



Legeforeningens perspektivmelding for spesialisthelsetjenesten



DEN NORSKE
LEGEFORENING

PRESIDENTEN HAR ORDET

Hvert fjerde år legger regjeringen frem perspektivmeldingen. I den presenteres utfordringene landet står overfor, og hvordan vi best kan møte disse. I perspektivmeldingen 2024, som gir en framskriving av norsk økonomi frem mot 2060, presiserer regjeringen at velferdsmodellen er et felles prosjekt som vi skal verne om og videreutvikle.

En av de viktigste grunnpilarene i vår velferdsmodell, er den offentlige helsetjenesten. Den sørger for at vi alle får den behandlingen vi trenger når vi blir syke – uavhengig av størrelsen på lommeboka. Slik har det i hvert fall vært. For denne sannheten slår mer og mer sprekker. Spesialisthelsetjenesten har vært på strekk i lang tid: 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. Dette er hverdagen våre medlemmer i sykehus forteller om. Og dette går ut over kvaliteten på pasientbehandlingen.

Helseministeren har lansert ventetidsløftet, med mål om å få ned ventetidene i sykehusene. Men lange ventetider i spesialisthelsetjenesten er bare et symptom på problemene vi står i. Derfor trenger vi ikke bare et ventetidsløft i spesialisthelsetjenesten. Vi trenger et helseløft.

Dette er bakgrunnen for at Legeforeningen nå har skrevet denne rapporten: En perspektivmelding for spesialisthelsetjenesten. Vi ser både bakover og fremover, og beskriver viktige utviklingstrekk som forklarer hvorfor vi har havnet der vi er i dag. Vi skisserer fire hovedutfordringer som spesialisthelsetjenesten står i: Hvordan øker vi

kapasiteten i tjenesten, hvordan beholder og rekrutterer vi helsepersonell, hvordan prioriterer vi riktig, og hvordan får vi til bedre samhandling? Skal vi møte fremtidens utfordringer i helsetjenesten på best mulig måte, så er vi nødt til å finne gode løsninger på disse spørsmålene.

Politikerne må også tørre å ta noen viktige og nødvendige veivalg. Til tider kan det virke som en etablert sannhet at Norge bruker mye penger på helse, sammenlignet med andre europeiske land. Men dette er en påstand som har blitt tilbakevist flere ganger. OECDs rapport fra 2023 viser at vi er i det nedre sjiktet i andel av bruttonasjonalprodukt brukt på helse. Legeforeningen mener at Norge må bruke mer ressurser på helse, samtidig som vi utnytter ressursene godt og effektivt.

Helsetjenesten er også en avgjørende del av landets totalberedskap. Tiden vi lever i har med all tydelighet vist oss behovet for å styrke beredskapen – enten det gjelder pandemier, krig eller klimakriser – vi må være forberedt.

I denne rapporten skisserer Legeforeningen flere løsninger for å sikre en god spesialisthelsetjeneste også i fremtiden. Vi har strengt tatt ikke råd til å la være å ta nødvendige grep nå. For pasientene, for de ansatte og for vår felles velferdsmodell.

God lesning!



Anne-Karin Rime
President, Den norske legeforening

INNHold

DEL I – VIKTIGE UTVIKLINGSTREKK.....	4
Demografisk utvikling og fremtidens behov for helsetjenester.....	4
Fra forvaltning til foretak – organiseringen av spesialisthelsetjenesten	7
Spesialisthelsetjenestens rammevilkår.....	10
DEL II – HOVEDUTFORDRINGER	15
Hovedutfordring 1: Øke kapasiteten i tjenesten	15
Hovedutfordring 2: Beholde og rekruttere helsepersonell	20
Hovedutfordring 3: Prioritere riktig	22
Hovedutfordring 4: Få til bedre samhandling.....	23
DEL III – OPPSUMMERING OG POLITISKE VEIVALG.....	26
KILDELISTE	28

DEL I – VIKTIGE UTVIKLINGSTREKK

Demografisk utvikling og fremtidens behov for helsetjenester

Endringer i sykdomsbildet og behandlingsmuligheter

Utviklingen innen medisinen går raskt, og i en stadig mer avansert og individualisert retning. Presisjonsmedisin, bedre diagnostiske verktøy og skreddersydde behandlingsforløp gjør det mulig å møte den enkelte pasients behov mer målrettet enn noen gang før. Den medisinske utviklingen fører til metoder som ikke bare gjør det mulig å behandle nye tilstander, men som også kan forbedre eksisterende behandling, eller erstatte den med metoder som gir mindre bivirkninger. Flere sykdommer med tidligere lav overlevelse har nå langt bedre prognoser.

Samtidig fører høyere overlevelse ved alvorlige sykdommer til behov for langvarig oppfølging, rehabilitering og tilpassede helsetjenester over tid. Med en aldrende befolkning forventes en økning i antall personer med demens og andre aldersrelaterte kognitive lidelser. I 2050 vil Alzheimers sykdom og andre typer demens være den største årsaken til sykdomsbyrde i Norge (1). Ved økende alder øker også sannsynligheten for at flere sykdommer opptrer samtidig. Dette gjelder særlig hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og kroniske lungesykdommer (2).

Sykdomsbyrden fra flere kreftformer og diabetes vil også øke frem mot 2050, mens iskemisk hjertesykdom, som lenge har vært den største dødsårsaken, vil avta. Videre viser framskrivninger at sykdomsbyrden fra rusmiddelbruk vil øke frem mot 2050, også når man tar hensyn til endringer i befolkningsstørrelse og sammensetning (1).

Det forventes at behovet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil øke med 15,4 % for polikliniske konsultasjoner og 13,9 % for liggedøgn de neste 15 årene (3). Forekomsten av alvorlige psykiske lidelser er høyere blant personer med rusmiddellidelser enn i resten av befolkningen. Opptil 90 % av pasientene som får behandling for en rusmiddellidelse, har én eller flere psykiske lidelser, samtidig som rusmiddelproblemer er svært utbredt blant pasienter med psykiske lidelser (4).

Forekomsten av depressive symptomer og ensomhet øker ved høy alder (2). Eldre, som i tillegg til somatisk sykdom har psykiske helseproblemer og/eller rusavhengighet, er særlig sårbare, og det anvendes i liten grad fagkompetanse på tvers av tjenestoområdene for disse gruppene.

Vi vil i tillegg stå overfor nye pandemier i løpet av de neste tiårene, og oppleve at klimaendringer påvirker forekomsten av smittsomme sykdommer. Dersom forekomsten av antibiotikaresistens øker, vil det få store konsekvenser for helse også i Norge (1).

Endringer i befolkningen

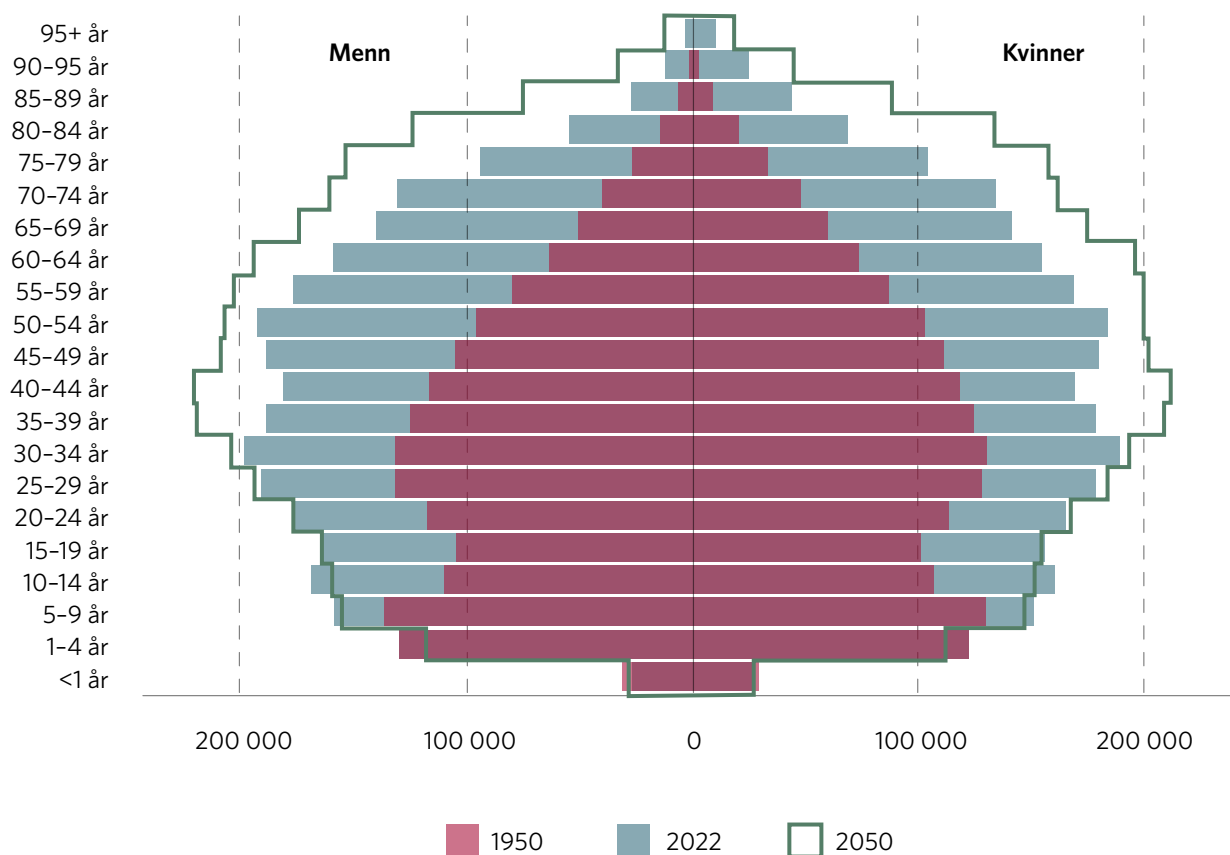
Norge står overfor betydelige demografiske endringer i tiårene som kommer, og den mest markante er at andelen eldre øker. I 2050 vil én av fem nordmenn være 70 år eller eldre, og befolkningen over 80 år vil utgjøre nesten én million innen 2100 (5). De demografiske endringene er et resultat av økt levealder og lavere dødelighet. En villet og positiv utvikling som samtidig vil få store konsekvenser for bemanningen, organiseringen og finansieringen

av helse- og omsorgstjenestene. Særlig vil dette påvirke spesialisthelsetjenesten.

