veiledning selv om noen helseforetak må benytte veilederkapasitet på tvers av lokalisasjoner. Riksrevisjonens tall, som Helse Sør-Øst RHF baserer seg på, anslår at 2-3 % av overlegetiden i sykehus (poliklinikk) benyttes til supervisjon og veiledning. Kapasiteten til å gi supervisjon og veiledning må, ifølge Helse Sør-Øst RHF, ses opp mot og avstemmes med annen aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet. Det angis lite rom for økning innenfor dagens kapasitet. Dette er i hovedsak et ressurspørsmål.

Helse Midt-Norge RHF rapporterer at kapasiteten til å gi veiledning er en av de største utfordringene per i dag. LIS1 beslaglegger en noe større andel av supervisjons- og veiledningskapasiteten enn LIS2/3. Det vil ta tid før kapasiteten kan økes tilstrekkelig til å håndtere en økning i antall LIS1.

For Helse Vest RHF er kapasitet en utfordring. De melder at det må arbeides med å sikre god kvalitet på eksisterende LIS1-utdanning før det vil være aktuelt å øke antall LIS1.

<sup>12</sup> Helse Sør-Øst RHF melder at det er 586 LIS1-stillinger i foretaksgruppen. Tallet er hentet fra deres lønns- og personalsystemer. Dette antallet avviker fra antall utlyste stillinger i stillingsportalen for LIS1 jf. vedlegg 18. Det er vanskelig å forklare forskjellen. I tabellen 2 er tall for utlyste og ikke utlyste stillinger benyttet.

### Kostnader for helseforetakene

Både Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har oppgitt en total kostnad pr LIS1 til 1,5 mill. kroner pr år. Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har oppgitt gjennomsnittlige lønnskostnader for LIS1 eks. sosiale utgifter. Disse ligger på mellom 50 000 og 100 000 kroner over tariff lønnen og inkluderer blant annet tillegg for vakt og utvidet arbeidstid.

Tabell 3. Gjennomsnittlige lønnsutgifter eks. sosiale utgifter og totale kostnader pr LIS1-stilling i helseforetakene.

| Spesifikasjon                    | Helse Nord RHF | Helse Midt-Norge RHF | Helse Vest RHF | Helse Sør-Øst RHF |
|----------------------------------|----------------|----------------------|----------------|-------------------|
| Gjennomsnittslønn eks. sos. utg. |                | 606 971              | 650 000        | 622 000           |
| Totale kostnader pr LIS1 pr år   | 1 500 000      |                      | 1 500 000      |                   |

Helse Sør-Øst RHF rapporterer en merkostnad for veiledning på ca. 40 000 kroner per LIS1. Oslo Universitetssykehus har imidlertid et høyere estimat på 166 000 NOK per LIS1 til veiledning.

Ingen av RHFene ønsket innenfor rammene av oppdraget å estimere "inntekter", eller i hvilken grad LIS1 bidrar til refusjoner/DRG-poeng. Helse Midt-Norge RHF svarer at dette er vanskelig å estimere, da den enkelte LIS1 er en ansatt som bidrar til produktiviteten i helseforetaket samtidig som vedkommende krever veiledning, supervisjon og læringsaktiviteter. Helse Vest RHF beskriver at LIS1 bidrar med 50% verdiskapning mens 50% er læring.

### 3.2 Kartlegging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helsedirektoratet mottok svar fra alle fylkesmannsembetene. På spørsmålet om nåværende antall stillinger for LIS1, ble det innrapportert til sammen 492 stillinger for LIS1 i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, altså et høyere antall enn de etablerte 475 stillingene.

#### Nåværende behov for LIS1

Spørsmålet om hvorvidt antall LIS1 tilsvarer dagens behov, ble besvart av 12 av 16 fylkesmenn. Fem fylkesmenn vurderte at behovet for LIS1 er større enn det antallet de har per i dag. Blant annet melder Fylkesmannen i Vestfold, Rogaland og Møre og Romsdal om at dagens antall LIS1-stillinger er for lavt i forhold til behovet.

Tilbakemeldingene viser at det kan være ulikt behov i små og store kommuner. Blant annet melder Fylkesmannen i Trøndelag, Troms og Finnmark at små kommuner har behov for flere LIS1 enn dagens antall, blant annet for å sikre legedekning og rekruttering, mens flere større kommuner melder at LIS1 trekker mye ressurser, og at de ikke ønsker flere LIS1, blant annet av økonomiske hensyn.

Det meldes også som et generelt problem at tilgangen til LIS1 kan være svært uforutsigbar, da det varierer hvor mange LIS1 som går videre til kommunehelsetjenesten direkte etter sykehusetjenesten. Mange kommuner opplever å stå uten LIS1, blant annet grunnet avvikling av permisjoner og oppsigelse av stillingen, og må utlyse stillingen som restplass. Mange kommuner melder et økt behov for fastleger, men ikke for LIS1.

## **Framtidig behov for LIS1**

Helsedirektoratet fikk svar fra 14 av 16 fylkesmenn på spørsmålet om det framtidige behovet for LIS1 i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fylkesmennene melder om at det vil være et økt behov for antall LIS1. Flere oppgir imidlertid at ressurser til veiledning og/eller kontorplass kan være en utfordring i forhold til å øke kapasiteten.

I kartleggingen kom det også fram at flesteparten av fylkesmennene melder om behov for flere spesialister i allmennmedisin i kommunehelsetjenesten. Noen steder kan det bli en avveining mellom å bruke ressurser på LIS1 eller fastleger. I møtet den 12. november 2018 ble det også uttrykt at det i mange kommuner er større ønske og behov for å ansette flere fastleger enn LIS1, men at LIS1 kan være en mulig kanal for rekruttering.

## **Supervisjon og veiledning av LIS1**

De fleste fylkesmennene melder at kommunene stort sett har tilstrekkelig kapasitet til det antall LIS1 de har per i dag. Noen kommuner sliter imidlertid med å oppfylle kravene til tilstrekkelig veiledning, mens for eksempel Troms har betydelig ubrukt kapasitet på veiledere i de store og mellomstore kommunene. Når det gjelder framtidig kapasitet til veiledning og supervisjon, er det ofte manglende kontorplass og veilederkapasitet som er begrunnelsen for at kommunene ikke kan ta imot flere LIS1. Også økonomi nevnes som en begrensende faktor. Flere kommuner melder at det er mer ressurskrevende å ha LIS1 enn det har vært å ha turnusleger.

12 av 16 fylkesmenn svarte på spørsmålet om hvor mye personellressurser som benyttes til supervisjon og veiledning av LIS1 i kommunene. Tilbakemeldingene er at det varierer fra 30 minutter til 13 timer per uke per LIS1. Det varierer imidlertid hva kommunene tar med i denne beregningen. Noen tar kun med tid til veiledning mens andre inkluderer både supervisjon og trygghetsvakt i legevakt. Ut i fra tilbakemeldingene fra fylkesmennene gir de fleste kommuner den enkelte LIS1 3-4 timer med veiledning og supervisjon per uke. Veileder får i henhold til avtaleverket betalt for 3 timer per uke til supervisjon og veiledning.

## **Kostnader for kommunene**

11 av 16 fylkesmenn svarte på spørsmålet om hva en LIS1-stilling koster for kommunene i deres fylke. Av kostnader er det oppgitt lønnsutgifter, kontorutgifter, utgifter til supervisjon og veiledning, og i noen tilfeller bolig for LIS1. I enkelte kommuner er LIS1 ansatt ved kommunalt legekantor. I andre kommuner inngår kommunene avtale med privatpraktiserende fastleger. Det er store variasjoner i hva fylkesmennene oppgir som kostnader for LIS1. Laveste sum er NOK 200 000 og høyeste sum er NOK 1,4 mill.

Fylkesmannen i Trøndelag anslår utgifter pr LIS til mellom 726 000 og 793 000 kroner pr halvår og inntekter pr LIS på mellom 332 000 og 372 000 kroner pr halvår. Fylkesmannen i Møre og Romsdal rapporterer om kommunale inntekter på mellom 225 000 og 345 000 kroner i egenandeler i 2017 for en kommune, og inntekt på mellom 500 000 og 558 000 kroner for en annen kommune. En kommune har svart at de sparer ca. 300 000 kroner i lønn til annen lege når LIS1 tar tilsyn på sykehjem og andre kommunale oppgaver.

### 3.3 Legeforeningens vurdering av behovet for LIS1

Legeforeningen har i forbindelse med oppdraget beregnet behovet for LIS1-stillinger, se vedlegg 13.

Legeforeningen har tatt utgangspunkt i forventet årlig behov for nye spesialister i sin vurdering av antall LIS1-stillinger og estimerer behovet for leger på følgende måte:

Tabell 4 Estimert behov for LIS1-stillinger

| Spesifisering                                                   | Antall        |
|-----------------------------------------------------------------|---------------|
| Inndekning av forventet årlig avgang (spesialisthelsetjenesten) | >370          |
|                                                                 |               |
| Inndekning av forventet årlig avgang (allmennmedisin)           | >130          |
| Årlig vekstbehov i spesialisthelsetjenesten                     | 600           |
| Årlig vekstbehov i kommunehelsetjenesten                        | minst 500     |
| Overgang til ikke klinisk virksomhet eller andre yrker          | ?             |
| <b>Årlig behov for spesialister</b>                             | <b>1 600+</b> |

I tabell 5 har Legeforeningen framskrevet behovet for LIS1-stillinger ut i fra dagens behov (1300 nye spesialister per år), og dersom Norge skulle være selvforsynt med spesialister (1500 nye spesialister per år).

Tabell 5 Estimert udekket behov for LIS1-stillinger

| Spesialistgodkjenninger pr år | LIS1-stillinger per år | Udekket behov pr år |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| 1300                          | 950                    | 350                 |
| 1500                          | 950                    | 550                 |

Ifølge Legeforeningens beregninger må antallet LIS1-stillinger økes med minst 200, fra 950 til 1150, for å sikre riktig kapasitet og god kvalitet i helsetjenesten. Legeforeningens utgangspunkt er at Norge bør tilstrebe å være tilnærmet selvforsynt med spesialister.

#### Merknad fra Helsedirektoratet til Legeforeningens behovsvurdering:

I vedlegg 5 ligger Helsedirektoratets beregninger av antall nye spesialister og antall nye spesialistgodkjenninger i perioden 2014 til 2017. Merk at antall spesialistgodkjenninger ikke kan likestilles med årlig behov for spesialister og at antall spesialistgodkjenninger i 2017 er betydelig høyere enn foregående år fordi Helsedirektoratet iverksatte et ekstraordinært restanseprosjekt.

# 4 Dimensjonering av LIS1-stillinger

Nedenfor omtales kort Helsedirektoratets tidligere kartlegging av behovet for turnusstillinger og tidligere framskrivninger av behovet for leger. I det etterfølgende beregnes behovet for LIS1 gitt en fortsatt årsverksvekst som i perioden 2013-2017 med to alternativer. I det ene alternativet beregnes behovet forutsatt samme rekruttering av utenlandske spesialister som til nå. I det andre alternativet beregnes behovet dersom alle spesialister utdannes i Norge. Likeledes beregnes behovet ved høy og lav avgang fra yrket.

I Helsedirektoratets kartlegging og vurdering av antall turnusstillinger i 2014 (vedlegg 9), var konklusjonen at gjeldende antall på 950 turnustillinger pr år, var tilstrekkelig til å dekke etterspørselen for leger fram mot 2035. I kartleggingen gikk Helsedirektoratet ut fra at antall turnusstillinger følger direkte av behovet for leger i helsetjenesten, og at alle nyutdannede leger gjennomfører turnus før spesialistutdanning. Helsedirektoratet tok utgangspunkt i referansealternativet i Statistisk sentralbyrås (SSBs) framskrivningsmodell HELSMOD fra 2012, som framskriver behovet ut fra data fra 2010. Tallet ble justert i henhold til antall konverterte spesialistgodkjenninger. Nettobehovet for leger og turnusstillinger ble beregnet til 668 per år. Se vedlegg 10.

Kartleggingen av tjenestenes behov høsten 2018 viser at det er regionale og lokale forskjeller i oppgitt behov for LIS1 og for spesialister. Disse ulikhetene kommer trolig til å vedvare. Små sykehus har andre utfordringer enn store universitetssykehus. Det er likeledes en generell bekymring fra fastlegene om økning i arbeidsmengden som ikke står i forhold til antall stillinger<sup>13</sup>.

Utviklingen i legestillinger må ses i sammenheng med blant annet den samfunnsmessige utviklingen, medisinsk og teknologisk utvikling, endring av arbeidsoppgaver, politiske føringer og prioriteringer samt forhold som krever tilpassing av antall LIS1, herunder endringer i regelverk.

Statistikken over søkere til LIS1-stillingene viser som beskrevet et stort antall leger tilgjengelig for spesialisering i Norge. Det reiser seg da et prinsipielt spørsmål om flaskehalsen for videre spesialistutdanning skal være før eller etter LIS1. Begge modeller har sine fordeler og ulemper.

## 4.1 Ulike vekstalternativer

Tidligere framskrivninger viser en nokså stor variasjon i framskrevet behov for leger. Referansealternativet i SSBs Helsemod 2012 framskriver et behov for i underkant av 11 500 legeårsværk fram mot 2035, tilsvarende et behov på omtrent 460 årsværk årlig, dersom vi deler veksten likt på hvert av årene fra 2010 til 2035 (vedlegg 10). Å ta utgangspunkt i at den årlige veksten er lik hvert år i perioden, er imidlertid en forenkling. For høyalternativet framskrives behovet til å være 16 000 årsværk fram mot 2035, eller omtrent 640 årsværk årlig. Forskjellene i behovet skiller seg først i vesentlig grad i perioden 2020-2025. En ny Helsemod-framskrivning vil først være ferdig i mars 2019, så mer oppdaterte estimer har ikke vært tilgjengelig under vårt arbeid.

---

<sup>13</sup> Helsedirektoratet 2017. Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten - Rapport 2017 IS-2679

Scenarioanalysen HELSE-NORGE 2040<sup>14</sup> fra *Samfunnsøkonomisk analyse* (2018) beskriver fire ulike scenarier, der økt behov for leger er framskrevet til å være mellom 6 000 og 34 000 i 2040 avhengig av hvilket scenario som følges. Dette tilsvarer en vekst på mellom 250 og 1 417 leger per år. Se vedlegg 14. Scenarioanalysen viser også at framskrivingene begynner å skille seg fra hverandre allerede i 2018-2020, grunnet den store variasjonen i framskrevet årlig behov på over 1 150 leger mellom de ulike alternativene. I Helsemod 2012 varierte behovene med litt over 300 leger årlig.

Av tabell 6 framgår ulike vekstalternativer basert på fortsatt vekst i årsverk som i perioden 2013-2017, samt framskrivningene av legestillinger i Helsemod og HELSE-NORGE 2040. Som det framgår av tabellen ligger veksten i årsverk i perioden 2013-2017 på 670 per år (vedlegg 2, 14, 15 og 16) hvilket er høyere enn høyalternativets framskrivninger av legestillinger i Helsemod 2012. Siden de aller fleste leger arbeider fulltid eller mer, er det rimelig at anta at utviklingen i antall årsverk omtrent tilsvarer antall leger.

Tabell 6. Beskrivelse av ulike vekstalternativer. For fortsatt vekst som 2013-2017 og Helsemod telles årsverk, mens det i Helse-Norge 2040 telles personer.

|                                                         | Nettovekst totalt (ca.) | Avgang | Bruttobehov per år** |
|---------------------------------------------------------|-------------------------|--------|----------------------|
| <b>Fortsatt vekst tilsvarende gj.snitt i 2013-17*</b>   | 670                     | 500    | 1 170                |
| <b>Helsemod – demografialternativet***</b>              | 325                     | 500    | 825                  |
| <b>Helsemod - samhandlingsreformalternativet***</b>     | 430                     | 500    | 930                  |
| <b>Helsemod – referansealternativet***</b>              | 460                     | 500    | 960                  |
| <b>Helsemod – høyalternativet***</b>                    | 640                     | 500    | 1 140                |
| <b>Helse-Norge 2040 – effektivitetssamfunnet****</b>    | 250                     | 500    | 750                  |
| <b>Helse-Norge 2040 - livsstil på eget ansvar****</b>   | 670                     | 500    | 1 170                |
| <b>Helse-Norge 2040 - konkurransedyktig velferd****</b> | 1 000                   | 500    | 1 500                |
| <b>Helse-Norge 2040 - trygghet framfor alt****</b>      | 1 420                   | 500    | 1 920                |

\*2015 ekskludert for spesialisthelsetjenesten pga. endring av datainnhenting. Oppgitt i årsverk

\*\* Gitt den innlagte årlige avgangen på 500 personer/årsverk.

\*\*\* Oppgitt i årsverk

\*\*\*\*Oppgitt i antall leger

## 4.2 Forenklet modell for beregning av LIS1-stillinger

Med utgangspunkt i tilgjengelig statistikk over utviklingen i legestillinger vil vi i det følgende belyse ulike forhold som kan danne grunnlag for vurdering av framtidig dimensjonering av stillinger for LIS1. Likeledes presenteres en forenklet modell for beregning av behovet for LIS1-stillinger. Det legges inn en forutsetning om at årlig behov for spesialister tilsvarer årlig behov for LIS1-stillinger. Dette er naturligvis en forenkling.

<sup>14</sup> <http://www.samfunnsokonomisk-analyse.no/rapporter/2018/1/29/r1-2018-helse-norge-2040-hvordan-vil-framtiden-bli>

## Pensjonsavgang

Pensjonsavgang utgjør hovedparten av avgangen fra yrket. Beregningen av antall leger som pensjoneres hvert år gjøres ut fra en pensjonsalder på 67 år. Erfaringer tilsier at pensjonsalder for leger gjennomsnittlig er høyere enn 67 år. Derfor vil trolig behovet for å dekke opp pensjonsavgang være lavere enn estimert her.

Tidligere beregninger har anslått en årlig pensjonsavgang for leger på ca. 500 til 560 pr år<sup>15</sup>. Framtidig pensjonsavgang sett ut til å være lavere enn tidligere avgang<sup>16</sup>. Helsedirektoratet har også beregnet forventet pensjonsavgang for den gruppen av leger som per 1. oktober 2018 er ansatt som fastleger eller sykehusleger. For disse stillingstypene vil det være en årlig pensjonsavgang på rundt 300 leger pr år de neste åtte årene (vedlegg 17). Siden det vil være leger innen andre deler av den offentlige helsetjenesten som ikke er inkludert i denne statistikken, vil det være rimelig å anta at pensjonsavgangen vil være noe høyere enn 300 leger, men at den sannsynligvis er litt lavere enn den forventede pensjonsavgangen for leger. I vår beregning har vi valgt å presentere utregninger med avgang på alternativt 350 og 500 leger per år.

Tall fra SSB<sup>17</sup> viser at et betydelig antall leger, omtrent 14%, arbeider utenfor det offentlige helsevesen. Antall leger i arbeidsstyrken i Norge fra 2011 til 2017 ligger et godt stykke over antall årsverk i spesialist- og kommunehelsetjenesten, men sier ikke noe om hvor disse legene arbeider (vedlegg 3). Dersom alle leger i arbeidsstyrken tas hensyn til, vil det måtte legges høy pensjonsavgang til grunn. Dette skyldes at mange av disse legene gjennomfører spesialistutdanning og dermed også må gjennomføre LIS1.

## Konverterte spesialister fra utlandet

Antall konverterte spesialistgodkjenninger har gjennomsnittlig vært på 250 per år de siste 4 årene. At en lege har fått konvertert spesialistgodkjenningen sin i Norge, betyr ikke nødvendigvis at legen faktisk arbeider i Norge.

Ved kobling av spesialistgodkjenninger mot Legestillingsregisteret og Fastlegeregisteret viser det seg at gjennomsnittlig 50 nye leger med konvertert spesialistutdanning ansettes i den offentlige helsetjenesten hvert år. Likeledes viser det seg at det i perioden 2014-2017 gjennomsnittlig har vært 135 leger som har påbegynt spesialiseringen uten turnus/LIS1. Antallet har imidlertid gått betydelig ned fra 214 i 2014 til 74 i 2017 (vedlegg 4). Dette viser at arbeidsgivere i økende grad kun ansetter leger med gjennomført turnus/LIS1.

## Vekst i legeårsverk

Helsedirektoratets beregning av behovet for LIS1 tar utgangspunkt i en fortsatt utvikling i legeårsverk som i perioden 2013-2017. Dette innebærer en forenkling der vi antar at det faktiske tilbudet i perioden tilsvare etterspørselen. Veksten i årsverk inkluderer ikke stillinger for LIS1.

Årsverksveksten i 2015 for spesialisthelsetjenesten er utelatt i beregningen grunnet usikkerhet knyttet til dette antallet som lå betydelig høyere enn tidligere år. Fra og med 2015 bygger SSBs sysselsettingsstatistikk på nye datakilder (a-ordningen). Dette innebærer at statistikken er mer presis enn tidligere, men at veksten i 2015 er kunstig høy, og at tallene før og etter omleggingen ikke blir helt sammenlignbare. Vi har imidlertid valgt å ta med tallet for 2014 med i beregningen. I praksis gjenspeiler dette seg i at det i 2015 ble registrert en stor økning i årsverk for leger i spesialisthelsetjenesten. Det må

---

<sup>15</sup> Rapport IS-1652 Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene

<sup>16</sup> Tall fra Legeforeningens medlemsregister

<sup>17</sup> Kilde: SSB tabell 9013.

derfor tas forbehold for at veksten reelt sett har vært høyere enn de 670 leger per år. Den prosentvise økningen i legeårsverk var imidlertid relativt konstant i perioden 2013-2017 når man ser bort fra 2015 (Tabell 7). I tabell 7 gjøres en forenklet antagelse om at antall årsverk tilsvarer antallet av leger som arbeider i tjenestene.

Tabell 7 Dimensjonering av behov for spesialister ved høy og lav avgang fra yrket.

| Spesifisering                                                                                                    | Høy avgang fra yrket (500 per år) | Lav avgang fra yrket (350 per år) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Netto vekst i årsverk, gjennomsnitt 2013-2017 (2015 utelatt for spesialisthelsetjenesten)</b>                 | 670                               | 670                               |
| <b>Avgang, inklusiv pensjon*</b>                                                                                 | 500                               | 350                               |
| <b>Årlig bruttobehov for leger (både legespesialister og LIS2/LIS3)</b>                                          | 1170                              | 1020                              |
| <b>Konverterte spesialister fra andre land med arbeid i Norge</b>                                                | 50                                | 50                                |
| <b>Behov for leger i spesialistutdanning i Norge<br/>– ved samme tilgang av utenlandske spesialister som før</b> | 1120                              | 970                               |
| <b>Leger som må gjennomføre LIS1 fra 1. mars 2019<br/>– ved samme tilgang av spesialister som før**</b>          | <b>1190</b>                       | <b>1040</b>                       |
| <b>Leger som må gjennomføre LIS1 fra 1. mars 2019<br/>– ved utdanning av alle spesialister i Norge ***</b>       | <b>1240</b>                       | <b>1090</b>                       |
| <b>Legeforeningens utregning</b>                                                                                 | <b>1500</b>                       |                                   |

\* Kilde: Legeforeningen og Rapport IS-1652 Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene

\*\* I alt 70 leger gikk i 2017 direkte inn i spesialisering uten turnus. Dette tallet er lagt til behovet for leger i spesialistutdanning

\*\*\*Antall konverterte spesialister som jobber i Norge, 50 nye per år er lagt til her.

I 2017 var veksten legeårsverk i kommunehelsetjenesten betydelig høyere enn tidligere år, ca. 240 årsverk mot omtrent 100 årsverk lavere de forutgående årene. Veksten i spesialisthelsetjenesten lå også på ca. 100 årsverk høyere enn forutgående år. Gitt samme vekst som i 2017 vil tilsvarende tall for behov for leger være omtrent 180 høyere enn tallene i tabell 7 og vil ved fortsatt samme tilgang av utenlandske spesialister tilsi et behov på mellom 1220 og 1370 LIS1.

### 4.3 Forhold som taler for flere LIS1-stillinger

Det er flere forhold som taler for å dimensjonere antallet av LIS1 stillinger høyt, herunder udekket behov for legespesialister i sykehus og kommuner og nedgang i tilgang av utenlandske spesialister.

Dimensjoneringen av LIS1-stillinger og gjennomføringen av LIS1 må bidra til å sikre en tilstrekkelig tilgang av fastleger og allmennleger i kommunehelsetjenesten i tråd med oppgaveoverføringen som har skjedd de seneste årene. Dette blir spesielt viktig etter at overgangsordningen for autoriserte EU/EØS-utdannede leger opphører 1. mars 2019.

I tillegg vil det, spesielt blant yngre leger, være en viss andel som forlater en klinisk stilling for blant annet gjennomføring av PhD. Foreldrepermisjoner blant yngre leger medfører også behov for å ha et tilstrekkelig antall leger som har gjennomført LIS1, og som er kvalifisert til å tre inn i vikariater for LIS2/LIS3.

