



Norsk medisinstudentforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

**RAPPORT 2015**

# **Status i arbeidslivet for unge leger**

Norsk medisinstudentforening 2015

*Norsk medisinstudentforening  
Legenes Hus      [nmf@legeforeningen.no](mailto:nmf@legeforeningen.no)  
Akersgata 2      [medisinstudent.no](http://medisinstudent.no)  
0107 Oslo*



**Norsk medisin-  
studentforening**

---

**DEN NORSKE LEGEFORENING**





## Status i arbeidslivet for unge leger

Norsk medisinstudentforening oktober 2015

Rapporten om status i arbeidslivet for unge leger tar for seg ulike sider ved turnustjenesten og utviklingen i legearbeidsmarkedet. Vi har forsøkt å drøfte spørsmålet om fremtidens legebehov i lys av utviklingen i legearbeidsmarkedet frem til i dag og politiske tendenser i tiden. Rapporten gir en innføring og forklaring på turnuspolitikken til Norsk medisinstudentforening (Nmf). Vi håper den vil være et nyttig redskap for å forstå situasjonen i arbeidsmarkedet for unge leger og hva man kan forvente av fremtidens legearbeidsmarked.

Teksten er skrevet av arbeidslivsansvarlig i Nmf for 2015 Elisabeth Holven i samarbeid med tidligere Nmf-leder Even Holth Rustad. Samfunnsøkonom i Legeforeningen Anders Taraldset har bidratt med tallmateriale og kvalitetssikring av tekst som gjelder statistiske prognoser. Nmfs arbeidslivsansvarlig for 2016 Ida Tylleskär og PR-ansvarlig Helene Kolstad Skovdahl har bidratt med tekst, layout og publisering. Medlemmer av Nmfs nasjonale styre for 2015 og arbeidslivskomiteen 2014/2015 har bidratt med innspill og revidering av rapporten. Krediteres skal Rasmus Bakken, Eivind Valestrand, Vilde Skylstad, Anne Sandvik, Isabel Kenny, Margrete Ervik og Vibeke Risvold.



## Innhold

<b>Status for turnustjenesten</b>	5
- Søknadsbasert turnustjeneste	5
- Status etter 3. og 4. søkerrunde for søknadsbasert turnustjeneste	6
- Nmfs turnusundersøkelse høst 2014	7
- Ny spesialiseringsstruktur	8
<b>Legearbeidsmarkedet frem til år 2035</b>	9
- Medisinstudentene	9
- Prognose fra Statistisk Sentralbyrå	9
- Utvikling i arbeidsmarkedet for leger i Norge	11
- Legearbeidsmarkedet i Europa og rekruttering av helsepersonell	12
<b>Hva bestemmer fremtidens legeetterspørsel?</b>	13
- Hva er helsevesenets oppgaver?	13
- Hvem skal utføre helsevesenets oppgaver? - legerollen og fremtidens helsevesen	14
<b>Oppsummering – hvor mange leger trenger vi?</b>	16



## Status for turnustjenesten

### Søknadsbasert turnustjeneste

Fra turnustjenesten for leger ble innført i 1954 og frem til 2013 var tjenesten regnet som en del av den medisinske grunnutdanningen i Norge. Gjennomført turnustjeneste var et krav for å oppnå norsk autorisasjon som lege.

Turnustjenestens formål er definert av Turnusforskriftens § 1: «*Formålet med den praktiske tjenesten (turnustjenesten) er at turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring, herunder erfaring med akutte tilstander, samt tilegne seg praktisk rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirkosomhet på forsvarlig måte.*»

I 2013 ble turnustjenesten tatt ut av grunnutdanningen ved at tjenesten ikke lenger var formelt nødvendig for norsk autorisasjon som lege. Gjennomført turnustjeneste var fortsatt påkrevd for å begynne i spesialisering.

Den konsekvens av endringen som fikk størst praktisk betydning, var at nyutdannede leger ikke lenger hadde krav på en turnusplass. Dette fulgte av logikken om at turnustjenesten skulle være en vanlig jobb – starten på et norsk spesialiseringsløp. Følgelig ble også fordelingen av turnusplasser endret fra *opptak* basert på loddtrekning til *ansettelse* basert på en standardisert utlysnings- og søknadsprosess.

Selv om turnustjenesten har fått en annen posisjon i legers utdanning, er det faglige innholdet og sammensetningen uendret: 1 år i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten, til sammen 18 måneder. I sykehustjeneste vil turnuslegen under veiledning tjenestegjøre i to eller tre vaktbærende fag. Det er obligatorisk med tjeneste i indremedisin og kirurgi. Noen helseforetak tilbyr tredelt turnus med andre vaktbærende fag. Det vanligste er tredelt turnus med psykiatri. Kommunehelsetjeneste gir innføring i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Turnuslegen deltar her også i den kommunale legevaktstjenesten.

På årsbasis ansettes 950 leger i turnuslegestilling. Det utlyses ca. 475 stillinger med oppstart 1. september og samme antall med oppstart 1. mars. I praksis utlyses litt færre enn 475 stillinger i hver søknadsrunde. Dette fordi noen stillinger er forbeholdt turnusleger som kommer tilbake fra permisjon eller leger som har rett på turnusstilling etter loddtrekningsbasert ordning. Rett til utsettelse av turnustjeneste etter loddtrekningsbasert ordning er tidsbegrenset til 4 år og vil utgå i 2017. Turnuslegene har rett til å fullføre turnustjenesten ved permisjon grunnet svangerskap, foreldrepermisjon eller langvarig sykdom.