Eldre har gjennomgående et høyere behov for helsetjenester enn yngre. Personer over 70 år har flest allmennlegebesøk, polikliniske konsultasjoner og innleggelser på sykehus. Framskrivinger viser at det særlig er denne aldersgruppen som vil stå for økningen i bruk av helsetjenester frem mot 2040 (6). Vi forventer også en vekst i behovet for pleie- og omsorgstjenester, spesielt ved demens

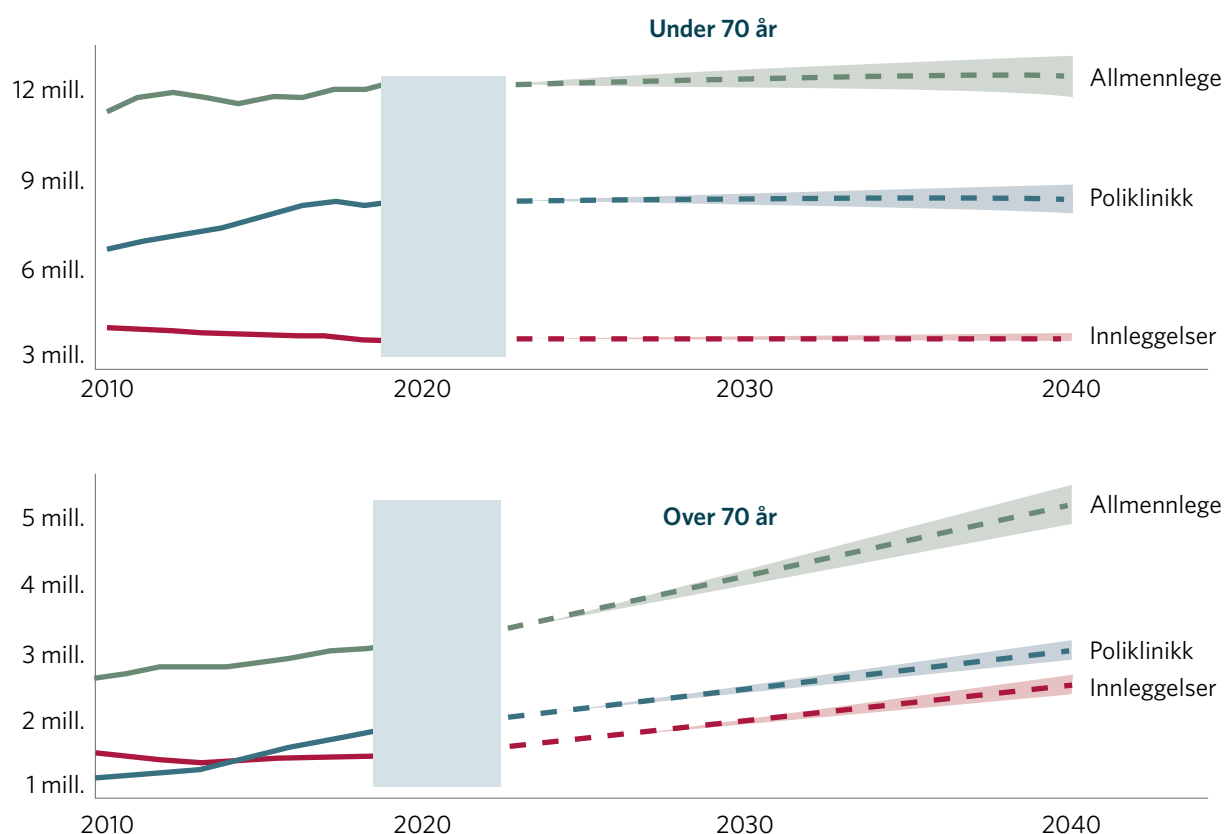
og aldersrelaterte kognitive lidelser. Denne utviklingen skjer samtidig med en nedgang i fødselsraten, noe som gir færre unge og dermed en lavere andel yrkesaktive per pensjonist. Dette betyr økte utfordringer for rekruttering til helse- og sosialfaglige utdanninger. Perspektivmeldingen 2024 viser at det frem mot 2060 vil være behov for 180 000 flere ansatte i helse- og omsorgssektoren for å møte etterspørselen (7).

Befolkning i Norge



Befolkningspyramide for Norge, fordelt på kjønn, for årene 1950, 2022 og 2050 (framskrevet med referansescenario). Kilde: Global Burden of Disease Study (GBD 2021) (1). Tilpasset fra Folkehelseinstituttets rapport om Sykdomsbyrde i fremtiden (1). Gjengitt med tillatelse.
© Folkehelseinstituttet

Bruk av helsetjenester



Helsetjenestebruk fordelt på allmennlege, polikliniske konsultasjoner på sykehus og sykehusinnleggelser, for perioden 2010-2019, og framskrevet for 2022-2040, for personer under 70 år, og 70 år eller eldre. Kilder: KUHR, NPR, SSB, Folkeregisteret. NB! I tolkningen av figuren må en ta hensyn til at aksene ikke er like. Tilpasset fra Skyrud KD, Hernæs KH (6). Gjengitt med tillatelse. © Folkehelseinstituttet

Innvandring kan påvirke fremtidig helsetjenestebehov ved å øke befolkningstallet og bidra til en yngre befolkningssammensetning, noe som på kort sikt kan redusere andelen eldre og dermed lette presset på enkelte helsetjenester. Personer med innvandrerbakgrunn som har bodd i Norge over lengre tid, har imidlertid ofte dårligere helse enn den øvrige befolkningen (6). I tillegg har noen innvandrergrupper andre helsebehov og andre forutsetninger for bruk av helsetjenester enn befolkningen ellers. Samtidig har mange innvandrergrupper lavere forekomst av enkelte

livsstilssykdommer, og lavere alkoholforbruk sammenlignet med befolkningen ellers (6).

Den demografiske utviklingen forventes å skje samtidig som sentraliseringen i bosettingen videreføres. Byene vokser, og vil oppleve økt press på helsetjenestene. Samtidig har mange distriktsområder en aldrende befolkning, utfordringer med rekruttering og å opprettholde helsetilbudet. Dette krever fleksible modeller for tjenesteyting og en tydelig prioritering av robuste fagmiljøer i hele landet.

Lokalsykehus spiller en viktig rolle i den akuttmedisinske behandlingsskjeden og den totale beredskapen i landet. Samtidig er det behov for bedre digitale løsninger og desentraliserte tjenester som kan kompensere for geografiske avstander og sikre likeverdig tilgang.

Oppsummert

Den medisinske utviklingen gir helsetjenesten nye muligheter til å tilby mer effektiv og persontilpasset behandling, men stiller også større krav til kompetanse hos helsepersonell, bedre systemer for samhandling og bærekraftige finansieringsmodeller.

I planleggingen av fremtidens helsetjeneste må vi ta innover oss at sykdomsbyrden blant de aller eldste vil bli høyere enn i dag, og at flere ikke-smittsomme sykdommer vil fortsette å medføre en betydelig sykdomsbyrde for folk i arbeidsfør alder. Behovet for flere ansatte, ny kompetanse og bedre samhandling er tydelig.

Når vi blir flere eldre med sammensatte lidelser, utfordrer det særlig spesialisthelsetjenesten som er bygd opp rundt diagnose og behandlingsspesifikke tilbud. Det skaper også utfordringer for helhetlige forløp på tvers av nivåene i helsetjenesten. For å håndtere veksten som følge av flere eldre, må de økonomiske rammene ta høyde for at det er nødvendig å videreutvikle helsetjenesten.

Nye pandemier, klimaendringer og økt antibiotikaresistens krever styrket beredskap, internasjonalt samarbeid og videre satsing på forskning og utvikling.

Fra forvaltning til foretak – organiseringen av spesialisthelsetjenesten

Historisk tilbakeblikk

I 2002 gjennomførte Stoltenberg-regjeringen den aller største og mest omfattende reformen i helsesektoren i nyere tid, helseforetaksreformen. Helseforetaksreformen innebar at staten, ved Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), overtok ansvaret for sykehusene gjennom opprettelsen av regionale helseforetak (RHF). Reformen var den siste av en rekke "new public management"-inspirerte endringer i helsetjenesten sammen med innføringen av innsatsstyrt finansiering (1997) og fritt sykehusvalg (2001).

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en finansieringsmodell i spesialisthelsetjenesten som ble innført i Norge i 1997. Den innebærer at sykehusene får deler av sin inntekt basert på hvilke og hvor mange pasientbehandlinger de faktisk utfører, i stedet for kun å motta en fast bevilgning. Spesialisthelsetjenesten i Norge kombinerer basisfinansiering (rammebevilgning) med ISF. ISF er basert på gjennomsnittlige behandlingskostnader for hver diagnoserelaterte gruppe (DRG). Formålet med ISF er å stimulere til økt aktivitet, effektiv ressursbruk og redusert ventetid. (9)

Fritt sykehusvalg er en ordning som gir pasienter rett til å velge hvilket offentlig sykehus eller private sykehus med offentlig avtale de vil få behandling ved, etter henvisning fra lege (10).

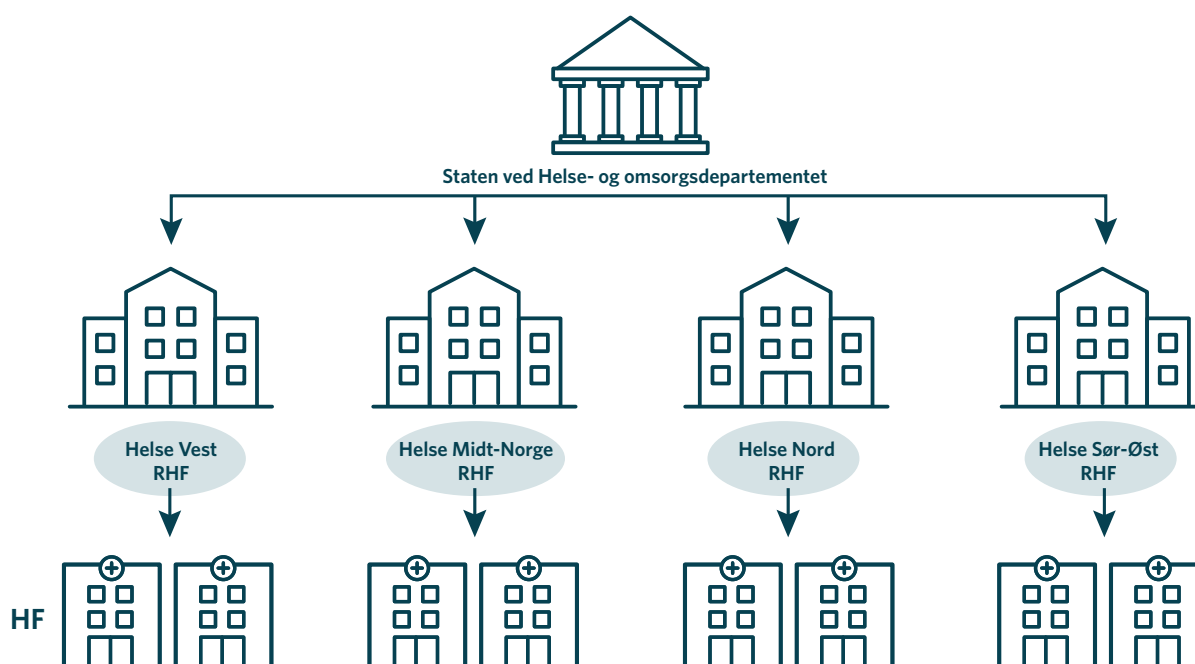
Gjennom helseforetaksreformen fikk staten et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten med både myndighetsansvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på én hånd. Overgangen fra fylkeskommunalt eierskap og organisering, til statlig eierskap med regional organisering, skulle redusere variasjon og sikre likere tilgang til spesialisthelsetjenester uavhengig av bosted. Færre og større enheter skulle gi bedre muligheter for koordinering og styring, mer fleksibilitet og mindre sårbar økonomi.