Statistikken fra søknads- og ansettelsesrundene for LIS1, viser at det er et høyt antall søkere til LIS1-stillingene og dermed god tilgang av leger som kan tre inn i spesialiseringens første del. Det var våren 2018 i alt 1278 søkere til 454 LIS1-stillinger (vedlegg 6). Av de 1278 søkerne var det 381 søkere med norsk utdanning, 647 søkere med utdanning fra andre EU/EØS-land og 250 søkere med utdanning fra land utenfor EU/EØS. 534 av de 647 søkerne med utdanning fra andre EU/EØS-land var leger med utdanning fra land med integrert praksis, som i henhold til gjeldende regelverk fram til 1. mars 2019 ikke har vært møtt med krav til turnus eller LIS1 for å kunne tiltre stilling som LIS<sup>18</sup>.

Forhold som taler for å estimere behovet for LIS1-stillinger høyere enn dagens antall vil hovedsakelig være:

- en fortsatt vekst lik eller høyere enn veksten frem til nå jf. veksten i årsverk i 2017
- dekke behovet for leger til fastlegeordningen
- dekke behovet og sikre tilstrekkelig tilgang av leger til stillinger for LIS2/LIS3
- usikkerhet knyttet til framtidig avgang fra yrket

### **Utløp av overgangsordninger**

Ved utløp av overgangsordningen for EU/EØS-utdannede leger 1. mars 2019 vil det bli krav til LIS1 for alle nyutdannede leger. I perioden 2014 til 2017 var det gjennomsnittlig 135 leger per år som tiltrådte spesialiseringsstillinger uten turnus, men med jevn nedgang fra 214 i 2014 til 74 i 2017. En lavere tilgang av EU/EØS-utdannede leger inn i LIS2/LIS3 fra 1. mars 2019 medfører behov for en tilsvarende økning av antall LIS1-stillinger.

### **Styrke fastlegeordningen**

I Helsedirektoratets kartlegging gis en samlet tilbakemelding fra tjenesten om behov for å styrke fastlegeordningen. Det er et udekket behov for fastleger både lokalt og nasjonalt. Dette vil kunne forsterke seg med innstrammingene i regelverket fra 1. mars 2019, og vil spesielt gjelde leger med autorisasjon på bakgrunn av utdanning i andre skandinaviske land som frem til 1. mars 2019 kan tiltre stillinger som allmennlege med rett til trygderefusjon uten krav til turnus/LIS1.

### **Udekket behov for leger i KS sin arbeidsgivermonitor og NAVs bedriftsundersøkelse**

I KS sin arbeidsgivermonitor for 2017 svarte omtrent halvparten av kommunene. Litt over halvparten av kommunene som svarte, oppgir at det er utfordrende eller meget utfordrende å rekruttere leger (vedlegg 7). NAVs bedriftsundersøkelse viser at det er et udekket behov for leger, både allmennpraktiserende leger og spesialister i sykehus; for 2018 vurdert til 200 allmennleger og 500 legespesialister (vedlegg 8). Tallene fra bedriftsundersøkelsen må imidlertid tolkes med en viss forsiktighet grunnet store konfidensintervaller og dermed usikkerhet knyttet til det reelle behovet. Skal det dekkes opp for dette udekkede behovet vil et tilsvarende antall leger måtte gjennomføre LIS1.

---

<sup>18</sup> Helsedirektoratet 2018. LIS1-rapporten våren 2018

## **Nedgang i antall utenlandske spesialister**

De siste årene er antall konverterte spesialistgodkjenninger redusert, og antallet er nå omtrent 100 lavere enn det var i Helsedirektoratets utredning fra 2014 (2010-tall). Som tidligere angitt er ca. 50 av de 250 legene som konverterer en spesialistgodkjenning hvert år i fast arbeid som fastlege eller sykehuslege. Dette tallet er relativt stabilt. Framtidig rekruttering av utenlandsk helsepersonell er en usikker variabel når det kommer til planlegging av rett dimensjonering av behovet for spesialister og stillinger for LIS1. Dette taler for å dimensjonere LIS1-stillingene høyere enn i dag.

## **Samfunnsmessige endringer, teknologisk utvikling, og normalisering av arbeidstid, spesielt for fastleger**

Endring av befolkningssammensetning med et økende antall eldre, den teknologiske utviklingen der mer avansert medisinsk behandling kan tilbys samt behov for normalisering av arbeidstiden, spesielt for fastleger, er alle momenter som vil kunne påvirke behovet for flere stillinger for leger i spesialisering og dermed også flere stillinger for LIS1. Gitt referansealternativet i Helsemod 2012 vil en normalisering av arbeidstiden for leger føre til en underdekning på over 4 500 årsverk i 2035 mens det gitt høyalternativet vil føre til en underdekning på 6 000 årsverk i 2035. Normalisering av arbeidstiden for leger vil ved referansealternativet tilsvare en økning på omtrent 190 årsverk per år, mens det ved høyalternativet vil tilsvare en økning på omtrent 250 årsverk per år.

## **Økt behov for allmennleger i spesialisering**

Behovet for allmennleger i spesialisering som nylig er kartlagt (Trepertssamarbeidet)<sup>19</sup> viser et framskrevet behov for allmennleger i spesialisering på mellom 380 og 626 ALIS per år (tabell 1). Disse tallene omfatter allmennlegene som per dags dato ikke er i spesialisering, og som skal spesialisere seg, samtidig som det tas høyde for en høy turnover i fastlegeordningen. Tallene kan med andre ord ikke sammenliknes direkte med nettovekst i antall legestillinger, men illustrerer at det må tas hensyn til et høyere behov ved dimensjonering av antall stillinger for LIS1.

En høy turnover tilsier at det må være et høyere antall leger som har gjennomført LIS1 og som kan tiltre stilling som ALIS/LIS3 i allmennmedisin enn det er i dag. Som nevnt i 2.2. medfører kravet til spesialisering at flere leger utdannet i land utenfor EU/EØS nå må gjennomføre LIS1 for å kunne arbeide i blant annet sykehjem/KAD. Dette fører til et økt press på LIS1-stillingene for denne gruppen av leger samt et økt behov for LIS1.

## **Pasientsikkerhet - Tilgang på mer kvalifiserte leger**

Andre forhold som taler for et høyere antall LIS1-stillinger, er bedre tilgang på kvalifiserte leger. Det er et raskt økende marked for legetjenester utenfor den offentlige helsetjenesten. Autoriserte leger utdannet utenfor Norge kan gå inn i disse tjenestene uten kjennskap til det norske helsesystemet og den norske helsetjenesten, hvis de ikke får en LIS1-stilling. Hvis man derimot slipper flere gjennom LIS1-løpet og lar flaskehalsen bli før videre spesialisering i LIS2/LIS3-stillinger vil de legene som betjener det private markedet og eventuelle vikariater for LIS2/LIS3, ha den grunnkunnskapen vi ønsker at alle leger skal ha. Arbeidsgivere vil også kunne få flere kvalifisert søkere til LIS2/LIS3-stillinger. Det vil være en fordel både av hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet, men også for framtidig tilgang på spesialister, at flest mulig leger i helsetjenesten har gjennomført LIS1.

---

<sup>19</sup> Upubliserte data. Helsedirektoratet

#### **4.4 Forhold som taler imot flere LIS1-stillinger**

Selv om det vil være behov for å styrke fastlegeordningen og rekrutteringen til denne, vil det også være forhold som kan tale for et lavere antall stillinger for LIS1. Helse Vest, Helse Midt og Helse Sør-Øst oppgir til Helsedirektoratet at de har et tilstrekkelig antall leger ved helseforetakene. De har også store og krevende oppgaver med innføringen av ny spesialistutdanning. Dette arbeidet er svært ressurskrevende for tjenestene, og kan få store negative konsekvenser hvis implementeringen ikke lykkes.

Ved et regulert og begrenset antall LIS1-stillinger er det større mulighet for myndighetene til å regulere veksten i legestillinger gjennom antall stillinger for LIS1. LIS2 og LIS3 stillingene er ikke regulert nasjonalt, men vurderes og fastsettes primært regionalt og lokalt.

Veksten som har vært i spesialisthelsetjenesten de seneste årene, har kunnet skje fordi det har vært tilgjengelige leger i arbeidsmarkedet og økonomisk mulighet for rekruttering. Spørsmålet er om en fortsatt vekst i samme tempo vil være bærekraftig over tid. Ved et ønske om lavere vekst i legestillinger enn tidligere, vil et lavere antall LIS1 kunne bidra til lavere vekst i legestillinger. Det vil imidlertid ikke føre til at flere leger velger å bli fastleger fremfor sykehusleger. Ulempen ved en streng regulering av antallet LIS1-stillinger, er at det kan oppstå kapasitetsutfordringer ved økt behov for LIS2/LIS3 og spesialister.

Utgiftene knyttet til LIS1-stillingene, både for stat, helseforetak og kommuner er betydelige, og vil i seg selv være en begrensende faktor for en større økning og en viktig grunn til å begrense antall LIS1-stillinger.

# 5 Tiltak for økt kapasitet og gjennomstrømming

I det følgende vil vi redegjøre for hvilke tiltak som kan være relevante med henblikk på å øke kapasitet og/eller gjennomstrømming i LIS1-stillinger. Flere av tiltakene kan være relevante å kombinere for å oppnå en tilstrekkelig økning i antall LIS1-stillinger. I vurderingen av relevante tiltak tar Helsedirektoratet utgangspunkt i spesialistforskriftens rammer for ny spesialistutdanning.

Gjennom innføring av ny spesialistutdanning er det iverksatt en stor kvalitetsreform innen legenes spesialistutdanning, med forventning om spesialister med bedre kompetanse i årene fremover. Arbeidet med implementering av denne nye spesialistutdanningen er ressurskrevende for tjenestene. Større endringer i denne etableringsfasen vil kunne få negative konsekvenser for implementeringen av ny spesialistutdanning, som igjen kan få konsekvenser for den enkelte LIS.

Samtidig som det nye regelverket skal bidra til å sikre en ensartet og harmonisert spesialistutdanning av høy kvalitet, er det nødvendig også å se på tiltak utenfor rammene av ny spesialistutdanning. Det finnes flere alternative måter å øke kapasitet og/eller gjennomstrømming på. Noen av tiltakene er også foreslått av aktørene og diskutert på møtet den 12. november 2018. Vi har valgt å kategorisere tiltakene selv om flere av disse er overlappende.

## **Følgende tiltak kan være relevante:**

### **Måter å øke kapasitet:**

1. Direkte økning av stillinger for LIS1
2. Bedre utnyttelse av ledige legestillinger og restplasser for LIS1
3. Ta i bruk flere læringsarenaer for LIS1
4. Fleksibel bruk av stillinger for LIS1 - øke antall LIS1 etter behovet
5. Alle ledige legestillinger som ikke er stillinger for LIS2/LIS3 eller spesialist utlyses som stilling for LIS1
6. Oppnå læringsmålene for LIS1 i andre typer stillinger enn LIS1-stillinger

### **Måter å øke gjennomstrømming:**

1. Kortere LIS1-løp
2. Innlemme LIS1 i spesialistløpet og avvikle egen søknadsprosess for del 1
3. Opprette "øremerkede" utdanningsstillinger i allmennmedisin (ALIS)
4. Gjøre muligheten for å tre inn i LIS2/LIS3-stillinger mer lempelig enn den forskriftsfestede ordningen
5. Leger med lang erfaring kan gjennomføre LIS1 i kommune før LIS1 i sykehus (unntak fra rekkefølgekravet)
6. Gi autoriserte leger adgang til å arbeide som allmennlege med rett til trygderefusjon i inntil 1 år

Der det er direkte behov vil man kunne øke antall stillinger for LIS1. Imidlertid vil en økning også kreve at man benytter ledige legestillinger til å opprette flere stillinger for LIS1. Restplasssystemet for LIS1 kan også utnyttes bedre. Skal alle mulighetene i tjenestene benyttes, krever dette blant annet at et bredere spekter av læringsarenaer tas i bruk, og at stillingene trappes opp etter en plan og med styring fra myndighetenes side. Økning av stillinger for LIS1 vil kunne bidra til en lavere vekst av stillinger for LIS2/LIS3 og vil ikke utelukkende komme på toppen av de etablerte stillingene.

## **5.1 Måter å øke kapasitet**

I det følgende redegjøres for mulige måter å øke kapasiteten for LIS1-stillinger. Innledningsvis nevnes direkte økning av stillinger for LIS1 selv om dette i utgangspunktet kun er en økning av kapasiteten. For hvert forslag beskrives avslutningsvis de mest relevante konsekvensene for regelverk og administrering av LIS1-ordningen der dette er relevant. De økonomiske og administrative konsekvensene for Helsedirektoratets anbefalinger ivaretas i kapittel 7.

### **1) Direkte økning av stillinger for LIS1**

En direkte økning av LIS1-stillinger innenfor de samme overordnede rammene som nå vil kunne bidra til å sikre en tilstrekkelig tilgang av leger til stillinger i LIS2/LIS3 og dermed også fremtidige spesialister. En slik økning vil kreve pålegg om opprettelse av stillinger.

#### **Muligheter for økning av LIS1-stillinger i kartleggingen**

Flere helseforetak og kommuner melder i Helsedirektoratets kartlegging om mulighet for å øke antall stillinger for LIS1, om enn i et begrenset omfang, og gitt at det følger midler med denne økningen. Både helseforetak og kommuner i Troms og Finnmark melder om et økt behov for LIS1 og mener at en økning på inntil 30-40 stillinger vil være mulig innenfor en overskuelig tidsramme.

I kartleggingen rapporterte Fylkesmennene at det er etablert 492 kommuneplasser for LIS1. Samtidig har Helsedirektoratet kun utbetalt tilskudd til 475 kommuneplasser. Det ser således ut til å være opprettet flere stillinger enn det benyttes. Likeledes kom det fram i kartleggingen at det kun er opprettet 940 stillinger pr år i spesialisthelsetjenesten, ikke 950 som antatt. Disse 10 plassene for LIS1 ved helseforetakene må benyttes med nokså umiddelbar virkning. Helsedirektoratet har tidligere etterspurt hvorfor det ikke lyses ut mer enn 450 til 460 stillinger hvert halvår, og har som regel fått til svar fra helseforetakene at stillinger holdes tilbake til leger som kommer tilbake etter lovfestede permisjoner (vedlegg 18). Helsedirektoratet har de seneste årene mottatt flere ønsker fra helseforetak og kommuner om å opprette stillinger for turnuslege/LIS1. Det ser derfor ut til å være muligheter for å øke antall LIS1-stillinger med et mindre antall nokså raskt.

#### **Kapasitetsutfordringer og utgifter som begrensende for flere LIS1-stillinger**

Tilbakemeldingene fra tjenestene er at det er kapasitetsutfordringer både i sykehus og i kommunene. I sykehus angis hovedsakelig veiledningskapasitet og tilgang til relevante arbeidsoppgaver som begrensende for en eventuell økning. Kapasitet til veiledning og opprettelse av stillinger med tilhørende kontorplass beskrives per dags dato som en begrensende faktor for økt antall LIS1 i kommunene. En større økning vil kreve bruk av flere læringsarenaer, spesielt i kommunehelsetjenesten.

I helseforetakene er det allerede nå mulighet for tredelt tjeneste, og en utvidelse av læringsarenaene vil ikke nødvendigvis gå på bekostning av måloppnåelse. Utgifter til LIS1 nevnes også av flere kommuner og RHF som en begrensende faktor for opprettelse av flere stillinger. Her nevnes spesielt lønnsutgifter og for kommunen utgifter til benyttelse av legeskontor hos fastlegene.

Selv om det vil kreve ressurser til supervisjon, veiledning og annen opplæring, vil et høyere antall LIS1 kunne bidra til å avlaste LIS2/LIS3 og eventuelt spesialistene i noen av deres arbeidsoppgaver og dermed frigjøre kapasitet til supervisjon og veiledning. Økt bruk av enten en mer erfaren LIS1 eller LIS2/LIS3 til supervisjon vil også kunne sette kapasiteten mindre på strekk.

### **Ledige legestillinger i sykehus**

I Helsedirektoratets kartlegging og i møtet med aktørene kom det fram at det i helseforetakene finnes underordnede legestillinger, ofte besatt av leger som ikke har gjennomført LIS1, såkalte "LIS1-ventere"/"postleger". Disse legene arbeider både på avdelinger der det er mulig å oppnå læringsmål for LIS1, men også innen andre fagområder enn indremedisin, kirurgi og psykiatri. I tilbakemeldingene fra tjenestene angis at legene som hovedregel får samme omfang av supervisjon som LIS1. Det er således mulighet for å benytte disse stillinger for LIS1 i spesialisthelsetjenesten og gjennom dette øke kapasiteten.

### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Dette tiltaket, direkte økning av stillinger for LIS1, vil ikke kreve endring i spesialistforskriften. En økning av stillinger vil kreve en forutgående kartlegging av mulighetene for økning samt at Helsedirektoratet fordeler stillinger til de regionale helseforetakene og kommuner, eventuelt med pålegg i henhold til spesialistforskriftens §9. Med hensyn til lønnsutgifter vil det i kommunehelsetjenesten bli økte utgifter til kontorleie og lønn til LIS1. Høyere deltakelse i arbeid innen andre kommunale arbeidsoppgaver som sykehjem/KAD, helsestasjon mm. vil kunne bidra til lavere kommunale utgifter i og med at LIS1 har betydelig lavere lønn enn fastleger/sykehjemsleger. I helseforetakene forutsettes at flere LIS1 vil kunne utføre noen av oppgavene til LIS2/LIS3 og dermed bidra til lavere vekst i legestillinger og utgifter til blant annet lønn.

## **2) Bedre utnyttelse av restplasser for LIS1**

I kartleggingen har Helsedirektoratet fått tilbakemelding om mye fravær i LIS1-stillingene som følge av lovfestede permisjoner. Enkelte anslår at kun 75% av LIS1-stillingene benyttes fullt ut selv om det er krav til at ledige stillinger skal lyses ut som restplasser i Helsedirektoratets stillingsportal. En bedre utnyttelse av restplasser er derfor helt nødvendig dersom kapasiteten i LIS1-ordningen skal kunne utnyttes fullt. Likeledes viser resultatene fra kartleggingen at det er flere LIS1-plasser i kommunene enn i sykehus. Opprettede kommuneplasser uten LIS1 utgjør således en buffer som vil kunne benyttes i en opptrapping av stillinger.

### **Utllysning av alle LIS1-stillingene hvert halvår**

Et alternativ for utnyttelse av restplasser er at alle de 475 stillingene utlyses hvert halvår, slik at stillingene for leger som kommer tilbake etter permisjon kommer på toppen av disse. Den største utfordringen med dette, er å lage gode løp for leger som kommer tilbake etter lovfestede permisjoner i og med at alle stillinger vil være besatt. Dette gjelder spesielt koplingen til kommunehelsetjenesten der det viser seg vanskelig å opprette stillinger på kort varsel.

### **Reservere restplasser til gjennomføring i restplassordningen**

En mulighet for bedre utnyttelse av kapasiteten i LIS1-ordningen er å reservere restplasser til leger som gjennomfører i henhold til restplassordningen, og unngå ansettelse i koblede stillinger for leger som velger denne løsningen. Helsedirektoratet er kjent med at mange helseforetak ansetter leger som allerede har arbeidet i restplasser i koblede 18-månedersstillinger. Legene kan ha arbeidet alt fra noen få måneder til fulle 12 måneder i restplass før oppstart i koblet stilling. Restplassen benyttes således som en vei inn i en koble stilling, gjerne i et mer sentralt område av Norge.

Siden det er mulighet for å gjennomføre deler av LIS1 flere ganger, og klinisk arbeid som lege eller medisinerstudent er meritterende for ansettelse i koblet LIS1-stilling, benytter flere leger seg av denne muligheten. Gjennom slike "dobbelansettelser" blir kapasiteten i stillingene for LIS1 på ingen måte utnyttet fullt ut.

En ordning der restplassene reserveres for leger som starter i restplasser vil kunne gi utfordringer knyttet til forutsigbarhet i utdanningsløpet, samt kapasitetsproblemer ved for mange leger i restplassordningen. Likeledes vil dette stride med prinsippet om at LIS1-stillingene gjennomføres i henhold til arbeidslivets regler.

Alternativet til å binde leger til restplassordningen, er å gi sentrale føringer for ansettelse av LIS1 i koblede stillinger. Ansettelse av LIS1 som gjennomfører mer enn 4-6 måneder i restplass før oppstart i koblet stilling bør unngås. Det vil også kunne forskriftsfestes at sykehusdelen av LIS1 ikke skal kunne gjennomføres to ganger.

Et siste alternativ vil være å gå tilbake til bundet plass i LIS1, slik som i gammel turnusordning, der det ikke var mulig å si opp stillingen og bytte til restplasser. På denne måten vil utfordringen med ledige kommuneplasser kun gjelde ved sykdom, foreldreperiode eller andre permisjoner. Ulempene med bundet plass vil være knyttet opp mot behovet for særplass ved eksempelvis sykdom.

### **Utlysing av LIS1-stillinger i sykehus og kommune hver for seg**

En annen måte å bedre utnyttelsen av restplasser på, er at helseforetakene tillates å lyse ut 12-månedersstillinger i sykehus som ikke er koblet mot kommuneplasser, og at kommuneplassene utlyses særskilt. Dette gjelder spesielt for de helseforetakene der det over tid viser seg å være mange foreldrepermisjoner. Dette vil bidra til færre perioder der kommuneplasser for LIS1 står ledig og må utlyses som restplass. Utløsning av fulle 6-månedersstillinger vil være lettere å besette enn kortere vikariater. Helsedirektoratet må i tilfelle ha en hjemmel i spesialistforskriften for å gjøre et slikt unntak.

### **Karantene ved ansettelse som LIS1 i kommunehelsetjenesten**

Helsedirektoratet er kjent med at mange leger sier opp sine ordinære LIS1-stillinger hvis det utlyses en LIS1-restplass i mer sentrale strøk. Dette rammer de mest sårbare og mindre populære delene av landet og spesielt kommunehelsetjenesten. Mange kommuner i mindre sentrale områder opplever at LIS1 sier opp kort tid før oppstart i kommunen. Det er i mange tilfeller vanskelig, for ikke å si umulig, å skaffe en kvalifisert søker som har gjennomført LIS1 i sykehus og som kan tiltre på kort varsel. LIS1-stillingene i disse kommunene står da ledige i kortere eller lengre perioder, og i noen tilfeller hele perioden på alle 6 måneder. Dette er stillinger som kunne ha vært benyttet til å få alle de 950 LIS1 gjennom kommunehelsetjenesten.

Abelsen og Gaski<sup>20</sup> viser i en studie basert på utlysning av reststillinger i turnusportalen en vekst i utlyste kommunale reststillinger og en tendens blant turnusleger til et systematisk bortvalg av stillinger i de minst sentrale og i de minst folkerike kommunene. Studien finner tegn som tyder på en sterkere sentralisering av turnusleger enn tidligere. Mindre attraktive arbeidsgivere blir tapere i dette markedet. Dette gjelder både sykehus og kommuner. Med fjerning av utlysningspuljen for rekrutteringssvake stillinger som var virksomme i en tidlig fase av ny turnusordning, forsvant også en innebygd mekanisme

---

<sup>20</sup> Abelsen B, Gaski M. Ny turnustjeneste for leger. En studie om implementering og samstyring. NSDM-rapport 2017. Tromsø: Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

som understøttet i turnustjenestens funksjon som rekrutteringsarena for fremtidige legespesialister og fastleger utenom de store bysentraene.

Informanter i den kvalitative delen av Abelsen og Gaski (2017) sin studie var relativt samstemte om at ny turnusordning er en fordel for legene. De har større valgmuligheter og kan søke seg dit de vil og slippe tilfeldighetene med hensyn til lokalisering av tjenesten som lå i den gamle ordningen. Erfaringer fra Sverige viser at mange foretrekker å vente på turnusplass ved de store universitetssykehusene fremfor å ta tjeneste ved sykehus i distriktene til tross for at disse kan ha topp evaluering som læringssted<sup>21</sup>. Selv om tilsvarende evaluering ikke er gjort i Norge mottar Helsedirektoratet mange henvisninger som tyder på samme tendens.

En bedre utnyttelse av kommuneplassene vil i høy grad kunne sikres gjennom også ha karantene på ansettelse i restplasser når LIS1 har fått tildelt kommune og har signert arbeidsavtale. På den andre siden vil denne innskrenkningen i muligheter kunne oppfattes å være i strid med arbeidslivets regler. Ved et slikt krav må spesialistforskriftens bestemmelse om merking endres til også å gjelde ansettelse i restplasser. Alternativt kan man se for seg en ordning der LIS1 søker om kommuneplass i løpet av sykehusåret og at LIS1 merkes ved ansettelsen.

### **Forum for restplasser**

Bedre utnyttelse av dagens kapasitet, både for ordinære LIS1-stillinger og for restplasser, vil kreve en hensiktsmessig plan og oppfølging. For å hjelpe helseforetakene og fylkesmennene i å finne gode løsninger for LIS1, kan det etableres forum der helseforetak og fylkesmenn i hele landet kan hjelpe hverandre med å få til en bedre utnyttelse av de etablerte plassene og finne "restplasser" for personer som alt er tatt inn i ordinære LIS1-stillinger, men som må vente fordi det ikke er ledige stillinger eksempelvis ved tilbakevending etter permisjon. En slik ordning vil kreve at det innføres hjemmel i spesialistforskriften til at Helsedirektoratet kan omfordele ledige stillinger på tvers av samarbeidende helseforetak og kommuner. Eventuelt at dette kommer i rundskriv til spesialistforskriften.

### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Disse tiltak vil kreve endring av spesialistforskriften og en tettere oppfølging fra myndighetene.

### **3) Ta i bruk flere læringsarenaer for LIS1**

Selv om læringsmålene for LIS1 har en viss fleksibilitet, har tjenestene i mindre grad valgt å benytte andre læringsarenaer enn de som ble benyttet i turnusordningen.

#### **Læringsarenaer for LIS1**

En utvidelse av læringsarenaene for LIS1 vil, sammen med benyttelse av ledige legestillinger, kunne bidra til å øke kapasiteten for LIS1-stillinger. I sykehus har de utlyste LIS1-stillinger vært på hovedsakelig indremedisinske, kirurgiske og psykiatriske avdelinger som læringsarenaer. Alternative læringsarenaer brukes kun i mindre grad selv om det er mulighet for dette innenfor rammene av LIS1.

De forskriftsfestede læringsmålene for LIS1 består av både generelle og fagspesifikke læringsmål. Læringsmålene i sykehus skal i utgangspunktet kunne oppnås i løpet av en periode på 8 måneder. De fagspesifikke læringsmålene er hovedsakelig knyttet opp mot generell indremedisin, generell kirurgi/ortopedi og allmennmedisin. Læringsmålene i psykiatri er obligatorisk for de som har dette som en del av LIS1. Læringsmålene for LIS1 er utformet slik at omtrent 1/3 av tiden i sykehus vil kunne

---

<sup>21</sup> Sveriges Yngres Läkares Förening (SYLF). AT-ranking 2013.

[http://www.slf.se/upload/SYLF/SYLF.se/Publikationer/AT-ranking/SYLFs\\_AT-ranking\\_2013.pdf](http://www.slf.se/upload/SYLF/SYLF.se/Publikationer/AT-ranking/SYLFs_AT-ranking_2013.pdf)

gjennomføres innen andre læringsarenaer enn indremedisin og kirurgi. Eksempler på læringsarenaer som kan være relevante er innen fagene akutt- og mottaksmedisin, nevrologi, kvinnesykdommer, barnesykdommer, anestesi, øre-nese-halssykdommer, samt dagens indremedisinske og kirurgiske grenspesialiteter.

For allmennmedisin er størstedelen av læringsmålene knyttet opp mot åpen uselektert allmennpraksis med fastlegekontoret som hovedarena og det er ikke den samme fleksibilitet med hensyn til anvendelse av læringsarenaer utenom åpen uselektert allmennpraksis. Økt deltagelse på andre læringsarenaer i kommunen, eksempelvis sykehjem, KAD/ØHD<sup>22</sup>, helsestasjon og legevakt, vil kunne bidra til å redusere behovet for kontorplasser på fastlegekontorene. Dette vil kunne gjøre det mulig å opprette flere stillinger for LIS1 i kommunene, spesielt i større kommuner med flere LIS1. Økt deltakelse i kommunal legevakt vil imidlertid øke behovet for bakvakt i henhold til akuttmedisinforskriftens §7 fra 1. januar 2020<sup>23</sup>.

Helsedirektoratet har ikke fått innspill på bruk av alternative læringsarenaer i kommunehelsetjenesten, men er kjent med kapasitetsutfordringer når det gjelder bakvakt for leger som ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriftens §7. Imidlertid vil økt deltakelse i legevakt for LIS1 kunne avlaste fastlegene i arbeidet på legevakt, og vil kunne bidra til redusert arbeidsbelastning for fastlegene.

#### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Utvidelse av læringsarenaene for LIS1 vil ikke kreve endring av spesialistforskriften, men vil kunne kreve en endring eller justering av læringsmålene for LIS1.

#### **4) Øke antall LIS1 etter behovet - Fleksibel økning av stillinger for LIS1**

Dagens regulering av stillinger for LIS1 åpner ikke opp for økning av stillinger for LIS1 utenom endringer fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har i de seneste årene fått en del henvendelser om midlertidig og varig økning av stillinger for LIS1. Antall LIS1-stillinger vil kunne variere etter behovet.

#### **Minimumsantall LIS1 og fleksibel økning ved behov**

En måte å tilpasse stillingene for LIS1 til tjenestenes behov kan være et fastsatt minste antall stillinger for LIS1, med mulighet for å øke antall LIS1-stillinger ved behov. I henhold til denne modellen overlates ansvaret for å opprette stillinger til de ansvarlige for tjenestene. Dette forutsetter at arbeidsgivere ønsker å utlyse slike stillinger. Ved manglende kopling mellom sykehus og kommune(r) vil dette kreve at Helsedirektoratet følger med på utviklingen for å unngå ensidig opprettelse av stillinger i helseforetakene.

#### **Ledige vikariater for fastlege kan omgjøres til LIS1**

For kommunehelsetjenesten kan det tenkes at det også ved ubesatte vikariater for fastlege vil kunne opprettes stillinger for LIS1. En slik ordning vil kreve en ekstra utlysning av stillingen i kommunehelsetjenesten og vil være å anse som restplass med samme krav til strukturert opplegg for supervisjon, veiledning samt annen opplæring. Dette vil også kreve et system slik at LIS1 ikke blir ansvarlig for fastlegelisten, men at vedkommende arbeider på den ledige listen som LIS1.

De fleste fastleger er næringsdrivende og i henhold til avtaleverket har de selv ansvar for å skaffe vikar. For næringsdrivende fastleger forutsetter dette at det avtales mellom legen og kommunen at kommunen

---

<sup>22</sup> KAD/ØHD- plasser for kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold

<sup>23</sup> For lege som ikke er spesialist i allmennmedisin eller godkjent allmennlege eller som ikke har minst 3 års praktisk tjeneste etter autorisasjon er det krav til bakvakt i henhold til akuttmedisinforskriftens §7.

utlyser vikariat og at dette ikke bestemmes ensidig av kommunen. Der legen er fast ansatt kan kommunen lyse ut vikariater som LIS1-stillinger.

Dette tiltaket vil kunne være krevende å forvalte ved kortvarige vikariater, spesielt i forhold til å sikre LIS1 deltakelse i læringsaktiviteter, herunder fylkesmannens opplæring. Det vil i henhold til dette tiltaket også være vanskelig å administrere tilskudd til kommuner og sykehus. Alternativ kan stillingene etableres uten at det gis tilskudd.

#### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Dette tiltaket vil ikke nødvendigvis kreve endring i spesialistforskriften eller refusjonsforskriften, men vil kreve at det ved omgjørelse av fastlegevikariater til LIS1-stilling i tilstrekkelig grad sikres at den ledige listen inngår i resten av legesenterets/kommunens portefølje.

#### **5) Alle ledige legestillinger som ikke er stillinger for LIS2/LIS3 eller spesialister, utlyses som stilling for LIS1**

Med dette tiltaket er det tenkt at kapasiteten i tjenestene skal benyttes fullt ut. Det tar utgangspunkt i tiltaket i 4) med et minste antall stillinger for LIS1, samtidig som det blir krav til at alle ledige legestillinger som ikke er for LIS2/LIS3 eller spesialister, utlyses som stillinger for LIS1 i Helsedirektoratets stillingsportal. Antall LIS1-stillinger vil etter denne modellen kunne variere ut fra antall ledige legestillinger.

Her tenkes det at både underordnede stillinger som "LIS1-vikariater"/"postleger", men også LIS2/LIS3-stillinger der det ikke er kvalifiserte søkere, omgjøres til LIS1-stilling for perioden stillingen er ledig. En slik modell medfører at det blir et større "resttorg" av stillinger av varierende lengde, både i sykehus og i kommune. Stillingene vil ikke nødvendigvis være koplede mellom helseforetak og kommunen. Det bør i størst mulig grad sikres forutsigbarhet og om mulig tilbys et helt utdanningsløp. Dette tiltaket bør ses i sammenheng med 3) om utvidede læringsarenaer for LIS1.

#### **Stillinger i sykehus for "LIS1-ventere"**

Som nevnt i 3) er det i dagens stillingsstruktur underordnede stillinger for leger i sykehus utenom LIS1-stillinger. Ettersom disse stillingene ikke er en del av de ordinære 950 LIS1-stillingene, utlyses de ikke i Helsedirektoratets stillingsportal. De er ikke meritterende som LIS1, og kan ikke benyttes til å oppnå læringsmål i. Ved å stille krav til at disse stillingene skal reguleres som stillinger som LIS1 og utlyses i Helsedirektoratets stillingsportal, vil kapasiteten i tjenestene kunne utnyttes bedre.

#### **Ubesatte fastlegevikariater utlyses som LIS1**

Tilsvarende vil kunne gjelde for kommunehelsetjenesten, der vikariater for fastleger som ikke blir besatt av spesialist i allmennmedisin eller LIS3/ALIS utlyses som stilling for LIS1, jf. 4).

#### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Dette tiltaket vil ikke nødvendigvis kreve endring av spesialistforskriften eller refusjonsforskriften. Imidlertid vil det kunne være nødvendig med regulering eksempelvis gjennom styringsdokumentene til RHFene, og anmodninger om å utlyse ubesatte fastlegevikariater som LIS1-stillinger. Antall LIS1-stillinger vil kunne variere noe i ulike perioder. Ved omgjøring av fastlegevikariater til LIS1-stillinger må det i tilstrekkelig grad sikres at den ledige pasientlisten inngår i resten av legesenterets/kommunens portefølje, slik at LIS1 ikke blir ansvarlig for pasientlisten.

## **6) Oppnå læringsmål for LIS1 i andre typer stillinger enn LIS1-stillinger**

Det vises også til tiltak nr. 3) og 5), der det er beskrevet stillinger for "LIS1-ventere". I Helsedirektoratets kartlegging har det kommet fram et ønske fra flere av RHFene om at leger som er ansatt i andre stillinger enn spesialiseringsstillinger ved sykehusene, kan oppnå læringsmål for LIS1, men under samme krav til supervisjon og oppfølging som LIS1. Tilbakemeldingen er at disse legene utfører de samme oppgavene som LIS1 og jobber sammen med LIS1, men at de ikke får tjenesten tellende eller kan få bekreftet oppnåelse av læringsmål. Dette forsinker legenes progresjon i spesialistutdanningen.

I dette tiltaket vil stillingen ikke være utlyst gjennom Helsedirektoratets stillingsportal, men det skal være mulig å oppnå og få bekreftet læringsmål selv om legen ikke er ansatt i ordinær LIS1-stilling eller restplass. Disse stillingene vil ikke være koble mot kommuneplasser.

Fordelene ved dette tiltaket er tidligere måloppnåelse innen enkelte læringsmål og en mulig bedre utnyttelse av restplasser. Samtidig vil mange av stillingene være utenom det ordinære oppstart 1. mars 2019 og 1. september 2019. Det vil således kunne oppstå utfordringer i å sikre den samme teoretiske og praktiske opplæringen som LIS1 i ordinære stillinger. Her tenkes spesielt på opplæring i de felles kompetansemodulene.

Dette tiltaket vurderes i all hovedsak relevant for spesialisthelsetjenesten og i mindre grad relevant for kommunehelsetjenesten, der det kun er stillinger utenfor fastlegeordningen som leger uten LIS1 arbeider i. For en alternativ modell i kommunen, se tiltak 12).

### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Dette tiltaket vil kreve endring av spesialistforskriften.

## **5.2 Måter å øke gjennomstrømming**

I det følgende redegjøres for mulige måter å øke gjennomstrømmingen i LIS1-stillinger. For hvert forslag nevnes avslutningsvis de mest relevante konsekvenser for regelverk og administrering av LIS1-ordningen. De økonomiske og administrative konsekvensene av Helsedirektoratets anbefalinger ivaretas i kapittel 7.

### **7) Kortere LIS1-løp**

Det enkleste tiltaket for økt gjennomstrømming er å korte ned tiden i LIS1. Med en slik endring vil man raskt kunne få flere leger gjennom LIS1-ordningen. Eksempelvis vil en reduksjon av LIS1 fra 18 måneder til 12 måneder, kunne gi en økt gjennomstrømning med 1/3 og omtrent 1250 LIS1 vil dermed kunne gjennomføre LIS1-løpet årlig mot dagens 950. En slik løsning vil stille skjerpede krav både til arbeidsgiver og LIS1 for optimal læring.

Kortere tid i LIS1 vil kunne få konsekvenser for læringsutbyttet, spesielt når det gjelder å få tilstrekkelig praktisk erfaring og rutine. Tidligere utredninger og kartlegginger av modeller for nedkorting av tiden i turnus, viser blant annet at både arbeidsgivere og turnusleger opplever et redusert læringsutbytte av kortere tid enn 6 måneder innen indremedisin og kirurgi<sup>24</sup>. Det antas at dette også vil kunne gjøre seg gjeldende for LIS1.

---

<sup>24</sup> Nybyrjarstillinger for legar.

### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Dette tiltaket vil kreve en bredere og lengre prosess for forankring i fagmiljøene og tjenestene, samt en endring spesialistforskriften og læringsmålene for LIS1. Det vil sannsynligvis bli nødvendig med justering av læringsmål for LIS2 i indremedisin og kirurgi og muligvis også for LIS3 i flere spesialiteter. Læringsutbyttet for LIS1 vil reduseres. Dette vil spesielt gjelde innen i felles kompetansemål (FKM), der refleksjon over praktiske erfaringer er en vesentlig del av læringen. Tiltaket innebærer en stor risiko for nedsatt læringsutbytte.

### **8) Innlemme LIS1 i spesialistløpet og avvikle egen søknadsprosess for del 1**

Med dette tiltaket utlyses et fullt spesialiseringsløp og lege ansettes direkte i en spesialiseringsstilling på 6,5 år, der LIS1 inngår som en del av utdanningsplanen. Det kan være ulike modeller for oppnåelse av læringsmålene, der ikke nødvendigvis rekkefølgekrav til rotasjonen og læringsmålene for LIS1 må være gjennomført og oppnådd før videre spesialistutdanning. En slik modell vil kunne redusere presset på LIS1-stillinger. Tilredes stiling i for eksempel generell kirurgi vil det kunne etableres rotasjoner til indremedisinsk avdeling som en del av LIS2/LIS3-løpet. Likeledes vil LIS i generell kirurgi kunne ansettes i fastlegevikariater.

### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Dette tiltaket vil kreve en bredere og lengre prosess for forankring i fagmiljøene og tjenestene. Tiltaket vil kreve endring av spesialistforskriften med unntak fra rekkefølgekravet og eventuelt refusjonsforskriften

### **9) Opprette "øremerkede" utdanningsstillinger i allmennmedisin (ALIS)**

Med dette tiltaket etableres stillinger med ansettelse i utdanningsstilling samtidig med ansettelse som LIS1. Ansettelse i øremerkede stillinger innen allmennmedisin er en modell som har blitt fremhevet som et bidrag til å styrke rekrutteringen til allmennmedisin. I det følgende beskrives ordninger, der legen ansettes direkte som ALIS før LIS1, eller i løpet av LIS1 i sykehus. Hovedmodellen vil ikke nødvendigvis føre til økt gjennomstrømning, men vil ha som formål å bedre rekrutteringen til allmennmedisin. Modellen der læringsmålene for LIS1 oppnås i stilling som ALIS vil bidra til et lavere behov for opprettelse av kommuneplasser for LIS1, plasser det erfaringsmessig kan være krevende å opprette.

#### **a) Ansettelse i utdanningsstilling i allmennmedisin (ALIS)**

Direkte ansettelse som ALIS i kommunehelsetjenesten samtidig med ansettelse som LIS1 er et tiltak som også er foreslått av Legeforeningen. Legeforeningens modell tar sikte på at det opprettes LIS1-stillinger som øremerkes til videre arbeid og spesialisering i allmennmedisin. Kommunen ansetter en lege uten LIS1, og kommunen får mulighet til å tilby 12 måneders LIS1-tjeneste i et helseforetak og deretter seks måneder som LIS1 i kommunehelsetjenesten. Legen vil deretter gå inn i et spesialiseringsløp i kommunen, og ha rett på fast stilling/hjemmel etter gjennomført LIS1. Denne modellen viser seg å ha bred støtte blant medisinstudenter og ferdige leger<sup>25</sup>.

Det kan etter enten opprettes egne LIS1-stillinger for formålet, eller de tilgjengelige stillingene innen regionen kan benyttes for formålet. Benyttes tilgjengelige stillinger vil LIS1-plassen erstatte vikar/LIS3-stilling for den gitte perioden. Tiltaket kan også anvendes på andre fag enn allmennmedisin, der det oppleves lokale eller nasjonale rekrutteringsutfordringer.

---

<sup>25</sup> Upubliserte data mottatt av Legeforeningen

### **b) Oppstart i utdanningsstilling som ALIS etter LIS1 i sykehus**

I henhold til dette alternative tiltak vil leger som ønsker å arbeide innen allmennmedisin, etter samme modell som ovenfor, starte i en utdanningsstilling som ALIS i kommunen direkte etter LIS1 i spesialisthelsetjenesten. Læringsmålene for LIS1 i allmennmedisin oppnås i utdanningsstillingen som ALIS etter 12 måneder som LIS1 i sykehus. Dermed legges det ikke beslag på en LIS1-stilling i kommunen, men den ledige ALIS-stillingen benyttes til formålet. Det vil i henhold til dette tiltaket ikke være behov for å opprette like mange LIS1-stillinger i kommunehelsetjenesten som i sykehus. Som tidligere nevnt er det vanskeligere å opprette LIS1-stillinger i kommunehelsetjenesten enn i helseforetakene, blant annet grunnet manglende lokaliteter og kapasitetsutfordringer knyttet til supervisjon og veiledning. Disse utfordringene vil kunne begrenses i noen grad ved anvendelse av dette tiltaket.

Etter dette tiltaket anvendes de tilgjengelige stillingene innen regionen for formålet. Tiltaket kan også anvendes på andre fag enn allmennmedisin, der det oppleves lokale eller nasjonale rekrutteringsutfordringer.

### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Ved alternativ b) kreves endring av spesialistforskriften. Innføring av øremerkede rekrutteringsstillinger må utredes nærmere for vurdering av dimensjoneringen, og for å sikre en tilstrekkelig forankret modell. Likeledes vil dette kreve endring i spesialistforskriften.

### **10) Gjøre muligheten for å tre inn i LIS2/LIS3-stillinger mer lempelig enn den forskriftsfestede ordningen**

Det er i dag omkring 70 leger årlig som tiltrer stilling som LIS i gammel ordning eller som allmennlege med rett til trygderefusjon uten å ha gjennomført turnus/LIS1. Dette tallet har vært betydelig høyere før med omtrent 210 leger i 2014. Dette er både nyutdannede leger og leger med klinisk erfaring fra utlandet.

I spesialistforskriftens §16 gis hjemmel til ansettelse direkte i LIS2/LIS3 for leger som har gjennomført over halvparten av en spesialistutdanning i utlandet, og som bare har en mindre del av læringsmålene og tilsvarende tid i utdanningens første del som ikke er oppnådd. Formålet med å legge inn et felles LIS1-løp i spesialistutdanningen for alle spesialister var å sikre denne felles grunnkompetansen for leger som ikke kjenner det norske helsesystemet fra tidligere.

Fram til nå har Helsedirektoratet behandlet mellom 20 og 30 søknader om godkjenning av læringsmål for LIS1, og kun få leger oppfyller kravet til at kun en mindre del av læringsmålene og tid for LIS1 gjenstår. De fleste av disse legene har gått direkte i spesialisering innen en spesifikk gren etter endt utdanning/turnus, og har ikke byttet spesialitet underveis. Mange har relevant tjeneste som tilsvarer tjenesten i LIS1, men denne er gjennomført før legen har fått full godkjenning som lege og kan etter regelverket følgelig ikke medregnes i vurderingen av oppnådde læringsmål.

Mer lempelige krav enn dagens krav, vil kunne bidra til at flere leger med utdanning i andre land kan tiltre stillinger for LIS2/LIS3, og vil i høyere grad enn gjeldende regelverk kunne bidra til et mer fleksibelt arbeidsmarked. Ved å stille krav til at minst halvparten av en spesialistutdanning skal være gjennomført i utlandet, vil det være mulig for at flere leger med klinisk erfaring blir tilgjengelige for å kunne tiltre stillinger som LIS2/LIS3 og dermed redusere behovet for LIS1. Læringsmålene for LIS1 må i henhold til dette tiltaket oppnås i løpet av spesialistutdanningen, men ikke nødvendigvis i stilling som LIS1.

### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Tiltaket vil kreve endring av spesialistforskriften og eventuelt refusjonsforskriften. Tiltaket vil gjøre vurderingen av direkte ansettelse enklere for helseforetak og kommuner.

#### **11) Leger med lang erfaring kan gjennomføre LIS1 i kommune før LIS1 i sykehus (unntak fra rekkefølgekravet)**

Dette tiltaket må ses i sammenheng med 10). Leger med lang klinisk erfaring som er vurdert av Helsedirektoratet til å mangle deler av læringsmålene i sykehus men som mangler hovedparten eller alle læringsmål i allmennmedisin, kan ansettes i reststillinger i kommune før reststilling i sykehus. Dette vil kunne bidra til større fleksibilitet med henblikk på oppnåelse av læringsmål for LIS1, og at flere restplasser vil kunne besettes. I og med at legen allerede har tilegnet seg lengre klinisk erfaring gjennom å ha gjennomført minst halvparten av en spesialistutdanning og en del av læringsmålene i sykehus, vurderes det å være forsvarlig å gjennomføre kommunehelsetjenesten før resterende læringsmål i sykehus.

### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

Tiltaket vil kreve endring av spesialistforskriften.

#### **12) Gi autoriserte leger adgang til å kunne arbeide som allmennlege under veiledning med rett til trygderefusjon i inntil et år**

Med et høyt antall leger som står uten stilling som LIS1, er det mulig å bruke denne gruppen av leger som en ressurs i kommunehelsetjenesten. Etter gjeldende regelverk har denne gruppen av leger ikke rett til trygderefusjon siden de ikke har oppnådd læringsmålene for LIS1/har godkjent turnus.

Unntaksbestemmelsen i forskrift om kompetansekrav gir mulighet for at leger kan arbeide utenfor fastlegeordningen i inntil 1 år uten krav til spesialisering. Ved å åpne opp for at autoriserte leger kan arbeide som allmennlege med rett til trygderefusjon i inntil 1 år, vil leger uten LIS1 kunne tiltre vikariater for fastleger eller i stillinger ved legevakt for en begrenset periode. Legene må motta den veiledning/supervisjon som er nødvendig for å sikre forsvarligheten.

Ved å åpne for denne muligheten vil man også kunne ivareta en gruppe av vikarer som i dag er viktige for å dekke opp ved ledige fastlegevikariater. Dette gjelder spesielt leger utdannet i andre skandinaviske land som tar vikariater i mindre sentrale deler av Norge. Denne muligheten lukkes 1. mars 2019, der det kun er leger som tidligere har arbeidet som LIS/ALIS i Norge eller som har oppnådd alle læringsmålene for LIS1 som gis mulighet for å kunne arbeide som allmennlege med rett til trygderefusjon. Det er fra flere hold blitt meldt bekymring i forhold til rekrutteringssituasjonen for kommuner som er avhengige av vikarer fra Danmark og Sverige. Kommunene vil da være ansvarlige for å vurdere forsvarlighet ved ansettelse av nyutdannede leger. Denne vurderingen skiller seg ikke ut fra nåværende ordning, der autoriserte EU/EØS-utdannede leger kan ansettes som allmennlege med rett til trygderefusjon etter endt utdanning.

Dersom legene skal oppnå læringsmål må de tilbys opplæring innen de samme rammene som for LIS1. Ettersom læringsmålene for LIS1 i kommunen til en viss grad bygger videre på læringsmålene for LIS1 i sykehus vil en slik ordning kunne by på utfordringer knyttet til måloppnåelse.

### **Relevante konsekvenser av foreslåtte endringer**

En slik endring vil kreve endring av refusjonsforskriften, og det må etableres et system for å registrere leger som vikarierer med rett til trygderefusjon i inntil 1 år. Likeledes vil unntak fra rekkefølgekravet kreve endring av spesialistforskriften og refusjonsforskriften.

### 5.3 Fordeler og ulemper ved de ulike tiltakene

Nedenstående tabell viser de mest relevante tiltakene for å øke kapasitet og/eller gjennomstrømming. Konsekvensene beskrives enten som nøytrale, positive eller negative.

Med rekruttering til fastlegeordningen (FLO) vurderes tiltakene som vil ha en direkte effekt på antall leger i fastlegeordningen. I kategorien kvalitet og pasientsikkerhet vurderes kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene og kvaliteten i spesialistutdanningen samlet.

