

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Sendt kun pr. e-post til Karl-Kristian.Bekeng@hod.dep.no, postmottak@hod.dep.no

Deres ref.: 25/3618

Vår ref: SAK2025006829

Dato: 16-11-2025

Legeforeningens innspill til Helsepersonellplan 2040

Arbeidet med å sikre tilstrekkelig helsepersonell i fremtiden er avgjørende for å opprettholde en bærekraftig og kvalitetsorientert helsetjeneste. For å oppnå dette må Helsepersonellplan 2040 være et styringsverktøy som gir retning og konkrete løsninger.

Legeforeningen mener at tre hovedutfordringer står sentralt i dette arbeidet og må besvares i planen:

- 1. Hvordan få riktig antall leger inn i helsetjenesten*
- 2. Hvordan beholde leger i den offentlige helsetjenesten*
- 3. Hvordan sørge for at legene får være leger*

Uten en plan som adresserer disse utfordringene, risikerer vi en helsetjeneste med redusert kapasitet, svekket kvalitet og økende press på både pasienter og ansatte. Legeforeningen ønsker å understreke viktigheten av å ha riktig kompetanse på riktig sted. Helsetjenesten er sammensatt av mange ulike yrkesgrupper som er gjensidig avhengige for å fungere godt og dermed vil behovet for de ulike yrkesgruppene være avhengig av hverandre. I dette innspillet vil Legeforeningen imidlertid særlig rette oppmerksomheten mot behovet for leger.

1. Hvordan få riktig antall leger inn i helsetjenesten

Uavhengig av om fremtidens behov for leger blir lite, stort eller omfattende, er det avgjørende å vite hvilke typer leger som helsetjenesten har behov for. Helsepersonellplanen må som et minimum inneholde en oversikt over dagens leger. Uten en slik oversikt vil det ikke være mulig å utarbeide målrettede og effektive tiltak. En helhetlig plan krever at vi forstår dagens situasjon og dermed fremtidige behov. Samtidig er det også nødvendig at det nasjonale perspektivet og behovet i hele helsetjenesten legges til grunn for å utarbeide målrettede tiltak.

Legeforeningen mener det som et minimum er behov for oversikt over:

- Antall spesialister¹ fordelt på fagområder.
- Antall LIS-leger (etter fullført LIS1) og hvor langt de har kommet i spesialiseringsløpet, og innenfor hvilke spesialiteter.
- Hvor mange leger med fullført LIS1 som ikke går videre i et spesialiseringsløp.
- Faktiske og sammenlignbare tall som viser hvor mange leger (både spesialister og leger i spesialisering) som har sluttet i sin stilling på offentlige sykehus de siste årene, samt hvor mange av spesialister og LIS som har blitt erstattet av hhv. ikke-spesialister og leger før fullført LIS1.
- Fremtidig behov for spesialister, både fag og antall, inkludert en framskrivning av LIS1 med en konkret opptrappingsplan for å imøtekomme behov.

I tillegg bør de medisinske fagmiljøene involveres aktivt i behovsvurderingen. De sitter nærmest på utviklingen i sine spesialiteter og har best forutsetninger for å vurdere om trenden går mot et økt eller redusert behov for spesialister.

Det er avgjørende at planen oppleves som relevant og troverdig, ikke som «skuffefyll». En plan uten solid forankring i både oppdatert datagrunnlag og fagmiljøer vil miste sin funksjon og bli liggende ubrukt. Transparens er også kritisk. Når datagrunnlaget og vurderingene er åpne og etterprøvbare, styrker det tilliten til prosessen og gjør det enklere for både ledere i tjenesten og fagmiljøer å stå bak planen. Åpenhet reduserer risikoen for mistillit og sikrer at nødvendige prioriteringer oppfattes som rettferdige og kunnskapsbaserte. Det er derfor viktig å tilstrebe at man er omforent om tallene som legges til grunn.

Eksempler på utfordringer²:

- Barnekirurgi: En liten spesialitet med kun 22 registrerte spesialister i vårt medlemsregister, hvor 25 % er 62 år eller eldre.
- Psykiatri og samfunnsmedisin: 25 % av spesialistene er 59 år eller eldre.
- Totalt: 5 267 av 37 698 yrkesaktive leger i vårt medlemsregister er 60 år eller eldre.
- Hva endring i legesammensetning, herunder kjønnsbalanse, vil bety for valg av spesialitet, stilling og forventet fravær.

Vårt beste anslag basert på siste års utvikling tilsier at det er behov for 1 700 nye leger årlig. Leger i helse- og omsorgstjenesten har den høyeste pensjonsalderen, i snitt 68 år³ og mange leger fortsetter

¹ Med spesialist menes en lege som har fullført sin spesialistutdanning innenfor en eller flere av de 46 godkjente medisinske spesialitetene. Eksempelvis pediatri, allmennmedisin, og psykiatri.