Det ble i 2014 utlyst 425 stillinger med oppstart 1. mars og 438 stillinger med oppstart 1. september<sup>1,2</sup>. Søkerantallet til turnusstillinger med oppstart 1. september var høyere enn søkerantallet til turnusstillinger med oppstart 1. mars. Det har sin årsak i at det uteksamineres flere leger på vårhalvåret.

### Status etter 3. og 4. søkerrunde for søknadsbasert turnusordning

Helsedirektoratet publiserte i oktober 2014 og mai 2015 statusrapporter fra 3. og 4. søkerrunde av søknadsbasert turnusordning. Etter 3. søkerrunde (oppstart høst 2014) ses ikke vesentlige endringer i turnusarbeidsmarkedet. Antallet norske søkere som ikke ble tilsatt i turnusstilling var så å si uendret fra året før (1. søkerrunde). Tall fra 4. søkerrunde viser en positiv tendens med 13% nedgang i andelen norske søkere som ikke har fått turnusstilling sammenliknet med fjoråret (2. søkerrunde).

Det bemerkes en differanse mellom andel tilsatte norske leger med utdannelse fra Norge og utlandet ved alle tilsettingsrunder. Ved 4. søkerunde var det en større andel av de med utdannelse fra EØS-området som ble tilsatt sammenliknet med tidligere. Ved 3. søkerunde ble 70 % med utdannelse fra Norge og 39 % utdannet i et annet EØS-land tilsatt. Tilsvarende ble 84 % utdannet i Norge og 69 % med utdannelse fra et EØS-området tilsatt ved 4. søkerunde.

Det var en nedgang i det totale antallet søknader ved begge de to søkerrundene, og størst nedgang ved 4. søkerunde. Statistikk fra 4. søkerunde viser også at det kun er 12 norske leger som har søkt turnusstilling ved alle fire søkerrunder uten å bli tilsatt. Dette kan tyde på noe normalisering av arbeidsmarkedet for turnuslegene. Statistikk for 5. søkerrunde ventes høsten 2015 og vil vise om det også skjer en økning i andel tilsatte i tilsettingsrunder med oppstart høst.

På grunn av god rekruttering til distrikt, besluttet Helsedirektoratet i desember 2014 at ordningen med puljevis utlysning av turnuslegestillinger skulle avvikles. *Fra og med søkerrunde med oppstart 1. september 2015 utlyses turnusstillinger i kun én pulje to ganger i året.*

For mer utfyllende informasjon om 3. og 4. søkerrunde, se [her](#) og [her](#).

<sup>1</sup> Slåtten, A., Sjøtorp, Ø. (2014). *Ny turnusordning for leger – status for andre søknadsrunde, høsten 2013*(IS-2176). Oslo:Helsedirektoratet

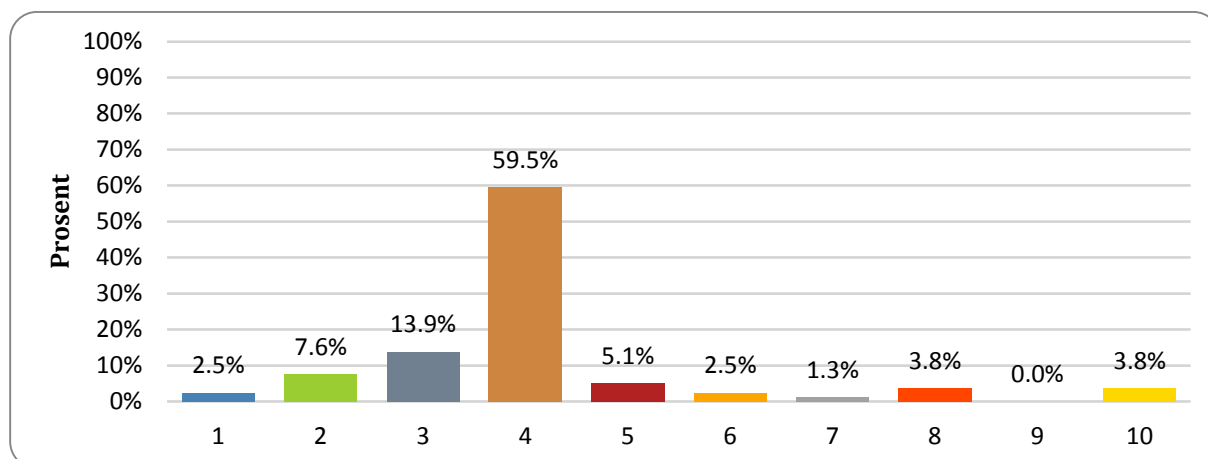
<sup>2</sup> Slåtten, A., Sjøtorp, Ø. (2014). *Turnus for leger – statusrapport nr.3: søknadsrunden våren 2014*(IS-2241). Oslo:Helsedirektoratet



## Nmfs turnusundersøkelse

1. oktober 2014 sendte Nmf ut en spørreundersøkelse til tidligere medlemmer som ble uteksaminert sommeren 2014. Undersøkelsen hadde til hensikt å kartlegge hvordan situasjonen er for leger som ikke blir tilsatt i turnuslegestilling samt å innhente informasjon om tilsettingsprosessen fra alle turnussøkerne. 275 av 490 (56 %) mottakere svarte på undersøkelsen.