Tabell 8.a: Vurdering av fordeler og ulemper av tiltak for å øke kapasitet

| Hva virker tiltakene på/<br>Navn på tiltak                         | Rekruttere til FLO | Flere LIS1 | Tilstrekkelig antall spesialister | Kapasitet til veiledning og supervisjon | Geografisk fordeling | Kvalitet og pasientsikkerhet | Økonomiske konsekvenser | Administrative konsekvenser |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Direkte økning av antall stillinger – pålegg                       | pos                | pos        | pos                               | nøytral/neg                             | pos                  | nøytral/pos                  | neg                     | Neg                         |
| Bedre utnyttelse av dagens kapasitet/ flere læringsarenaer         | nøytral            | pos        | pos                               | nøytral/neg                             | nøytral              | pos                          | pos                     | Neg                         |
| Fleksibel økning av stillinger for LIS1.                           | pos                | pos        | pos                               | nøytral/neg                             | nøytral/pos          | pos                          | pos                     | Neg                         |
| Alle ledige legestillinger som ikke er LIS2/ LIS3 utlyses som LIS1 | pos                | pos        | pos                               | nøytral                                 | nøytral/pos          | nøytral/neg                  | nøytral                 | Neg                         |
| Oppnå læringsmål i andre stillinger enn LIS1                       | nøytral            | pos        | pos                               | nøytral                                 | nøytral/neg          | nøytral/neg                  | nøytral                 | Neg                         |

Tabell 8.b Vurdering av fordeler og ulemper av tiltak for å øke gjennomstrømning

| Hva virker tiltakene på/ Navn på tiltak                                                               | Rekr til FLO | Flere LIS1 | Tilstrekkelig antall spesialister | Kapasitet til veiledning og supervisjon | Geografisk fordeling | Kvalitet og pasient-sikkerhet | Økonomiske konsekvenser | Administrative konsekvenser |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Kortere LIS1-løp                                                                                      | nøytral      | pos        | pos                               | nøytral/ pos                            | Nøytral              | neg                           | nøytral                 | Neg                         |
| Utdanningsstillinger i allmenn-medisin/<br><br>Spesialite-ter med behov for rekruttering              | pos          | pos        | pos                               | nøytral                                 | Pos                  | nøytral                       | pos                     | Nøytral                     |
| Gjøre muligheten for å tre inn i LIS2/LIS3 mer lempelig                                               | nøytral      | pos        | pos                               | nøytral                                 | Nøytral              | nøytral/ neg                  | nøytral                 | Nøytral                     |
| Unntak fra rekkefølgekravet-kommune før sykehus                                                       | pos          | pos        | pos                               | nøytral                                 | Nøytral              | neg                           | nøytral                 | Nøytral                     |
| Adgang for autoriserte leger til å arbeide som allmenn-lege med rett til trygderefusjon i inntil 1 år | pos          | nøytral    | nøytral                           | nøytral/ neg                            | nøytral/ pos         | nøytral/ neg                  | nøytral/ neg            | Nøytral                     |

# 6 Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger

I dette kapittelet beskrives Helsedirektoratets anbefalinger og hvilke vurderinger som er lagt til grunn. Økt vekst i kommunehelsetjenesten, styrking av fastlegeordningen, behov for å normalisere arbeidstiden for leger, bedre utnyttelse av sykehusenes utstyr og inventar samt politiske mål om blant annet kortere ventelister, tilsier at det samlet vil være hensiktsmessig å få flest mulig leger gjennom LIS1-løpet og videre inn i spesialisering.

I vurderingen av behovet for fremtidige spesialister og LIS1 er det mange usikre faktorer, blant annet forventet samfunnsutvikling og økonomisk utvikling. Slike forhold kan være av stor betydning for hvor mange leger og legespesialister Norge vil trenge i årene fremover. Vi har imidlertid ikke hatt mulighet for å korrigere for dette i denne rapporten. Dette tydeliggjøres imidlertid i scenarioanalysene i Helse-Norge 2040, der det beskrives en variasjon i framskrevet årlig behov på over 1150 leger mellom de ulike alternativene. Nasjonale satsinger kan også få betydning for behovet for spesialister, spesielt innen enkelte spesialiteter. Dette er noen av faktorene som vi må ta forbehold for i vurderingen av framtidig behov her.

Våren 2019 vil SSB levere en ny framskriving av behovet for helsepersonell via Helsemod. For å kunne belyse behovet for LIS1-stillinger bedre, vil det være nødvendig å se utviklingen i legestillinger frem til nå i sammenheng med forventet behov, framskrevet gjennom ny Helsemod. Som tidligere nevnt har utviklingen i legestillinger de siste årene vist seg å ligge *høyere enn høyalternativet* i Helsemod 2012. Helsedirektoratets aktuelle vurdering baserer seg på behovet, dersom utviklingen (økningen) i legestillinger fortsetter som i perioden 2013-2017. Det tas likeledes høyde for usikkerhet knyttet til framtidig avgang fra yrket.

I valg av anbefalte tiltak/modeller ser Helsedirektoratet hen til hovedformålet med LIS1, som er å sikre faglig kvalifisering av nyutdannede leger. Hensikten er at legen gjennom arbeid under særskilt opplæring, supervisjon og veiledning skal få nødvendig grunnleggende erfaring og praktisk rutine for videre spesialistutdanning.

Som redegjort for i kapittel 4 om beregning av behovet for LIS1 og kapittel 5 om tiltak for økt kapasitet og/eller gjennomstrømming anbefaler Helsedirektoratet følgende:

### **Helsedirektoratets anbefaling:**

- Opprettelse av 200 nye stillinger for LIS1 (kapittel 4)
  - Opptappingsplan utarbeides i samarbeid med tjenestene. Planen vil være avhengig av tjenestenes kapasitet til å ta imot LIS1 og finansiering
  - Deler av økningen bør forbeholdes rekruttering til allmennmedisin gjennom opprettelse av "øremerkede" utdanningsstillinger i allmennmedisin (ALIS) samt til stillinger innen rekrutteringssvake spesialitet (tiltak 9)
- Jevnlig vurdering av behovet for LIS1
- Ta i bruk flere læringsarenaer for LIS1 (tiltak 3)
- Bedre utnyttelse av restplasser og ledige legestillinger i helseforetak og kommuner (tiltak 2 og 5)

### **Alternativer som kan utredes videre:**

- Gi autoriserte leger adgang til å kunne arbeide som allmennlege under veiledning med rett til trygderefusjon i inntil 1 år (tiltak 12)
- Muligheter for kortere LIS1-løp (tiltak 7)
- Muligheter for å innlemme LIS1 i spesialistløpet og avvikle egen søknadsprosess for del 1 (tiltak 8)
- Muligheter for at leger med påbegynt spesialisering i utlandet og som har oppnådd deler av læringsmålene for LIS1 kan oppnå resten av læringsmålene i stillinger for LIS2/LIS3 (tiltak 10)
- Muligheter for at leger med lang erfaring kan gjennomføre LIS1 i kommune før LIS1 i sykehus (unntak fra rekkefølgekravet) (tiltak 11)

## 6.1 Begrunnelser

### **Opprettelse av 200 nye stillinger for LIS1 (kapittel 4)**

Helsedirektoratet har ut fra foreliggende tallmateriale og vurderinger knyttet til tilstrekkelig tilgang av leger i spesialisering kommet fram til at det bør opprettes 200 flere stillinger for LIS1. Høy vekst i legestillinger fram til nå, fortsatt udekket behov for legespesialister samt innstramninger i regelverk er de viktigste faktorene av betydning for et økt antall LIS1. Gjennom en økning av antall LIS1-stillinger vil det også være flere leger med høyere kompetanse tilgjengelig for arbeidsmarkedet. Et økt antall LIS1 vil samtidig kunne bidra til en lavere vekst i antall LIS2/LIS3 stillinger.

Innstramningene regelverket for spesialistutdanningen fra 1. mars 2019 vil føre til lavere tilgang av LIS2/LIS3 enn LIS i gammel spesialistutdanning. Det vil årlig være omtrent 70 leger som før kunne gå direkte i spesialisering uten turnus årlig, som nå må gjennomføre LIS1. En manglende økning i stillinger for LIS1 etter 1. mars 2019 vil raskt kunne føre til at det vil bli færre leger tilgjengelig for stillingene i LIS2/LIS3. I perioden 2014-2017 gikk antall leger som trådte direkte inn i spesialisering uten turnus ned fra omtrent 210 til 70 per år. Det er i tillegg en gruppe av leger ansatt i kortere vikariater som ikke fanges opp i uttrekkene fra Legestillingsregisteret og Fastlegeregisteret. Det antas at dette hovedsakelig er skandinaviske leger som tiltrer kortere vikariater. Disse vikariatene må nå dekkes opp av leger som har gjennomført turnus eller LIS1. Et samtidig behov for å styrke allmennhelsetjenesten og en observert nedgang i utenlandske spesialister som begynner å arbeide i Norge, tilsier et behov for at flere spesialister må utdannes i Norge og dermed også flere LIS1-stillinger.

Selv om antall LIS1-stillinger er begrenset til 950, har det vært en betydelig vekst i legestillinger grunnet høy tilgang av leger. Gitt samme vekst i årsverk i årene framover som i 2017, vil det med en avgang fra yrket på 500 leger per år være behov for en nettovekst på 851 årsverk, tilsvarende et behov for 1351 nye årsverk. Begrunnelsen for en lavere vekst i årsverk framover enn i 2017 er basert på tidligere vekst på gjennomsnittlig 670 leger per år, tilsvarende en tilførsel på 1170 nye leger og usikkerhet knyttet til den reelle vekst i legestillinger og avganger fra yrket framover. Hensynet til kvalitet, pasientsikkerhet og en sannsynlig fortsatt vekst i legestillinger uten tilsvarende økning i utenlandske spesialister, tilsier at det er nødvendig å øke LIS1-stillinger i en slik grad at tilgangen på LIS2/LIS3 og fremtidige spesialister blir tilstrekkelig.

### **Opptrappingsplan utarbeides i samarbeid med tjenestene**

Opptrappingen av stillinger vil ta tid og det er nødvendig med god dialog med tjenestene underveis. Dette vil kunne utredes videre i løpet av 2019. Sannsynligvis vil det være mulig å opprette inntil 100 plasser i løpet av 2020.

Siden det innenfor oppdragets rammer ikke har vært mulig å knytte den tidligere veksten i årsverk opp mot forventet vekst fremover, herunder fremtidig vekst knyttet opp mot den samfunnsmessige utviklingen og framskrevet pensjonsavgang, anbefales det at det gjøres en endelig vurdering av behovet for LIS1 når ny Helsemod foreligger våren 2019.

### **Deler av økningen bør forbeholdes rekruttering til allmennmedisin og rekrutteringssvake spesialiteter**

Tilgjengelig kunnskap om bedring av mortalitet og kvalitet samt reduksjon av kostnader ved kontinuitet til en behandler<sup>26</sup>, slik fastlegeordningen legger opp til, understreker viktigheten av å ha en velfungerende

---

<sup>26</sup> <https://www.nsdmm.no/kontinuitet-hvorfor-det/>

fastlegeordning. Fastlegene opplever et betydelig arbeidspress og arbeider i gjennomsnitt 55,6 timer i uken, men med stor variasjon i arbeidstid<sup>27</sup>. En styrking av fastlegeordningen vil kreve et økt antall leger i spesialisering og dermed også flere leger som har gjennomført LIS1.

Opprettelse av "øremerkede" utdanningsstillinger i allmennmedisin (ALIS) med ansettelse av ALIS samtidig med ansettelse som LIS1 vurderes som det mest hensiktsmessige tiltaket for rekruttering til fastlegeordningen. De foreløpige erfaringene med spesialiseringsstillinger for allmennleger i prosjektet ALIS-Vest viser at tilbud om fastlønnsstillinger for leger i spesialisering i allmennmedisin virker rekrutterende framfor selvstendig næringsdrift. Undersøkelser som Legeforeningen har gjort viser likeledes at mange yngre leger foretrekker fast lønn under spesialisering<sup>28</sup>. Behovet for å bedre rekrutteringen innen allmennmedisin tilsier at en del av stillingene for LIS1 bør koples til videre løp for spesialisering i allmennmedisin. Direkte ansettelse i stilling som ALIS etter LIS1 i sykehus vil sammen med utvidelse av læringsarenaene i sykehus kunne bidra til en mer smidig økning i stillinger for LIS1.

Dedikerte utdanningsstillinger vil også være relevante innen spesialiteter med behov for økt rekruttering.

### **Jevnlig vurdering av behovet for LIS1**

Veksten i legestillinger har vært relativ konstant på 3-4 % i perioden 2014-2017 med unntak av 2015 (se også 4.2). Antakeligvis vil denne veksten fortsette, men det er også mulig at veksten vil bli mindre enn tidligere. Siden dimensjoneringen av LIS1-stillinger omtrentlig henger sammen med antall ferdige spesialister, vil det være hensiktsmessig å gjøre jevnlig vurderinger av det fremtidige behovet for LIS1. Spesielt viktig er uttrekk fra Legestillingsregisteret og Fastlegerregisteret som koble mot HPR kan indikere hvor mange nye utenlandske spesialister som starter å arbeide i Norge. Endringer i utviklingen vil således kunne fanges opp tidligere. Vurderingen kan eksempelvis gjøres sammen med rapporten om legestillinger enten årlig eller annethvert år.

### **Ta i bruk flere læringsarenaer for LIS1**

Bedre utnyttelse av læringsarenaer er nødvendig for å øke antall LIS1. Dette gjelder både sykehus og kommune. Ledige legestillinger bør hovedsakelig benyttes til spesialisering. Opprettelse av 200 nye LIS1-stillinger vil kreve opprettelse av 100 nye kommuneplasser, der 2 LIS1 gjennomfører hvert sitt løp på 6 måneder i løpet av 1 år. Siden kontorplass er en av de største hindrene for opprettelse av flere kommuneplasser, må flere læringsarenaer i kommunehelsetjenesten tas i bruk. Det vurderes å være behov for en nærmere kartlegging av mulighetene for bruk av flere læringsarenaer i kommunehelsetjenesten. Det vil ved utvidelse av læringsarenaene i kommunen være behov for justering av læringsmålene i LIS1.

### **Bedre utnyttelse av restplasser og ledige legestillinger i helseforetak og kommuner**

Bedre utnyttelse ledige legestillinger og restplasser er nødvendig for å kunne øke antall LIS1-stillinger. Gjentakelse av større deler av LIS1 bør unngås dersom flest mulig skal komme gjennom LIS1-løpet. Restplasser bør fortrinsvist benyttes til leger i restplasssystemet. Stillingene for LIS1 er begrensede og det er tilknyttet kostnader. Gjennomføring av større deler av LIS1 flere ganger bør derfor begrenses. Helsedirektoratet anbefaler at det legges begrensninger slik at leger som har gjennomført eller gjennomfører mer enn 6 måneder i restplass ikke kan ansettes i koplede stillinger. Det kan eventuelt gjøres unntak fra dette kravet ved nedsatt funksjonsevne hos legen eller person som legen har tilknytning til.

---

<sup>27</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fastlegers-tidsbruk/id2592992/>

<sup>28</sup> Upubliserte data mottatt fra Legeforeningen

Utlysning av ledige legestillinger som restplasser eller ordinære LIS1-stillinger, også i de tilfellene der stillingen er av kortere varighet enn 12 hhv 6 måneder, vil være et viktig tiltak for å kunne øke LIS1-stillinger. Ledige fastlegestillinger bør kunne utlyses som restplass for LIS1.

Krav til at alle ledige legestillinger som ikke er for LIS2/LIS3 eller spesialister, utlyses som stillinger for LIS1 i Helsedirektoratets stillingsportal vil være nødvendig for å utnytte kapasiteten i tjenesten for fullt. Det vises også til beskrivelsen i tiltak 5).

### **Gi autoriserte leger adgang til å kunne arbeide som allmennlege under veiledning med rett til trygderefusjon i inntil 1 år**

Dette tiltaket vil kunne bidra til å bedre rekrutteringssituasjonen for fastleger og samtidig gi flere "LIS1-ventere" praktisk erfaring før de starter i LIS1. Det er vanskelig å anslå et konkret omfang, men denne løsningen vurderes å kunne bidra til å bedre rekrutteringen til allmennmedisin og dermed føre til et lavere behov for LIS1.

## **6.2 Tiltak som vurderes relevante men som må utredes**

Følgende tiltak vurderes relevante, men det har ikke vært mulig å utrede disse nærmere innenfor rammene av dette oppdraget.

### **Kortere LIS1-løp**

Som redegjort for i 5.2 vil forkorting av LIS1-løpet til 1 år kunne bidra til en økt gjennomstrømning av LIS1 på omtrent 300 per år. De samfunnsøkonomiske besparelsene ved en slik avkorting må veies opp mot ulempene med en nedkorting av tiden i LIS1, spesielt med tanke på kompetanse for kommende LIS2/LIS3, konsekvensene for spesialistutdanningen og rekruttering til alle deler av landet. Erfaringen ved nedkorting av tiden i den danske turnusordning viser at flere leger valgte å pendle og ikke bosette seg i turnusområdet<sup>29</sup>. Enkeltstående studier fra Finnmark og Sogn og Fjordane<sup>30</sup> viser at turnustjenesten har vært en viktig kilde for legerekreuttering for de to fylkene.

### **Innlemme LIS1 i spesialistløpet og avvikle egen søknadsprosess for del 1**

Fordelen ved denne løsningen er at LIS ansettes i utdanningsstillingen allerede i begynnelsen av spesialistutdanningen. Dersom ordningen skal kunne fungere vil ulike rotasjonsordninger utredes, spesielt med tanke på hvordan læringsmålene for LIS1 skal kunne oppnås i kommunehelsetjenesten.

### **Åpne for at leger med påbegynt spesialisering i utlandet og som har oppnådd deler av læringsmålene for LIS1, kan oppnå resten av læringsmålene i stillinger for LIS2/LIS3**

Lettere tilgang til å tre direkte inn i LIS2/LIS3-stillinger vil kunne redusere behovet for LIS1-stillinger. Det var i 2017 omtrent 70 leger som startet direkte i spesialisering uten turnus/LIS1, en nedgang fra 214 i 2014. Erfaringen fra saksbehandlingen ved søknad om bekreftelse av oppnådde læringsmål for LIS1 i utlandet, viser at det til nå ikke har vært mer enn et fåtall kandidater som har tilstrekkelig praktisk erfaring til å kunne ansettes direkte som LIS2/LIS3. Selv om mange er spesialister innen et medisinsk fag har flertallet av kandidater kun utdanning innen indremedisin, kirurgi eller psykiatri og mangler således

---

<sup>29</sup> Innspill fra NSDM v. Helen Brandstorp.

<sup>30</sup> Larsen RA. Rapport fra spørreundersøkelse blant kommuneleger i Sogn og Fjordane. Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2004. Straume K, Shaw DMP. Internship at the ends of the earth – a way to recruit physicians? Rural and remote health, 2010;10: 1366 (Online). Gaski M, Abelsen B. Turnus i Finnmark. Evaluering av særordning 2009-2013. Rapport 24.06.2014. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norgens arktiske universitet.

læringsmålene spesifikke for enten indremedisin eller kirurgi. Ved å senke kravet til omtrent halvparten av læringsmålene og tilsvarende tid som inngang til LIS2/LIS3-stillingene, vil flere leger kunne starte direkte i LIS2/LIS3. Dette vil kunne redusere behovet for LIS1-stillinger.

**Åpne for at det at leger med lang erfaring kan gjennomføre LIS1 i kommune før LIS1 i sykehus (unntak fra rekkefølgekravet)**

Ved dette tiltaket vil det være større fleksibilitet i gjennomføring av restplasser. Dette vil kunne bidra til bedre utnyttelse av kapasiteten i restplassordningen.

# 7 Økonomiske og administrative konsekvenser

De økonomiske og administrative konsekvensene ved økning av antall LIS1 i henhold til de anbefalte tiltakene beskrives i det følgende. Mens det for kommunehelsetjenesten har vært mulig å skaffe anslag på både kostnader og inntekter generert av LIS1, har det imidlertid ikke vært mulig å få tilsvarende beregninger fra de regionale helseforetakene. Dette gjør det vanskelig å beregne de alternative kostnadene.

## 7.1 Kostnader for LIS1-stillinger

Oppsummert viser gjennomgangen av svarene fra fylkesmennene og de regionale helseforetakene at samlede kostnader for en LIS1-stilling (18 mnd.) er på ca. 2,06 mill. kroner som fordeles slik:

- 1,5 mill. kroner for 12 mnd. sykehustjeneste
- 375 000 kroner for 6 mnd. i kommunehelsetjenesten
- 186 500 kroner i samlede tilskudd

Dagens kostnader ligger noe høyere enn kostnadsvurderingen i 2014. Benyttes konsumprisindeksen ses det at kostnaden for en turnusstilling (18 måneder) på 1,53 mill. kroner i 2014 tilsvarer 1,72 mill. kroner i november 2018. Den reelle forskjellen i utgifter utgjør således 340 000 kroner. Vi kjenner ikke detaljene i kostnadsberegningen fra 2014. Det er mulig de hadde bedre tall på inntekt/nyttessiden enn vi har i dag. Det kan også være helseforetakenes kostnader til opplæring og supervisjon var lavere enn i dag. I 2018 beregner RHFene denne kostnaden til rundt 650 000 pr år og de har ikke tall for hvilke inntekter/refusjoner LIS1-genererer. Siden inntektssiden ikke er tatt med i beregningene for helseforetakene framstår utgiftene høyere enn de egentlig er.

Grunnlønnen for LIS1 i 2018 er ca. 520 000 kroner. En gjennomsnittlig årslønn inkl. sosiale utgifter i sykehus er stipulert til 850 000 kroner og inkluderer overtid og vakttillegg. De regionale helseforetakene anslår årlige opplæringskostnader/overhead på 650 000 kroner pr LIS1 pr år. Dette forklares med høye kostnader til kurs, veiledning og supervisjon og at det kreves tettere oppfølging i begynnelsen av LIS1-løpet. I utredningen av ny spesialistutdanning i 2014 var tilsvarende kostnader til opplæring av leger i spesialisering i sykehus beregnet til 693 000 kroner pr år for LIS del 2 og 3.

En gjennomsnittlig lønn inkl. sosiale utgifter for 6 måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er stipulert til 375 000 kroner. Lønn for legevakt er ikke inkludert, da dette lønnes utenom. Kommunene beregner overheadkostnader på gjennomsnittlig 225 000 kroner pr LIS1 (6 mnd.). I denne summen inngår 3 timer supervisjon og veiledning pr uke, beregnet til 60 000 kroner pr LIS1 (6 mnd.). Kommunens

inntekter (tilskudd og refusjoner) er i gjennomsnitt 225 000 kroner pr LIS1 (6 mnd.), og kan motregnes kommunens overheadkostander.

Statlige tilskudd, er på ca. 186 500 kroner pr LIS1 (18 mnd.), hvorav den største delen er tilskudd til kommunene. I tillegg kommer tilskudd til kurs- og veiledningsgrupper som er finansiert over bevilgningen til fylkesmannen på ca. 22 000 kroner pr LIS1 (6 mnd.), tilskudd til helseforetakene på ca. 28 500 kroner pr LIS1-stilling (12 mnd.) og tilskudd til reise og flytteutgifter for LIS1.

Det er lagt stor vekt på innspillene fra RHFene og fylkesmennene i vurderingen av faktiske kostnader for LIS1. Direktoratets egne beregninger viser også at forslagene fra RHFene og kommunene er gode estimer og at disse tilsvarer Helsedirektoratets tidligere beregning i "framtidens legespesialister". Se vedlegg 19. Anslaget om 1,5 mill. kroner for sykehusåret (12 mnd.) og 375 000 kroner for 6 mnd. i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er benyttet i kostnadsberegningene.

I vedlegg 20 vises hvordan utgifter og inntekter fordeles mellom de ulike aktører. Overhead og inntekter i sykehustjenesten er ikke spesifisert i kostnadsoversikten, da det ikke ble oppgitt konkrete beløp for dette i kartleggingen. I andre sammenhenger, bl.a. ved studentundervisning, har man vurdert at disse veier mot hverandre. Selv om LIS1 krever ressurser til supervisjon og veiledning, vil alternativkostnadene ved at spesialister gjør oppgavene til LIS1 være betydelig høyere grunnet høyere lønn og produktivitetstap. Dette er et vesentlig aspekt siden leger i spesialistutdanning sammen med spesialistene komplementerer hverandre med hensyn til fordeling av arbeidsoppgaver.

Alternativkostnad ved at HFene ansetter vikarer/postleger i kortere vikariater er ikke beregnet. Disse legene legger beslag på opplæringsressurser som kan anvendes til LIS1.

Tabell 9 viser oversikt over kostnader fordelt pr halvår ved etablering av nye LIS1stillinger. Totale kostnader for en LIS1-stilling er på ca. 2,06 mill. kroner (18 mnd.) pr år når man er kommet gjennom oppstartsfasen.