Regnskapsloven ble innført for å gjøre innsatsfaktoren kapital, altså bygninger og utstyr, mer synlig ved at disse kostnadene framkom i regnskapet på lik linje med driftskostnader

som for eksempel arbeidskraft og medisiner. Dette skulle igjen føre til bedre håndtering av investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr, ved at man så ressursene til drift og investeringer i sammenheng. Reformen la også vekt på effektivisering og en mer enhetlig styring av helsetilbudet. Ledelsen ved sykehusene skulle få et mer helhetlig ansvar for løpende drift, mens eierstyringen fra staten skulle konsentreres om overordnede forhold.

Legeforeningen støttet intensjonene til sykehusreformen da den ble innført, men fremhevet behovet for at det faglige innholdet i tjenesten også måtte ivaretas i reformen.

Helseforetaksmodellen



Spesialisthelsetjenesten har fire hovedoppgaver:

- 1. Pasientbehandling.** Sykehusene skal tilby faglig forsvarlig og likeverdig behandling til alle pasienter, uavhengig av kjønn, alder, bosted, økonomi eller etnisk bakgrunn.
- 2. Forskning.** Forskning i sykehusene er viktig for utvikling og forbedring av diagnostikk, behandling og teknologi, og skal legge grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og prioriteringsbeslutninger.
- 3. Utdanning.** Sykehusene har ansvar for opplæring og spesialisering av helsepersonell gjennom praksis, videreutdanning og faglig utvikling.
- 4. Pasientopplæring.** Ved langvarig eller kronisk sykdom skal sykehusene støtte pasienter og pårørende i å tilegne seg kunnskap og mestringsstrategier som styrker livskvaliteten. (37)

Ny organisering av spesialisthelsetjenesten innebar at det ble opprettet fem regionale helseforetak. I 2007 ble Helse Sør og Helse Øst slått sammen til ett regionalt helseforetak. Innenfor hver region ble sykehusene organisert i egne helseforetak. Totalt har vi 20 ulike helseforetak. I tillegg er sykehusapotekene og regionale og nasjonale støttefunksjoner organisert som enten helseforetak, ansvarlige selskaper eller aksjeselskaper. De regionale helseforetakene er organisert direkte under Helse- og omsorgsdepartementet, og blir styrt gjennom styrer oppnevnt av departementet. Departementet styrer de regionale helseforetakene gjennom lover, vedtekter, foretaksmøter og oppdragsdokumenter.

I etterkant av helseforetaksreformen har de regionale helseforetakene blitt tilført flere nye oppgaver. Blant annet gjelder dette ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2004, økt ansvar for pasienttransport i 2006, ansvar for rehabilitering i 2006, samt ansvaret for finansiering av legemidler som tidligere ble finansiert over folketrygden.

Kritikk mot helseforetaksmodellen

Etter innføringen bredte det seg fort misnøye og frustrasjon mot helseforetaksmodellen. I hovedtrekk ble det pekt på at modellen er for markedsstyrt, udemokratisk og skaper et unødvendig byråkrati. For Legeforeningen har en sentral innvending vært at modellen har ført til et for stort fokus på økonomi og mål- og resultatstyring, som går på bekostning av fag. Det er en utbredt opplevelse at det faglige handlingsrommet i styringen av tjenesten er redusert. Systemet for finansiering av investeringer og innsatsstyrt finansiering pekes ofte ut som årsaker til denne vridningen, da ordningene bygger på forutsetninger om stadig effektivisering av sykehusdriften, med krav om lønnsomhet og budsjettoverskudd. Kritikken har også dreid seg om for stor maktkonsentrasjon i det regionale nivået, for lange lederlinjer og en pulverisering av ansvaret for styringen av sektoren.

På 2010-tallet økte også den politiske kritikken mot helseforetaksmodellen, og i stortingsperioden 2013-2017 var det flertall på Stortinget for å legge ned de regionale helseforetakene. Samtlige partier, med unntak av Arbeiderpartiet, hadde dette med i sine partiprogram. I 2015 nedsatte Solberg-regjeringen et offentlig utvalg (Kvinnslandutvalget) for å utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kunne organiseres (33).

I utvalgets innstilling mente imidlertid flertallet at dagens styringsmodell med fire regionale helseforetak burde beholdes. Legeforeningen var kritisk til denne konklusjonen og mente at utvalget ikke svarte på oppdraget de hadde fått.

I etterkant av Kvinnslandutvalgets rapport, forlot Høyre sitt standpunkt om å legge ned de regionale helseforetakene da de ikke så et klart alternativ. Dette medførte at det ikke lenger var flertall på Stortinget for å avvike helseforetaksmodellen.

Da Arbeiderpartiet og Senterpartiet dannet regjering i 2021 ble de i sin regjeringserklæring enige om å utrede endringer i styringen av sykehusene og helseforetaksmodellen. Det ble nedsatt et nytt offentlig utvalg, Sykehusutvalget, som skulle vurdere mål og rammer for styring av sykehusene (34). Regjeringspartiene hadde imidlertid ulikt syn på helseforetaksmodellen. Senterpartiet har i mange år ønsket en forvaltningsmodell med folkevalgt styring, mens Arbeiderpartiet er en forsvarer av helseforetaksmodellen. Som en konsekvens av dette, ble Sykehusutvalgets mandat derfor begrenset. Utvalgets utredning og anbefalinger forutsatte at man beholdt dagens modell med statlig eierskap og regionale og lokale helseforetak.

Oppsummert

Helseforetaksreformen fra 2002 innebar en omfattende omstrukturering av spesialisthelsetjenesten, der staten overtok ansvaret for sykehusene gjennom regionale helseforetak. Reformen hadde som mål å sikre lik tilgang til helsetjenester, bedre styring og økt effektivitet. Likevel har modellen møtt kritikk for å være for markedsstyrt, byråkratisk og for å begrense det faglige handlingsrommet. Politisk har det vært flere forsøk på å endre eller avvike

de regionale helseforetakene, men uten flertall for en alternativ modell.

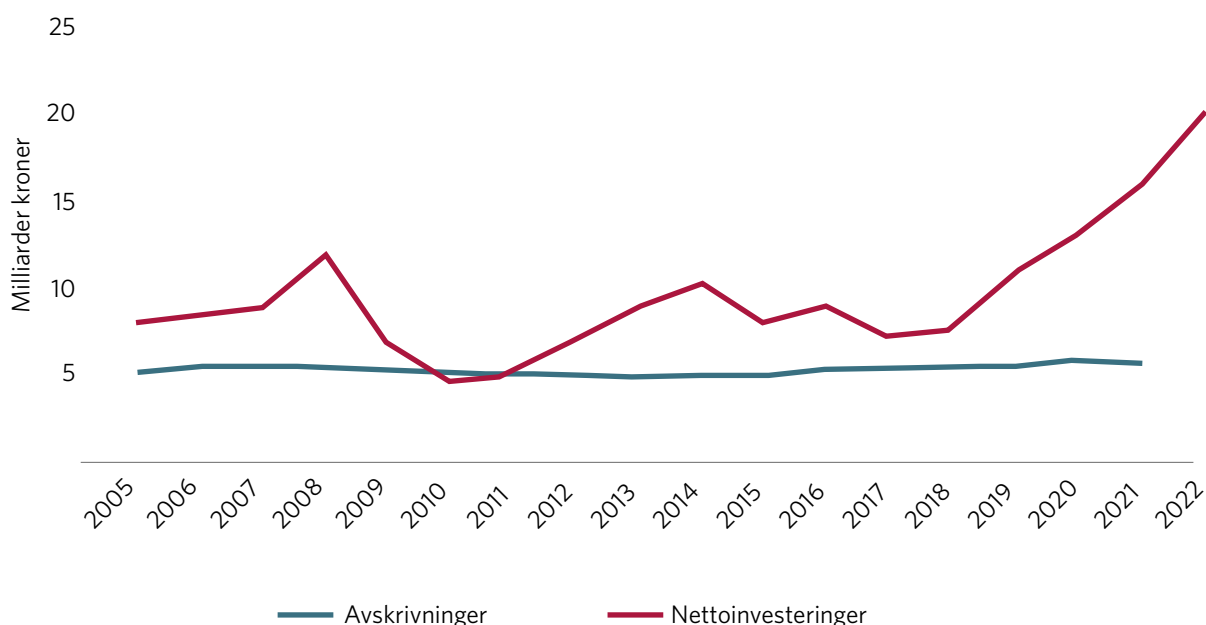
Spesialisthelsetjenestens rammevilkår

Finansiering av sykehusene

Stortinget bestemmer de økonomiske rammene for sykehusene gjennom statsbudsjettet. Midlene bevilges direkte til de regionale helseforetakene gjennom to ordninger: en fast basisbevilgning (rammefinansiering) og en aktivitetsbasert bevilgning (innsatsstyrt finansiering - ISF). Basisbevilgningen gis på bakgrunn av en inntektsfordelingsmodell. Modellen skal gi en fordeling som på best mulig måte tar hensyn til regionale forskjeller i behov for og kostnader til spesialisthelsetjenester. ISF-refusjonen beregnes ut fra gjennomsnittskostnaden for å behandle pasienter i samme diagnoserelaterte gruppe (DRG). Andelen aktivitetsbasert finansiering har variert mellom 35–60 % siden innføringen av denne finansieringsformen i 1997. I 2024 er andelen aktivitetsbasert finansiering 40 % for somatisk spesialisthelsetjeneste, og 25 % for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling.

De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å fordele de midlene som bevilges gjennom statsbudsjettet mellom de ulike helseforetakene i sine regioner.

De ti siste årene har ikke sykehusene hatt vekst i bevilgningene ut over det som er nødvendig for å kompensere for befolkningsendringer, viser Teknisk beregningsutvalg for



Grafen viser avskrivninger og nettoinvesteringer i milliarder kroner fra 2005-2022 (11).

spesialisthelsetjenestens økonomi¹. I tillegg har høy prisvekst og økt rentenivå ført til et ekstra økonomisk press på sykehusene. Dette har delvis blitt kompensert for gjennom flere ekstrabevilgninger gjennom året, som igjen har skapt usikkerhet om hvilke rammer spesialisthelsetjenesten faktisk har hatt å forholde seg til.

Investeringer i bygg og utstyr

Dagens modell for finansiering av investeringer bygger på prinsippet om at helseforetaket som gjennomfører investeringen må bære hele kostnaden. Som nevnt er dette bakgrunnen for at regnskapsloven ble innført for helseforetakene; slik at helseforetaket ser all ressursbruk i sammenheng og dermed kan gjøre bedre prioriteringer.

Investeringer finansieres av avskrivninger, lån fra staten, oppsparte midler, innsparing på drift, salg av eiendom og utleie. Gjennomføringen av investeringer forutsetter at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å håndtere de fremtidige kostnadene (renter, avdrag og avskrivninger) knyttet til investeringen.

Det har vært omfattende byggeaktivitet i sektoren i de senere årene. Flere nye sykehusbygg har blitt ferdigstilt og enda flere er under oppføring. I tillegg har mange eldre bygninger blitt erstattet med nye. Bakgrunnen for investeringsboomen er et investeringsetterslep som har bygget seg opp over lang tid. I Riksrevisjonens rapport fra 2022 ble det anslått at 9 av 20 helseforetak hadde en utilfredsstillende samlet teknisk tilstand på bygningsmassen (12). Som figuren over viser, økte investeringene kraftig etter 2018. Økningen de siste årene skyldes i hovedsak investeringer i nye sykehusbygg i Helse Sør-Øst, men også de øvrige regionene har investert i nye bygg.

