



09.05.2021

Legebarometeret

Rapport 10-2021

Rapport nr. 10-2021 fra Samfunnsøkonomisk analyse AS

ISBN-nummer: 978-82-8395-112-7

Oppdragsgiver: Den norske legeforening

Forsidefoto: Johan Serfontein, Unsplash

Tilgjengelighet: Offentlig

Dato for ferdistilling: 9. mai 2021

Forfattere: Fernanda Winger Eggen, Jørgen Ingerød Steen og Ingeborg Flaten Gunstad

Kvalitetssikrer: Rolf Røtnes

Samfunnsøkonomisk analyse AS

Borggata 2B
N-0650 Oslo

Org.nr.: 911 737 752
post@samfunnsokonomisk-analyse.no

Forord

Legeforeningen er den viktigste fagorganisasjonen for personer med medisinutdanning, hvor 95 prosent av de yrkesaktive legene i Norge er organisert. På oppdrag for Legeforeningen har Samfunnsøkonomisk analyse AS (SØA) kartlagt mangel på fastleger og på sykehusleger i psykiatrien. Vi har også analysert årsaker til rekrutteringsutfordringene. For å forstå utfordringene, kartlegges blant annet endringer som påvirker befolkningens behov for disse helsetjenestene og rammevilkår som påvirker legenes ansvarsområder og arbeidsmengde. I rapporten presenteres i tillegg forslag til hva som kan gjøres for å imøtekomme utfordringer med mangel og rekruttering.

Funnene i rapporten er basert på eksisterende litteratur, statistikk, intervju med representanter for fastleger og sykehusleger i psykiatrien og spørreundersøkelse besvart av ansvarlige for fastlegeordningen i kommuner og ledere ved psykiatriske enheter.

Vi ønsker å takke våre informanter for å ha tatt seg tid til å dele nyttig informasjon med oss gjennom intervju og spørreundersøkelse. I tillegg ønsker vi å takke oppdragsgiver for et spennende oppdrag og gode innspill underveis i arbeidet.

SØA er ansvarlig for rapportens innhold.

Oslo, 9. mai 2021

Fernanda Winger Eggen
Prosjektleder
Samfunnsøkonomisk analyse AS

Sammendrag

For å sikre et godt helsetilbud der folk bor og for unngå en overbelastning i spesialisthelsetjenesten er det avgjørende å ha en fastlegeordning som fungerer. Samfunnsøkonomisk er psykiske lidelser knyttet til de største kostnadene, sammenlignet med andre sykdommer, særlig på grunn av tapt arbeidsdeltakelse og helse. Mer tilgjengelig psykisk helsehjelp er blant de områdene som flest mener regjeringen bør prioritere, og som utpeker seg som viktig valgkampsak ved kommende stortingsvalg. Mange pasienter med psykiske lidelser har behov for et sammensatt behandlingsopplegg fordi de har komplekse problemstillinger. Derfor er det vesentlig å sikre rekruttering av riktig kompetanse, og at spesialistene brukes på en bærekraftig måte.

På oppdrag for Legeforeningen har Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) kartlagt mangelen på fastleger og sykehusleger i psykiatrien, og årsaker til rekrutteringsutfordringene. Så langt det er mulig skiller det eksplisitt mellom kapasitetsutfordringer i tjenestene, og utfordringer med å rekruttere personell innenfor gjeldende kapasitetsrammer.

Overordnet indikerer våre funn at det er store utfordringer knyttet til mangel og rekrutteringen for både fastleger og sykehusleger i psykiatrien. Det er flere som rapporterer om utfordringer knyttet til rekruttering innen psykiatrien, sammenlignet med for fastlegene. Imidlertid er det flere kommuner som opplever at utfordringene har blitt større de siste tre årene. Dette kan indikere at rekrutteringsutfordringene når det gjelder fastlegene er økende, mens for psykiatrien har situasjonen vært presset i lengere tid.

Sentrale årsaker til utfordringene er endringer i befolkningens behov for og forventninger til disse helse-tjenestene, samt rammevilkår som påvirker legenes ansvarsområder og arbeidsmengde.

I analysen kartlegges også forslag til løsninger for å bedre rekrutteringssituasjonen. På én side er forslagene knyttet til å gjøre det mer attraktivt for unge leger

å bli fastlege eller sykehuslege i psykiatri. Andre forslag er knyttet til å sikre tilstrekkelig antall utdanningsplasser og stillinger for å dekke behovene.

[Rekrutteringsutfordringene og mangelen på fastleger er stor og økende](#)

Ved inngangen til 2021 var det registrert totalt 5 133 fastlegelister i Norge. I utgangspunktet skal alle fastlegelister være knyttet til en fast lege, med fastlegansvar for innbyggerne på listene. 182 av fastlegelistene manglet imidlertid fast tilknyttet lege ved inngangen av 2021. Totalt står 110 000 innbyggere på lister uten fast lege.

Vår undersøkelse tyder på at det er store og økende utfordringer knyttet til fastlegesituasjonen i kommunene. 30 prosent av kommunene oppgir at de mangler og opplever store utfordringer med å rekruttere fastleger. Ytterligere 47 prosent svarer at de rekrutterer greit nå, men merker utfordringer.