*Tabell 9 Oversikt over kostnader pr LIS1-stilling. Oppstart av en LIS1-stilling pr kull de første fire årene*

|               | År 1    |           | År 2      |           | År 2      |           | År 4      |           |
|---------------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|               | Vår     | Høst      | Vår       | Høst      | Vår       | Høst      | Høst      | Vår       |
| <b>Kull 1</b> | 529 500 | 750 000   | 522 000   | 260 000   |           |           |           |           |
| <b>Kull 2</b> |         | 529 500   | 750 000   | 522 000   | 125 000   | 135 000   |           |           |
| <b>Kull 3</b> |         |           | 529 500   | 750 000   | 522 000   | 260 000   |           |           |
| <b>Kull 4</b> |         |           |           | 529 500   | 750 000   | 522 000   | 125 000   | 135 000   |
| <b>Kull 5</b> |         |           |           |           | 529 500   | 750 000   | 522 000   | 260 000   |
| <b>Kull 6</b> |         |           |           |           |           | 529 500   | 750 000   | 522 000   |
| <b>Kull 7</b> |         |           |           |           |           |           | 529 500   | 750 000   |
| <b>Totalt</b> | 529 500 | 1 279 500 | 1 801 500 | 2 061 500 | 1 926 500 | 2 196 500 | 1 926 500 | 1 667 000 |

#### Forklaring til tabell 9:

LIS1 gjennomfører ett års tjeneste i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Beregningene for en LIS1-stilling er kostnader for 18 måneders tjeneste.

Første halvår påløper :

- Reise- og flyttetilskudd (ca. 1 000 kroner)
- Tilskudd til sykehus ( ca. 28 500 kroner)
- 4 mnd. sykehustjeneste (ca. 500 000 kroner)

Andre halvår påløper:

- 6 mnd. sykehustjeneste (ca. 750 000 kroner)

Tredje halvår påløper:

- 2 mnd. sykehustjeneste (ca. 250 000 kroner)
- 4 mnd. kommunetjeneste (ca. 250 000 kroner)
- Tilskudd til kurs og veil. Fylkesmannen (ca. 22 000 kr)

Fjerde halvår påløper:

- 2 mnd. kommunetjeneste (ca. 125 000 kroner)
- Tilskudd kommunetjeneste (ca. 135 000 kr)

Tilskudd til kommunehelsetjeneste utbetales etterskuddsvis om høsten etter at tjenesten er gjennomført. Eks.: Høsten 2022 utbetales tilskudd for kommunetjeneste utført høsten 2021 og våren 2022.

## **7.2 Økonomiske konsekvenser ved økning i antall LIS1-stillinger**

Årlig kostnader for LIS1-stillinger beregnet til:

- 2,061 mill. kroner for 1 LIS1-stilling
- 51,537 mill. kroner for 25 LIS1-stillinger
- 103,075 mill. kroner for 50 LIS1-stillinger
- 206,15 mill. kroner for 100 LIS1-stillinger
- 412,3 mill. kroner for 200 LIS1-stillinger

Vedlegg 20 tabell 2 og tabell 3 viser et eksempel på kostnadsoverslag for etablering av 100 nye LIS1-stillinger. På årsbasis etter at stillingene er implementert vil dette koste 150 mill. kroner for helseforetakene, ca. 37,5 mill. kroner for kommunene og ca. 18,65 mill. kroner i statlige tilskudd. Ved etablering av nye stillinger vil halvparten av stillingene få oppstart om våren og halvparten om høsten. I oppstartsåret vil det kun bli kostnader for sykehusene, ettersom sykehustjenesten tas før kommunetjenesten. Eksemplet for 100 nye stillinger i vedlegg 20 er basert på oppstart av 50 stillinger om våren. Dersom oppstart skjer om høsten vil regnstykket for oppstartsåret bli lavere.

## **7.3 Administrative konsekvenser ved økning i antall LIS1-stillinger**

De administrative konsekvensene vil i hovedsak være knyttet opp mot fordeling og opprettelse av stillinger i sykehus og kommunene, herunder implementering av nye utdanningsplaner for LIS1.

### **Opprettelse og fordeling av stillinger:**

De administrative konsekvenser vil spesielt være knyttet opp mot opprettelse av stillinger, fordeling av disse og arbeid med oppfølging så vel i sentral som lokal helseforvaltning. Opprettelse av flere stillinger krever en fornyet fordeling av stillinger i helseforetak og kommuner, eventuelt med pålegg. Forut for

fordelingen av stillinger må det undersøkes hvor det kan etableres stillinger og det må lages en plan for opptrapping av stillinger i samarbeid med tjenestene. Det må beregnes tilstrekkelig tid til en slik prosess.

Omdisponering av stillinger i helseforetakene vil kreve ressurser både i HR-regi men også lokalt i avdelingene. I tillegg vil dette kreve ressurser både hos fylkesmenn, kommuner og i Helsedirektoratet. Dette arbeidet vil være en "pukkelkostnad" ved implementeringen. Tidsbruken anslås å være omtrent  $\frac{1}{4}$  til  $\frac{1}{2}$  årsverk i Helsedirektoratet, samlet  $\frac{1}{2}$ -1 årsverk hos Fylkesmennene og omtrent tilsvarende i helseforetakene; i alt  $1\frac{1}{4}$  til  $2\frac{1}{2}$  årsverk.

### **Nye utdanningsplaner**

Både i sykehus og i kommunene vil det måtte lages nye utdanningsplaner. Med et anslått tidsbruk på 1 - 2 dagsverk per utdanningsplan vil en økning på 200 stillinger kreve omtrent 1 - 2 årsverk. Arbeidet vil være størst i kommunene, der det i de fleste kommunene er en eller et mindre antall LIS1.

### **Opprettelse av utdanningsstillinger**

Opprettelse av "øremerkede" utdanningsstillinger i allmennmedisin (ALIS) med ansettelse i stilling som LIS3/ALIS samtidig med ansettelse som LIS1 vil kreve økte personellressurser i forbindelse med ansettelsen av LIS1, men veies opp av at det ikke skal utlyses ALIS-stilling på senere tidspunkt. Planlegging av og etablering av stillinger vil kreve et samarbeid mellom kommuner med henblikk på hvor ALIS skal ansettes. Denne løsningens vurderes å være omtrent nøytral i forhold til tidsbruk og utgifter.

### **Bedre utnyttelse av legestillinger**

En bedre utnyttelse av tilgjengelige stillinger i helseforetak og kommune med utlysing av ledige stillinger som ikke er for LIS2/LIS3 som restplasser for LIS1 vil kreve flere utlysinger enn i dag, der eksempelvis en del allmennlegevikariater ikke nødvendigvis utlyses. Dette vil også kreve økt oppfølging av ledige stillinger. I helseforetakene utlyses i dag stillingene som postlege/LIS1-vikarer og det vurderes ikke å være økte administrative kostnader knyttet til utlysing. Det vil imidlertid være ressursbruk knyttet til veiledning og dokumentasjon av måloppnåelse.

### **Supervisjon og veiledning**

En økning av stillinger for LIS1 vil kreve mer tid til supervisjon og veiledning samt attesting og godkjenning av læringsmål. Med anslått tidsbruk i sykehus på 1 time per måned i 10 måneder og inntil 10 timer per år for dokumentasjon av veiledning og oppnådde læringsmål vil 200 LIS1-stillinger legge beslag på 20 timers arbeid per år hos veileder i sykehus. Supervisjonen av LIS1 er vanskeligere å anslå i sykehus i og med at RHFene har rapportert på utgifter, ikke medgått tid. Det er rimelig å anta at behovet for supervisjon er omtrent, eller litt høyere, enn i allmennpraksis. Med 3 timer supervisjon per uke i de ukene LIS1 er tilstede (47 uker) tilsvarer dette et ressursbehov på omtrent 160 timer/9% av et årsverk per LIS1, i alt 18,5 årsverk.

I kommunehelsetjenesten er det satt av 3 timer til supervisjon og veiledning i gjeldende avtale mellom KS/Oslo kommune og Legeforeningen. Normalt gis ca. 40 uker full veiledning og supervisjon hvilket til sammen utgjør 120 timer per år. Ved en økning på 200 stillinger tilsvarer dette et behov for omtrent 14 årsverk til supervisjon og veiledning.

I alt vurderes supervisjon og veiledning å legge beslag på omtrent 32,5 årsverk for 200 stillinger. På den andre siden vil et økt antall LS1 kunne avlaste LIS2/LIS3 og spesialister i deres arbeid og dermed frigjøres tid til blant annet opplæring og dokumentasjon av læringsmål. Fordelene med flere LIS1 som kan bidra til å løse arbeidsoppgavene i helsetjenesten vurderes samlet sett å oppveie tiden som medgår til

supervisjon og veiledning. Likeledes vil dette kunne bidra til å redusere arbeidstiden for leger og dermed også utgifter knyttet til utvidet arbeidstid og overtid.

### **Deltakelse på andre læringsarenaer i kommunehelsetjenesten**

Økt deltagelse på andre læringsarenaer i kommunen som for eksempel sykehjem, KAD/ØHD<sup>31</sup>, helsestasjon og legevakt vil bidra til å redusere behovet for kontorplasser på fastlegekontorene og muliggjøre opprettelse av flere stillinger i kommunene. Økt deltagelse i kommunal legevakt vil imidlertid øke behovet for bakvakt i henhold til akuttmedisinforskriftens §7 fra 1. januar 2020. Helsedirektoratet har ikke fått innspill på bruk av alternative læringsarenaer i kommunehelsetjenesten, men er kjent med kapasitetsutfordringer når det gjelder bakvakt for leger som ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriftens §7. Samtidig vil LIS1 kunne avlaste fastlegene i arbeidet på legevakt bidra til redusert arbeidstid for fastlegene.

### **Revisjon av læringsmålene for LIS1**

Revisjon av læringsmålene for LIS1 med formål å legge til rette for økning av stillinger for LIS1 gjennom bruk av flere læringsarenaer enn det er mulig med dagens læringsmål, vil kreve et større merarbeid i Helsedirektoratet, Legeforeningen og tjenestene både ved utarbeidelse og implementering. I alt anslås dette å ligge innenfor rammene av ¼-½ årsverk i Helsedirektoratet og tilsvarende i Legeforeningens spesialitetskomiteer og sekretariat.

---

<sup>31</sup> KAD/ØHD- plasser for kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold

# Vedlegg

- 1 Oppdraget fra departementet
- 2 Vekst i legeårsverk - i kommune- og spesialisthelsetjenesten
- 3 Vekst i antall I leger 2010-2017
- 4 Overgangsordninger for EU-leger
- 5 Antall nye legespesialister 2014-2017
- 6 LIS1- status for søknader og ansettelse
- 7 Kommunesektorens arbeidsgivermonitor
- 8 NAVs bedriftsundersøkelse
- 9 Helsedirektoratets vurdering av LIS1-stillinger 2014
- 10 Helsemod
- 11 KS rekrutteringsmodell
- 12 Nasjonal bemanningsmodell
- 13 Legeforeningens behovsvurderinger
- 14 Helse-Norge 2040
- 15 Faktisk utvikling i perioden 2000-2014 sammenlignet med framskrivninger fra 2002
- 16 Statistisk sentralbyrås nyeste framskrivninger og beregninger av legemarkedet
- 17 Pensjonsavgang
- 18 Oversikt over LIS1-stillinger høsten 2018
- 19 Kostnader til spesialistutdanning
- 20 Kostnader nye LIS1-stillinger

## Oppdraget fra helse- og omsorgsdepartementet



Helsedirektoratet  
Postboks 7000 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

16/4851-42

28. september 2018

### Vurdering av antall LIS1-stillinger

Helse- og omsorgsdepartementet viser til oppdrag under punkt 3.6.4 i Helsedirektoratets tildelingsbrev for 2018. Oppdraget lyder:

*Helsedirektoratet skal gjennomføre en fornyet vurdering av dimensjonering av antall LIS1 (tidligere turnus-) stillinger for leger, sett i lys av behovene i tjenestene og omleggingen av spesialistutdanning for leger.*

Helsedirektoratet gjennomførte i 2014 på oppdrag fra departementet en vurdering av behovet for turnusstillinger for leger. Oppdraget ble gitt blant annet som en følge av innspill fra Legeforeningen om behov for å øke antallet stillinger. Direktoratet konkluderte da med at det ikke var behov for flere stillinger. Bakgrunnen for dette var beregninger av framtidig behov for leger samt kartlegging av de faktiske og forventede behovene og kapasiteten i tjenestene. Departementet valgte da og siden å opprettholde det årlige antallet stillinger, slik det har vært fastsatt.

Departementet er kjent med at situasjonen og utfordringsbildet kan ha endret seg og ønsker en fornyet vurdering av antallet LIS1-stillinger, ref. også tidligere dialog rundt dette varslede oppdraget. Departementet har ved flere anledninger mottatt innspill fra ulike aktører om behov for og ønske om flere stillinger. Det er en kjensgjerning og vel dokumentert gjennom Helsedirektoratets halvårslige rapporter at presset på stillingene er stort, med et høyere antall søkere enn tilgjengelige stillinger. Dette mye grunnet det store antallet som studerer medisin i utlandet og utenlandske leger som ønsker stilling og påbegynne spesialisering i norsk helsetjeneste. Samtidig er det tjenestenes behov som primært må hensyntas. Direktoratet må gjøre vurderinger og komme med tilrådning om hensiktsmessig dimensjonering av antallet LIS1-stillinger i tjenestene.

Vi ønsker å konkretisere enkelte premisser som må ligge til grunn for direktoratets gjennomføring av oppdraget og tydeliggjøre frist for gjennomføring.

Postadresse  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo  
postmottak@hod.dep.no

Kontoradresse  
Teatergt. 9  
www.hod.dep.no

Telefon\*  
22 24 90 90  
Org no.  
983 887 406

Avdeling  
Spesialisthelsetjenesteavdelingen

Saksbehandler  
Jon Espelid  
22 24 66 45

### Konkretisering av nytt oppdrag

Antallet LIS1-stillinger må være basert på tjenestenes faktiske behov. Dette er ikke minst viktig nå når turnusstillingene har blitt omgjort til LIS1-stillinger og er starten på spesialistutdanningen for leger. Antallet stillinger bør også være innrettet slik at de bidrar til at det blir utdannet et tilstrekkelig antall spesialister i Norge. Samtidig er ikke øvrige spesialistutdanningsstillinger – de kommende LIS2 og LIS3-stillingene – regulert nasjonalt med hensyn til dimensjonering. De vurderes og fastsettes primært regionalt og lokalt, og har et betydelig innslag av mobilitet på tvers av både regioner og landegrenser. Vurderingene må søke å ta opp i seg dette virkelighetsbildet. Vurderingene må også ta opp i seg ressurs- og kapasitetssituasjonen i tjenestene, da stillingene legger beslag på betydelige ressurser, blant annet til veiledning.

Direktoratet må basere sin vurdering på følgende:

- Kartlegging av eksisterende behov for LIS1-stillinger i tjenestene
- Kartlegging/vurdering av forventede behov for LIS1-stillinger i tjenestene i årene framover
- Kartlegging av ressursbruken og faktiske kostnader tilknyttet LIS1-stillinger
- Kartlegging av kapasiteten i tjenestene til å ta imot og veilede LIS1-leger
- Vurderinger og beregninger av framtidig behov for spesialister (her vil tilgrensende arbeid med den årlige rapport over legestillingsmarkedet tangere)
- Vurderinger av alternative måter å evt. øke kapasitet og/eller gjennomstrømming.

Direktoratet må sikre at relevante aktører, herunder tjenestene og Legeforeningen, blir involvert i og får anledning til å gi innspill til arbeidet på egnet måte.

Frist for gjennomføring av oppdraget er 17. desember 2018.

Med hilsen

Anne-Mette Ullahammer (e.f.)  
avdelingsdirektør

Jon Espelid  
seniorrådgiver

*Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer*

Kopi

Den norske legeforening  
Helse Midt-Norge RHF  
Helse Nord RHF  
Helse Sør-Øst RHF  
Helse Vest RHF  
Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon

## Vedlegg 2

### Vekst i legeårsverk - i kommune- og spesialisthelsetjenesten

For å følge med på utviklingen i leger i Norge utgir Helsedirektoratet en årlig rapport som analyserer sentrale elementer i utviklingen i legeårsverk og antall leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten<sup>32</sup>.

For kommunene og spesialisthelsetjenesten samlet, var det en økning på 851 legeårsverk i 2017, tilsvarende 4,0 prosent. Dette var en økning på 238 årsverk (4,3 %) i kommunene, og 613 årsverk (3,9 %) i spesialisthelsetjenesten. Den totale tilveksten var relativt høy både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Vi må tilbake til 2012, året da samhandlingsreformen trådte i kraft, for å finne en høyere prosentvis vekst i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

I hele perioden fra 2011 til 2017 har det vært en økning på 3 394 legeårsverk i spesialisthelsetjenesten, mot 986 årsverk i kommunehelsetjenesten. Det innebærer en økning på hele 26,5 prosent i spesialisthelsetjenesten<sup>33</sup>, og en økning på 20,4 prosent i kommunehelsetjenesten.

Tabell 1. Årsverksutviklingen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. 2011, 2013-2017.

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

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

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

<sup>32</sup> Helsedirektoratet, 2017. Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten - Rapport 2017 IS-2679, Oslo: Helsedirektoratet.

<sup>33</sup> Merk at økningen i spesialisthelsetjenesten i 2015 er høyere enn den reelle økningen dette året - se fotnote under tabell 26.

## Vedlegg 3

### Vekst i antall I leger 2010-2017

SSBs statistikk for personer i arbeidsstyrken med medisinerutdanning vises i nedenstående tabell. Ifølge SSB er det ca. 4 000 av disse som ikke jobber innen helse- og sosialtjenester.

*Tabell 1. Antall nye spesialister, fordelt på godkjenning etter norske regler og konverteringer etter internasjonale avtaler. 2014-2017.*

|                                               | 2010          | 2011          | 2012          | 2013          | 2014          | 2015          | 2016          | 2017          |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Leger totalt (med og uten spesialitet)</b> | 23 722        | 24 130        | 24 934        | 25 650        | 26 499        | 27 143        | 27 927        | 28 945        |
| <b>Leger uten spesialitet</b>                 | 11 446        | 11 442        | 11 977        | 12 331        | 12 614        | 13 051        | 13 512        | 13 716        |
| <b>(hvorav registrert arbeidsledige)</b>      | 81            | 71            | 82            | 99            | 108           | 134           | 136           | 154           |
| <b>Leger med spesialitet</b>                  | 12 276        | 12 688        | 12 957        | 13 319        | 13 885        | 14 092        | 14 415        | 15 229        |
| <b>(hvorav registrert arbeidsledige)</b>      | 11            | 7             | 4             | 4             | 6             | 10            | 7             | 6             |
| <b>Leger totalt (med og uten spesialitet)</b> | <b>23 722</b> | <b>24 130</b> | <b>24 934</b> | <b>25 650</b> | <b>26 499</b> | <b>27 143</b> | <b>27 927</b> | <b>28 945</b> |

## Overgangsordninger for EU-leger

Frem til mars 2019 kan leger med autorisasjon på bakgrunn av utdanning fra annet EU/EØS-land med integrert praksis starte direkte som lege i spesialisering (LIS) uten krav til LIS1/turnus. Opphør av denne ordningen vil være en av faktorene som kan påvirke dimensjoneringen av antall LIS1-stillinger, i og med at denne gruppen ikke lenger kan starte direkte i LIS2/LIS3, men må starte med LIS1.

Tabell 1 viser at det i perioden 2014-2017 i gjennomsnitt var ca. 135 leger som benyttet seg av overgangsordningen. Det framgår av tabellen at antallet har vært fallende i hele perioden 2014-2017.

*Tabell 1. Antall leger ansatt som fastleger eller sykehusleger i perioden 2014 til 2017 som er tilsatt under overgangsordninger som bortfaller fra 1.3.2019.*

| År                        | 2014       | 2015       | 2016       | 2017      | Totalsum   | Gj.snitt   |
|---------------------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|
| <b>Ansatt fastlege</b>    | 45         | 34         | 14         | 6         | 99         | 25         |
| <b>Ansatt sykehuslege</b> | 169        | 114        | 92         | 68        | 443        | 111        |
| <b>Totalsum</b>           | <b>214</b> | <b>148</b> | <b>106</b> | <b>74</b> | <b>542</b> | <b>136</b> |

Kilde: Helsedirektoratet, LSR uttrekk juni 2018, Fastlegeregisteret uttrekk oktober 2018 og HPR uttrekk i desember 2018.

## Antall nye spesialister 2014-2017

En spesialist kan ha godkjenning i flere spesialiteter. Det er svært vanlig at man får godkjenning i både hoved- og grenspesialitet samme året eller innenfor relativt kort tidsrom. Totalt antall nye spesialistgodkjenninger pr år vil derfor ligge noe høyere enn totalt antall nye spesialister. I perioden 2014 til 2017 ble det i gjennomsnitt godkjent 1022 nye legespesialister pr år og det ble gitt 1232 nye spesialistgodkjenninger pr år.

Tabell 1 viser antall nye spesialister i perioden 2014 til 2017. I denne perioden ble det godkjent mellom 854 og 1407 nye spesialister årlig. Med "konvertering" menes automatisk godkjenning av harmoniserte legespesialiteter fra EØS-land som er omtalt i punkt 5.1.3 i Yrkeskvalifikasjonsdirektivet (Direktiv 2005/36/EF), eller godkjenning etter Nordisk overenskomst artikkel 15<sup>34</sup>.

Tabell 1. Antall nye spesialister, fordelt på godkjenning etter norske regler og konverteringer etter internasjonale avtaler. 2014-2017.

|                        | 2014       | 2015       | 2016       | 2017        | Totalt<br>2014-2017 | Gjennomsnit<br>t 2014-2017 |
|------------------------|------------|------------|------------|-------------|---------------------|----------------------------|
| <b>Norsk regelverk</b> | 709        | 630        | 671        | 1086        | 3096                | 774                        |
|                        | 74 %       | 73 %       | 79 %       | 77 %        | 76 %                | 76 %                       |
| <b>Konvertert</b>      | 253        | 236        | 183        | 321         | 993                 | 248                        |
|                        | 26 %       | 27 %       | 21 %       | 23 %        | 24 %                | 24 %                       |
| <b>Totalt antall</b>   | <b>962</b> | <b>866</b> | <b>854</b> | <b>1407</b> | <b>4089</b>         | <b>1022</b>                |

Kilde: Helsepersonellregisteret. Førstegangsspesialistgodkjenninger. Resertifiseringer er ekskludert. Uttrekk 1.12.2018.

Tabell 2 viser antall nye spesialistgodkjenninger i perioden 2014 til 2017, samt antall og andel av nye spesialistgodkjenninger som er konvertert. De siste fire årene har det blitt gitt mellom 1 059 og 1 688 spesialistgodkjenninger årlig.

Tabell 2. Antall nye spesialistgodkjenninger, fordelt på godkjenning etter norske regler og konverteringer etter internasjonale avtaler. 2014-2017. En lege kan få flere godkjenninger.

|                        | 2014         | 2015         | 2016         | 2017         | Totalt<br>2014-2017 | Gjennomsnit<br>t 2014-2017 |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|----------------------------|
| <b>Norsk regelverk</b> | 877          | 783          | 865          | 1 352        | 3 877               | 969                        |
|                        | 76 %         | 76 %         | 82 %         | 80 %         | 79 %                | 79 %                       |
| <b>Konvertert</b>      | 271          | 250          | 194          | 336          | 1 051               | 263                        |
|                        | 24 %         | 24 %         | 18 %         | 20 %         | 21 %                | 21 %                       |
| <b>Totalt antall</b>   | <b>1 148</b> | <b>1 033</b> | <b>1 059</b> | <b>1 688</b> | <b>4 928</b>        | <b>1232</b>                |

Kilde: Helsepersonellregisteret. Resertifiseringer er ekskludert.

<sup>34</sup> Godkjenninger etter norske regler kan inkludere spesialister utdannet utenfor Norden og EØS, samt spesialister utdannet i Norden og EØS, men innenfor en spesialitet som ikke gir rett til automatisk godkjenning. Allmennmedisin, medisinsk genetikk og onkologi kan ikke konverteres etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet, men kan konverteres etter nordisk overenskomst (onkologi og medisinsk genetikk finnes i vedlegg 5 punkt 5.1.3. i yrkeskvalifikasjonsdirektivet, men Norge er ikke nevnt for disse spesialitetene). Det er kun grenspesialiteten bryst- og endokrinkirurgi som ikke kan konverteres automatisk etter nordisk overenskomst eller yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

Det høye antallet i 2017 på 1 688 spesialistgodkjenninger og 1407 nye spesialister, har sin forklaring i at Helsedirektoratet høsten 2017 satte inn en ekstra innsats for å korte ned saksbehandlingstiden og køen av leger som ventet å spesialistgodkjenning.

Tabell 2 viser at om lag 20 % av alle spesialistgodkjenninger i 2017 ble gitt på bakgrunn av en konvertering. Denne andelen er noe høyere enn den var i 2016, og noe lavere enn den var i 2014 og 2015. Det er altså ikke noe entydig mønster fra år til år. Når vi ser hele fireårsperioden under ett, er andelen konverteringer 21 %. Tilsvarende tall for antall nye spesialister, viser at om lag 24 % av alle nye spesialister var leger med spesialistutdanning gjennomført i et annet EU-land.