¹ Det tekniske beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten skal foreta faglige vurderinger av økonomiske data knyttet til spesialisthelsetjenesten. Formålet med utvalgets arbeid er å bidra til en felles forståelse av den økonomiske situasjonen i sektoren. Utvalget skal særlig analysere utviklingen i sykehusenes økonomi, inkludert realveksten i bevilningene og de forventede merkostnadene som følge av demografiske endringer (35).

Disse prosjektene har som mål å modernisere helsetjenesten, forbedre pasientbehandlingen og effektivisere driften for å møte et voksende helsetjenestebehov. Likevel har flere av de ferdigstilte nybyggene vist seg å være underdimensjonerte og ineffektive, som for eksempel Sykehuset Østfold Kalnes og Kirkenes sykehus.

I samme periode har avskrivningene vært stabile. Avskrivninger representerer kostnaden ved bruk av kapital, i dette tilfellet bygg. Byggene taper verdi over tid på grunn av slitasje, teknologisk utvikling eller foreldelse. Avskrivning gjenspeiler dette verdifallet i regnskapet. Så lenge driften går i balanse og aktiviteten holder seg stabil, vil det i prinsippet være tilstrekkelig å investere like mye som det byggene taper i verdi. På den måten kan helseforetakene opprettholde verdien av bygningsmassen over tid. Når investeringene

overstiger avskrivningene uten at det er tilsvarende vekst i produktivitet, fører det til økt press på driftsbudsjettet når byggene må pusses opp eller erstattes.

Lån til investeringer

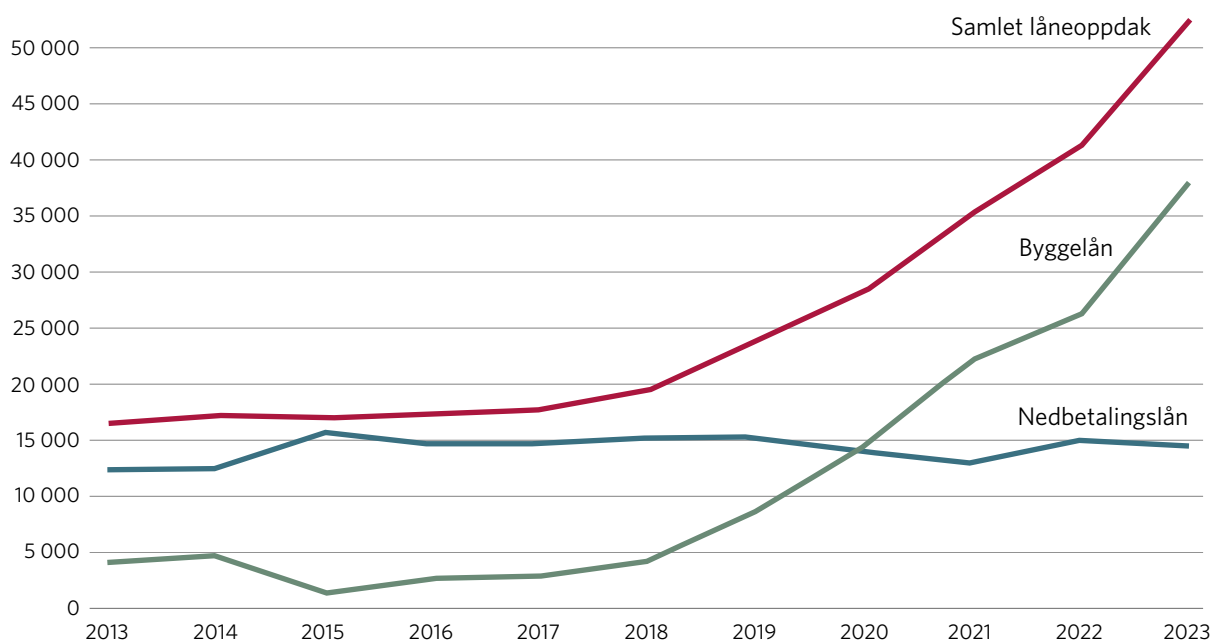
Stortinget bevilger investeringslån fra staten til investeringsprosjekter over 500 millioner kroner. Investeringslånene bevilges og utbetales over de årlige statsbudsjettene i tråd med framdriften i prosjektene. Fra og med 2025 er låneandelen økt til 90 % av styringsrammen. Dette betyr at sykehusene må nå kun stille med 10 % egenkapital. Økt låneandel betyr imidlertid kun en utsettelse av egenkapitalbehovet, da økt låneandel gir økt gjeld som må nedbetales. Videre vil høyere låneandel gi økte rentebetalinger.

Investeringsprosjekter over 500 mill. kr - nylig fullførte og pågående (13)

Helseregion	Prosjekt	Endelig flytting
Helse Sør-Øst	Nytt sykehus i Drammen	2025
Helse Sør-Øst	Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2024
Helse Sør-Øst	Protonsenter Radiumhospitalet	2024
Helse Sør-Øst	Nye Oslo universitetssykehus	2031
Helse Sør-Øst	Regional sikkerhetsavdeling OUS	2026
Helse Vest	Byggetrinn II av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssykehus	2023
Helse Vest	Oppgradering og modernisering i Helse Førde	2024
Helse Vest	Nytt sykehus i Stavanger	2025
Helse Vest	Protonsenter Haukeland	2025
Helse Vest	E-bygget Stavanger	2025
Helse Midt-Norge	Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal	2025
Helse Midt-Norge	Helseplattformen	2023
Helse Nord	Nytt sykehus i Hammerfest	2025
Helse Nord	Nytt sykehus i Narvik	2025

Utvikling i låneopptak

Helseforetakenes byggelån, nedbetalingslån og samlet låneopptak. Løpende priser og millioner kroner



Tabellen viser oversikt over nylig fullførte og pågående investeringsprosjekter over 500 millioner kroner i de regionale helseforetakene (13).
Grafikk: Altinget. Kilde: TBU-spesialisthelsetjenesten

De siste årene har både byggekostnader og renter økt betydelig. I 2023 var den samlede lånesaldoen for sykehusene på 52 milliarder kroner. Av dette utgjorde 38 milliarder kroner byggelån knyttet til pågående prosjekter. Framskrivninger viser at lånesaldoen kan overstige 116 milliarder kroner innen 2032. De samlede terminbeløpene for investeringene, altså renter og avdrag, vil være på 8,6 milliarder kroner i 2032 (13).

Betjeningen av disse lånene vil utgjøre en betydelig økonomisk belastning for sykehusene, ettersom veksten i spesialisthelsetjenestens ordinære bevilgninger i liten grad kompenserer for denne kostnadsutviklingen. Leder av teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten og professor i helseøkonomi Jon Magnussen, har uttalt at renter og avdrag på store

investeringsprosjekter er en av de største utfordringene for spesialisthelsetjenesten framover.

Forventninger om effektivisering

Økt behov for helsetjenester gir en aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten. Denne aktivitetsveksten har blitt kompensert for gjennom økte bevilgninger til de regionale helseforetakene. I perioden 2008 til 2024 har imidlertid aktivitetsveksten vært finansiert med kun 80 % av gjennomsnittskostnaden for å behandle nye pasienter. Forutsetningen for dette som kalles «marginalfinansiering» er at utnyttelse av restkapasitet og stordriftsfordeler skal bidra til en mer effektiv drift.

I perioden 2008–2019 har all aktivitetsvekst vært underfinansiert med anslagsvis 19–28 milliarder kroner gjennom marginalfinansieringen. Underfinansieringen har fortsatt også etter dette, men da har den vært vanskeligere å tallfeste (13).

I tillegg har de regionale helseforetakene årlig vært pålagt et generelt effektiviseringskrav i størrelsesorden 200–300 millioner kroner (14). Dette kravet reduserer den årlige bevilgningen tilsvarende. Det generelle effektiviseringskravet har hatt ulik benevnning. Regjeringen Solberg omtalte dette som avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (ABE), mens nåværende regjering omtaler det som et effektiviseringskrav.

Over tid har disse effektiviseringskravene gitt strammere økonomiske rammer og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige investeringer.

Produktivitet i spesialisthelsetjenesten

Produktivitet måler forholdet mellom ressursbruk og produksjon. Det er ulike oppfatninger om hvordan man kan beregne «produksjon» eller «output» innenfor helsesektoren. Det som er vanlig er å se på summen av innsatsfaktorer, målt i penger, i forhold til aktivitet målt i antall liggedøgn, polikliniske konsultasjoner, antall DRG-poeng osv.

Det som ikke fanges opp av slike mål er hvor mye helse som «produseres» eller kvalitetsforbedringer i behandlingen. Det er kun den direkte pasientbehandlingen som måles, og aktiviteten innenfor de andre lovpålagte oppgavene til sykehusene som utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende, vises ikke. Det er dermed diskutabelt hvorvidt slike produktivitetsmål gir et riktig bilde av hvordan ressursene utnyttes i spesialisthelsetjenesten og i hvilken

grad det faktisk er mulig å utarbeide gode produktivitetsmål for sektoren.

De siste årene er det likevel gjort flere ulike forsøk på å måle produktivitet i spesialisthelsetjenesten, hvor målingene til dels gir ulike resultater. Det er likevel en rådende oppfatning av at produktivitet i helsetjenesten har vært for svak, spesielt sett i forhold til veksten i behovet for helsetjenester. En sentral forklaring som trekkes fram for den svake produktivitet i spesialisthelsetjenesten er fallende kapitalintensitet i spesialisthelsetjenesten. Det vil si hvor mye penger som brukes på utstyr, teknologi og bygg i forhold til hvor mye som brukes på arbeidskraft. Et sykehus er kapitalintensivt fordi det krever store investeringer i avansert medisinsk utstyr, bygg og infrastruktur for å kunne produsere helsetjenester. Fallende kapitalintensitet i sektoren kan dermed tyde på at det over tid har vært en nedprioritering av investeringer og manglende oppgradering og vedlikehold av bygningsmasse og utstyr – som igjen påvirker produktiviteten.

Oppsummert

Spesialisthelsetjenesten preges av stramme rammer, økende gjeld, høye renter og vedvarende effektiviseringskrav som har skapt et betydelig økonomisk press på sykehusene. Samtidig har det over tid vært et etterslep på investeringer i nødvendig bygg og utstyr, og de investeringene som har blitt gjort har ikke gitt forventet gevinst. Til sammen illustrerer dette en sektor der økonomiske rammer og krav til effektivisering utfordrer kapasitet og bærekraft i helsetjenesten fremover.