33 % (79 leger) av de som svarte, hadde ikke fått turnusplass. Av disse oppgir 61 % å være ansatt i lege- eller turnuslegevikariat, 7,7 % jobbet som sykepleier, ambulansarbeider eller hjelpepleier/ pleieassistent og 21 % var arbeidsledige/har annen jobb/annet. De fleste som ikke fikk turnuslegestilling rett etter endt grunnstudium oppgir altså å være ansatt i relevant arbeid, de fleste som legevikar eller turnuslegevikar. HelseDirektoratets statusrapport etter 4. søkerrunde viser også at det er svært få som har søkt turnusstilling i fire omganger uten å bli tilsatt.



Nummer	
1	Jeg har permisjon grunnet sykdom/foreldrepermisjon
2	Jeg forsker
3	Jeg er arbeidsløs/jobbsøkende
4	Jeg jobber som legevikar eller turnuslegevikar
5	Jeg jobber som sykepleier
6	Jeg jobber som ambulansarbeider
7	Jeg jobber som hjelpepleier, pleieassistent eller helsesekretær
8	Jeg har annen jobb
9	Embetsksamen er ikke bestått
10	Annet

Majoriteten av de som ikke var tilsatt i turnuslegestilling svarte at de ufrivillig ventet på turnusplass. De fleste uttrykker stor frustrasjon over situasjon som lege uten turnus. Flere blant dem som jobbet i vikariatstillinger beskriver en konkurransesituasjon med medisinstudenter. Noen gav uttrykk for frustrasjon og bekymring for ikke å ha opplæring i



selvstendig arbeid samtidig som selvstendighet var et krav i legestillingene de var ansatt i. Blant legene som oppga å være arbeidsledige eller jobbsøkende, var det to som utdypet at de hospiterte på sykehus eller jobbet uten lønn på legekantor for å opparbeide seg mer relevant erfaring før neste søkerrunde.

Nmf følger opp resultatene fra undersøkelsen i arbeidet for ryddige ansettelsesforhold for turnusleger og medisinstudenter med lisens. Dette gjør vi gjennom forhandlinger med arbeidsgiver samt i dialog med helseforetakene og myndigheter.

## Ny spesialiseringsstruktur

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet gjennomført et utredningsarbeid om fremtidig spesialiseringsstruktur. De foreslår blant annet et tredelt spesialiseringsløp, omgjøring av grenspesialiteter til hovedspesialiteter og ny spesialitet i mottaks- og indremedisin.

Helsedirektoratets forslag legger opp til at det fortsatt skal være en turnustjeneste for leger og at den skal være en første del av et felles spesialiseringsløp. Direktoratet har skissert rammer for to ulike måter å organisere spesialisering del 1 på, med varighet på henholdsvis 1 år og 1,5 år.

Spesialisering del 2 foreslås som en felles faglig plattform for spesialiteter som bygger på overlappende kompetanse. I del 3 skal man tilegne seg spisskompetanse innen den valgte spesialiteten. Det er lagt opp til at spesialisering del 2 og 3 kan ha ulik varighet avhengig av spesialitet, men at hele spesialiseringsløpet skal ha en varighet på ca. 6,5 år. For mer utfyllende informasjon om forslaget til ny spesialiseringsstruktur, [se nyhetssak](#) på hjemmesidene til Yngre legers forening.

Legeforeningen har gitt tilslutning til at turnustjenesten integreres som spesialisering del 1 på gitte betingelser. Integrering av turnus i spesialistutdanningen må ikke få som konsekvens at turnustjenestens første del reduseres til 1 år. I tillegg anbefaler Legeforeningen at muligheten til tjeneste i flere fag enn indremedisin, kirurgi og psykiatri bør opprettholdes. *«Slik tjeneste gir verdifull erfaring og breddekompetanse. En reduksjon i antall aktuelle fag slik Helsedirektoratet foreslår, vil gi økte kapasitetsutfordringer for gjennomføring av turnus/del 1»<sup>3</sup>.*

Legeforeningen går i mot forslag om avvikling av «annen relevant tjeneste» som tellende del av spesialiseringsløpet. Det har vært argumentert med at ordningen bidrar til fleksibilitet på tvers av spesialiteter, med tanke på å bytte spesialitet underveis. Ordningen er i tillegg svært viktig for rekruttering av leger til forskning. Legeforeningens høringsvar på Helsedirektoratets forslag til ny spesialiseringsstruktur kan leses i sin helhet på Legeforeningens hjemmeside<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> [Høring – legers spesialiseringsstruktur og veileder akuttinntak](#), Legeforeningen (14/2886), 10.10.2014





## Legearbeidsmarkedet frem til år 2035

### Antall uteksaminerte leger

I 2014 fullførte ca. 841 norske leger sin medisinutdannelse. Av disse hadde 537 utdannelse fra Norge og 304 hadde utdannelse fra utlandet<sup>4</sup>. Frem til år 2010 har man sett en jevn vekst i antall uteksaminerte norske leger. Antallet uteksaminerte norske leger har ligget på et høyere nivå etter 2010 enn hva det har gjort tidligere. Det er vanskelig anslå utviklingen siden 2010 og frem til i dag, på grunn av tilfeldige svingninger og fortsatt usikkert datagrunnlag.