At en lege har fått konvertert spesialistgodkjenningen sin i Norge, betyr ikke nødvendigvis at legen faktisk arbeider i Norge. Gebyret for konvertering av spesialistutdanning er 4 500 kroner for en hovedspesialitet og 3 000 kroner for en grenspesialitet. Vi kan derfor anta at mange av legene som konverterer sin spesialitet har en intensjon om å jobbe i Norge, selv om vi ikke vet om de arbeider i Norge eller *hvor lenge* disse legespesialistene planlegger å jobbe i Norge.

Tabell 3 viser antall spesialister, på bakgrunn av en konvertering fra et annet EØS-land i perioden 2014 til 2017.

Tabell 3. Antall nye spesialister gitt på bakgrunn av en konvertering fra annet EØS-land i perioden 2014-2017.

| År                   | 2014       | 2015       | 2016       | 2017       | Totalsum   | Gj.snitt   |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Danske</b>        | 50         | 39         | 42         | 74         | 205        | 51         |
| <b>Svenske</b>       | 120        | 99         | 76         | 145        | 440        | 110        |
| <b>Andre EU-land</b> | 83         | 98         | 65         | 102        | 348        | 87         |
| <b>Totalsum</b>      | <b>253</b> | <b>236</b> | <b>183</b> | <b>321</b> | <b>993</b> | <b>248</b> |

Kilde: Helsepersonellregisteret. Sistegangs-godkjenninger. Resertifiseringer er ekskludert. Uttrekk 1.12.2018.

Tabell 4. viser antall leger som har fått spesialistgodkjenning, på bakgrunn av en konvertering i perioden 2014 til 2017, som er tilsatt i jobb som fastlege eller sykehuslege pr oktober 2018. Antallet leger i arbeid er betydelig lavere enn antallet som konverterer en spesialistgodkjenning.

Tabell 4 Antall leger ansatt pr oktober 2018 med konvertert spesialistgodkjenning fra andre EU-land, i perioden 2014-2017.

| Konvertert i år           | 2014      | 2015      | 2016      | 2017      | Totalsum   | Gj.snitt  |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| <b>Ansatt fastlege</b>    | 3         | 3         | 3         | 4         | 13         | 3         |
| <b>Ansatt sykehuslege</b> | 49        | 45        | 39        | 46        | 179        | 45        |
| <b>Totalsum</b>           | <b>52</b> | <b>48</b> | <b>42</b> | <b>50</b> | <b>192</b> | <b>48</b> |

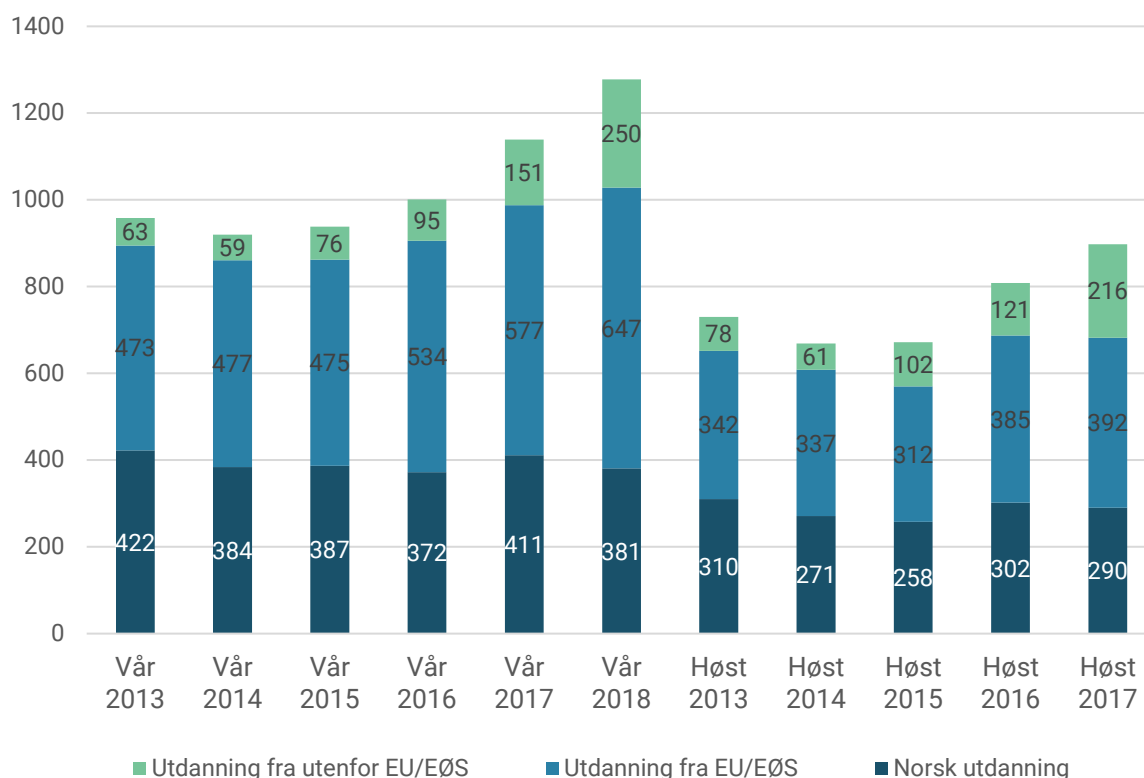
## Status for søknader og ansettelse i LIS-1 stillinger

Nedenfor presenteres noe av statistikken for søknadsrundene etter omlegging til søknadsbasert turnus og siden LIS1, i alt 11 utlysingsrunder.

Figur 1 viser søkere til LIS1-stillinger. Det er alltid flest søkere i søknadsrunden om våren, med oppstart i LIS1-stilling om høsten. Dette kan forklares med at det er flere leger som avslutter sine studier om sommeren enn om vinteren. De senere årene har det vært en økning i søkere med utdanning i og utenfor EU/EØS. For søkere med norsk utdanning er antall søkere relativt stabilt.

Tabell 1 viser oversikt over både søkere og ansatte. Ser vi på hvem som blir ansatt i LIS1-stillinger, viser tallene at det er et relativt konstant antall søkere som ansettes hvert år med utdanning fra Norge, utenfor EU/EØS og innenfor EU/EØS. Når antallet søkere med utdanning i og utenfor EU/EØS øker, vil andelen av ikke tilsatte søkere øke mest i disse gruppene og akkumulere seg over tid.

### Søkere fordelt på utdanningsland



Figur 1. Søkere fordelt på utdanningsland. Første til åttende søknadsrunde for turnusstillinger og første til tredje søknadsrunde for LIS1-stillinger. Kilde: Helsedirektoratets statusrapporter for turnus- og LIS1-stillinger.

Tabell 1. Søkere, tilsatte og ikke-tilsatte, fordelt på utdanningsland, samt andel tilsatt og andel av søkere.

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

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

## Kommunesektorens arbeidsgivermonitor

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

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

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

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

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

Tabell 1. Kommunenes vurdering av hvor utfordrende det er å rekruttere leger, fordelt på fylke. Fra Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017 (KS).

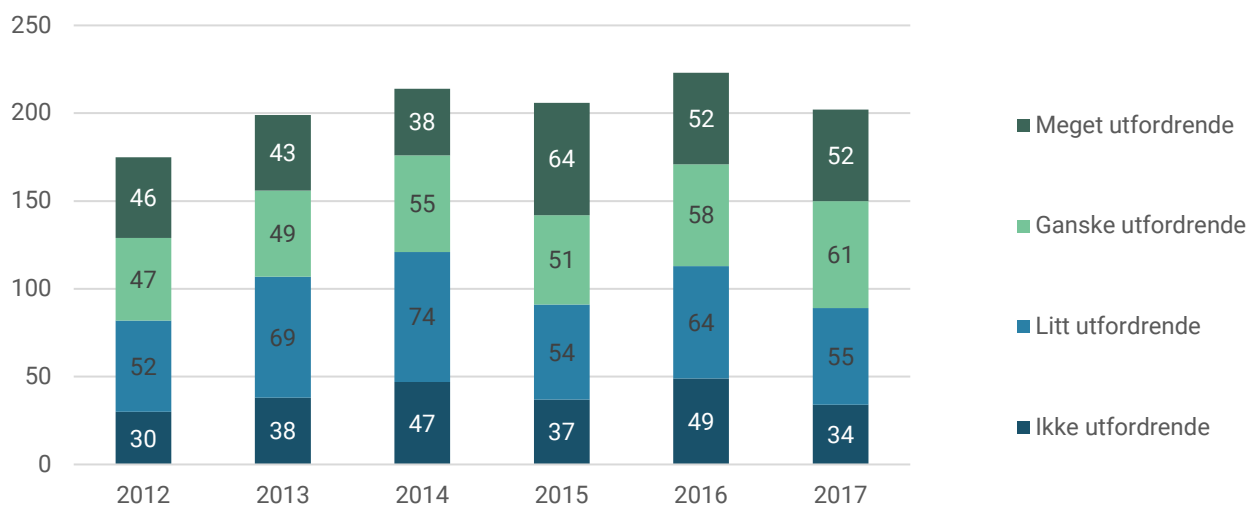
|                  | Ikke utfordrende | Litt utfordrende | Ganske utfordrende | Meget utfordrende | Antall vurderinger |
|------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| Akershus         | 3                | 6                |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

Kilde: Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017.

Figur 1 og tabell 2 viser hvor utfordrende kommunene har vurdert at det har vært å rekruttere leger i perioden fra 2012 til 2017. Antall kommuner som har gjort en vurdering varierer mellom 175 og 223. For å kunne sammenligne årene har vi regnet ut prosentandeler, som vist i tabell 1, men antallet respondenter er såpass lavt at vi bør være forsiktige med tolkningene. Det er uansett vanskelig å se et tydelig utviklingsmønster.

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

## Kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det er å rekruttere leger



Figur 1. Kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det er å rekruttere leger, 2012-2017. Kilde: Kommunesektorens arbeidsgivermonitorer 2012-2017.

Tabell 2. Kommunenes vurdering av hvor utfordrende det er å rekruttere leger. 2012-2017.

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

Kilde: Kommunesektorens arbeidsgivermonitorer 2012-2017.

## NAVs bedriftsundersøkelse

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

### Rekrutteringsutfordringer i kommunehelsetjenesten

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

Tabell 1. Estimert behov for allmennpraktiserende leger. Tall hentet fra NAVs bedriftsundersøkelse.

|                                   | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Allmennpraktiserende leger</b> | -    | -    | -    | 50   | 50   | 50   | 200  |

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

### Rekrutteringsutfordringer i spesialisthelsetjenesten

Som nevnt trekkes utvalget i NAVs bedriftsundersøkelse tilfeldig fra Bedrifts- og foretaksregisteret, men alle virksomheter med mer enn 100 ansatte i helse- og sosialtjenester er inkludert, slik at de fleste sykehus/helseforetak vil inkluderes. Tabell 2 viser den estimerte mangelen på legespesialister i perioden 2012 til 2018. Vi ser at den estimerte mangelen har variert noe i perioden, uten at det kan sees et tydelig utviklingsmønster. I 2018 er mangelen estimert til å være 500 legespesialister. Merk at dette er et estimat, der den reelle mangelen med 95 prosents sikkerhet ligger mellom 336 og 659 legespesialister.

Tabell 2. Estimert mangel på legespesialister, NAVs bedriftsundersøkelse. 2012-2018.

|                         | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Legespesialister</b> | 650  | 300  | 400  | 600  | 500  | 550  | 500  |

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

## Helsedirektoratets utredning i 2014

Helsedirektoratets kartlegging og vurdering av antall turnusstillinger i 2014 viste at 950 stillinger ville være tilstrekkelig til å dekke etterspørselen fram mot 2026. I vurderingen gikk Helsedirektoratet ut i fra en høy årlig rekruttering av legespesialister fra utlandet og en betydelig lavere vekst i antall nye legestillinger pr år enn den faktiske utviklingen tilsier.

Helsedirektoratets beregning av antall turnusstillinger i 2014 tok utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås (SSBs) framskrivningsmodell HELSMOD fra 2012 som framskrev behovet ut fra data fra 2010.

Med framskrevet vekst på 460 stillinger per år, en pensjonsavgang på 560 leger per år og en årlig rekruttering av ca. 350 spesialister fra utlandet ble estimert behov for turnusleger ble beregnet til 668 stillinger, som følger:

Tabell 1. Framskrevet behov for nye turnusstillinger i 2014.

| Kilde                 | Spesifisering                                                   | Antall |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|--------|
| <b>Helsemod</b>       | Nettovekst antall leger per år til 2035 (referansealternativet) | 460    |
| <b>Notat 1.6.2011</b> | Pensjonsavgang pr år                                            | 560    |
|                       | <b>Bruttobehov leger</b>                                        | 1020   |
| <b>Legeforeningen</b> | Konverterte spesialister (EØS/EU), snitt 2001-2013              | 352    |
|                       | <b>Nettobehov leger/ antall turnusstillinger</b>                | 668    |

Det høyeste etterspørselsalternativet i HELSMOD 2012 framskrev en vekst på 640 leger pr år. Dette ville gitt et nettobehov på 848 leger pr år. Også med det høyere anslaget ble det vurdert at 950 turnusstillinger være tilstrekkelig for å dekke etterspørselen frem mot 2016.

Beregningene fra Helsemod 2012 viste at det ville bli et økende behov for leger i framtiden, blant annet grunnet demografiske endringer, økonomisk utvikling og sykdomsutvikling. Ved hjelp av to ulike beregninger kom Helsedirektoratet fram til at behovet vil være mellom 600-700 nye leger årlig, hvorav et av alternativene inkluderte et beregnet behov på i underkant av 2000 spesialister i allmennmedisin fram mot 2026. Den totale etterspørselsveksten ble beregnet til å være 73 prosent eller 8301 sysselsatte fram mot 2026, tilsvarende omtrent 700 sysselsatte årlig fram mot 2026. I vedlegg 10 gis mer informasjon om de ulike senarioene i Helsemod.

## Helsemod

Helsemod er et planleggingsverktøy som benyttes til framskrivninger av tilbud av og etterspørsel etter helse- og sosialpersonell. Statistisk sentralbyrå hatt ansvar for vedlikehold og videreutvikling av modellen siden midten av 1990-tallet. Modellen er i ferd med å revideres, og nye framskrivninger forventes i løpet av 2019.

Framskrivningene illustrerer hvordan markedssituasjonen kan bli under gitte forutsetninger og må tolkes med forsiktighet. Det blir presentert flere alternativer, og av disse betegnes ett alternativ på tilbudssiden og ett på etterspørselssiden som referansebaner. Flytting av helsepersonell inn og ut av landet inngår ikke i modellen (Statistisk sentralbyrå, 2012).

På etterspørselssiden tar **referansebanen** utgangspunkt i forventet befolkningsvekst i tillegg til en standardheving. I noen alternativer beregnes omfordeling av ressurser mellom tjenesteområder. Det er i tillegg utarbeidet to alternative baner for samlet etterspørselsvekst, der det laveste alternativet kun er basert på den veksten som følger av befolkningsutviklingen og det høyeste innebærer en årlig vekst utover dette. Det er også laget alternative baner for utviklingen på tilbudssiden, men ikke i så stor grad som for etterspørselssiden (Statistisk sentralbyrå, 2012).

### Helsemod 2012

Helsemod fra 2012 tok utgangspunkt i statistikk fra 2010, der tilbudet på leger var 22 660. Det ble tatt utgangspunkt i en økonomisk vekst fram mot 2035. Det var mange usikre variabler, herunder mulig redusert arbeidsinnvandring og en normalisering av arbeidstiden. Antagelsen i Helsemod 2012 var også at det ville bli en reduksjon i stillingene i spesialisthelsetjenesten. I denne modellen beregnet man at det ville være noe overskudd av leger i begynnelsen av perioden, og en svak underdekning av leger i 2035.

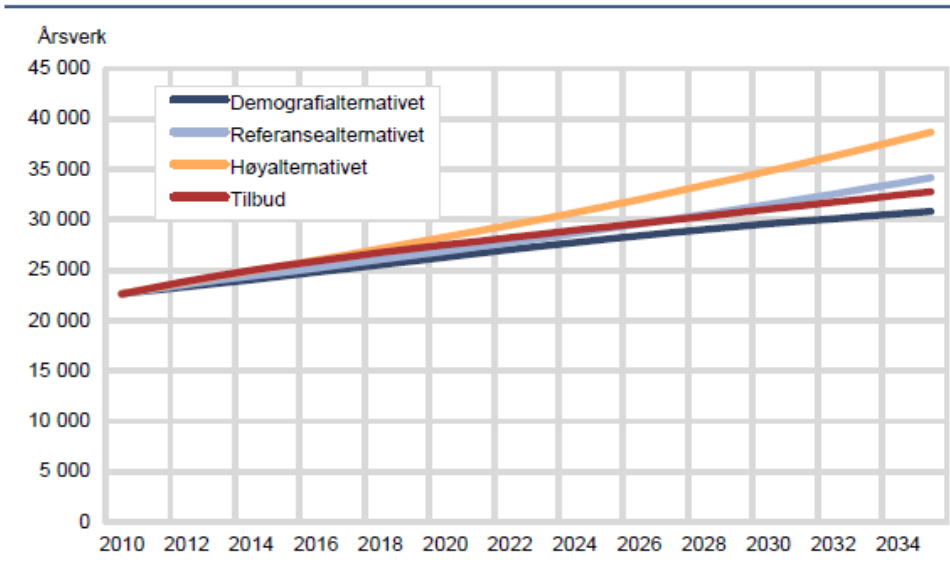
Helsemod 2012 viser framskrivninger for fire ulike beregningsmetoder; 1) demografialternativet, 2) referansealternativet, 3) høyalternativet og 4) Samhandlingsreformen. Dette er vist i figur 1. Demografialternativet viser behovet dersom kun demografisk endringer, som f.eks. befolkningsvekst og endringer i alderssammensetningen, endres. Referanse- og høyalternativet viser behovet dersom en forutsetter henholdsvis moderat og høy økonomisk vekst i tillegg til de demografiske endringene. Beregninger gjort med referansealternativet viste et behov for i underkant av 11.500 årsverk fram mot 2035. Dette tilsvarer et behov på omtrent 460 legeårsverk årlig. For høyalternativet var behovet antatt å være 16.000 årsverk fram mot 2035, eller omtrent 640 årsverk årlig. Gitt høyalternativet ville det etter Helsemod 2012 være en underdekning av leger på 6000 årsverk i 2035.

Tabell 1. Prosentvis vekst 2010-2035

| År 2010 | Demografi-<br>alternativet | Referansebanen | Høyalternativet | Samhandlings-<br>reformen |
|---------|----------------------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| 22 660  | 36 %                       | 51 %           | 71 %            | 47 %                      |

I framskrivningene er det lagt til grunn at den befolkningsmessige og teknologiske utviklingen fører til et økt behov for legespesialister. Som det fremgår nedenfor av figur 1 er framskrevet behov i 2018 omtrent likt framskrevet tilbud av leger.

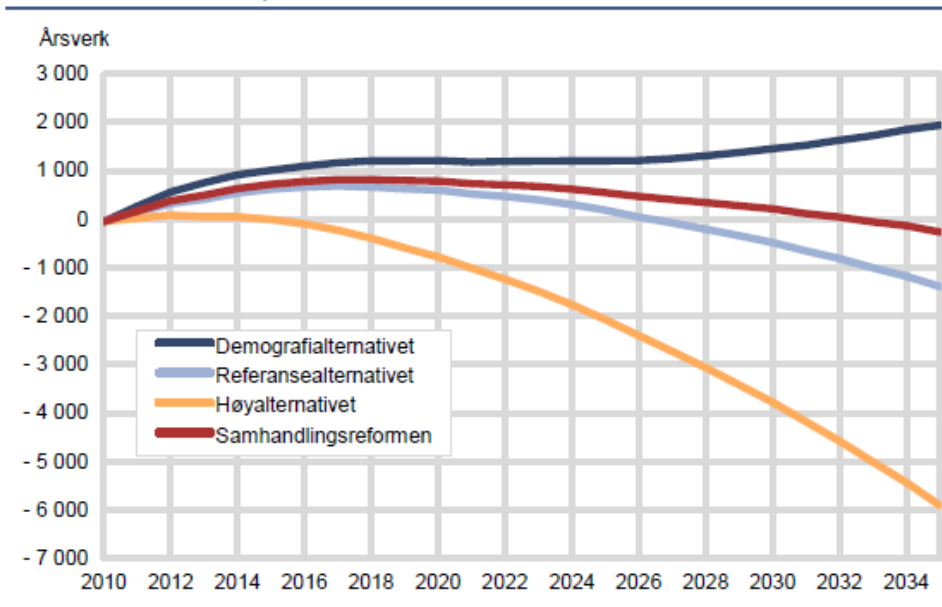
Figur 6.18a. Tilbud og etterspørsel for leger ifølge ulike beregninger med HELSEMOD, 2010-2035. Normalårsverk



Figur 1 Helsemod 2012 tilbud og etterspørsel for leger.

I Helsemod 2012 er det også utregnet en alternativ modell med en reduksjon og normalisering av arbeidstid for leger. Dette er vist i figur 2. Etter disse framskrivningene vil normalisering av arbeidstiden for leger kunne medføre mangel på legearbeidskraft. Gitt referansealternativet vil en normalisering av arbeidstiden føre til en underdekning på over 4 500 årsverk i 2035. I 2018 ble dette beregnet til 2 000 årsverk.

Figur 6.18b. Balanse mellom tilbud og etterspørsel for leger ifølge ulike beregninger med HELSEMOD, 2010-2035. Normalårsverk



Figur 2 Helsemod 2012 balanse mellom tilbud og etterspørsel for leger.

## KS rekrutteringsmodell

Behovet for ansatte er estimert å øke med 11,2 prosent frem mot 2028. Dette tilsvarer en økning på ca. 53.000 personer. Behovet for ansatte forventes dermed å øke noe raskere enn behovet for årsverk. Dette skyldes, som nevnt, at helse- og omsorgssektoren, en sektor der de ansatte har relativt lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse, forventes å vokse markant. Behovet for ansatte i denne sektoren forventes å vokse med 26,4 prosent, noe som tilsvarer omtrent 54.000 personer. Denne sektoren utgjorde ved inngangen til 2018 i underkant av 43 prosent av alle ansatte i kommuner og fylkeskommuner. Dette forventes å øke med nesten 6 prosentpoeng frem mot 2028.

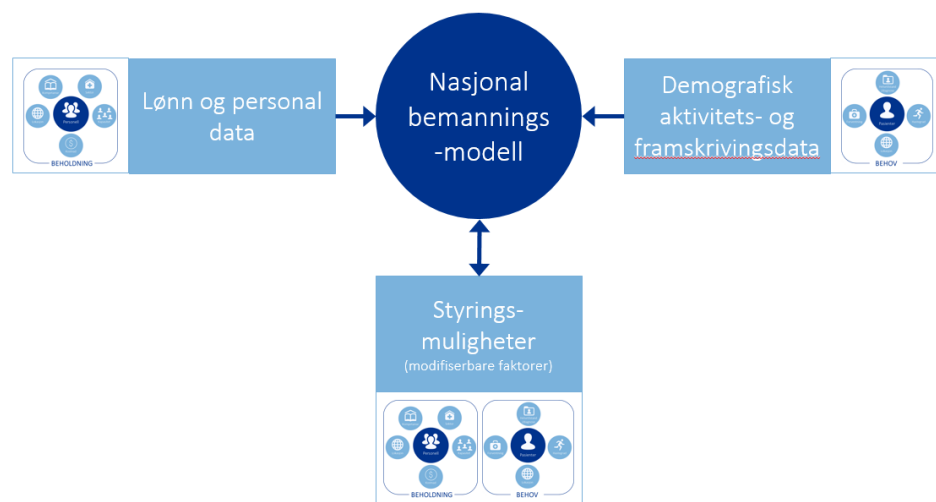
I modellen inngår leger som en del av en større yrkesgruppe, *Høyere universitetsutdanning i helse- og omsorg*. Av denne gruppen utgjør leger ca. 30 prosent av alle årsverkene per 1. desember 2017. Med antagelse om samme andel leger i yrkesgruppen om ti år, vil dette tilsi en endring fra ca. 1530 legeårsverk i dag til 1840 legeårsverk da, som innebærer en økning på omtrent 20 prosent. Modellen tar hensyn til befolkningsutviklingen, men ikke til forhold som er spesifikke for leger. Dette kan være endringer i arbeidsoppgaver, krav om nye tjenester eller potensiale for digitalisering.

Leger har høyere turnover (andelen som var ansatt i kommunal sektor i 2016, men ikke i 2017) enn andre ansatte i kommunal sektor. Turnover var i 2016-2017 22,4 prosent for leger mot 12,1 prosent for sektoren som helhet. Men mange av de som ansettes er ikke nye i sektoren. Ved å se på leger som var ansatt i 2017 og i perioden 2013-2015, men *ikke* i 2016, ser vi at ca. 10 prosent av «nyansatte» i 2017 er leger som returnerer til kommunal sektor. Dette er langt høyere enn for den kommunale sektoren som helhet. Det årlige rekrutteringsbehovet av leger uten nyere ansettelse i kommunal sektor blir dermed rundt 10 prosent av det antallet som til enhver tid er ansatt.