DEL II – HOVEDUTFORDRINGER

Hovedutfordring 1: Øke kapasiteten i tjenesten

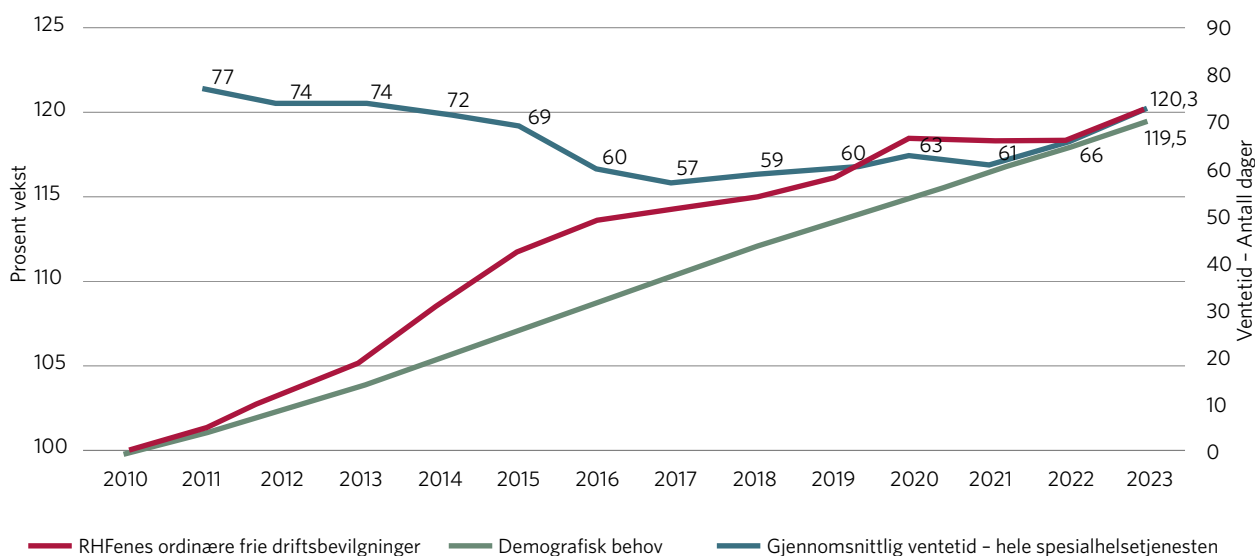
Kapasitetsutfordringene i sykehusene skyldes underfinansiering og urealistiske effektivitetskrav over lang tid. Gjennom de ti siste årene har ikke sykehusene hatt vekst i bevilgningene ut over det som er nødvendig for å kompensere for befolkningsendringene. Dette har gitt dårligere rammevilkår for sykehusene og bidratt til de bemanningsutfordringene vi ser i dag. Covid-19-pandemien forsterket denne utviklingen. Sykehusene sliter nå med høyt sykefravær, lange ventelister og et stort økonomisk etterslep. Samtidig strupes sykehusenes økonomi av store økninger i avdrag og renter på grunn av investeringer i bygg.

Løsning: Bedre økonomiske rammevilkår

For å bevare en god offentlig helsetjeneste må rammevilkårene for sykehusene styrkes. Investeringssetterslepet må tas igjen, og det må være rom for å gjøre nødvendige investeringer fremover i tid. Dagens økonomiske situasjon løses ikke med kortsiktige grep for å ta unna ventelister, men krever en langsiktig styrking av sektoren.

Figuren under viser at den gjennomsnittlige ventetiden ble redusert betydelig i perioden 2014-2017. I denne perioden var også veksten i de regionale helseforetakenes ordinære frie driftsmidler høyere enn det demografiske behovet, ifølge felles innspill fra de regionale helseforetakene til statsbudsjettet for 2025. Etter 2017 økte imidlertid ventetidene, samtidig som budsjettene ble strammere.

Gjennomsnittlig ventetid, akkumulert prosentvis vekst i demografisk behov og realvekst i RHFenes ordinære frie driftsbevilgninger. 2010=100



Grafen gir en oversikt over gjennomsnittlig ventetid, demografisk vekst og realvekst i ordinære driftsbevilgninger for de regionale helseforetakene (20).

Løsning: Øke helsepersonellets produktivitet

Arbeidskraft er den viktigste innsatsfaktoren i spesialisthelsetjenesten og står for om lag 65 % av de samlede driftskostnadene. Dette gjør sektoren svært følsom for endringer som kan påvirke hvor «produktive» arbeidskraften er. Manglende investeringer i for eksempel bygg, IT og medisinskteknisk utstyr, kan resultere i en mindre effektiv utnyttelse av arbeidskraften. Det er når leger, sykepleiere og annet helsepersonell får bruke sin kjernekompetanse og tid til det de er mest kvalifisert for – nemlig pasientrettet arbeid, at vi har en helsetjeneste som utnytter ressursene på best mulig måte.

Flere studier har vist at legers tid til direkte pasientarbeid har gått ned, dette til tross for at antall leger i sykehusene har økt (15,16). Samtidig rapporterer leger om stadig økende arbeidsbelastning. Det viser tydelig at helsepersonellets kompetanse ikke brukes riktig og effektivt.

I en bærekraftig helsetjeneste må tidstyver i hverdagen fjernes slik at legers tid brukes på det de er utdannet til – pasientbehandling, forskning, undervisning og kvalitetsforbedring. Legeforeningen har identifisert fem sentrale tidstyver i sykehusene:

Utdatert, ødelagt eller lite tilgjengelig medisinskteknisk utstyr

Legene opplever ofte at utdatert eller ødelagt utstyr, slik som strålemaskiner, ekkomaskiner, ultralydapparater og EKG gjør at utredning og behandling av pasienter tar mye lenger tid enn nødvendig. Riksrevisjonen (12) viste i sin rapport

«Riksrevisjonens undersøkelse av investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr» at flertallet av helseforetakene i 2020 hadde medisinskteknisk utstyr hvor minst 30 % var over ti år gammelt. Til sammenligning anbefaler bransjeorganisasjonen COCIR at andelen utstyr som er eldre enn ti år, ikke bør overstige 10 %. Eldre utstyr medfører også kostbare reparasjoner, blant annet utgifter til serviceteknikere, dyre servicekontrakter og reservedeler som ikke alltid er tilgjengelige på lager.

Mangel på administrativ støtte/helsesekretærer

Helsesekretærer har tradisjonelt avlastet klinikere med mange oppgaver, blant annet oppsett av timeavtaler, bestilling av pasienttransport og tolketjenester. Det blir stadig færre helsesekretærer per lege og vi ser samtidig at legene må bruke mer tid på administrativt arbeid og får mindre tid til pasientrettet arbeid. I en rapport fra Riksrevisjonen fra 2018, konkluderes det med følgende: «Ved enkelte sykehus har merkantilt personell overtatt noen av legenes administrative oppgaver. Riksrevisjonen mener at dette kan være viktige grep for å frigjøre legeressurser» (17).

Mangel på plass

En stor tidstyv i sykehusene er at helsepersonell mangler plass til å utføre oppgavene, eller at rommene ikke er hensiktsmessig plassert for en god arbeidsflyt. I planleggingen av nye sykehusbygg er det mer fokus på maksimal utnyttelse av arealene enn å planlegge arealet slik at personellet kan jobbe mest effektivt.

Erfaringer fra mange sykehusbygg-prosjekter de senere årene er at ikke-kliniske rom som kontorer, vaktrom, pauserom, møterom, garderober osv. nedprioriteres når prosjektet må kutte i areal på grunn av økonomi. Disse rommene er av avgjørende betydning for en hensiktsmessig arbeidshverdag, effektiv arbeidsflyt og godt arbeidsmiljø, og må ikke bli en salderingspost.

Det er også viktig med tilstrekkelig antall konsultasjonsrom og operasjonssaler på sykehusene. Når nye bygg eller ombygging planlegges, må pasientflyt som ivaretar pasientsikkerhet, effektivitet og arbeidsform komme først. Deretter må arealene planlegges etter dette. Ved å gi ansatte reell medvirkning og tidlig involvering i planlegging av sykehus, kan man sikre at arealene utformes slik at deres arbeidshverdag får god flyt og dermed bedre effektivitet.

Unødvendige eller tungvinte rapporteringskrav

Det er behov for å redusere og for å avlaste rapporteringsbyrden for leger i sykehus. Dette handler om *hvorvidt* man bør rapportere, og *hvordan* man rapporterer.

Legeforeningens IT-utvalg har oppsummert mange nyttige punkter i dokumentet «Suksessfaktorer for digitalisering i helsetjenesten» (21). Her defineres blant annet tre hovedregler for hvorvidt man bør innsamle data i helsetjenesten: Ikke samle inn data hvis du 1) ikke har en plan for å bruke dem, 2) ikke får god nok kvalitet på dataene, og 3) ikke vil få nok data til å stole på dem.

Dårlige IT-løsninger

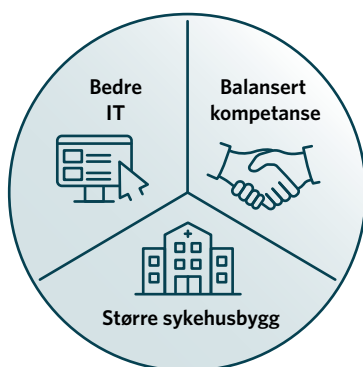
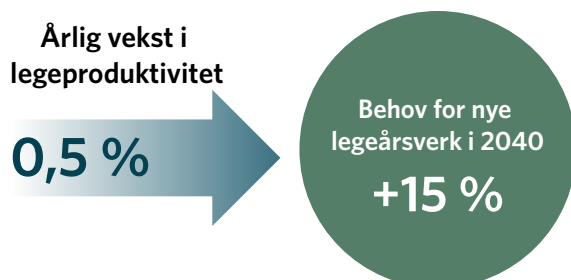
Investeringer i effektive og nyttige digitale løsninger vil komme hele helsetjenesten til gode. Velfungerende IT-systemer er en forutsetning for en god og effektiv helsetjeneste og helt essensielt for å støtte klinikerne i pasientarbeidet.

I et system der liv og helse står på spill, er det helt nødvendig at hjelpemidlene ikke stjeler tid. Én gjentakende erfaring er at de digitale løsningene ikke er tilpasset den kliniske hverdagen og brukernes arbeidsmetoder (18).

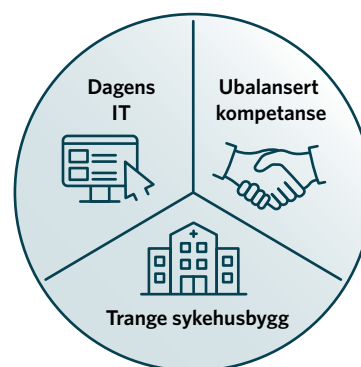
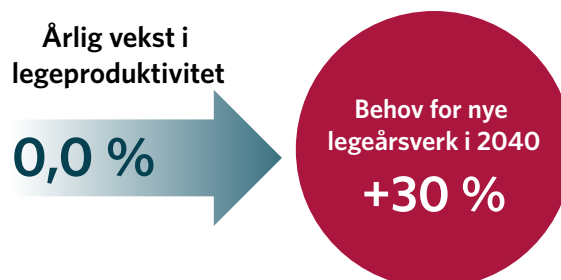
Leger forteller om frustrasjoner med alt fra vanskelige innlogginger, og behov for å logge inn flere ganger nå man bytter mellom ulike tjenester i samme system, til systemer som ikke snakker godt sammen verken innad i sykehusene eller mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Helsepersonellet opplever også å bruke mye tid på å lete etter informasjon om pasienten fordi informasjonen står flere steder og er uoversiktlig.

Helseøkonomisk analyse (19) har vist hvordan målrettet investering i brukervennlige IT-løsninger, tilstrekkelig funksjonelle og store bygg og riktig kompetansesammensetning legger til rette for mer produktive ansatte. 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.

A Tilrettelegge for pasientbehandling



B Fortsette som i dag



Helseøkonomisk analyse 2018 (19).

Dersom det ikke investeres i disse områdene, vil ineffektiv ressursbruk føre til at stadig flere leger må ansettes for å dekke behovet i helsetjenesten. Det er derfor avgjørende at vi tar grep nå for å sikre en bærekraftig og effektiv helsetjeneste i fremtiden.