### Prognoser fra Statistisk Sentralbyrå

SSB gjør beregninger om legebehov på oppdrag fra Helsedirektoratet. De siste framskrivningene<sup>5</sup> er fra 2012 og er presentert i rapporten «Arbeidsmarked for helse- og sosialpersonell fram mot 2035»<sup>6</sup>. Framskrivningene er gjort med en rekke forenklinger og må tolkes med omhu. I rapporten presenteres fire ulike scenarier for fremtidig legeetterspørsel. Beregningene som er gjort for hvert av scenariene legger ulik grad av etterspørselsvekst til grunn.

Et av scenariene, «referansealternativet», tar utgangspunkt i en etterspørselsvekst som følge av demografiske endringer og 0,4 % årlig etterspørselsvekst av tjenester per bruker. «Høyalternativet» foreslår en etterspørselsvekst på 0,49 % per bruker. Bakgrunnen for etterspørselsveksten per bruker er flerfoldig og skyldes nok både en endret forestilling om hva «helse» er samt teknologisk og medisinsk utvikling som åpner for et stadig utvidet behandlingstilbud. Akkurat hvor stor veksten vil være fremover, er det vanskelig å forespeile. Data fra senere år viser at veksten i etterspørsel etter leger ligger nærmere SSBs høyalternativ enn referansealternativ fra rapporten fra 2012. I 2013 var den totale etterspørselsveksten for leger i primærhelsetjenesten og sykehustjenesten på 3-4 %<sup>7</sup>.

De to siste scenariene, «demografialternativet» og «samhandlingsalternativet», tar ikke, eller i mindre grad, den økonomiske veksten med i beregningene. Demografialternativet følger kun den demografiske utviklingen, mens samhandlingsalternativet legger til grunn en lavere etterspørselsvekst enn referanse- og høyalternativet, med antatt større vekst i

<sup>4</sup> <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Medisinstudenter/> (lest: 30.03.15)  
Legeforeningens medlemsregister registrerer ikke cand. med før legen er innmeldt i Legeforeningen. Tallene vil altså være noe for lave, men har vist seg å samsvare ganske godt med SSBs tall for leger utdannet i Norge. SSB har ikke tall på hvor mange norske leger som gjennomfører utdannelsen i utlandet.

<sup>5</sup> Framskrivning: beregning eller projeksjon om fremtiden, ref «Demografiske ord og begreper», internnotat Statistisk Sentralbyrå, 198

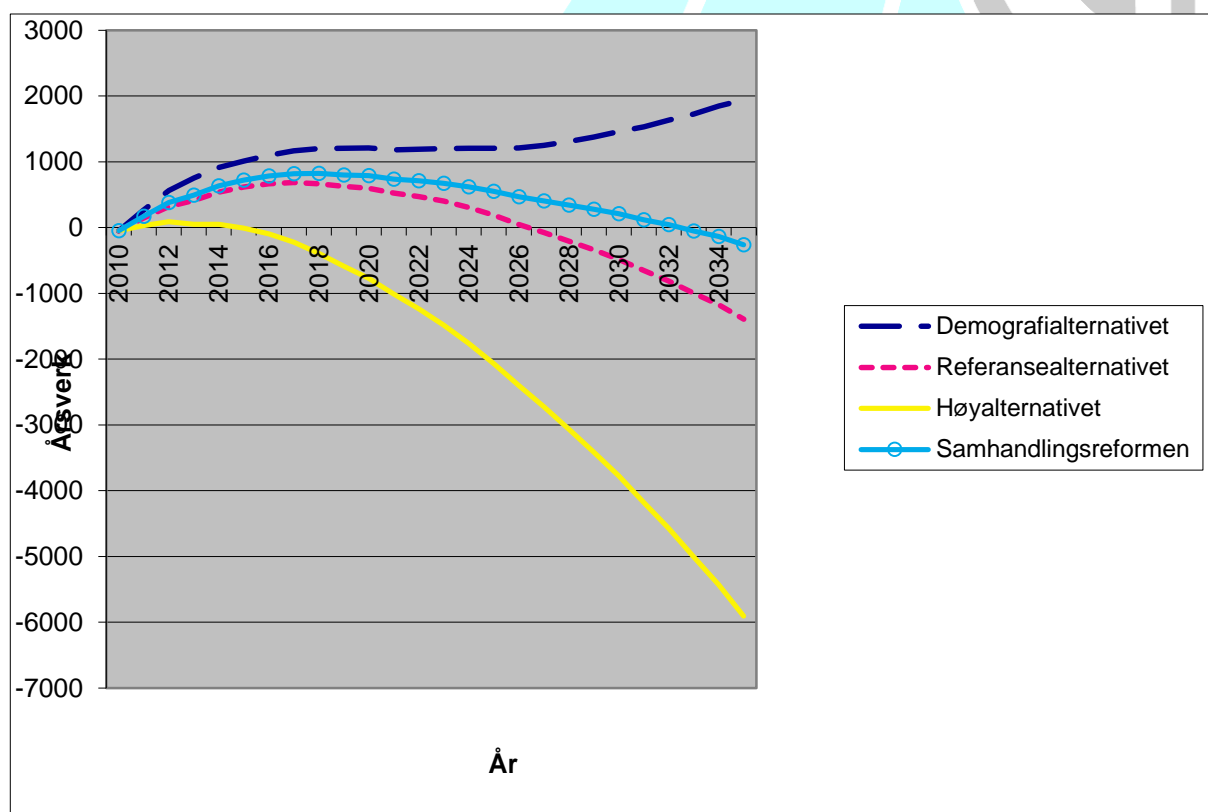
<sup>6</sup> Roksvaag, K., Texmon, I. (2012). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012* (rapport nr. 14/2012) Oslo: Statistisk sentralbyrå

<sup>7</sup> Helsedirektoratet (2015). *Nøkkeltall for helsesektoren (IS-2302)* Oslo: Helsedirektoratet



primærhelsetjenesten enn i sykehustjenesten. Demografialternativet og samhandlingsalternativet samsvarer dårlig med den faktiske utviklingen de siste årene og omtales ikke ytterligere i denne rapporten.