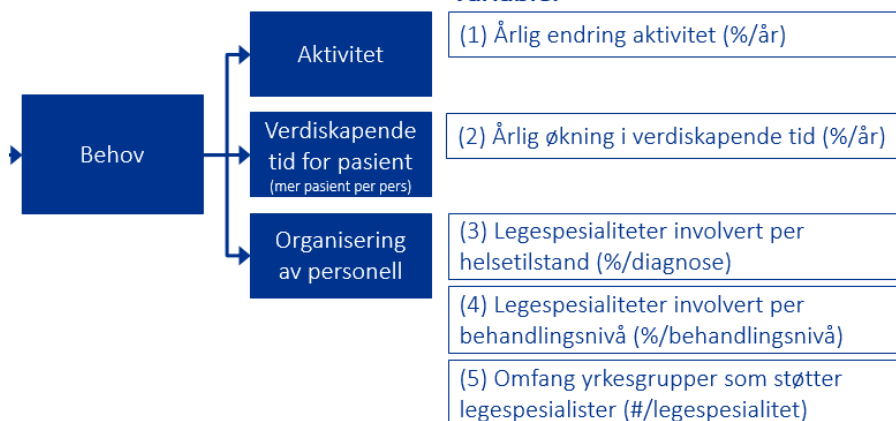
Dette tallet inkluderer kun kommunalt ansatte. Det er vanlig at næringsdrivende leger har en mindre stilling i kommunen. Disse vil i våre data være inkludert med sin kommunale stilling, men ikke med den delen av årsverket de yter som næringsdrivende.

## Nasjonal bemanningsmodell

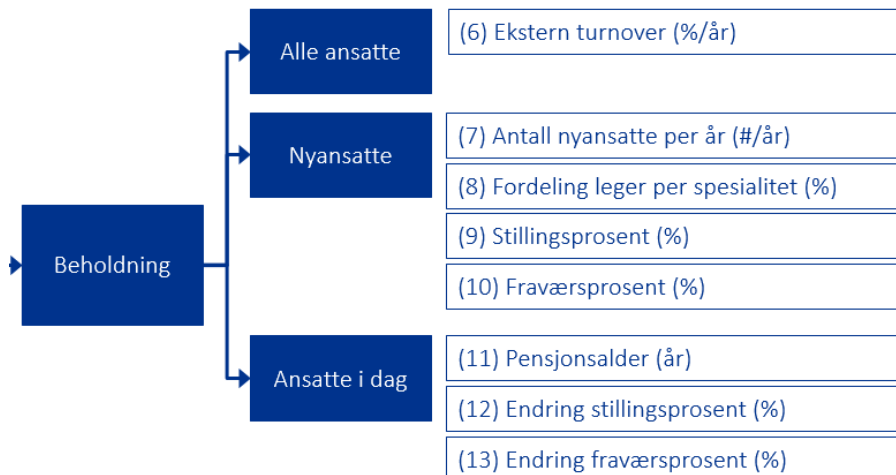
Nasjonal bemanningsmodell (NBM) er en felles framskrivings modell for personell- og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten for alle RHF/HF. Modellen er utviklet av Helse Vest. NBM kan brukes både regionalt og nasjonalt for spesialisthelsetjenesten.



### Variabler



### Variabler



Figur 1 Nasjonal bemanningsmodell.

## Legeforeningens behovsvurderinger

I forbindelse med Helsedirektoratets kartlegging har vi mottatt innspill fra Legeforeningen, der det framskrives et økende behov for spesialister. Behovet for nye spesialister estimeres med utgangspunkt i:

- spesialistgodkjenninger per år
- avganger per år
- faktisk etterspørselsvekst
- anslått etterspørselsvekst (eksisterende prognoser)

I følge Legeforeningens beregninger er antallet spesialistgodkjenninger i gjennomsnitt 1302 per år de siste tre årene og avganger per år er 500 eller mer når pensjonsavganger, uførhet, sykdom og død inkluderes. Overgang til ikke-kliniske funksjoner, andre yrker eller pensjonering ved lavere alder kan ifølge Legeforeningen føre til høyere tall.

Legeforeningen tar utgangspunkt i en observert vekst i legeårsverk på:

- 600 per år de siste fem årene i spesialisthelsetjenesten
- 238 legeårsverk siste år i kommunehelsetjenesten

Legeforeningen anslår årlig behov for spesialister på 1500 eller mer når forventet avgang på ca. 500 er tatt med i beregningene. Denne beregningen bygger på faktisk etterspørselsvekst og observert vekst i antall legeårsverk.

Legeforeningen vurderer de følgende etterspørselsalternativer som mest realistiske:

- SSBs Helsemod fra 2010/2012, høyalternativet
- Norsk Samfunnsøkonomisk Analyses rapport "Helse-Norge 2040", alternativet "Konkurransedyktig velferd 2040"

Legeforeningen har tidligere estimert et behov for 500 nye leger per år i kommunehelsetjenesten. Dette skal dekke opp for pensjonsavgang og annen avgang, for befolkningsvekst, for er nødvendig reduksjon i arbeidsbelastningen (kortere arbeidsdager og kortere listelengde) og for overføring av nye oppgaver til kommunehelsetjenesten. En arbeidsgruppe som springer ut av trepartssamarbeidet arbeider med å estimere behovet for allmennleger i spesialisering frem mot 2030. En rapport er forventet før årsskiftet, tallgrunnlaget og funnene vil være relevante også for arbeidet med dimensjonering av antallet LIS 1-stillinger. Basert på forholdene beskrevet over kan behovet for spesialister har Legeforeningen estimert behovet for på følgende måte:

Tabell 1 Estimert behov for spesialister.

| Spesifisering                                                   | Antall        |
|-----------------------------------------------------------------|---------------|
| Inndekning av forventet årlig avgang (spesialisthelsetjenesten) | >370          |
| Inndekning av forventet årlig avgang (allmennmedisin)           | >130          |
| Årlig vekstbehov i spesialisthelsetjenesten                     | 600           |
| Årlig vekstbehov i kommunehelsetjenesten                        | Minst 500     |
| Overgang til ikke klinisk virksomhet eller andre yrker          | ?             |
| <b>Årlig behov for spesialister</b>                             | <b>1 600+</b> |

#### Kommentarer fra Legeforeningen:

Legeforeningen viser til notat overlevert den 12. november 2018 vedrørende estimert behov for leger. Det fremgikk av tall og tabell et årlig vekstbehov i kommunehelsetjenesten på vel 350 leger. Vi er kjent med at anslaget fra trepartssamarbeidet antageligvis vil ligge en god del høyere. Vi anbefaler at Helsedirektoratet. innhenter tallanslaget fra trepartssamarbeidet.

#### **Årlig behov for nye LIS1:**

Legeforeningen har likeledes framskrevet behovet for LIS1-stillinger dersom Norge skulle være selvforsørget med spesialister i dagens situasjon og ved et estimert behov på 1500 nye spesialister per år.

*Tabell 2 Framskrevet behov for LIS1-stillinger.*

| Spesialistgodkjenninger pr år | LIS1-stillinger per år | Udekket behov pr år |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>1300</b>                   | 950                    | 350                 |
| <b>1500</b>                   | 950                    | 550                 |

Ifølge Legeforeningens beregninger må antallet LIS1-stillinger må økes med minst 200, fra 950 til 1150, for å sikre riktig kapasitet og god kvalitet i helsetjenesten. Legeforeningens utgangspunkt er at Norge bør tilstrebe å være tilnærmet selvforsynt med spesialister både for å ivareta kvalitet i tjenestene, sikre forutsigbarhet og oppfylle våre forpliktelser i henhold til WHO's internasjonale kode for etisk rekruttering av helsepersonell. En slik økning vil allikevel ikke dekke behovet helt, og Norge vil dessverre fortsatt være avhengig av en betydelig import av leger med utenlandsk spesialistutdanning. Det er uheldig at Norge er i toppen i Europa når det gjelder avhengighet av importerte spesialister.

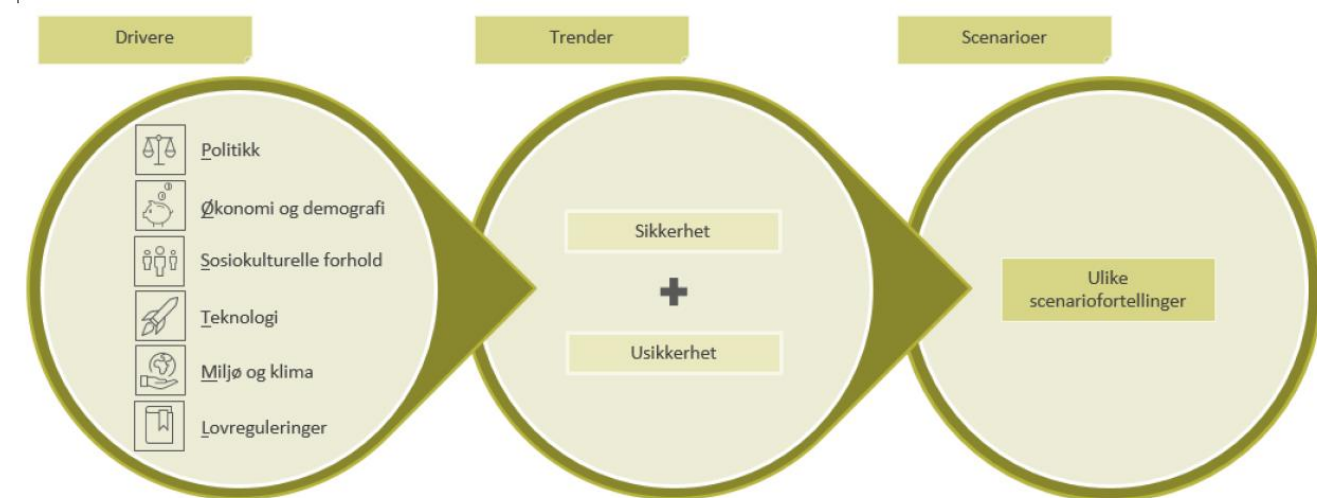
## Helse-Norge 2040

### HELSE-NORGE 2040 - HVORDAN VIL FRAMTIDEN BLI? | SAMFUNNSØKONOMSIK-ANALYSE.NO

Analysen tar utgangspunkt i framskrivningen gjort av Dapi m.fl. i 2016<sup>35</sup>, og tar utgangspunkt i sysselsettingsstatistikk fra 2014-2016. I denne rapporten framgår at veksten i behovet for sysselsatte innen helse- og omsorgssektoren etter år 2000 har vist en sterkere vekst enn forventet. Sammen med en større andel brukere av tjenestene i ulike befolkningsgrupper og økt ressursbruk per bruker, er vridningen av arbeidskraftens sammensetning den viktigste årsaken til at etterspørselen etter sentrale grupper som leger og sykepleiere har økt sterkere enn det den demografiske utviklingen skulle tilsi.

Som analytisk rammeverk for å identifisere disse områdene grupperes ofte relevante samfunnsmessige endringer i fem eller seks grupper, ofte forkortet PESTEL på engelsk<sup>8</sup>, eller PØSTML på norsk:

- Politikk
- Økonomi og demografi
- Sosiokulturelle forhold
- Teknologi
- Miljø og klima
- Lovreguleringer



Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse

Figur 1. Scenarioprosessen strukturer og usikre trender

I rapporten beskrives fire ulike scenarioer for utviklingen i antall sysselsatte. Utgangspunktet for scenariene er 1) endret versus økt satsning på helse og omsorg og 2) mye versus lite teknologi i offentlig helse- og omsorgssektor.

<sup>35</sup> Dapi, Bjørn, Hege Marie Gjeffen, Victoria Sparrman og Nils Martin Stølen. 2016. *Education-specific labour force and demand in Norway in times of transition*. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2016/31. [Lenke](#).



Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse

Figur 2. Scenarioene *Konkurransedyktig velferd*, *Trygghet framfor alt*, *Livsstil på eget ansvar* og *Effektivitets-samfunnet*

Prioritering av helse- og omsorgstjenester på bekostning av andre offentlige utgiftsposter fører til at etterspørselen etter sysselsatte med helse- og omsorgsyrker øker, dette er tilfelle i både *Konkurransedyktig velferd* og *Trygghet framfor alt*. I *Trygghet framfor alt* er imidlertid den samlede etterspørselen etter helse- og omsorgsyrker noe høyere som følge av at offentlig sektor ikke tar i bruk alle effektiviserende teknologiske løsninger.

I *Livsstil på eget ansvar* og *Effektivitetssamfunnet* blir ikke helse- og omsorgssektoren prioritert på bekostning av andre sektorer. Selv om dette innebærer at store deler av sysselsettingen dekkes opp av private løsninger, vil det samlet sett bli en lavere etterspørsel etter sysselsatte med helse- og omsorgsyrker. Dette kommer både som følge av at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil begrenses naturlig når tjenestene må dekkes privat, og som følge av at privat sektor typisk har et større insentiv til å drive fram mer arbeidsbesparende løsninger.

Ulike samfunnsmessige endringer vil påvirke behovet for leger på svært ulike måter i fremtiden. Tabell 1 viser behov for helsepersonell og usikkerhet knyttet til de ulike scenariene.

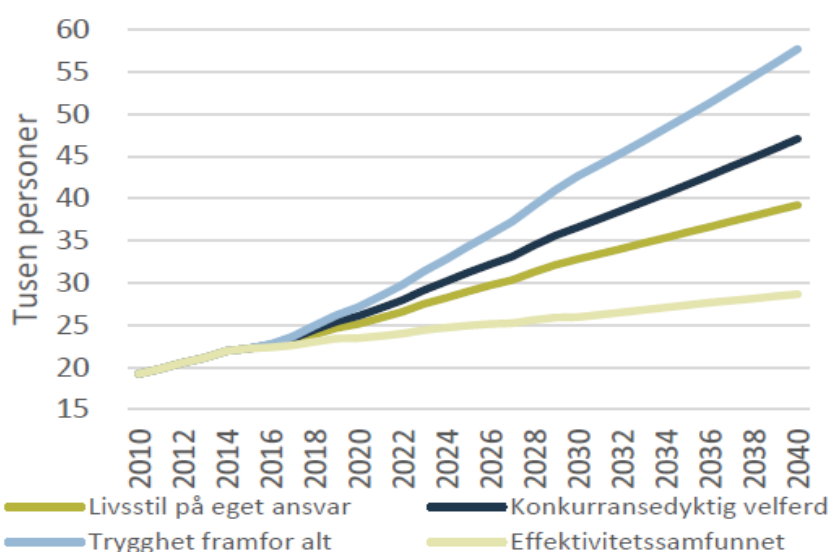
Tabell 1. Oversikt usikkerhet og behov for helsepersonell for de ulike scenarioene.

| Usikkerhet                        | Konkurransedyktig velferd                                                                                  | Trygghet framfor alt                                                                                                                                                                                                                                   | Livsstil på eget ansvar                                                                                                         | Effektivitetssamfunnet                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | Sterk offentlig satsning på helse- og omsorg<br>Utstrakt bruk av teknologiske løsninger i offentlig sektor | Sterk offentlig satsning på helse- og omsorg<br>Lite bruk av teknologiske løsninger i offentlig sektor                                                                                                                                                 | Uendret offentlig satsning på helse- og omsorg<br>Lite bruk av teknologiske løsninger i offentlig sektor                        | Uendret offentlig satsning på helse- og omsorg<br>Utstrakt bruk av teknologiske løsninger i offentlig sektor                                                              |
| <b>Samfunnsrammene</b>            |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                           |
| <b>Behovet for helsepersonell</b> | Økt behov for alle typer helsepersonell, men med mer teknologisk kompetanse enn i dag.                     | Svært stort behov for alle typer helsepersonell. Sammenlignet med de andre scenarioene er det her særlig stort behov for personell innen omsorgssektoren. I et desentralisert Norge vil det også bli viktig å sikre breddekompetanse i rurale områder. | Økt behov for alle typer helsepersonell, men mange vil arbeide i spesialiserte og høyteknologiske virksomheter i privat sektor. | Implementeringen av teknologiske løsninger reduserer det totale behovet for helsepersonell, men øker behovet for kompetanse i skjæringspunktet mellom teknologi og helse. |

I tabell 2 framskrives behovet for leger med og uten spesialisitet innen de fire ulike scenariene. Som det fremgår av tabell 2 og figur 3 viser beregningene at behovet for leger i fremtiden er beheftet med stor usikkerhet og at behovet i henhold til de ulike scenarioene varierer fra 6 000 til 34 000 flere leger i 2035.

Tabell 2. Oversikt i 1000 personer for de ulike scenarioene.

| Yrke                                                              | Yrkeskode (STYRK08) | Sysselsatte 2016 <sup>29</sup> | Konkurransedyktig velferd 2040 | Trygghet framfor alt 2040 | Livsstil på eget ansvar 2040 | Effektivitetssamfunnet 2040 |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Antall sysselsatte i helse- og omsorgsyrker, inkludert psykologer |                     | 456                            | 788                            | 897                       | 736                          | 706                         |
| Medisinske yrker                                                  | 22                  | 143                            | 310                            | 341                       | 263                          | 271                         |
| Leger (med og uten spesialisering)                                | 2211 og 2212        | 23                             | 47                             | 57                        | 39                           | 29                          |



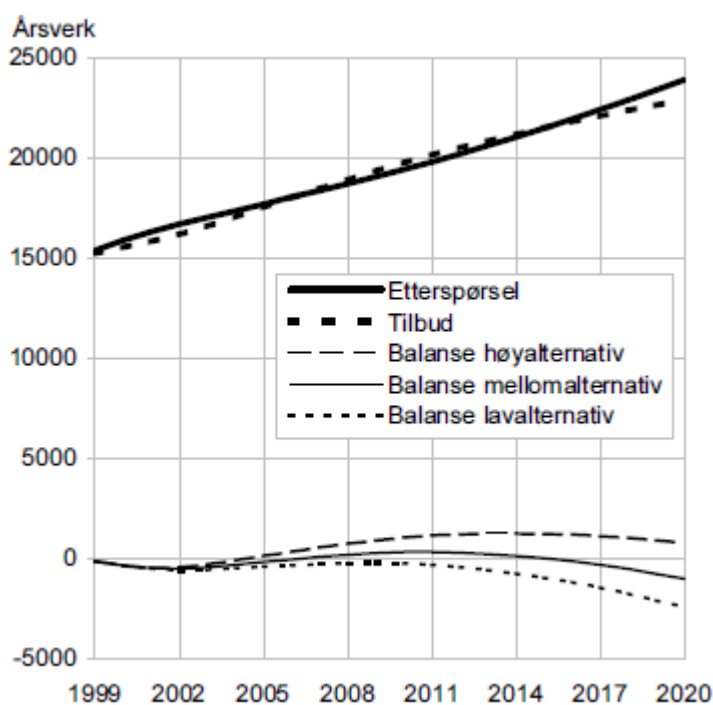
Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse

Figur 3. Framskriving av behov for leger (med og uten spesialisering) mot 2040.

## Faktisk utvikling i perioden 2000-2014 sammenlignet med framskrivinger fra 2002

SSB utga i april 2016 en rapport hvor de sammenlignet beregningene av utviklingen i legeårsverk fra Helsemod versjon 2002 med den faktiske utviklingen i antall legeårsverk år 2000 til 2014<sup>36</sup>. Informasjon om lønnstakere hentet NAVs arbeidstakerregister (Aa-registeret), opplysninger om selvstendige næringsdrivende fra Selvangivelsesregisteret og SSBs arbeidskraftundersøkelser (AKU) ble sammenstilt med data fra andre registre som Helsepersonellregisteret (HPR) og SSBs utdanningsdatabase (NUDB) for å se den faktiske utviklingen.

I Helsemod fra 2002 var det anslått en noenlunde balansert utvikling i tilbud og etterspørsel etter leger frem mot 2020 med de forutsetningene som ble lagt til grunn i "mellomalternativet". Den faktiske utviklingen i sysselsettingen har imidlertid vært noe sterkere enn dette. I tillegg har det blitt utdannet noen flere leger per år enn det som ble forutsatt i 2002. Antall årsverk utført av leger som har innvandret, er fordoblet siden 2002, og er nærmere 5100. Selv om det i mellomalternativet for framskrivingene fra 2002 ble lagt til grunn at etterspørselen ville vokse sterkere enn den samlede sysselsettingen innenfor de fleste områder hvor leger er sysselsatt, ble veksten mer som i høyalternativet (Statistisk sentralbyrå, 2016).



Kilde: Statistisk sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå, 2002)

Figur1. Tilbud og etterspørsel for leger fremskrevet ifølge Helsemod 2002 mellom alternativ. Balansen mellom tilbud og etterspørsel ifølge tre alternative beregninger med Helsemod. Antall normalårsverk.

<sup>36</sup> [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/266638?\\_ts=154c97508b8](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/266638?_ts=154c97508b8)

## Statistisk sentralbyrås nyeste framskrivinger og beregninger av legemarkedet

I november 2018 publiserte SSB en ny rapport med analyser og statistikk for utviklingen av arbeidsstyrke og sysselsetting med framskrivninger for perioden 2016 til 2035. (Statistisk sentralbyrå, 2018)

I denne rapporten trekkes det frem at det forventes at sysselsettingsandelen til leger vil være stabil i perioden fram mot 2035. Den framskrevne sysselsettingen for leger vil være noe lavere enn det som ble framskrevet i tilsvarende rapport i 2016 (Dapi m.fl., SSB 2016). Ifølge framskrivingene vil en lavere samlet sysselsetting og endringer i næringsstrukturen bidra til noe svakere utviklingen for legene enn det som ble framskrevet i 2016.

Rapporten tar utgangspunkt i sentrale utviklingstrekk for makroøkonomi og demografi for å framskrive arbeidsstyrken og sysselsettingen. Utviklingen i internasjonal økonomi, finanspolitikk og petroleumsvirksomheten bestemmer i stor grad utviklingen i norsk økonomi, herunder sentrale makrostørrelser som samlet arbeidsstyrke, total sysselsetting og næringsstruktur.

En aldrende befolkning mot 2035 øker behovet for helsepersonell. Framskrivingene viser at sysselsettingen for personer med videregående opplæring innen helse- og omsorgsfag vokser, mens arbeidsstyrken med denne utdanningsbakgrunnen synker. For pleie- og omsorgsfag på bachelornivå framskriver SSB en svak nedgang i arbeidsstyrken, mens sysselsettingen av denne gruppen framskrives å øke kraftig. For personer med andre helsefag på bachelornivå framskrives derimot veksten i arbeidsstyrken å være betydelig høyere enn for sysselsettingen, og de kan derfor antas derfor at denne gruppen i noen grad kan dekke de potensielle ubalansene for helse- og omsorgsfag på videregående nivå og pleie- og omsorgsfag på bachelornivå.

Tabell 1 Sysselsatte leger i helse- og sosialtjenester, etter fagutdanning og alder. 4. kvartal 2017

| Alder                 | Alle aldre | 15-39 år | 40-54 år | 55-66 år |
|-----------------------|------------|----------|----------|----------|
| Lege uten spesialitet | 11128      | 8954     | 1729     | 445      |
| Lege med spesialitet  | 12084      | 1445     | 6364     | 4275     |
| SUM                   | 23212      | 10399    | 8093     | 4720     |

Kilde: (sentralbyrå, 2018)

Den nyeste statistikken fra SSB med tall fra 4. kvartal 2017 ble publisert i mars 2018. Denne viser at det ved utgangen av 2017 var over 23 000 sysselsatte leger i Norge i helse- og sosialtjenesten under 67 år.

## Pensjonsavgang

Årlig pensjonsavgang for leger er i tidligere rapporter beregnet til 500 til 560 pr år<sup>37</sup>.

Tabell 1 viser antall leger i aldersgruppen 60 til 78 års som er ansatt som fastleger eller sykehusleger og er registrert i fastlegeregisteret og legestillingsregisteret pr. oktober 2018. For disse stillingstypene vil det være pensjonsavgang på rundt 300 leger pr år de neste åtte årene. De fleste yrkesaktive leger som jobber i offentlige helse- og omsorgstjenester er inkludert i utvalget, men enkelte stillingstyper for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mangler, så tallet på 300 er nok noe lavt. Tar man også i betraktning det totale antallet leger i Norge, også de som jobber utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten vil pensjonsavgangen sannsynligvis ligge nærmere tidligere anslag på 500.

Tabell 1 Antall leger som jobber som fastlege eller sykehuslege i aldersgruppen 60 til 78 år

| Alder pr. oktober 2018 | 60         | 61         | 62         | 63         | 64         | 65         | 66         | 67         | 68         | 69        | 70        | 71        | 72        | 73       | 75       | 76       | 78       |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| Antall fastleger       | 186        | 200        | 189        | 167        | 135        | 106        | 98         | 65         | 59         | 41        | 33        | 25        | 19        | 7        | 2        | 4        | 1        |
| Antall sykehusleger    | 118        | 116        | 127        | 120        | 121        | 125        | 88         | 59         | 53         | 40        | 15        | 10        | 4         | 1        | 2        | 1        |          |
| <b>Totalt</b>          | <b>304</b> | <b>316</b> | <b>316</b> | <b>287</b> | <b>256</b> | <b>231</b> | <b>186</b> | <b>124</b> | <b>112</b> | <b>81</b> | <b>48</b> | <b>35</b> | <b>23</b> | <b>8</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>1</b> |

Kilde: Helsedirektoratet, LSR uttrekk juni 2018 og Fastlegeregisteret uttrekk oktober 2018.