² Tallene er basert på rapporteringer fra Legeforeningens medlemsregister.

også etter fylte 68 år. Samtidig rapporterer flere leger at det å strekke seg for å kompensere for organisatoriske mangler går utover både legens tilfredshet, helse, arbeidsmiljø og kvalitet i pasientbehandlingen. Gitt dagens situasjon i tjenesten kan vi derfor ikke legge til grunn at den høye pensjonsalderen vil vedvare, noe som vil medføre et økt behov for leger som må tas med i beregningen.

Det kan hevdes at dette vil jevne seg ut over tid, men vi understreker at det tar minimum 6,5 år å bli spesialist, og i de fleste fag er det behov for lenger tid. Derfor er det nødvendig å øke kapasiteten, effektivitet og kvalitet både i grunnutdanningen i medisin og i spesialistutdanningen. Tiltak må iverksettes nå, selv om effekten først blir synlig om flere år. Uten konkrete grep vil utfordringene betydelig forverres i fremtiden.

Kapasiteten i medisinsk grunnutdanning opp mot nasjonale behov

Premissene for å sikre nok leger begynner med grunnutdanningen i medisin. I dag har nærmere 50% av yrkesaktive leger i Norge sin grunnutdanning fra utlandet.⁴ Tall fra Lånekassen viser at 2 972 norske studenter studerer medisin i utlandet i studieåret 2024/2025⁵, og tall fra OECD viser at Norge ligger svært lavt på egen relativ utdanningskapasitet av leger⁶. Tall fra Helsedirektoratet bekrefter det samme⁷. Med andre ord har Norge gjort seg selv avhengig av at medisinstudenter gjennomfører sin utdanning i utlandet for å dekke opp sitt eget legebehov. Norge har forpliktet seg gjennom WHO-koden⁸ til å ta ansvar for å utdanne eget helsepersonell. Lege- og spesialistmangel er et globalt problem og vi kan ikke være avhengig av å oppta plasser i andre land som har et stort legebehov selv..

Dimensjonering av studieplasser må tilpasses nasjonale behov. Utviklingen i antall studieplasser samsvarer ikke med behovet i helsetjenesten. For å sikre tilgang og kvalitet anbefalte Grimstadutvalget at 80 % av leger utdannes i Norge. Utvalget⁹ konkluderte i 2019 med at antallet studieplasser måtte økes kraftig til 1 076 innen 2028. Regjeringen foreslår i statsbudsjettet for 2026 å øke til 891 plasser. Vi støtter prioriteringen til regjeringen om å øke studieplasser i medisin, men understreker at dette ikke kan gjøres uten hensyn til kapasitet i universitetene og helsetjenesten, ei heller uten finansering i begge sektorer. Vi viser derfor til at Grimstadutvalget anbefalte at de største økningene i studieplasser burde gjennomføres i de store byene. Dette handler ikke bare om kapasitet på universitetene, men tilstrekkelig med pasientgrunnlag og praksisplasser som gir studentene en utdanning av høy faglig kvalitet med klinisk relevans. I en oppsummering fra

³ NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helsetjeneste, s. 108, figur 5.15 *Alder ved avgang fra arbeidslivet (i helsetjenesten)*

⁴ Legeforeningen (2024) [Legestatistikk – Yrkesaktive leger i Norge](#)

⁵ [Lånekassen, Statistikk: Studenter i utlandet, kategori "populære fag for kvinner og menn studieåret 2024-2025"](#)

⁶ OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

⁷ . Sirnes E, Korsvold L. NHSP 2020-2023 - Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet «[Helsepersonell med utdanning fra utlandet](#)», Helsedirektoratet 2018.

⁸ [WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel](#)

⁹ [Studieplasser i medisin i Norge – Behov, modeller og muligheter \(2019\)](#)

Kunnskapsdepartementet i desember 2021 kommer det frem at kapasiteten i Helse Nord allerede var presset forut for den siste økningen av studieplasser ved grunnutdanningen i medisin, samtidig som Helse Sør-Øst og UiO påpekte at de hadde det laveste antall studieplasser per innbygger og at de burde øke sin kapasitet¹⁰.

Det er også viktig å sikre en medisინutdanning av høy kvalitet med tydelig klinisk relevans. Legeforeningen erfarer at medisinstudenter i økende grad undervises av lærere som ikke er leger. Dette svekker relevansen og konteksten i undervisningen, og fører til at viktig kunnskap går tapt. Rekruttering av leger til akademiske stillinger er utfordrende. Lønnen er langt lavere enn i kliniske stillinger, samtidig som det er vanskelig å frigjøre tid til forskning og undervisning dersom man har delte stillinger mellom klinikken og universitetene. En rapport fra NOKUT¹¹ viser at stram økonomi i universitetene hindrer rekruttering, særlig av leger. For å sikre at vi utdanner gode og trygge leger må undervisningen være faglig sterk og forskningsbasert. Tiltak som bedre karriereveier for leger i akademia og styrket rekruttering til universitetssykehusene er avgjørende for å oppnå dette.