SSBs referansealternativ spår et lett overskudd av leger frem til 2026-2028, der arbeidsmarkedet forventes å gå i balanse. Legeforeningen anser, med bakgrunn i fremkomne data om vekst i etterspørsel etter leger de senere årene, at dette scenariet er usannsynlig. Høyalternativet spår balanse i legearbidsmarkedet frem til 2016 og deretter et gradvis økende underskudd av leger til en mangel på ca. 6 000 leger i 2035. Høyalternativet samsvarer ganske godt med den veksten man har sett i legearbidsmarkedet de siste årene. Etterspørselsveksten har faktisk vært større enn det som anslås selv i høyalternativet.



Figuren fra SSBs rapport<sup>6</sup> viser forventet over- og underskudd av leger, gitt de ulike scenariene.

De ulike etterspørselsalternativene til SSB speiler usikkerheten bak framskrivningene. Tre av forslagene er basert på ulike anslag for økonomisk vekst, mens ett av forslagene kun legger befolkningsutviklingen til grunn. Vektlegging av historiske trender spiller en mindre rolle i rapporten fra 2012 enn i tidligere rapporter. Dette begrunnes i at «*beskrankninger innenfor de offentlige budsjettene innebærer at veksten for helse- og sosialtjenester på de fleste områder kan ventes å bli svakere i årene framover enn det som har vært tilfellet i*



tidligere år»<sup>6</sup>. Dette tyder på at SSB har lagt større vekt på politiske signaler om mindre vekst i offentlige budsjetter enn tidligere.

Den gjennomsnittlige årlige veksten i bruttoprodukt i helse- og sosialsektoren var fra 2000-2010 på 2,5 %. Veksten i BNP var i denne perioden på 1,7 % per år. Den gjennomsnittlig forskjellen er altså på 0,8 prosentpoeng. Det vil si at man bruker en økende andel av BNP på helse- og sosialtjenester. Mot disse historiske dataene fremstår selv høyalternativet med anslått 0,49 % etterspørselsvekst per bruker som en beskjeden framskrivning. Et relevant spørsmål til beregningsgrunnlaget er altså hvorvidt det er lagt for stor vekt på politiske signaler om lavere budsjettvekst for helse- og omsorgssektoren enn tidligere.

Viktig for fremtidens legearbeidsmarked er også endringer i arbeidstid. SSB omtaler dette i kapitlet om alternative forutsetninger for framskrivningene. I 2010 jobbet leger gjennomsnittlig 42 timer i uken<sup>8</sup>. Gjennomsnittlig arbeidstid for leger har over tid vært synkende. Om dette skriver SSB «*Det er rimelig å anta at den økende kvinneandelen blant legene vil medføre noe nedgang i gjennomsnittlig arbeidstid. Samtidig er det fra politisk hold en intensjon at legenes arbeidstid skal normaliseres*». Forventning om nedgang i gjennomsnittlig arbeidstid for leger er ikke tatt med i noen av de fremskrevne scenarioene, men er en svært relevant driver for økt legebehov.

## Utvikling i arbeidsmarkedet for leger i Norge

Behovet for nyansettelser av leger er summen av de årlige pensjonsavgangene og veksten i legeårsverk. Den fremskrevne pensjonsavgangen for 2013 var ca 530 leger. I perioden 2011-2013 var veksten i spesialisthelsetjenesten på 3,15 % per år (ca. 400 legeårsverk)<sup>8</sup>, mens kommunehelsetjenesten hadde tilsvarende vekst, med 3,7 % per år (ca. 180 legeårsverk). I 2013 var det altså et behov for å ansette ca. 1 110 leger i norske sykehus og kommuner, med en netto vekst på ca. 580 årsverk. Veksten i universitetene, offentlig forvaltning og næringsliv, hvor det også ansettes leger, er for enkelhetens skyld ikke medregnet her.

Tilførselen til arbeidsmarkedet av leger med gjennomført norsk turnustjeneste, er begrenset av at det årlig utlyses 950 turnusstillinger. Dette gir en differanse på ca. 150 leger i året mellom det årlige behovet for ansettelse av nye leger i primær- og spesialisthelsetjenesten (ca. 1 110 leger), og tilførselen av turnusleger til et spesialiseringssløp (maksimalt 950 leger). Med bakgrunn i tall fra Legeforeningens medlemsstatistikk, er det også forventet at de årlige pensjonsavgangene kommer til å øke mye de nærmeste årene. Det årlige behovet for nyansettelser kommer dermed til å øke.

Blant yngre leger som skal begynne turnustjeneste eller spesialiseringssløp, er det er en lett økende arbeidsledighet. Det må noteres at denne er svært liten i Norge sammenliknet med resten av Europa. Samtidig som arbeidsmarkedet for de ferskeste legene er presset, er det

<sup>8</sup> <http://www.legejobber.no/Nyheter/Leger-jobber-mye-men-mindre-enn-for/> (lest 17.04.15)



et underskudd på legespesialister i Norge. Situasjonen i arbeidsmarkedet for leger i Norge er altså svært ulik for «erfarne» og «uerfarne» leger; erfarne leger er mer etterspurt.