Løsning: Investere for fremtiden

Investeringer i helsesektoren er ikke bare nødvendige for å løse dagens utfordringer, men også for å møte fremtidens behov. Menon Economics (11) peker på at manglende økonomisk handlingsrom i helseforetakene har ført til en nedprioritering av investeringer de siste årene. Det har ført til at nødvendige investeringer utsettes, eller at rammene for investeringene strammes inn, for eksempel ved at nye sykehus bygges med for lite kapasitet. Som vi har vist

i denne rapporten, er svekket produktivitet en viktig konsekvens av underdimensjonerte bygg. Dermed øker også driftskostnadene for sykehusene. Gitt realitetene vi står overfor, med sterk vekst i fremtidige behov, bidrar dette til å skape en negativ spiral med stadig strammere økonomi og ytterligere nedprioritering av investeringer.

Med en voksende og aldrende befolkning vil presset på helsetjenestene øke betydelig. Uten strategiske investeringer i IT, infrastruktur og riktig kompetansesammensetning, risikerer vi en situasjon der produktivitetsveksten stagnerer, og kapasiteten i helsetjenesten blir utilstrekkelig. Ved å investere smart i dag, kan vi sikre en mer effektiv ressursbruk, bedre arbeidsvilkår for helsepersonell og en høyere kvalitet på pasientbehandlingen. Dette støttes av



Riksrevisjonen som slår fast at: «Helsepersonell er en knapp ressurs. Investeringer blir et viktigere virkemiddel for å løse helseforetakenes oppgaver og dempe arbeidskraftbehovet i årene som kommer. Det kan få alvorlige konsekvenser for pasienttilbudet dersom man ikke lykkes med dette» (12).

Kort sagt handler det om å satse på de riktige tiltakene – gode verktøy, gode arbeidsplasser og riktig kompetanse – slik at de som jobber i sykehusene kan gjøre jobben sin best mulig og vi får mest mulig helse ut av pengene vi bruker.

Løsning: Styrke avtalespesialistordningen

Avtalespesialistene er en avgjørende ressurs for å sikre effektiv pasientbehandling og et godt desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud. Avtalespesialistene driver svært effektivt og behandler mange pasienter. Avtalespesialistene står for over 22 % av de polikliniske ytelsene innen somatikk og psykisk helsevern – og dette til lavere kostnad enn tilsvarende tjenester i sykehusene (22).

Avtalespesialistene er, og må fortsatt være, en integrert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at ordningen styrkes og sikres forutsigbare og bærekraftige rammevilkår.

Avtalespesialistordningen er en ordning der legespesialister og spesialister innen psykologi med egen praksis inngår driftsavtaler med sitt regionale helseforetak. Avtalespesialister vurderer og behandler tilstander som ikke krever innleggelse, tilsvarende sykehusenes poliklinikker.

Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge-for-ansvaret til helsetjenesten og er en integrert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Finansieringen av ordningen er basert på driftstilskudd, satser for egenbetaling fra pasienter fastsatt av Stortinget og refusjoner fra Helfo basert på Stønadsforskriften.

Hovedutfordring 2: Beholde og rekruttere helsepersonell

Behovene for helsetjenester øker, mens arbeidsstyrken minsker. Perspektivmeldingen 2024 viser at det er behov for 180 000 flere ansatte i helse- og omsorgssektoren fram mot 2060 (7). Det er mangel på leger, både på sykehus og i kommunehelsetjenesten. Samtidig opplever mange leger i sykehusene høy arbeidsbelastning og nær halvparten av de spurte sykehuslegene er usikre på om de blir værende i jobben om to år². Skal vi sikre en bærekraftig helsetjeneste i fremtiden, er vi nødt til å rekruttere flere leger, og vi må beholde alle som allerede jobber i helsetjenesten.

² Legeforeningens medlemsundersøkelse fra 2023 viste at 46 % av respondentene (5000 leger) ikke ønsker eller er usikre på om de vil bli værende i jobben ved sykehuset om to år.

Løsning: Bedre arbeidsvilkår i sykehusene

Å jobbe som lege er arbeidsintensivt og krever høy kompetanse. Leger har stort ansvar, fatter vanskelige beslutninger og utsettes for økende arbeidsbelastning. Derfor må legene ha trygge arbeidsforhold som gir tid og mulighet til å gi pasientbehandling av høy kvalitet, personlig og faglig utvikling, attraktiv lønn og en arbeidsplass der de blir satt pris på. Arbeidstidsordningene må ivareta god fagutøvelse, forsvarlighet, legers helse og pasientsikkerhet. Arbeidsplassen må være formet på en måte som gir et godt fysisk arbeidsmiljø, med mulighet for konsentrasjon, pauser og samvær med kollegaer. Ansatte og tillitsvalgte må involveres på alle nivåer.

I sykehusene er det på systemnivå ikke lagt godt nok til rette for de gode pasientmøtene. IT-løsningene skaper tidstyver, sykehusbyggene er for trange, leger opplever større krav til rapportering og kontroll, og mindre rom for faglig skjønn.

Når leger får bruke sin kjernekompetanse og tid til det de er utdannet til, får vi en helsetjeneste som utnytter ressursene og leger som opplever en bedre arbeidshverdag.

Løsning: Øke kapasiteten i medisinerutdanningen

For å rekruttere flere, må vi utdanne flere. Vi må dimensjonere og styrke utdanningen av leger slik at vi møter fremtidens behov for legespesialister. For å ha et tilstrekkelig antall leger til helsetjenestene i Norge, er vi i dag avhengige av at mange unge tar sin medisinske utdannelse utenfor Norge. I dag har nærmere 50 % av yrkesaktive leger i Norge sin grunnutdanning fra utlandet (36).

Norge har et svært lavt ambisjonsnivå når det gjelder utdanning av egne leger sammenlignet med for eksempel Danmark og Sverige. Tall fra OECD viser at Norge ligger svært lavt på egen relativ utdanningskapasitet av leger (23). Tall fra Helsedirektoratet bekrefter det samme (24). I tillegg har Norge internasjonale forpliktelser. WHO-koden oppfordrer alle land til å ta ansvar for å utdanne eget helsepersonell (25). Legeforeningen støtter derfor Grimstadutvalget, som mener at Norge bør utdanne minst 80 % av legene vi trenger selv (26).

Viktige forutsetninger for å få til kapasitetsøkning i studieplasser, er desentraliserte undervisningssteder og at lærestedene tilføres tilstrekkelige økonomiske og vitenskapelige ressurser. En økning i utdanningskapasiteten må gjøres i tett samarbeid med universitetssektoren, kommuner og helseforetak.

Løsning: Utdanne flere legespesialister

NAV gjennomfører hvert år en bedriftsundersøkelse som kartlegger mangelen på arbeidskraft. I 2025 viste undersøkelsen at det mangler 850 legespesialister.

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. 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 spesialisering (fra Yngre legers forening i 2025) 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.

Over 50 % er mer enn 12 måneder forsinket. I en helsetjeneste som mangler spesialister, utgjør dette mange tapte årsverk.

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 bli spesialist må en lege fullføre en spesialisering i en av de 46 medisinske spesialitetene. Under spesialiseringsperioden får legen status som lege i spesialisering (LIS). LIS1 brukes som betegnelse på første del av spesialisering som er likt for alle spesialiteter og består av 12 måneder sykehustjeneste, etterfulgt av seks måneder kommunehelsetjeneste. Alle leger må gjennomføre LIS1 for å kunne gå videre med sin spesialisering. Den videre oppbyggingen av spesialistutdanningen etter fullført LIS1, betegnet som LIS2/3, er avhengig av hvilken spesialitet legen utdanner seg i. Utdanning av helsepersonell er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver.

Det er sviktende rekruttering til mange LIS2/3-stillinger, og allerede ser vi en mangel på ferdige spesialister innen de fleste spesialiteter. Derfor er det viktig at det avsettes flere midler til LIS og at det er tilstrekkelig kapasitet i tjenesten til å ivareta behovet for veiledning og supervisjon. Legeforeningen har pekt på at det er nødvendig

med nye og oppdaterte tall på hvor stort behovet for LIS1 vil være i årene fremover.

Hovedutfordring 3: Prioritere riktig

Spesialisthelsetjenesten preges av økende behov og forventninger i befolkningen, og knapphet på ressurser. Prioritering handler om å få mest mulig ut av ressursene i helsetjenestene og er nødvendig for å gi flest mulig pasienter best mulig tilbud. Det aller viktigste vi kan gjøre for å få til riktig prioritering er å sørge for en sterk offentlig helsetjeneste som kan tilby riktig behandling til rett tid. Dersom den offentlige helsetjenesten ikke klarer dette, vil det vokse frem et større privat marked og konsekvensene blir en ytterligere todeling av helsetjenesten der lommeboken avgjør hvilken behandling du får.

Løsning: Prioritering må gjøres på et faglig grunnlag

Beslutninger om hvem som skal få helsetjenester på det offentliges regning skal bygges på kriterier om alvorlighet, nytte og ressursbruk. Det er imidlertid en rekke mekanismer som påvirker prioriteringer innenfor spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen opplever at økonomistyring blir stadig mer retningsgivende for medisinskfaglige beslutninger. Flere leger melder om at krav til inntjening og økt produktivitet i sykehusene kommer på kant med faglige vurderinger. Samtidig stilles helseforetakene overfor et bredt og mangfoldig sett av styringssignaler fra overordnede politiske myndigheter. Nye oppgaver og krav blir pålagt sykehusene, uten at det nødvendigvis følger med nok ressurser. Det fører til at prioriteringer gjøres på bakgrunn av politiske mål og økonomi, snarere enn hva som er faglig riktig.

Gjennom årene har Stortinget vedtatt flere lover som gir pasienter rettigheter. Noen av disse handler om *hva* pasienter har krav på – for eksempel retten til nødvendig helsehjelp. Dette kalles materielle rettigheter. Andre handler om *hvordan* saker skal behandles – for eksempel retten til å få informasjon eller klage på vedtak. Dette kalles prosessuelle rettigheter. Pasientrettigheter er et viktig virkemiddel for å sikre en sterk offentlig helsetjeneste som en hjørnestein i den moderne velferdsstaten. En del av rettighetene har utvilsomt vært svært viktige for å faktisk sørge for at befolkningen får et forutsigbart tjenestetilbud. Samtidig er det en utfordring at en del av rettighetene har fått mindre effekt enn forutsatt, fordi lovgivning ikke er fulgt opp med nødvendige ressurser.

Legeforeningen ser nå klare tegn til en «reguleringstretthet» blant våre medlemmer etter en rekke forsøk på ny rettighetslovgivning som ikke er fulgt opp eller har blitt forkastet på grunn av uønskede konsekvenser. For omfattende rettighetslovgivning kan i tillegg innskrenke det faglige handlingsrommet og dermed muligheten for faglige forankrede prioriteringer.

Løsning: «Gjør kloke valg»

Medisinsk utvikling gir oss stadig økte muligheter til å bedre livskvalitet og behandle flere sykdommer og tilstander. Befolkningen har stadig høyere forventninger til hva helsetjenesten kan tilby. Dette blir drevet av bedre tilgang til informasjon, samt økt oppmerksomhet på og forventninger om forebygging og tidlig diagnose.