Videre økning vil kreve grundig forarbeid som må gjøres i samarbeid med medisinske fakulteter, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og helsetjenesten – ikke gjennom ensidige beslutninger.

Kapasitet i og innretning av LIS1-ordningen

Det er et stort behov for spesialister i hele landet, samtidig som veldig mange nyutdannede leger ikke får kommet i gang med spesialiseringsløpet. Leger i spesialisering del 1 (LIS1) forblir en flaskehals i systemet og uten en økning i LIS1-stillinger vil spesialistmangelen fortsette øke i årene fremover. Det er vanskelig å forstå hvorfor LIS1 skal være et nåløye. Manglende satsing for å øke kapasiteten fører videre til at "LIS1-ventere" og studenter med lisens ansettes i midlertidige stillinger som krever høyere kompetanse. Dette utfordrer pasientsikkerheten, gir ikke leger en trygg start på arbeidslivet og virker på sikt antirekrutterende på unge leger.

Som oppfølging av Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 ble det fra 1. januar 2025 mulig for kommuner og helseforetak å opprette egne LIS1-stillinger. Dette mente, og mener fortsatt, Legeforeningen at vil medføre ustabilitet i ordningen og regionale forskjeller. Videre har regjeringen foreslått å avvile øremerkede bevilgninger til LIS1-stillinger, og at de regionale helseforetakene overtar finansieringsansvaret gjennom basisfinansieringen. Finansiering for den kommunale tjenesten er ikke nærmere beskrevet. Denne foreslåtte omleggingen er et grep som ytterligere svekker den nasjonale styringen av kapasitet i helsetjenesten. Opprettelse av LIS1-stillinger er et nasjonalt ansvar og en øremerking av midler ivaretar dette hensynet. En avvikling gjennom statsbudsjettet, uten forvarsel eller dialog, er etter Legeforeningens syn feil vei å gå. Helse- og omsorgsdepartementet har ikke konkretisert hvordan de planlegger å ivareta den nasjonale

¹⁰ Kunnskapsdepartementet (2021) [Forhåndsutredning: Muligheter og kostnader ved økning av utdanningskapasiteten i medisin](#). ; UiO (2024) [UiO bør og kan øke antall studieplasser på medisinstudiet - For ansatte - Universitetet i Oslo](#)

¹¹ [NOKUT \(2025\) Sluttrapport fra evalueringen av profesjonsstudiet i medisin.](#)

styringen dersom forslaget består. Når finansiering flyttes inn i driftsbudsjettet er det nærliggende å tenke at LIS1-stillinger står i fare for å bli nedprioritert når helseforetakene må vekte ulike hensyn mot hverandre i et stramt sykehusbudsjett. Vi gjentar derfor at det er Helse- og omsorgsdepartementet som har det overordnede ansvaret for å sikre nok kapasitet og en helse- og omsorgstjeneste av høy kvalitet.

Spesialistutdanningen for leger i sykehus

NAV gjennomfører hvert år en bedriftsundersøkelse som estimerer mangelen på arbeidskraft. I 2025 viste undersøkelsen at det mangler 850 legespesialister¹². NAVs tall estimerer mangelen på arbeidskraft til stillinger bedriftene har de siste 3 månedene, men den tar ikke hensyn til det økende presset ute i tjenesten og det er grunn til å vurdere at behovet derfor er enda høyere. Leger i spesialisering (LIS) har krav på regelmessig veiledning og supervisjon i klinikk fra erfarne og ferdig utdannede legespesialister, og dette krever kapasitet hos ferdige spesialister. I tillegg må LIS få tid til å gjennomføre læringsaktiviteter. Legeforeningen er bekymret for at et stadig økende press på helsetjenesten går utover legers spesialistutdanning. Det er stramme budsjetter, store krav til aktivitet, og det pågår omfattende omorganiseringsprosesser ved mange av helseforetakene.

En undersøkelse blant leger i spesialisering¹³ viser at drøye 43 % av respondentene er forsinket i sin spesialisering. Hovedgrunnen ble oppgitt å være at LIS-legene ikke får tid til å delta i/gjøre prosedyrer på grunn av for lav bemanning og omstilling, enten at det ikke er tid eller at LIS ikke blir prioritert til ulike oppgaver. Over 40 % er mer enn 12 måneder forsinket. I en helsetjeneste som mangler spesialister, utgjør dette mange tapte årsværk. Vi skal ikke glemme at minstetiden for å bli spesialist er 6,5 år, men i realiteten tar det ofte lengre tid - noen ganger er det faglig riktig, men andre ganger skyldes det flaskehalser underveis. Minstetiden som inngår i spesialistutdanningen er nettopp det, en minstetid, og i mange spesialiteter er den urealistisk lav. Dette skal også hvert utdanningssted ta hensyn til i sine overordnede utdanningsplaner. Forsinkelsen som beskrives over er vurdert ut ifra den overordnede planen for spesialiteten der hvor de ulike LIS-legene jobber.