Manglende kapasitet i turnus- og spesialisingsløpet til å utdanne det antallet legespesialister som etterspørres i arbeidsmarkedet medfører et behov for å rekruttere erfarne leger fra utlandet. Dette er særlig tilfellet for legestillinger i distrikt og for enkelte spesialiteter. Andelen utenlandske legespesialister i norske sykehus har de senere årene vært kraftig økende og var i 2014 over 20,5 %. Legeforeningens president 2011-2015, Hege Gjessing, skrev om problematikken i en artikkel i Tidsskriftet for den norske legeforening i 2014:

*«Vi mener det er bra med mangfold og berikende med kolleger fra andre land og kulturer. Men vi er mot en systematisk legeimportering som går på bekostning av egne krefter, og som gjør at andre land får problemer, mens norske myndigheter unnlater å ta ansvar for, og bære kostnadene av utdanning av et tilstrekkelig antall leger her hjemme.»<sup>9</sup>*

## Legearbeidsmarkedet i Europa og rekruttering av helsepersonell

I Europa forventes det totalt sett et underskudd på ca. 1 million helsearbeidere i 2020. Underskudd på helsepersonell anses også som en betydelig utfordring i et globalt perspektiv. Få land har gode framskrivningsverktøy for personellbehov i helse- og omsorgssektoren. EU arbeider med å kartlegge behovet for helsearbeidere på nasjonalt og regionalt plan samt migrasjonen av helsearbeidere over landegrensene. Flere land som opplever utfordringer med stor emigrasjon av leger igangsetter nå tiltak for å gjøre arbeidsplassene mer attraktive og legger til rette for å inkludere legene i arbeidslivet hvis de velger å returnere.

WHO tar for seg problematikken med forventet fremtidig legeunderskudd og internasjonal rekruttering av helsepersonell i organisasjonens *Global Code of Practice*. Denne understreker viktigheten av at land selv må ta kostnadene av å utdanne eget helsepersonell for å forhindre hjerneflukt.

*“As the health workforce is central to sustainable health systems, Member States should take effective measures to educate, retain and sustain a health workforce that is appropriate for the specific conditions of each country, including areas of greatest need, and is built upon an evidence-based health workforce plan. All Member States should strive to meet their health personnel needs with their own human resources for health, as far as possible.”<sup>10</sup>*

Forventet legemangel i Norge er ikke et unikt problem. Det er svært bekymringsverdig om rekruttering av utenlandske legespesialister blir en varig løsning på spesialistunderskuddet i Norge.

<sup>9</sup> <http://tidsskriftet.no/article/3232099/> (lest: 11.02.15)

<sup>10</sup> WHA63.16. *The Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, article 5.4, p7.(2010). World Health Organization



## Hva bestemmer fremtidens legeetterspørsel?

I 1980-årene besluttet helsemyndighetene å redusere opptaket til medisinstudiet på grunn av bekymring for legeoverskudd<sup>11</sup>. Beslutningen skjedde i en tid der helsemyndighetene hadde registrert legemangel og iverksatt tiltak for fordeling av leger til distrikt. Teorien bak forslaget var at legene genererte helsetjenesten og at kostnadskontroll dermed kunne oppnås ved å redusere antallet legehjemler. Antall legestillinger ble regulert av «stillingsstrukturavtalen» fra 1985.

I årene etter at bestemmelsene om stillingsstruktur og redusert opptak på medisinstudiet trådte i kraft, så man et økende legeunderskudd. Forsøket på å bremse kostnadene i helsesektoren ved å regulere legearbeidsmarkedet hadde altså ikke fungert. I 1997 ble det oppdaget at ca. 1 300 nye legehjemler var opprettet i strid stillingsstrukturavtalen. Det ble gitt amnesti for disse stillingene for å rydde opp i stillingsstrukturen.

Legeetterspørsel er svært kompleks og mange drivkrefter gis tilkjenne. Antallet statlige opprettede legehjemler kan ikke alene styre legeetterspørselen. Her tar vi kort for oss to grunnleggende spørsmål for etterspørselen på leger:

1. Hva er helsevesenets oppgaver?
2. Hvem skal utføre helsevesenets oppgaver?

### Hva er helsevesenets oppgaver?

Helsevesenets oppgaver er mangfoldige og omfatter blant annet behandling, oppfølging, veiledning, omsorg og rehabilitering. Hvem som skal ha tilgang til hvilke tjenester har vært gjenstand for stadig mer opphetet faglig og politisk debatt. Bakgrunnen er myndighetenes erfaringer fra slutten av forrige århundre om at helseutgiftene vokser ukontrollert hvis tilgangen til helsetjenester utelukkende skal bygges på faglige beslutninger. Prioritering tvinger seg frem som en måte å demokratisere og kontrollere ressursbruken i helsevesenet.

Velferdsstatens begrensninger fordrer altså politiske prioriteringer, når offentlige ressurser skal forvaltes og fordeles mellom og innad i sektorene. Et verdivalg på politisk nivå danner utgangspunktet for helsepolitiske prioriteringer i det statlige helsevesenet. Disse helsepolitiske prioriteringene gir seg til kjenne gjennom bevilgninger i statsbudsjettet og politiske pålegg. Staten legger med andre ord de overordnede føringene for hvilke helsetjenester befolkningen skal tilbys.