<sup>37</sup> Rapport IS-1652 Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene

## Oversikt over LIS1-stillinger høsten 2018

Tabell 1. Utlyste og ikke utlyste stillinger høsten 2018 pr. stillingsannonse

| Virksomhet/HF                       | Intern stillingstittel                | Utlyste stillinger | Ikke utlyste stillinger |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| Akershus universitetssykehus HF     | Kommuneplasser i Akershus             | 14                 | 1                       |
| Akershus universitetssykehus HF     | Kommuneplasser i Finnmark             | 6                  |                         |
| Akershus universitetssykehus HF     | Kongsvinger                           | 6                  |                         |
| Diakonhjemmet Sykehus               |                                       | 8                  |                         |
| Finnmarkssykehuset HF               | Hammerfest                            | 8                  |                         |
| Finnmarkssykehuset HF               | Kirkenes                              | 5                  |                         |
| Haraldsplass Diakonale Sykehus      |                                       | 5                  |                         |
| Helgelandssykehuset HF              | Mosjøen oppstart                      | 4                  |                         |
| Helgelandssykehuset HF              | Sandnessjøen                          | 5                  |                         |
| Helgelandssykehuset HF              | Mo                                    | 5                  |                         |
| Helse Bergen HF                     | HUS og Voss                           | 27                 |                         |
| Helse Fonna HF                      |                                       | 22                 |                         |
| Helse Førde HF                      |                                       | 18                 |                         |
| Helse Møre og Romsdal HF            | Ålesund                               | 16                 |                         |
| Helse Møre og Romsdal HF            | Volda                                 | 6                  |                         |
| Helse Møre og Romsdal HF            | Molde sjukehus                        | 13                 |                         |
| Helse Møre og Romsdal HF            | Kristiansund                          | 8                  |                         |
| Helse Nord- Trøndelag HF            | Namsos                                | 8                  |                         |
| Helse Nord- Trøndelag HF            | Levanger                              | 12                 |                         |
| Helse Stavanger HF                  |                                       | 17                 | 2                       |
| Nordlandssykehuset HF               |                                       | 25                 |                         |
| Oslo universitetssykehus HF         |                                       | 14                 |                         |
| St Olavs Hospital HF                |                                       | 22                 |                         |
| Sykehuset Innlandet HF              | Tynset                                | 4                  |                         |
| Sykehuset Innlandet HF              | Elverum, Hamar, Gjøvik og Lillehammer | 37                 |                         |
| Sykehuset Telemark HF               |                                       | 20                 |                         |
| Sykehuset i Vestfold HF             |                                       | 16                 | 2                       |
| Sykehuset Østfold HF                |                                       | 22                 |                         |
| Sørlandet sykehus HF                |                                       | 25                 | 1                       |
| Universitetssykehuset Nord-Norge HF |                                       | 33                 |                         |
| Vestre Viken HF                     |                                       | 29                 | 4                       |
| <b>Totalt</b>                       |                                       | <b>460</b>         | <b>10</b>               |

## Kostnader til spesialistutdanning

Helsedirektoratet har tidligere gjort beregninger av utgifter knyttet til turnusleger i "Nybyrjarstillinger for leger"<sup>38</sup> og for leger i spesialisering i IS-2180: "Fremtidens legespesialister – konsekvensutredning av forslag til ny spesialisasjonsstruktur for leger"<sup>39</sup>. I forbindelse med Helsedirektoratets kartlegging av behovet for turnusstillinger i 2014 ble det også gjort beregninger av utgiftene knyttet til turnusstillinger.

### Helsedirektoratets kartlegging 2014

I Helsedirektoratets kartlegging i 2014 ble de samlede utgifter til en turnusstilling beregnet.

Det ble tatt utgangspunkt i at hoveddelen av kostnadene til turnusstillinger for leger i helseforetakene dekkes av basisbevilgningen. Lønnskostnadene per stilling var i 2014 ca. 850 000 kroner inkl. sosiale utgifter (12 mnd.). Totalt utgjorde dette kostnader på 807 mill. kroner for 950 stillinger i helseforetakene. I tillegg kom turnustilskudd på 26 600 kroner per plass, i alt kr 25,27 mill. kroner for 950 turnusstillinger. Formålet med tilskuddet er å kompensere turnusstedene for veiledning og kurs for turnuslegene. Fylkesmennene får også tilsvarende tilskudd for veiledning og kursing av turnuslegene som er i distrikts-tjeneste. I 2014 var det fordelt 20 mill. kroner til dette formålet. Tilskuddet til kommunene var på 120 000 kroner per plass (6 mnd.), i alt kr 114 mill. kroner. Den totale kostnaden for en turnusstilling (6 mnd.) i kommunene var i 2014 på kr 400 000 kroner. Refusjonstakstene turnuslegen får gis ofte som «lønn»/kompensasjon til legekantorene og veilederne for turnuslegene.

De samlede utgiftene ble i 2014 beregnet til rundt 1,53 mill. kroner per stilling (18 mnd.).

### Nybyrjarstillinger

I Helsedirektoratets utredning "Nybyrjarstillinger for leger"<sup>40</sup> ble de direkte utgiftene for staten knyttet opp til turnusstillingene beregnet til 160 millioner for 900 turnusstillinger, i gjennomsnitt 177 778 kroner per turnuslegestilling (2009-priser).

I rapporten ble også Kommunenes sentralforbunds (KS) beregning fra 2008 inkludert. Dette er et grovt kostnadsoverslag for turnuslege i kommune (to turnusleger á 6 mnd.). Som vist i tabell 1, viser dette de omtrentlige utgifter, men det tas forbehold for store variasjoner mellom kommunene.

### KS sitt overslag over kommunale utgifter og inntekter med turnuslege

Tabell1 KS sitt overslag over kommunale utgifter og inntekter med turnuslege.

| "Utgifter":                        |         | "Inntekter":                       |         |
|------------------------------------|---------|------------------------------------|---------|
| Personell + lokale og utstyr       | 300.000 | Statstilskot                       | 240.000 |
| Løn + sosiale utg. for turnuslegen | 425.000 | Eigenandelar + trygderefusjon      | 450.000 |
| Vegleiar godtjering                | 60.000  | "Frådrag" for offentlig legearbeid | 70.000  |
| Sum                                | 785.000 | Sum                                | 760.000 |

<sup>38</sup> Helsedirektoratet IS-1783

<sup>39</sup> <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fremtidens-legespesialister-konsekvensutredning-av-forslag-til-ny-spesialitetsstruktur-for-leger>

<sup>40</sup> Helsedirektoratet IS-1783

## **"Fremtidens legespesialister" – konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger"<sup>41</sup>**

I Helsedirektoratets konsekvensutredning fra 2014 ble det gjort utregning av utgiftene knyttet til leger i spesialisering etter en kostnadskonstruksjonsmodell for helsepersonell som benyttes både i Canada og i USA. Modellen ble introdusert av det amerikanske National Academy og Science (1976). Denne modellen er benyttet i en masteroppgave fra 2007<sup>42</sup> for å beregne kostnader til spesialistutdanning av leger i Helse Midt-Norge.

Denne kostnadsberegningsmodellen gjør et skarpt skille mellom den tid LIS er under opplæring og direkte og indirekte gjør krav på spesialistressurser og den tid LIS gjør selvstendig arbeid. Kostnadene ved utdanning av legespesialister blir i denne modellen gruppert etter opplæringskostnader og behandlingskostnader.

I den nevnte undersøkelsen viste det seg at de årlige kostnadene pr lege i spesialisering i gjennomsnitt beløp seg til ca. 493 000 kr i 2006. Av disse utgjorde de årlige opplæringskostnadene i gjennomsnitt 318 000 kr (mellom 290 000 -350 000 kr) og behandlingskostnadene i gjennomsnitt 175 000 kr pr årsverk. 24 % av samlet arbeidstid for assistentleger gikk etter denne beregningsmodellen med til opplæring. Omregnet til 2013-kroner utgjorde dette 228 428 kr pr kandidat.

Justert for lønns- og prisvekst for perioden 2006-2013 utgjorde opplæringskostnadene i 2013 i alt 415 000 kr pr år pr LIS og behandlingskostnadene 228 000 kr pr år pr LIS, dvs. til sammen 643 000 kr pr år pr LIS. Med totalt 4 870 leger i spesialisering gir dette en årlig kostnad på 3 131 mill. kroner.

Kostnadsberegningene for ny spesialistutdanning fremgår av IS-2180 kapittel 4.4:

### **Om kostnadsberegningsmodellen**

Kostnadene til spesialistutdanning er vanskelig å anslå. Noen kostnader er relativt enkle å definere og anslå, mens en stor del er indirekte og skjulte, blant annet tiden som benyttes av overleger til supervisjon.

I studier som ser på kostnader benyttes ofte ulike tilnærminger og målemetoder. I denne konsekvensutredningen legges til grunn en kostnadskonstruksjonsmodell for helsepersonell som benyttes både i Canada og i USA. Modellen ble introdusert av det amerikanske National Academy og Science (1976). Denne modellen er benyttet i en masteroppgave fra 2007 for å beregne kostnader til spesialistutdanning av leger i Helse Midt-Norge. Det har ikke vært mulig å bringe til veie andre norske studier som beskriver kostnadsbilder ved spesialistutdanning av leger så vidt detaljert, dvs. som spesifiserer kostnadene for hver enkelt opplæringsaktivitet og på dette grunnlaget anslår de totale opplæringskostnadene for utdanning av legespesialister.

Denne kostnadsberegningsmodellen gjør et skarpt skille mellom den tid LIS er under opplæring, dvs. direkte og indirekte gjør krav på spesialistressurser og den tid LIS gjør selvstendig arbeid. I

<sup>41</sup><https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fremtidens-legespesialister-konsekvensutredning-av-forslag-til-ny-spesialitetsstruktur-for-leger>

<sup>42</sup> Utdanning av legespesialister i Helse Midt-Norge. Kostnader og kvalitet. Masteroppgave ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Jon Arve Hollekim og Kare Edvard Danielsen. Mai 2007.

konsekvensutredning sammenlignes derved kostnadene ved ny ordning med dagens kostnader slik de vil utvikle seg om ingen av tiltakene blir gjennomført.

Ved bruk av den canadisk/amerikanske kostnadsberegningsmodellen presenteres her anslag for kostnadene ved gjennomføring av dagens spesialistutdanning, utført av Agenda Kaupang. I kapittel 6.11.3 gis det et tilsvarende anslag for kostnadene ved spesialistutdanningen i et mer effektivt spesialiseringssløp. Budsjettmessige konsekvenser av omleggingen beskrives i samme kapittel.

## Hva består kostnadene av?

Kostnadene ved dagens spesialistutdanning vil være avhengige av flere forhold:

- Lengden på spesialistutdanningen
- Strukturen på spesialistutdanningen, dvs. hvor målrettet spesialistutdanningen er i forhold til læringsmålene
- Hvor godt strukturert er utdanningsløpet uten ventetider for å få nødvendig tjeneste, permisjoner etc.
- Hvor god veiledning og supervisjon gis
- Hvor lett er det å få utført nødvendige prosedyrer.

Kostnadene ved utdanning av legespesialister blir i denne modellen gruppert etter opplæringskostnader og behandlingskostnader:

*Opplæringskostnader* er knyttet til etterfølgende aktiviteter og kan relativt enkelt beregnes:

- Teoretiske eksterne kurs, gjennomsnitt 240 timer for dagens hovedspesialiteter og 120 timer for grenspesialitetene. Dette gir i gjennomsnitt 201 timer pr spesialitet.
- Internundervisning: To timer pr uke
- Individuell supervisjon der kompetanse overføres fra erfaren lege til en lege i spesialisering
- Veiledning: Hver utdanningskandidat har krav om minst en time individuell veiledning pr måned
- Fordypning: Fire timer pr uke
- Krav om 10 fraværsdager med lønn pr år til spesialisering.

I modellberegningene er det faktisk brukt tid og ikke normert tid som er lagt til grunn for beregningene.

I *behandlingskostnadene* inngår merkostnadene ved å bruke assistentlegene til å utføre selvstendige behandlingsoppgaver – kun under generell supervisjon. Dette vil normalt medføre økt prosedyretid med bemanningskonsekvenser og økning i andre direkte kostnader, som bruk av laboratorier og røntgen og økt bruk av annet støttepersonell.

## Anslag for kostnadene ved dagens spesialistutdanning

I den nevnte undersøkelsen gjennomført av Hollekim og Danielsen, basert på samme kostnadsberegningsmodell, viste det seg at de årlige kostnadene pr lege i spesialisering i gjennomsnitt beløp seg til ca. 493 000 kroner i 2006. Av disse utgjorde de årlige opplæringskostnadene i gjennomsnitt 318 000 kroner (mellom 290 000 -350 000 kroner) og behandlingskostnadene i gjennomsnitt 175 000 kroner pr årsverk.

Opplæringskostnadene på 318 000 kroner pr år besto av følgende kostnadselementer:

*Tabell 2. Kostnader ved dagens spesialistutdanning. 2006.*

**Tabell 4.2 Kostnader ved dagens spesialistutdanning. 2006.**

| Kostnadselement    | Kroner  |
|--------------------|---------|
| Utdanningsprogram  | 4 527   |
| Veiledning         | 15 112  |
| Fordypning         | 28 041  |
| Internundervisning | 29 943  |
| Supervisjon        | 204 749 |
| Kursvirksomhet     | 36 362  |
| Sum                | 318 735 |

Kostnader til supervisjon utgjorde dermed godt over 60 % av de årlige opplæringskostnadene pr kandidat pr ar. Foretakenes fraværskostnader i forbindelse med kurs ble anslått til ca. 36 000 kr eller i underkant av 12 % av de samlede opplæringskostnadene. I denne kostnadsberegningen er det forutsatt at både opplæringskostnadene og behandlingskostnadene har samme omfang i dag som i 2006. Justert for lønns- og prisvekst for perioden 2006-2013 utgjorde opplæringskostnadene i 2013 415 000 kr pr år pr LIS og behandlingskostnadene 228 000 kr pr år pr LIS, dvs. til sammen 643 000 kr pr år pr LIS.

Med totalt 4 870 leger i spesialisering gir dette en årlig kostnad på 3 131 mill. kroner. Ved å summere opp opplæringskostnadene og behandlingskostnadene til foretaksnivå kom den samme undersøkelsen fram til at disse kostnadene utgjorde ca. 2,7 % av foretakenes total kostnader, der opplæringskostnadene alene utgjorde ca. 1,8 %. Dersom man antar at Helse Midt-Norge som denne undersøkelsen ble utført i, ikke skiller seg særlig ut fra andre helseregioner, kan dette brukes til å aggregere kostandbildet til landsbasis: Spesialisthelsetjenesten hadde i 2012 samlede driftsutgifter i størrelsesorden 116 mrd. kroner. Dette skulle dermed tilsi at helseforetakene i 2012 hadde utgifter i størrelsesorden 3 132 mill. kroner eller 3 236 kr omregnet til 2013-tall til gjennomføring av spesialistutdanningen, altså til opplæringskostnader og behandlingskostnader. Dette rimer godt med de beregningene som er presentert ovenfor der kostnadene for spesialistutdanningen er estimert med utgangspunkt i enhetskostnadene for opplæring.

Når vi senere skal undersøke hvilke endringer i kostnadsbildet som vil inntreffe som følge av at spesialistutdanningen kortes ned med 1. år, har det vært nødvendig å etablere et samlet bilde av lønn til leger i spesialisering utover de lønnsutgiftene som inngår i opplæringsaktivitetene. I den samme undersøkelsen som referert til ovenfor, kom man fram til at 24 % av samlet arbeidstid for assistentleger gikk med til opplæring.

I beregning av lønnsutgifter for leger i spesialisering har vi tatt utgangspunkt i gjennomsnittlig lønn for LIS C. Pr november 2013 hadde LIS C en gjennomsnittlig totallønn på 796 517 kr, eksklusiv sosiale utgifter bygd opp på følgende måte:

Tabell 3. Gjennomsnittlig totallønn for LIS C. 2013.

Tabell 4.3 Gjennomsnittlig totallønn for LIS C. 2013.

| Kostnader  | Kroner  |
|------------|---------|
| Fast lønn  | 608 191 |
| UTA        | 111 153 |
| Total lønn | 796 517 |

Fastlønn består av minimumslønn, faste kollektive tillegg i basislønn, faste individuelle tillegg i basislønn samt doktorgradstillegg. Disse elementene danner basislønn. Fast lønn består i tillegg også av faste individuelle tillegg utenfor basislønn, godtgjørelse for ambulerende tjenester, samt andre tillegg. UTA er godtgjørelse for utvidet arbeidstid. Denne innebærer at årsverket utvides, men er i prinsippet midlertidig.

Andre lønnselementer som inngår i totallønn er:

- Vaktlønn: Består av godtgjørelse for vakt, hjemmenvakt, lørdags- og søndagsavtaler, helg/høytidstillegg og kvelds/natttillegg
- Diverse tillegg: Består av kompensasjonstillegg, tillegg i totallønnssavtaler, samt godtgjørelse og produktivitetsavtaler. Overtid er ikke regnet inn i totallønn.

Medregnet sosiale utgifter utgjorde de samlede lønnsutgiftene pr LIS C 1 092 025 kr pr november 2013. I sosiale utgifter inngår arbeidsgiveravgift med 14,1 % og pensjonskostnader med 23 %. Under forutsetning av at tid til opplæring legger beslag på 24 % av LIS-legenes arbeidstid vil lønnsutgiftene til spesialister i utdanning, fratrasket utgifter til opplæring der lønnsutgifter er inkludert, utgjøre 4 041 710 kr pr år. De samlede årlige kostnadene knyttet til opplæring og lønn til leger i spesialisering i dagens modell beløper seg dermed til anslagsvis 7 173 mill. kroner når vi legger gjennomsnittsberegningene presentert ovenfor til grunn, jfr. tabell 4.4.

Tabell 4 Årlige kostnader ved dagens spesialistutdanning, inklusive lønnskostnader

Tabell 4.4 Årlige kostnader ved dagens spesialistutdanning, inklusiv lønnskostnader

|                                     | Kostnadsanslag<br>- basert på<br>gjennomsnittsberegninger | Opplærings og<br>behandlingskostnader |                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
|                                     |                                                           | Minus 20<br>prosent                   | Pluss 20<br>prosent |
| Opplærings- og behandlingskostnader | 3 131 410                                                 | 2 505 128                             | 3 757 692           |
| Lønnskostnader                      | 4 041 710                                                 | 4 041 710                             | 4 041 710           |
| Sum                                 | 7 173 120                                                 | 6 546 838                             | 7 799 402           |

## Kostnader nye LIS1-stillinger

Tabell 1. Utgifter og inntekter pr LIS1-stilling (18 mnd.) fordelt på de ulike aktører i helsesystemet

| Utgifter/inntekter for/til: | Type utgift/inntekt                                               | Utgifter | Inntekter |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| <b>Staten/Helsedir.</b>     | Tilskudd til reise- og flytteutgifter (18 mnd.)                   | 1 000    |           |
|                             | Tilskudd kommuneturnus/LIS1 (6 mnd.)                              | 135 000  |           |
|                             | Tilskudd til veiledning i sykehus LIS1 (12 mnd.)                  | 28 500   |           |
|                             | Tilskudd til fylkesmannen for kurs og veiledning av LIS1 (6 mnd.) | 22 000   |           |
| <b>HELFO</b>                | Refusjoner til kommuner (6 mnd.)                                  | 100 000  |           |
| <b>Helseforetak</b>         | Lønn inkl. sos. utg. (12 mnd.)                                    | 850 000  |           |
|                             | Opplæring inkl. veiledning og supervisjon (12 mnd.)               | 650 000  |           |
|                             | Tilskudd til veiledning i sykehus LIS1 (12 mnd.)                  |          | 28 500    |
| <b>Kommunene</b>            | Lønn inkl. sos. utg. (6 mnd.)                                     | 375 000  |           |
|                             | Overhead (6 mnd.)                                                 | 225 000  |           |
|                             | Veiledning (6mnd.)                                                | 60 000   |           |
|                             | Tilskudd til veiledning av LIS1 i kommune (6mnd.)                 |          | 135 000   |
|                             | Refusjonskrav HELFO (6 mnd.)                                      |          | 100 000   |
|                             | Egenandel pasienter (6 mnd.)                                      |          | 50 000    |
| <b>Veileder i kommune</b>   | Veiledning (6 mnd.)                                               |          | 60 000    |
| <b>Fylkesmannen</b>         | Kurs og veiledning                                                | 22 000   |           |
|                             | Tilskudd til FM for kurs og veiledning av LIS1 (6 mnd.)           |          | 22 000    |
| <b>Pasientene</b>           | Egenandel kommuner (6 mnd.)                                       | 50 000   |           |
| <b>LIS1</b>                 | Lønn inkl. sos. utg. sykehus (12 mnd.)                            |          | 850 000   |
|                             | Lønn inkl. sos. utg. kommuner (6 mnd.)                            |          | 375 000   |
|                             | Reise- og flyttetilskudd staten (18 mnd.)                         |          | 1 000     |

Tabell 2. Eksempel på kostnader for helseforetak og kommuner ved etablering av 100 nye LIS1stillinger, med oppstart av 50 nye stillinger om 1. mars og 50 nye stillinger 1. september samme år

|                                           | Pr. LIS1-stilling | Totalt 100 nye     |
|-------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Kostnader i oppstartsåret</b>          |                   |                    |
| <i>Sykehus</i>                            |                   |                    |
| 50 nye LIS1-stillinger fra 1.3. (10 mnd.) | 1 250 000         | 62 500 000         |
| 50 nye LIS1-stillinger fra 1.9. (4 mnd.)  | 500 000           | 25 000 000         |
| <i>Kommune</i>                            |                   |                    |
| Ingen kostnader i oppstartsåret           |                   |                    |
| <b>Sum</b>                                |                   | <b>87 500 000</b>  |
| <b>Kostnader år 2</b>                     |                   |                    |
| <i>Sykehus</i>                            |                   |                    |
| 100 stillinger på årsbasis i sykehus      | 1 500 000         | 150 000 000        |
| <i>Kommune</i>                            |                   |                    |
| 50 nye LIS1-stillinger fra 1.3. (6 mnd.)  | 375 000           | 18 750 000         |
| 50 nye LIS1-stillinger fra 1.9. (4 mnd.)  | 250 000           | 12 500 000         |
| <b>Sum</b>                                |                   | <b>181 250 000</b> |
| <b>Kostnader påfølgende år</b>            |                   |                    |
| <i>Sykehus</i>                            |                   |                    |
| 100 stillinger i sykehus (helårsplasser)  | 1 500 000         | 150 000 000        |
| <i>Kommune</i>                            |                   |                    |
| 50 stillinger kommunen (25 helårsplasser) | 375 000           | 37 500 000         |
| <b>Sum</b>                                | <b>1 875 000</b>  | <b>187 500 000</b> |

Tabell 3. Eksempel på kostnader for statlige tilskudd ved etablering av 100 nye LIS-1stillinger, med oppstart av 50 nye stillinger om våren og 50 nye stillinger høsten samme år

|                                                                             | Pr. LIS1       | Totalt 100 nye    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|
| <b>Kostnader i oppstartsåret</b>                                            |                |                   |
| Tilskudd sykehus                                                            | 28 500         | 2 850 000         |
| Tilskudd reise- og flytte                                                   | 1 000          | 100 000           |
| Tilskudd kurs og veil. Fylkesmannen (ikke aktuelt i oppstartsåret)          |                |                   |
| Tilskudd kommuneturnus (ikke aktuelt i oppstartsåret)                       |                |                   |
| <b>Sum</b>                                                                  |                | <b>2 950 000</b>  |
| <b>Kostnader år 2</b>                                                       |                |                   |
| Tilskudd sykehus                                                            | 28 500         | 2 850 000         |
| Tilskudd reise- og flytte                                                   | 1 000          | 100 000           |
| Tilskudd kurs og veil. Fylkesmannen                                         | 22 000         | 2 200 000         |
| Tilskudd kommuneturnus (halvårsvirkning første året hvis oppstart om våren) | 135 000        | 6 750 000         |
| <b>Sum</b>                                                                  |                | <b>11 900 000</b> |
| <b>Kostnader påfølgende år</b>                                              |                |                   |
| Tilskudd sykehus                                                            | 28 500         | 2 850 000         |
| Tilskudd reise- og flytte                                                   | 1 000          | 100 000           |
| Tilskudd kurs og veil. Fylkesmannen                                         | 22 000         | 2 200 000         |
| Tilskudd kommuneturnus                                                      | 135 000        | 13 500 000        |
| <b>Sum</b>                                                                  | <b>186 500</b> | <b>18 650 000</b> |

**Vurdering av antall LIS1-stillinger**

**Utgitt Januar 2019**

**Bestillingsnummer**

IS-2802

**Utgitt av**

Helsedirektoratet

**Postadresse**

Pb. 220 Skøyen

0213 Oslo

**Besøksadresse**

Vitaminveien 4, Oslo

**Telefon** 810 20 050

**E-post:** postmottak@helsedir.no

**Design**

Itera as

**[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)**