Legeforeningen har lenge vært opptatt av at Norge må utdanne flere egne legespesialister. At én femtedel av spesialistene våre rekrutteres fra utlandet gjør oss sårbare, blant annet på områdene helseberedskap og selvforsyning. Å utdanne egne spesialister gjør oss bedre rustet i krisesituasjoner, som for eksempel en pandemi eller krigssituasjon. Når flere spesialister utdannes i Norge, bygges det også opp en mer robust helsetjeneste med bedre kontinuitet, forskning og fagutvikling.

For å utdanne flere spesialister må LIS få gjennomføre nødvendige læringsaktiviteter som en del av spesialistutdanningen. Dette er helt avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet. Vi vet at å investere i god spesialistutdanning gir leger som blir raskere trygge på seg selv, gjør mindre medisinske feil og bedrer pasientsikkerheten. Likevel ser vi at driftsutfordringer knyttet til pasientbehandling ofte prioriteres, og LIS trekkes bort fra læringssituasjoner for å dekke bemanningsbehov. Konsekvensen er

¹² [NAVs Bedriftsundersøkelse 2025](#), publisert 9.05.2025.

¹³ [yngeleger.no - Medlemsundersøkelsen 2025: Nesten halvparten er forsinket i spesialistutdanningen](#)

at driftsoppgaven *utdanning* nedprioriteres, og som følge av dette får man svekket utdanningskvalitet, lavere motivasjon og på sikt utfordringer med rekruttering. Arbeidsgiver må ta ansvar for å tilrettelegge for læring. Spesialistutdanning er en investering, ikke en kostnad som kan skyves til side. Vi ser allerede sviktende rekruttering til mange LIS2/3-stillinger og mangel på ferdige spesialister i de fleste fag. Derfor må det settes av tilstrekkelige ressurser og tid til utdanningen, og tjenesten må ha kapasitet til å ivareta behovet for veiledning, supervisjon og kompetansevurdering.

Kommunal helsetjeneste

Samfunnsmedisinsk kompetanse

Kommuneoverlegene har oppgaver innen smittevern, beredskap, miljørettet helsevern, psykisk helsevern, ledelse av fastlegeordningen, videre- og etterutdanning av leger, samt medisinsk-faglig rådgivning overfor øvrige kommunale tjenester, kommuneledelsen og befolkningen. De siste årene har tydeliggjort behovet for å ha velfungerende kommuneoverleger i alle landets kommuner. Likevel varierer det fra kommune til kommune hvordan dette er løst. Underdimensjonerte samfunnsmedisinske legestillinger gir dårligere folkehelse, fordi det rammer kommunenes kapasitet innenfor smittevernarbeid og medisinsk-faglig rådgivning overfor kommunen og innbyggerne.

Kommuneoverlegerollen er i mange tilfeller kombinasjonsstillinger eller plassert i mindre stillinger, og det er ikke uvanlig at det kun er ansatt én person som kommuneoverlege. I 2020-2021 kartla Helsedirektoratet kommunelegefunksjonen nasjonalt og det fremkom her at kun 34 prosent av kommunene hadde mer enn én kommunelege, og at 49 prosent ikke hadde stedfortreder i stillingen¹⁴.

Dette har konsekvenser for den samfunnsmedisinske beredskapen i kommunen og gjør kommuneoverlegerollen svært sårbar ved sykdom eller andre situasjoner der kommuneoverlegen ikke er tilgjengelig. Det bør derfor vurderes om man skal innføre en minstenorm for størrelse på kommuneoverlegestillinger. Legeforeningen har tidligere gitt innspill til Helsedirektoratets arbeid om videreutvikling av kommuneoverlegerollen i mai 2022 og støttet en minstenorm på 75 prosent. Uavhengig av minstenorm eller ikke, mener Legeforeningen at kommunene må sikre at det planlegges og organiseres en forsvarlig kommuneoverlegefunksjon med tilstrekkelige stillingsstørrelser, kapasitet og med stedfortredere. Samtidig er det viktig at kommuneoverlegenes organisatoriske plassering i kommuner sikrer tilgang til relevante beslutning og diskusjonsfora i kommunen - ikke bare i krisetilfeller. Uten tilstrekkelig antall spesialister innen samfunnsmedisin med de riktige verktøyene står vi dårlig rustet til å håndtere fremtidige kriser og komplekse folkehelseutfordringer.