I det siste har prioriteringsdebatten rast, etter at det tredje prioriteringsutvalget, ledet av professor Norheim, la frem sin rapport høsten 2014<sup>12</sup>. Denne skal lede til ny stortingsmelding om prioriteringer i helsetjenesten i løpet av 2016<sup>13</sup>. Norheim-utvalget har

<sup>11</sup> <http://tidsskriftet.no/article/3061930> (lest 10.03.15)

<sup>12</sup> NOU2014:12 *Åpen og rettferdig prioritering i helsevesenet*. (NOU rapport nr. 12/2014) Oslo:Statens forvaltningstjeneste

<sup>13</sup> <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/Apen-og-rettferdig-prioritering/id2340361/> (lest 10.03.15)



foreslått nye kriterier og virkemidler for prioritering både overordnet og på individnivå. Helsegevinst beregnet som aldersjusterte gode leveår er blant de mer omdiskuterte kriteriene på individnivå.

Hvor mange som har behov for helsetjenester tilbudt av det offentlige helsevesen må ses i sammenheng med hvilke tjenester som tilbys. Dersom tilbudet er stabilt, vil behovet for helsetjenester justeres i tråd med størrelsen på pasientgruppene og altså være knyttet til den demografiske utviklingen. I Norge ses et demografisk skift i retning av en stadig eldre befolkning. Det forventes derfor en økende andel legeårsverk innen geriatri og sykehjemsmedisin.

Økning i legeårsverk innen kreftmedisin er også assosiert med det demografiske skiftet, mens økningen innen barne- og ungdomspsykiatri er for eksempel knyttet til en politisk satsning på området. Veksten innen radiologi er på sin side sterkt knyttet til den medisinskteknologiske utvikling. Med andre ord er det ikke kun den demografiske utviklingen, men også økonomisk vekst og prioritering innenfor økte budsjetttrammer som har hatt betydning for tilbudet i norsk helsevesen.

Tjenestene som til enhver tid tilbys er dynamisk og preges av skift i politiske prioriteringer. Endringer i prioriteringsgrunnlaget er drivere for slike skift. Noen eksempler er medisinsk innovasjon, endret dagsorden skapt av medisinskfaglige og interesseorienterte pressgrupper og politiske skift på regjeringnivå. I kapitlet om SSBs prognoser for legearbeidsmarkedet ble noe av beregningsgrunnlaget for byråets framskrivninger diskutert. I rapporten fra 2012 har SSB lagt større vekt på politiske signaler om mindre vekst i offentlige budsjetter enn tidligere. Budsjettmessige innskrenkninger vil innebære større grad av prioritering i fremtidens helsevesen. Følgelig signaliserer rapporten fra SSB en forventning til at helsetjenestetilbudet fremover i større grad vil være begrenset sammenliknet med hva som er medisinsk mulig.

Forventning om budsjettmessige innskrenkninger gir også, som beskrevet i tidligere avsnitt, framskrivning av lavere vekst i etterspørsel på leger enn hva de historiske trendene skulle tilsi.

## **Hvem skal utføre helsevesenets oppgaver? - legerollen i fremtidens helsevesen**

Samhandlingsreformen<sup>14</sup> og Samspillmeldingen<sup>15</sup>, sett i sammenheng med internasjonal utvikling og helsemyndighetenes retorikk, tyder på at omfattende endringer av helsevesenet er på vei. Fra politisk hold er det et ønske om å bruke helsepersonellet smartere for å redusere det samlede behovet. Implisitt i det er at grenseoppgangen mellom ulike helseprofesjoner er i spill. Legerollen kan med andre ord stå overfor store endringer fremover.

<sup>14</sup> St.meld.nr.47(2008-2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>15</sup> St.meld.nr.13(2011-2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Kunnskapsdepartementet.



Hvem som skal utføre hvilke oppgaver er et sentralt effektivitets- og kvalitetsspørsmål. Samarbeid på tvers av helsefagprofesjonene samt underskudd på merkantilt personell til blant annet rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet, går inn under dette spørsmålet. Diskusjonen om hvilken fremtidig profesjonsrolle leger skal utdannes til gjennom grunnstudiet er nærliggende. For tiden utarbeider Universitets- og høgskolerådet, på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet, et forslag til ny forskrift om felles innhold i helse- og sosialfagutdanninger på universitets- og høyskolenivå. Blant formålene er tilrettelegging for læring av samarbeid på tvers av profesjonene i helsevesenet i løpet av utdanningen. Vi må forvente at endringer i profesjonsroller og oppgaver samt økende grad av tverrprofesjonelt samarbeid vil ha innvirkning på den fremtidige legeetterspørselen.

Statssekretær Anne Grete Erlandsen har uttalt at leger i fremtiden vil måtte brukes «både på retta og på vranga». Uttalelsen har vakt reaksjoner i kretser som mener legene i dag gjør for mye administrasjons- og rapporteringsarbeid. Frustrasjon over det som omtales som en økende «industrialisering av helsetjenesten» og mer unødvendig byråkrati er noe som Helsetjenesteaksjonen i senere år har tatt for seg. Flere leger er bekymret over at arbeidstiden i økende grad brukes til merkantilt arbeid og trekker frem legetid med pasienten som et truet pasientgode.