I 2018 tok Legeforeningen initiativ til «Gjør kloke valg» som er en norsk versjon av den internasjonale Choosing Wisely-kampanjen (27). Formålet med kampanjen er tryggere og bedre helsetjeneste og samtidig redusere overdiagnostikk og overbehandling. Fagmiljøene

lager selv anbefalinger som omhandler utredning og behandling som bør unngås på grunn av svakt kunnskapsgrunnlag eller manglende helsegevinst, og som i verste fall kan skade. Gjør kloke valg-kampanjen har tydelig fremsnakket viktigheten av god kommunikasjon mellom lege og pasient, slik at pasienten er med på å ta informerte valg.

Sykehuset i Vestfold er det første sykehuset i Norge som er sertifisert som Kloke valg-sykehus (28). Sykehuset har signert en avtale og forplikter seg dermed til en rekke kriterier, blant annet ledelsesforankring, kursing av ansatte, forbedringsprosjekter og samarbeid med pasienter og fastleger.

«Gjør kloke valg» er ikke et sparetiltak, men ved å redusere undersøkelser og behandling som ikke gir sikker helsegevinst, kan det frigjøres kapasitet til pasienter som trenger hjelpen mest.

Løsning: Styrke fastlegenes portvaktfunksjon

Fastlegene er befolkningens inngangsport til helsetjenestene og de beslutninger som blir tatt her, har store konsekvenser for ressursbruken i helsetjenesten. Å ha samme fastlege over tid har vist reduksjon i legevaktkontakter, akuttinnleggelser og dødelighet (29). Hvis fastlegene øker antallet henvisninger fra tre til fire pasienter per arbeidsdag, vil sykehusene oppleve en massiv økning på 33 % (30, 31). En stabil fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet er avgjørende. God utnyttelse av ressursene forutsetter at fastlegene har god henvisningspraksis, der de henviser pasienter som har behov for utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Det må også skapes forutsigbarhet for fastlegeordningen, og sørge for nødvendig rekruttering slik at alle har tilgang til en fastlege.

Legeforeningen erfarer at befolkningen i for liten grad kjenner til hvordan allmennleger jobber for å gi god helsehjelp. Mange leger opplever press fra pasienter, pårørende og samfunnet om å utrede og behandle mer – uten hensyn til overdiagnostikk, overbehandling og bærekraft.

Norsk forening for allmennmedisin har nylig lansert prosjektet «Bærekraft på legekontoet». Prosjektet har blant annet som mål å styrke pasientenes helsekompetanse og forståelsen for allmennlegenes ansvar for å koordinere bruken av spesialiserte undersøkelser og behandling (portvaktfunksjonen). Prosjektet skal informere om problemene knyttet til overdiagnostikk og overbehandling som både er uheldig for den enkelte pasient, og truer bærekraften i vår samlede helsetjeneste.

Hovedutfordring 4: Få til bedre samhandling

Økt behov og etterspørsel etter tjenester vil stille større krav til samhandling og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Uten en velfungerende kommunehelsetjeneste, vil presset på sykehusene øke. Uten tilstrekkelig kapasitet i sykehusene, øker presset på fastlegene og de kommunale omsorgstjenestene. En sømløs og effektiv helsetjeneste med god kvalitet for pasientene er avhengig av god samhandling mellom nivåene.

Løsning: Videreutvikle helsefellesskapene

Helsefellesskap ble opprettet som en samarbeidsarena hvor sykehus og kommuner skal samarbeide om bedre løsninger, med særlig fokus på noen utvalgte pasientgrupper.

Legeforeningen var positiv til opprettelsen av helsefellesskap som en formalisert samarbeidsarena, ledelsesforankret og med klinikerinvolvering. Samtidig må etablerte arenaer for medbestemmelse i kommunene og helseforetakene opprettholdes og respekteres. Det innebærer at beslutninger av betydning for arbeidsforhold i kommuner og helseforetak drøftes med tillitsvalgte i disse virksomhetene.

Helsefellesskapene må videreutvikles og legge til rette for bedre samhandling og skape partnerskap på tvers av nivåer. Over tid kan helsefellesskapene bidra til felles situasjonsforståelse og lokale løsninger, men konstruksjonen er krevende med mange aktører og svak forankring. Det er avgjørende at samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten beskrives bedre, og det må være tilstrekkelige rammebetingelser i tjenestene som muliggjør medisinsk riktig og god samhandling. Allmennlegene og kommuneoverlegene samarbeider tett med både sykehus og kommuner, og bør være en naturlig del av helsefellesskapene.

Løsning: Økonomiske virkemidler som understøtter gode pasientforløp

Vellykket samhandling mellom sykehus og kommune forutsetter klar oppgave- og ansvarsfordeling og hvor ressursene følger oppgavene. Overføring av oppgaver mellom sykehus og kommuner må være faglig begrunnet, basert på kliniske behov og ikke drevet av kortsiktige og ensidige økonomiske hensyn.

Det har tidligere vært forsøkt å innføre flere økonomiske insentiver for å få til mer samhandling mellom tjenestenivåene. For eksempel i forbindelse med samhandlingsreformen, hvor det i 2012

ble innført kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare somatiske pasienter. Ordningen skulle gi kommunene insentiver til å etablere egne tilbud for å kunne ta imot pasientene.

Legeforeningen har vært skeptisk til ordningen med kommunal betalingsplikt og har ment at den har bidratt til å skape et høyt konfliktnivå mellom sykehus og kommuner. Vi opplever at det er gjennomgående avstand mellom sykehus og kommune når det gjelder forståelsen av situasjonen rundt utskrivningsklare pasienter. Det er også usikkert om dette er et effektivt virkemiddel for at kommunene skal ivareta sin plikt til å ta imot ferdigbehandlede pasienter. Legeforeningen mener derfor at ordningen bør evalueres.

For å gi bedre insentiver til forpliktende samhandling, foreslo Sykehusutvalget (NOU 2023: 4) å innføre et nasjonalt samhandlingsbudsjett for kommuner og helseforetak som utformes slik at helsefellesskapene disponerer en øremerket økonomisk ramme. Siden helsefellesskapene ikke er egne rettssubjekter, foreslo utvalget at midlene avsettes på en post under de regionale helseforetakene. Legeforeningen støttet intensjonen bak forslaget om samhandlingsbudsjetter, og ser at en slik modell vil kunne dreie fokuset over på gode pasientforløp fremfor hvilket budsjett pengene skal tas fra. Legeforeningen meddelte imidlertid usikkerhet knyttet til hvordan dette vil fungere i praksis, særlig da helsefellesskapene vil spille en viktig rolle som premissgiver for hvordan samhandlingsmidlene brukes, og anbefalte at tiltaket bør evalueres fortløpende.

Løsning: Effektive verktøy for kommunikasjon mellom tjenestenivåene

For å få til god kommunikasjon innad og samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, er det behov for nyttige digitale verktøy. Vi trenger trygge IT-løsninger som snakker sammen, med riktig nivå av standardisering og mulighet for lokalt handlingsrom. Klinisk nytte må alltid være målet med digitalisering og digitale verktøy må understøtte pasientbehandlingen. Digitale verktøy må hjelpe og avlaste klinikerne, og digital samhandling må frigjøre mer tid til pasienten. For at digitaliseringen skal være vellykket, er det avgjørende med klinikermedvirkning i prosjektene (32).

Pågående prosjekter som pasientens legemiddelliste, pasientens prøvesvar, synkronisering av «kritisk informasjon» og dokumentdeling i kjernejournal er sentrale byggeklosser som må prioriteres. Det gjelder faglig kvalitet rundt innholdet, og den digitale samhandlingsløsningen mellom pasient, helsepersonell og tjenestenivåene.

Kunstig intelligens (KI) brer om seg i helsetjenesten både ved utredning, behandling og administrativ bruk. Det er viktig å prioritere utviklingsarbeid hvor innsatsen gir sikker positiv gevinst innenfor bruk av KI, er trygg for pasientene og at regulering av bruken kommer på plass.

Digitalisering kan være personellbesparende og bidra til økt kvalitet, men det fordrer riktig implementering og bruk i samarbeid med fagfolk, pasienter, brukere og pårørende. Det er flere store IT-prosjekter som implementeres i helsetjenesten, og implementeringen av det felles europeiske helsedataområde (EHDS)³ vil føre til ytterligere kostnader fremover. Legeforeningen mener at digitalisering av helsetjenesten er underfinansiert. Nasjonal infrastruktur og nasjonale felleskomponenter bør finansieres av staten over statsbudsjettet, og ikke tas av sykehusenes og kommunenes driftsbudsjetter.

³ EHDS skal gjøre det enklere å trygt dele helsedata nasjonalt og på tvers av landegrenser, for å kunne styrke helseberedskapen ved fremtidige krisesituasjoner, og for å kunne øke den europeiske konkurransekraften i den globale dataøkonomien.

DEL III – OPPSUMMERING OG POLITISKE VEIVALG

Legeforeningen har utarbeidet denne perspektivmeldingen for å belyse viktige utfordringer og nødvendige politiske veivalg for å sikre en bærekraftig og effektiv spesialisthelsetjeneste i årene som kommer. Norge har i dag en av verdens beste helsetjenester. Helsetjenesten har høy tillit i befolkningen og leverer tjenester av høy kvalitet. Det har stor verdi både for pasientene og for samfunnet – noe vi må verne om. Men denne posisjonen er ikke gitt. Med økende demografisk press, personellmangel og økonomiske rammebetingelser som ikke samsvarer med behovene, står spesialisthelsetjenesten ved et veiskille.

Befolkningen eldes, sykdomsbildet blir mer komplekst, og behandlingsmulighetene øker. Samtidig har sykehusene i over ti år ikke fått reell vekst i bevilgningene, og nødvendige investeringer i bygg og utstyr har ført til økende gjeld og høye rentekostnader – uten at dette har gitt ønskede gevinster. Produktiviteten er svak blant annet fordi ansatte hindres i å bruke sin kompetanse effektivt. Leger bruker mindre tid på pasienter og mer på administrative oppgaver, og mangel på utstyr, plass og støttepersonell reduserer effektiviteten ytterligere.

Samtidig er det en bemanningskrise i helsevesenet. Norge utdanner for få leger og legespesialister, og altfor mange vurderer å forlate yrket på grunn av høy arbeidsbelastning og dårlige rammevilkår.

Samhandlingen mellom sykehus og kommuner fungerer ikke godt nok. Svake digitale verktøy skaper utfordringer for pasientforløpene og øker konfliktnivået mellom forvaltningsnivåene. Fastlegenes portvaktfunksjon og prioriteringsarbeid er under press.

Legeforeningen mener at for å sikre en velfungerende og bærekraftig helsetjeneste, er det avgjørende at politiske beslutningstakere tar ansvar for disse utfordringene. Uten nødvendige investeringer, en helhetlig tilnærming til bemanning og en styrking av samhandlingen mellom helseforetak og kommuner, vil helsetjenesten i Norge ikke være i stand til å møte de fremtidige behovene som en aldrende befolkning og økende sykdomsbyrde medfører.