¹⁴ [Rapport - Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen \(2021\)](#)

Fastlegeordningen

Fastlegeordningen er en av bærebjelkene i det norske velferdssamfunnet og en unik pasientrettighet som sikrer befolkningen kontinuitet og trygghet i helsetjenestene. Det personlige ansvaret fastlegen har for sine pasienter gjennom hele livsløpet, er noe helt spesielt og må ivaretas. Forskning har vist at kontinuitet i lege-pasient-forholdet reduserer antall sykehusinnleggelser og bruk av legevakt.¹⁵ En sterk fastlegeordning er derfor en forutsetning for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet, tilgjengelighet og trygghet for innbyggerne. En velfungerende ordning bidrar til mer effektiv ressursbruk i hele tjenesten og spiller en viktig rolle i å redusere sosial ulikhet i helse ved å gi alle grupper bedre tilgang til helsetjenester. Erfaringene fra de siste årene viser at ordningen har vært gjennom en krevende periode, men målrettede tiltak og økt politisk prioritering har bidratt til bedring. Likevel er det avgjørende at vi ikke tar utviklingen for gitt; fortsatt har over 117 000 innbyggere ingen fast lege per 1.11.2025¹⁶, samtidig som kapasiteten i mange kommuner er så lav at innbyggere ikke har reell valgmulighet. NAVs bedriftsundersøkelse fra 2025¹⁷ peker på et udekket behov for 150 allmennleger, i tillegg er gjennomsnittlig listelengde ifølge Helsedirektoratet på 978 innbyggere¹⁸.

Mangelen krever en helhetlig strategi for rekruttering, utdanning og fordeling av arbeidsbelastning, med hensyn til befolkningsvekst, sykdomsbilde og en aldrende befolkning. I tillegg ser vi at de lengste pasientlistene i dag er hos spesialister i allmennmedisin. Det innebærer at nyutdannede leger, som naturlig vil ha kortere lister, ikke alene kan kompensere for det samlede behovet. I tillegg har antallet fast ansatte fastleger i kommunen økt, og disse har generelt kortere pasientlister enn de næringsdrivende fastlegene¹⁹. En framskrivning av behovet for fastleger i årene fremover må ta høyde for flere faktorer: befolkningsvekst, ansettelsesform, endringer i sykdomsbildet og de demografiske utfordringene vi står overfor. En aldrende befolkning vil medføre økt behov for helsetjenester, samtidig som kompleksiteten i pasientbehandlingen øker. Dette stiller større krav til kapasitet og kompetanse i fastlegeordningen.

Stabile rammebetingelser og en robust finansieringsmodell er avgjørende. Næringsdrift kombinert med folketrygdfinansiering gir motstandskraft mot svingninger i kommuneøkonomien. Det er viktig at finansieringsmodellen bidrar til høy kapasitet og tilgjengelighet, og at utviklingen i finansieringen følger behovet og etterspørselen etter allmennlegetjenester. Samtidig må det legges til rette for ulike tilknytningsformer, slik at både næringsdrivende og ansatte fastleger har forutsigbare rammer. Det

¹⁵ [Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway](#). Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg, Steinar Hunskaar British Journal of General Practice 2022; 72 (715): e84-e90. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0340 ; [Continuity of care in general practice and patient outcomes in Denmark: a population-based cohort study](#) Anders Prior, Linda A. Rasmussen et al. The Lancet Primary Care, Volume 1, Issue 2, 100016

¹⁶ [Allmennlegeforeningen, Innbyggere uten fastlege, oversikt hentet 10.11.2025](#)

¹⁷ [NAVs Bedriftsundersøkelse 2025](#), publisert 9.05.2025.

¹⁸ Helsedirektoratet (2025). [Arbeidet med allmennlegetjenesten](#) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 19. juni 2025, lest 11. november 2025). kapittel 14.6

¹⁹ Helsedirektoratet (2025). [Arbeidet med allmennlegetjenesten](#) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 19. juni 2025, lest 11. november 2025). kapittel 14.7

er avgjørende at det ikke innføres raske eller uforutsigbare endringer i driftsmodellen, og at finansieringsordningen gir trygghet både for eksisterende og fremtidige nye fastleger. Trepertssamarbeidet mellom staten, KS og Legeforeningen må videreføres og styrkes, slik at nødvendige justeringer kan gjøres i fellesskap og i dialog med dem som kjenner tjenesten best.

Legeforeningen støtter tanken om større legekontor, styrket med administrative ressurser og annet helsepersonell tilpasset behovet på legekantoret og kommunen. Målet må være å gi legene mer tid til pasientene og dermed en mer effektiv arbeidsdag. For å legge til rette for økt tverrfaglighet og hensiktsmessig arbeidsdeling, bør det innføres egne takster for sykepleiere og helsesekretærer tilknyttet fastlegkontorene. Det er viktig at pasienter som har behov for legetjenester får tilgang til legesonsultasjon, og ikke sykepleiersonsultasjon. Samtidig er ikke den eneste løsningen å ansette mer personell, dersom behovet kan løses med økt samhandling med de øvrige helsetjenestene i kommunen. Dette fordrer for eksempel datasystemer som kan samhandle og utveksle informasjon på en god måte. Økt tverrfaglighet i fastlegetjenesten må ikke gjennomføres på en måte som tapper den øvrige kommunale helsetjenesten for sårt tiltrengt helsepersonell

Veien videre er kontinuerlig forbedring i dialog med tjenesten, for å sikre en attraktiv ordning og rekruttering av kompetente fastleger i årene som kommer.