Helsemyndighetene har ved flere anledninger uttalt at det ikke er mulig å «bemanne seg ut av fremtidens helseutfordringer». Hvilken plan helsemyndighetene har for å dekke behovet for helsetjenester fremover er noe uklart, men man må forvente overordnede politiske mål om å bremse etterspørselsveksten etter både helsetjenester og helsepersonell. Samtidig har regjeringen på kort sikt planlagt å øke kapasiteten i medisinsk grunnutdanning. I statsbudsjettet for 2016 foreslår de å bevilge midler til å opprette 30 nye studieplasser ved medisinske fakultet i Norge.



## Oppsummering – hvor mange leger trenger vi?

SSBs framskrivninger for legearbeidsmarkedet fra 2012 gir flere alternativer. Referansealternativet spår et lett legeoverskudd og så balanse i arbeidsmarkedet i 2020. Høyalternativet beregner imidlertid et økende legeunderskudd til en mangel på ca. 6000 leger i 2035. Utviklingen i legeetterspørsel har de siste to årene vært nærmest samsvarende med høyalternativet. Vår konklusjon er at SSB har lagt for liten vekt på historiske data, og for stor vekt på politiske signaler om budsjettkutt, i sine framskrivninger av legearbeidsmarkedet. Etterspørselsveksten etter leger har de senere årene økt mer enn hva som er framskrevet i noen av scenarioene til SSB.

Norge utdanner for få leger. Behovet for nyansettelser av leger er summen av de årlige pensjonsavgangene og veksten i legeårsverk. Tilbudet av leger til arbeidsmarkedet bestemmes av antallet legestillinger i turnus og spesialisering. I 2013 var differansen mellom behovet for ansettelse av nye leger i primær- og spesialisthelsetjenesten og tilbudet på leger med gjennomført turnustjeneste, på ca 150 legestillinger. Vi forventer at de årlige pensjonsavgangene kommer til å øke mye de nærmeste årene, og at det årlige behovet for nyansettelser dermed kommer til å øke.

Norge har et moralsk ansvar for å utdanne egne leger. I et stadig mer globalt arbeidsmarked må man regne med at helsepersonell kommer til å forflytte seg mer og mer. Fri flyt av arbeidskraft er positivt blant annet for kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom land. Det er derimot problematisk om denne kunnskapsflyten kun er rettet én vei - en prosess som ofte blir omtalt som «hjerneflukt». Det viktigste et høyinntektsland som Norge kan gjøre for å motvirke «hjerneflukt», er å selv ta kostnadene av å utdanne eget helsepersonell. WHO understreker viktigheten av dette i organisasjonens «*Global Code of Practice*», fordi det er nettopp underutdanning av helsepersonell i høyinntektsland som er den viktigste driveren bak hjerneflukt.

Det utdannes særlig for få legespesialister i Norge. De siste to årene har etterspørselen etter leger i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten økt med ca. 3-4 %. Etterspørselsveksten har vært jevnt økende over tid. Så langt er det ikke iverksatt vesentlige politiske tiltak for å bremse denne utviklingen. En konsekvens av at kapasiteten i turnus og spesialisering ikke har økt tilsvarende etterspørselsveksten etter leger, er at Norge i dag ikke er i stand til å utdanne tilstrekkelig antall legespesialister. Dette kompenseres det for gjennom aktiv rekruttering av legespesialister fra utlandet.

Legeetterspørselen vil påvirkes av flere forhold ved fremtidens helsevesen. Politiske prioriteringer av hvilke helsetjenester som skal tilbys og prioriteres, endringer i pasientpopulasjonen og i helseprofesjonsroller samt omorganisering og økt grad av samhandling mellom primærhelsetjeneste og sykehustjenesten er eksempler på slike forhold.

Framskrivningene til SSB gjøres med en rekke forenklinger og må tolkes med omhu. Det er ikke mulig å kalkulere virkningene alle de nevnte tendensene og utfordringene vil ha på legearbeidsmarkedet. Man må forvente at myndighetene vil iverksette tiltak for å bremse veksten i etterspørsel etter helsetjenester samt tiltak for å omorganisere og effektivisere





helsetjenesten. Denne politikken vil ha betydning for utviklingen i arbeidsmarkedet for leger.

For å imøtegå et forventet fremtidig legeunderskudd, må Norge enten øke sin utdanning av leger og legespesialister, redusere sitt legebehov eller en kombinasjon av de to. Selv om helsemyndighetene skulle gå inn for en strategi som hovedsakelig går ut på å redusere legebehovet, skal det mye til før Norge utdanner den andelen av sine egne leger som er anbefalt<sup>16</sup>. Derfor vil det være et trygt og fremtidsrettet tiltak å innføre en moderat kapasitetsøkning i spesialistutdanningen for å utnytte de norske legene vi faktisk har, men som ikke får begynt i spesialisering.

Nmf mener kapasiteten i turnus og spesialisering skal være dimensjonert til legebehovet. Med dagens situasjon i legearbeidsmarkedet er det behov for å opprette ca. 150 flere turnuslegestillinger for at Norge skal bli selvforsynte med leger til primær- og spesialisthelsetjenesten. Nmf anbefaler at kapasiteten i turnus og spesialisering gradvis suppleres med 150 legestillinger samtidig som vi anerkjenner behovet for å imøtegå et forventet fremtidig legeunderskudd også med politiske tiltak. Nmf ønsker diskusjonen om hvordan vi skal takle kapasitetsutfordringene i fremtidens helsevesen velkommen.

---

<sup>16</sup> Helsedirektoratet (2007): Solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell. IS-1490.