For å sikre en god spesialisthelsetjeneste for fremtiden er det nødvendig å:

Øke kapasiteten gjennom å:

- Øke grunnfinansieringen av sykehusene i tråd med kostnadsvekst og investeringsbehov.
- Sørge for at sykehusene får dekket sine reelle kostnader fullt ut og skjermes for effektiviseringskutt.
- Skjerme sykehusene for store økninger i kapitalkostnader som følge av investeringer.
- Bygge sykehus store og fleksible nok, med rom for god pasientbehandling, godt arbeidsmiljø og beredskap for helsekriser.
- Sette av friske midler til en ekstraordinær investeringspakke for å dekke inn investeringsetterslepet i sykehusene.
- Videreutvikle avtalespesialistordningen for å avlaste sykehusene, og sikre en forutsigbar finansiering av ordningen som gir lik tilgang på spesialisthelsetjenester over hele landet.
- Øke andelen støttepersonell i sykehusene for å avlaste sykehuslegene.
- Legge fram en nasjonal opptrappingsplan for å øke intensivkapasiteten.
- Øke og øremerke midler knyttet til helseberedskap i sykehusene slik at tiltak knyttet til beredskap ikke tas av det ordinære driftsbudsjettet.

Beholde og rekruttere helsepersonell gjennom å:

- Øke kapasiteten i medisინutdanningen i dialog med universitetssektoren, de regionale helseforetakene og kommunene.
- Øke antall LIS1-stillinger og sikre at antall LIS1-stillinger følger helsetjenestens behov for spesialister.

- Sikre en faglig begrunnet oppgavedeling slik at vi får rett kompetanse på rett plass til rett tid.
- Sørge for at mer av legers tid går til pasientbehandling, forskning, undervisning og kvalitetsforbedring. Tidstyver som unødvendige rapporteringssystemer, dårlige IT-systemer og byråkrati må fjernes.
- Sørge for reell involvering av helsepersonell ved utvikling og innføring av nye IT-løsninger.

Sørge for riktige prioriteringer gjennom å:

- Redusere unødvendige undersøkelser og motvirke overbehandling ved å støtte kampanjen "Gjør kloke valg".
- Skape forutsigbarhet for fastlegeordningen og tilstrekkelig kapasitet, slik at alle har tilgang til en fastlege og fastlegenes portvaktfunksjon styrkes.

Få til bedre samhandling gjennom å:

- Utrede hvordan helsefellesskapene kan brukes til å sikre bedre samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste om helhetlige pasientforløp.
- Investere i brukervennlige IT-løsninger som bidrar til bedre og mer effektiv pasientbehandling og nødvendige forbedringer av alle journalsystemer.
- Styrke samarbeidet på tvers av offentlig helsetjeneste, teknologiselskaper og leverandører for å videreutvikle trygg og effektiv teknologi, blant annet KI.
- Nedsette et lovutvalg som kan revidere helselovgivningen i tråd med utviklingen i teknologiske muligheter, der KI-perspektiver tas med.

KILDELISTE

1. Folkehelseinstituttet. Sykdomsbyrde i framtiden: Folkehelseinstituttet, editor. <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-framtiden/#utvikling-i-sykdomsbyrden-frem-mot-2050>: Folkehelseinstituttet, 2024.
2. Strand B, Berg CL, Syse A, Nielsen CS, Skirbekk VF, Hansen T, et al. Helse hos eldre i Norge. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/eldre/?term=#sykdommer-og-plager-knyttet-til-aldring>: Folkehelseinstituttet, 2023.
3. Helse Sør-Øst. Framskrivning av behov for helsepersonell i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. <https://www.helse-sorost.no/4ac173/siteassets/documents/styret/styremoter/2024/1122/122-2024-vedlegg-framskrivning-av-behov-for-helsepersonell-innen-phv-og-tsb.pdf>: Helse Sør-Øst, 2024.
4. Bramnes JG. Rusmiddellidelser i Norge. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=>: Folkehelseinstituttet, 2022.
5. Thomas MJ. Vi blir flere, men også eldre <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/statistikk/nasjonale-befolkningsframskrivninger/artikler/vi-blir-flere-men-ogsaa-mye-eldre>: SSB, 2024 [2025 06.05].
6. Skyrud KD, Hernæs KH. Framtidens utfordringer for folkehelsen. <https://www.fhi.no/he/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/2.-ny-side?term=#framskrivninger-av-helse-og-omsorgstjenestebruk>: Folkehelseinstituttet, 2022.
7. Finansdepartementet. Meld. St. 31 (2023-2024) Perspektivmeldingen 2024. In: Finansdepartementet, editor. Meld. St. 31 (2023-2024): Finansdepartementet, 2024.
8. SSB. Tettsteders befolkning og areal. <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/tettsteders-befolkning-og-areal>: Statistisk sentralbyrå, 2024.
9. Helsedirektoratet. Innsatsstyrt finansiering (ISF) – regelverk. In: Helsedirektoratet, editor. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>: Helsedirektoratet, 2025.
10. HelseNorge. Rett til nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.helsenorge.no/rettigheter/sykehus-og-spesialist/rett-til-nodvendig-helsehjelp>: Helse- og omsorgdepartementet, 2023.
11. Skogli E, Halvorsen C, Vinter C, Cappelen A, Holmdal LM, Stokke OM. Investeringsbehov i spesialisthelsetjenesten. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/65803c80cfc54711af3533779950756a/investeringsetterslepet-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>: Menon Economics, 2023.
12. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2021-2022/helseforetakenes-investeringer-i-bygg-og-medisinsk-teknisk-utstyr.pdf>: Riksrevisjonen, 2022. Contract No.: Vedlegg 14 til Dokument 3:2 (2021-2022) Rapport.
13. Lysne AK, Røtnes R, Bjørn EC. Inndekning av helseforetakenes kapitalkostnader. Samfunnsøkonomisk analyse, 2025.
14. Magnussen J. Rapport fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi. Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. https://www.regjeringen.no/contentassets/82d1a412f58b49ff9d28f42479cca584/no/pdfs/tbu_spesialisthelsetjenesten.pdf: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024.
15. 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.
16. 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.
17. Riksrevisjonen. Undersøkelse av helseforetakenes bruk av legeressursene. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2018-2019/undersokelse-av-helseforetakenes-bruk-av-legeressursene/>: Riksrevisjonen, 2018.
18. Skrvøseth SO, Aanestad M. Hvor går fremtidsveien for e-helse nå? Dagens medisin. 2022. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/hvor-gar-fremtidsveien-for-e-helse-na/192012>

-
19. Legeforeningen. Smarte investeringer for en usikker framtid. 2019-framskrivningsrapport-februar-2019-002.pdf: Legeforeningen, 2019.
 20. Helse Sør-Øst. Innspill statsbudsjett 2025. <https://www.helse-sorost.no/4a7067/siteassets/documents/styret/styremoter/2023/0929/100-2023-vedlegg-1-felles-utkast-notat-innspill-statsbudsjett-2025.pdf>: Helse Sør-Øst, 2025.
 21. Legeforeningen. Suksessfaktorer for digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/1c47e5869e5e4067be9c98aa6b27e0c9/suksessfaktorer-for-digitalisering-i-helsetjenesten.pdf>: Legeforeningen, 2019.
 22. Hannestad YS. Avtalespesialistene er en uunnværlig del av den offentlige helsetjenesten. Dagens medisin. 2025. <https://www.dagensmedisin.no/arbeidsliv-helsepolitikk-og-helseokonomi-private-avtalespesialister/avtalespesialistene-er-en-uunnvaerlig-del-av-den-offentlige-helsetjenesten/672009>
 23. OECD, Organization for Economic Cooperation and Development, & Organization, W. H. (2021). Health at a Glance. (1st ed.). Organization for Economic Cooperation & Development.
 24. Sirnes E, Korsvold L. NHSP 2020-2023 - Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet «Helsepersonell med utdanning fra utlandet». https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20Helsepersonell%20med%20utdanning%20fra%20utlandet.pdf/_attachment/inline/536adfc5-f94a-41e6-8618-32e5d5c2b16a:cff1f3ae9321354e2ff9fbf9bbf8263ab511799d/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20Helsepersonell%20med%20utdanning%20fra%20utlandet.pdf: Helsedirektoratet, 2018.
 25. WHO. User's Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70525/WHO_HSS_HRH_HMR_2010.2_eng.pdf;jsessionid=A749A5F13D704C51FA10C3F3D96642FF?sequence=1: WHO, 2010.
 26. Grimstad H. Studieplasser i medisin i Norge. In: Kunnskapsdepartementet, editor. https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf: Kunnskapsdepartementet, 2019.
 27. Legeforeningen. Om Gjør kloke valg | Gjør kloke valg: Legeforeningen.no <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/informasjon/om-gjor-kloke-valg/> [2025 09.05].
 28. Fry I. (11.04.2025) Norges første «Kloke valg»-sykehus. Legeforeningen.no <https://www.legeforeningen.no/nyheter/2025/norges-forste-kloke-valg-sykehus/>
 29. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2022;72(715):e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340.
 30. Hjörleifsson S, Getz LO, Tangen MK. Bærekraft på legekantoret. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2024. doi: 10.4045/tidsskr.24.0137.
 31. Johnsen TM, Norberg BL, Krogh FH, Vonen HD, Getz LO, Austad B. The impact of clinical experience on working tasks and job-related stress: a survey among 1032 Norwegian GPs. BMC family practice. 2022;23(1):1-216. doi: 10.1186/s12875-022-01810-y.
 32. Almklov PG, Antonsen S. Standardisation and Digitalisation: Changes in Work as Imagined and What This Means for Safety Science. 2020:3-19. Epub 1. doi: 10.4324/9781351190237-1. [ad-og-utvalg/teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-okonomi-tbs/id3046365/](https://www.legeforeningen.no/no/no/dep/hod/organiseringen-av-helse-og-omsorgsdepartementet/styrer-rad-og-utvalg/teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-okonomi-tbs/id3046365/): Helse- og omsorgsdepartementet, 2024.
 33. Kvinnsland S, et al. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten : hvordan bør statens eierskap innrettes framover? Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. desember 2016. 2016;NOU 2016:25.
 34. Magnussen J, et al. Fellesskapets sykehus - Styring, finansiering, samhandling og ledelse. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning; 2023.
 35. Magnussen J, et al. Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi (TBU-spesialisthelsetjenesten). <https://www.regjeringen.no/no/no/dep/hod/organiseringen-av-helse-og-omsorgsdepartementet/styrer-rad-og-utvalg/teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-okonomi-tbs/id3046365/>: Helse- og Omsorgsdepartementet, 2024.
 36. Taraldseth A. Yrkesaktive leger i Norge <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/yrkesaktive-leger-i-norge/>: Legeforeningen, 2024 [2025 13.05].
 37. Helse- og omsorgsdepartementet. 13.10.2021. Regjeringen.no <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/sykehusenes-hovedoppgaver-/id528111/>



Redaksjon: Oda Sjøvoll, Linda Markham, Vilde Baugstø
og Marthe Helene Sandli Reutz

Design og omslag: Melkeveien Designkontor

Forsidebilde og fotograf: Akershus Universitetssykehus, 2016,
Thomas Barstad Eckhoff

Bidragstere fra Legeforeningens sekretariat: Siri Skumlien, Marit
Randsborg, Lars Duvaland, Johan Georg Røstad Torgersen, Knut Braaten,
Erling Bakken, Bente Kristin Johansen, Jon Østavik, Eirik Nikolai Arnesen,
Anne Ringnes, Hanne Gillebo-Blom, Ingrid Rise Fry, Marlene Havn Sæther

Trykk: Colormaster