Oppsummert mener Legeforeningen:

- Det er behov for en helhetlig kartlegging av dagens leger for at Helsepersonellplan 2040 skal komme frem til målrettede og effektive tiltak.
- Regjeringen må følge opp Grimstadsutvalgets rapport med å øke kapasiteten i grunnutdanningen, primært i de store byene, og i dialog med Kunnskapsdepartementet, helse- og omsorgstjenesten og universitetssektoren.
- Det må utarbeides en oppdatert framskrivning av behovet for LIS1-stillinger som speiler fremtidig behov for spesialister, og som et første steg øremerke midler til minimum 30 nye stillinger. LIS1-ordningen må forbli en nasjonal ordning finansiert med øremerkede midler over statsbudsjettet.
- Regjeringen må øke kapasiteten på sykehus slik at LIS får gjennomført nødvendige deler av spesialistutdanningen.
- Utviklingen av fastlegeordningen bør skje nedenfra og opp, og gjennomføres i tett samarbeid og dialog mellom Legeforeningen og KS innenfor rammen av trepartssamarbeidet.

2. Hvordan beholde leger i den offentlige helsetjenesten

Etter Legeforeningens oppfatning står utfordringene med både å rekruttere og beholde leger i nær sammenheng med å skape gode arbeidsmiljøer hvor de ansatte blir ivaretatt, verdsatt og opplever at helsetjenesten er en attraktiv arbeidsplass og derfor velger å arbeide der lenge. En fornuftig arbeidsbelastning, faglig autonomi, arbeidstidsordninger som er forenlig med å ha familie og barn, velfungerende ledelse, faglig progresjon og tilfredsstillende lønnsvilkår vil her være nøkkelfaktorer. Bruk av lønn som virkemiddel vil etter Legeforeningens oppfatning særlig være viktig i

rekrutteringssvake avdelinger og spesialiteter. Legeforeningens arbeidsmiljøveileder peker på mange forholdsvis enkle tiltak som bør gjennomføres²⁰. Veilederen er ment for leger ansatt på sykehus, men mange av punktene som omtales er universelle uansett hvor i helsetjenesten man er ansatt.

Legers jobbtilfredshet har endret seg over tid, og mange rapporterer om økt arbeidsbelastning og stress, ofte knyttet til mer administrativt arbeid på bekostning av pasientkontakt. Dette påvirker både trivsel og kvaliteten på helsetjenesten. Studier viser at tiden til direkte pasientarbeid har gått ned, selv om antall leger har økt.²¹ Samtidig ser vi at antall helsesekretærer og annet støttepersonell har gått ned. For eksempel har helsesekretærer tradisjonelt avlastet klinikere med mange oppgaver, blant annet oppsett av timeavtaler, bestilling av pasienttransport og tolketjenester. I en 2018-rapport fra Riksrevisjonen ble det påpekt at helsesekretærer som avlaster klinikere er et viktig grep for å frigi legeressurser.²²

Høsten 2023 gjennomførte Legeforeningen en medlemsundersøkelse som viste at 5000 leger er usikre på om de er i jobben om to år.²³ Over halvparten svarte at dette skyldes høyt arbeidspress. I tillegg var medlemmenes vurdering av fremtidsutsiktene til sin virksomhet noe av det som fikk lavest score i hele undersøkelsen. Dette støtter opp under det våre medlemmer fra alle steder i landet, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, sier til oss. De forteller om en hverdag preget av stadig mer dramatiske kutt i personell, senger og avdelinger. Nye sykehus med for få sengeplasser og rom. Utdatert og svak infrastruktur, et vedvarende høyt arbeidspress, og et ensidig økonomifokus. Oppgaver som tilføres, uten at ressursene har fulgt med. Dette går etter hvert ut over den faglige kvaliteten på pasientbehandlingen og ikke minst trivsel på jobb.

Turnover-kostnaden til en lege er anslått å være omtrent 2 ganger legens lønn.²⁴ I tillegg kommer et stort kompetansetap for fagmiljøene som er vanskelig å tallfeste, men som det tar mange år å bygge opp igjen. At leger velger seg bort fra helsetjenesten må tas på alvor.

Legenes arbeid er krevende og med stort ansvar. Det er nødvendig med trygge arbeidsforhold som gir rom for kvalitetsmessig pasientbehandling, personlig og faglig utvikling, samt attraktive lønns- og arbeidsvilkår. Et inkluderende arbeidsmiljø, god kultur og trygghet til å si fra om kritikkverdige forhold er avgjørende. Arbeidstidsordningene må ivareta både faglig forsvarlighet, legers helse og pasientsikkerhet, og arbeidsplassen må legge til rette for konsentrasjon, pauser og kollegialt fellesskap. Ansatte og tillitsvalgte bør involveres i utformingen av tiltak for å bedre arbeidsmiljøet.

²⁰ Legeforeningen (2024) [Veileder – arbeidsmiljø for leger i sykehus](#)

²¹ Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994 – 2014. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2016;136(16):1355-9. doi: 10.4045/tidsskr.16.0011. ;

Rosta J, Aasland OG. Weekly working hours for Norwegian hospital doctors since 1994 with special attention to postgraduate training, work-home balance and the European Working Time Directive: a panel study. BMJ Open. 2014;4(10):e005704-e. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005704.

²² Riksrevisjonen (2018) [Undersøkelse av helseforetakenes bruk av legeressursene.](#)

²³ Rambøll (2023) [Den norske legeforenings medlemsundersøkelse 2023](#)

²⁴ Frey, Jordan (2024) [The Enormous Cost of Physician Turnover](#), OP-MED

Legeforeningen mener:

- At rekruttering og det å beholde leger henger tett sammen med å skape gode arbeidsplasser der ansatte blir ivaretatt, verdsatt og opplever helsetjenesten som en attraktiv arbeidsplass.
- At nøkkelfaktorer for et godt legeliv er fornuftig arbeidsbelastning, faglig autonomi, familievennlige arbeidstidsordninger, velfungerende ledelse, faglig utvikling og konkurransedyktige lønnsvilkår.
- Legeforeningen mener at økt administrativt arbeid og redusert pasientkontakt svekker både trivsel og kvalitet, og at støttepersonell som helsesekretærer må styrkes for å frigjøre legeressurser.

3. Hvordan sørge for at leger får være leger

Helsetjenestens lovpålagte oppgaver må ligge til grunn for å vurdere både kompetanse og personell: Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og pasient- og brukeropplæring. Dette er også sammenfallende med legers kjerneoppgaver. Helsetjenesten i dag legger ikke nok til rette for at leger får være leger. Tidstyver som ineffektive IT-løsninger, trange sykehusbygg, økende krav til rapportering og kontroll, og mindre rom for faglig skjønn gjør arbeidshverdagen for leger krevende og motivasjonen dalende. Når leger får bruke sin kjernekompetanse og tid på det de er utdannet til øker effektiviteten, arbeidsgleden og motivasjonen. Dette gir bedre ressursutnyttelse og kan redusere behovet for flere leger.

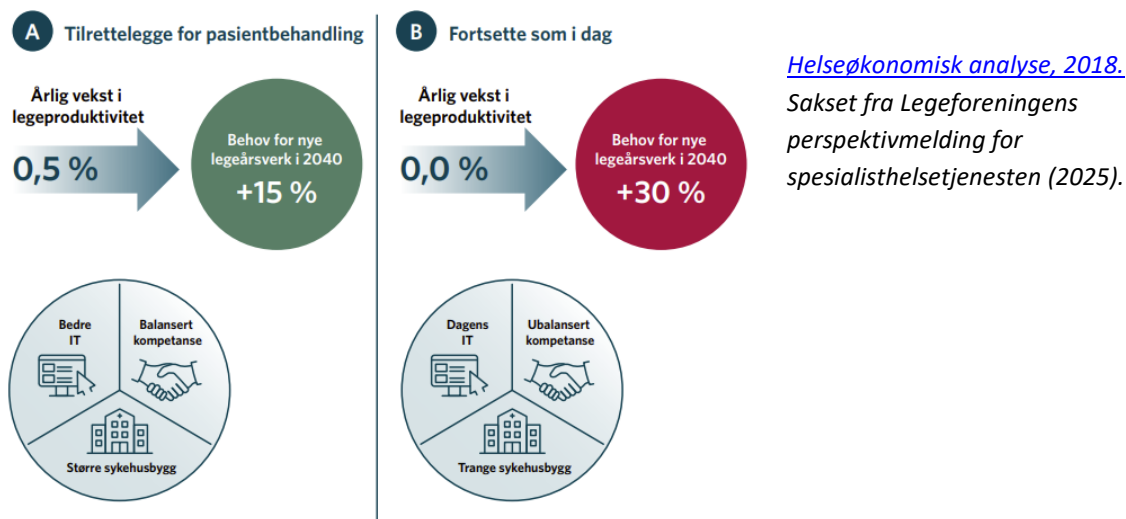
Oppgavedeling er et tiltak for å oppnå bedre ressursutnyttelse. Faglighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene skal alltid ligge til grunn for endret oppgavedeling. Legeforeningen viser derfor til arbeidet som ble gjort gjennom Ventetidsløftet med de etablerte prinsippene for oppgavedeling.

Det er likevel viktig å anerkjenne at oppgavedeling ikke nødvendigvis alltid fører til bedre ressursutnyttelse, spesielt hvis det krever omfattende opplæring og oppfølging. Evaluering av tidsbruk for opplæring og omfang av dobbeltarbeid/overlapp bør som minimum inngå i intervensjonen. Legeforeningen vil spesielt fremheve at oppgavedeling, inkludert opplæring og kompetanseutvikling, ikke må skje på bekostning av utdanningsløp for leger i spesialistutdanning (LIS1, 2 og 3) og forskriftsbestemte krav til læringsmål, herunder læringsaktiviteter, samt supervisjon og veiledning. Større endringer i arbeidsoppgaver og kompetanse må skje i tett dialog med utdanningsinstitusjonene.

Det er et fundamentalt krav at helsepersonell har riktig kompetanse for de oppgavene som utføres. Målet må være å bevare, eller helst forsterke helhetlig og effektiv pasientbehandling av god kvalitet. Oppgavedeling kan føre til fragmentert pasientbehandling med risiko for økt ressursbruk og/eller informasjons- og kvalitetstap. Oppgavedeling krever i tillegg tydelige ansvarslinjer. Det betinger stedlig ledelse og god dialog og samarbeid mellom ulike profesjoner før oppgaver overføres.

Når det kommer til sykehus har Helseøkonomisk analyse vist hvordan målrettete investeringer i brukervennlige IT-løsninger, tilstrekkelig funksjonelle og store bygg, samt riktig

kompetansesammensetning legger til rette for mer produktive ansatte.²⁵ Slik kan legeproduktiviteten øke, noe som innebærer at hver lege bruker mer av tiden sin til å behandle pasienter. Da vil legebehovet bli betydelig mindre enn hvis produktiviteten ikke øker. Rapporten viser at hvis legeproduktiviteten øker med bare 0,5 % årlig, så vil veksten i legeårsverk frem mot 2040 halveres til 15 %. Det tilsvarer i underkant av 2 000 færre legeårsverk. Hvis vi gjør målrettede investeringer i dag og innretter oss bedre, vil befolkningens fremtidige helsetjenestebehov dekkes med betydelig lavere ressursbruk blant leger.



Leger må få være leger. Faglig autonomi handler ikke bare om profesjonell stolthet, men om selve muligheten til å utøve medisinen slik den er ment, basert på kunnskap, erfaring og ansvar for pasienten foran seg. Når beslutningsrommet gradvis snevres inn av nye regler, rapporteringskrav og administrative føringer, utfordres denne kjerneverdien. Mange leger kjenner på en økende reguleringstretthet, en opplevelse av at tilliten erstattes av kontroll.

Legens skjønn er ikke et problem som må reguleres bort, men en forutsetning for god pasientbehandling. Det er i møtet mellom lege og pasient, ikke i skjemaene, kvaliteten i helsetjenesten skapes. Når stadig mer tid går med til dokumentasjon, registrering og rapportering, og stadig mindre til pasientene, undergraves både motivasjonen og meningen i arbeidet.

Tillit til legene handler om mer enn høytidelige ord. Det handler om å gi rom for medisinsk dømmekraft, og om å lytte til fagfolk når endringer og lovforslag rulles ut som berører selve kjernen i det å være lege. Gjennom tillit, faglig autonomi og gode rammer for arbeidet klarer vi å beholde legene i tjenesten, bruke ressursene på en klok måte og sikre best mulig behandling for pasientene. En politikk som bygger på tillit til fagfolk, vil styrke både rekruttering, kvalitet og bærekraft i helsetjenesten.

²⁵ [Helseøkonomisk Analyse \(2018\): Framskrivninger av tjenestebehov, senger og årsverk i somatiske spesialisthelsetjenester, 2018-2040](#)

Legeforeningen mener

- At leger må få bruke tiden sin på kjerneoppgaver for å sikre effektivitet, arbeidsglede og bedre ressursutnyttelse.
- At oppgavedeling må være faglig forsvarlig og basert på prinsippene fra Ventetidsløftet, med tydelige ansvarslinjer.
- At faglig autonomi og tillit til legers medisinske skjønn er en forutsetning for god pasientbehandling.
- At målrettede investeringer i brukervennlige IT-løsninger, funksjonelle bygg og riktig kompetansesammensetning er avgjørende, fordi dette øker produktiviteten og reduserer behovet for flere legeårverk.

Avslutningsvis

Regjeringen har tatt fatt på et viktig og krevende arbeid med å planlegge fremtidens behov for helsepersonell. For å lykkes må vi begynne med å ha et solid kunnskapsgrunnlag og en helhetlig strategi. Da må vi vite hvor legene er, hva de gjør, og hvordan kompetansen fordeles – og vi må huske at leger også er avgjørende i områder utenfor pasientbehandlingen som forskning, undervisning, forvaltning og beredskap. Tiltak som gjør at leger og annet helsepersonell får brukt kompetansen sin best mulig er viktig og nødvendig. Vi kommer likevel ikke utenom å måtte utdanne og rekruttere tilstrekkelig med leger i fremtiden.

Samtidig må regjeringen ta på alvor situasjonen ute i den offentlige helsetjenesten. Skal vi ha nok helsepersonell fremover må vi også beholde de vi har. Leger må ha rom til å utøve medisinsk skjønn og bruke sin kompetanse der den gir størst verdi – hos pasienten. Når beslutningsrommet snevres inn av kontroll og rapporteringskrav, svekkes både kvalitet og motivasjon.

La legen være lege. Da oppnår vi en helsetjeneste som bruker ressursene sine best mulig.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Marit Randsborg
avdelingsdirektør

Marlene Havn Sæther
seniorrådgiver helsepolitikk

Dokumentet er godkjent elektronisk