Spørreundersøkelsen viser at kommunene vurderer et behov for rundt 230 nye avtalehjemler, for å tilby befolkningen en fastlegetjeneste av tilstrekkelig god kvalitet. Behovet for flere fastlegehjemler kan tolkes som en kapasitetsutfordring i ordningen. Rekrutteringsutfordringene er særlig knyttet til fastlegeyrkets attraktivitet som valg av karrierevei. Dette gjenspeiles blant annet i en betydelig økning i antall fastlegelister uten fast tilknyttet lege.

Hele 42 prosent av våre respondenter opplever at rekrutteringsutfordringene har blitt større de siste tre årene. Kun 7 prosent svarer at de har blitt mindre. Sammenlignet med kartleggingen av fastlegesituasjonen i 2019 er det 64 prosent flere kommuner som opplever store problemer med å rekruttere og mangler fastleger. Det særlig de mindre sentrale kommunene som oppgir å i stor grad ha utfordringer med å rekruttere fastleger. Flere av intervjuobjektene forteller om store utfordringer med å fylle ledige hjemler. Dette gjelder særlig i usentrale kommuner, men inter-

vjuene avdekker at det i stadig større grad også gjelder for mer sentrale områder.

Blant kommunene som oppgir rekrutteringsutfordringer er ubesatte hjemler, økt arbeidspress for øvrige fastleger i kommunen og lavere stabilitet blant fastlegene de konsekvensene flest opplever.

Halvparten av kommunene har benyttet vikarbyråer for å dekke behovet for fastleger i løpet av de siste tre årene. En vesentlig andel av respondentene skriver at bruk av vikarer er både kostbart og reduserer tjenestekvaliteten for pasientene, fordi kontinuiteten i tjenesten svekkes. Det er også en utfordring at vikarer ofte er mindre kvalifiserte enn fastlegene, for eksempel dersom det benyttes leger som venter på LIS-tjeneste som vikar.

Årsakene til utfordringene som oftest trekkes fram i intervjuer og spørreundersøkelsen, er at arbeidsmengden er stor og at å investere i fastlegepraksis vurderes som risikabelt eller lite attraktivt. Det er også en relativt stor andel som peker på geografisk beliggenhet og små fagmiljø som utfordringer.

En konsekvens av utviklingen i fastlegeordningen er at stadig flere fastleger vurderer å forlate yrket. Opprettholdelse av dagens fastlegetilbud avhenger av at tilstrekkelig mange unge leger ønsker å bli fastlege. I vår undersøkelse svarer 43 prosent av kommunene at en utfordring knyttet til rekruttering er at for få velger å spesialisere seg i allmenntilmedisin.

Selv om utfordringene til en viss grad er forsterket av pandemien, har mange av de vært gjeldende i flere år. For å håndtere presset fastlegeordningen står overfor, er det behov for tiltak målrettet mot de gjeldende utfordringene. Det er særlig tiltak knyttet til økonomi og arbeidsbelastning flest mener kan bedre rekrutteringssituasjonen. Seks av ti mener at å redusere arbeidsbelastningen vil bidra til å bedre rekrutteringssituasjonen. Dette er forslaget med høyest oppslutning i undersøkelsen, som også er gjenspeilet i

tidligere undersøkelser om fastlegenes tidsbruk. Videre mener over halvparten prosent at å opprette flere hjemler, styrke ordningen økonomisk og å øke muligheten for fastlønn ved oppstart som ny fastlege er hensiktsmessige tiltak for å bedre rekrutteringssituasjonen. I intervjuer er det også flere som har pekt på et behov for å justere ned normtallet som definerer omfanget av et legeårsverk.

Det store flertallet sykehus opplever utfordringer med rekruttering og mangel på psykiatere

Det har vært et økende behov for psykisk behandling de siste årene, med en stor økning spesielt i etterspørsmål etter behandling ved de polikliniske avdelingene. Psykisk helsevern står overfor de samme rekrutteringsutfordringene som helsetjenesten for øvrig, men utfordringene forsterkes av den desentraliserte plasseringen av enheter innen psykisk helsevern.

Også blant sykehuslegene innen psykiatri er utfordringene knyttet til både kapasitet, i antall avsatte stillinger, og rekruttering til stillingene. Overordnet virker mangelen på kandidater som kan fylle stillingene som allerede er opprettet å være hovedutfordringen. Tilgangen til spesialister i psykiatri er begrenset på nasjonalt nivå, og dette gir særlige rekrutteringsutfordringer i distriktene.

Halvparten av lederne ved sykehusenheter i psykiatri svarer at de mangler og opplever store utfordringer med å rekruttere psykiatere til sin enhet. Ytterligere nesten 40 prosent svarer at de rekrutterer greit nå, men merker utfordringer. Kun 11 prosent opplever å ikke mangle psykiatere og rekrutterer uproblematisk.

I spørreundersøkelsen svarer totalt 66 prosent av respondentene at det er behov for flere psykiaterstillinger ved sin enhet for å gi helsetjenester med god kvalitet. Andelen er høy for alle regionene, men høyest i Helse Nord, der nesten 80 prosent av enhetslederne svarer at det er behov for flere stillinger.

De lederne som svarer det bør opprettes flere stillinger, oppgir at det totalt er behov for 149 ekstra psykiaterstillinger i landet samlet. Dette er et nedre anslag, ettersom ikke alle enheter har besvart spørreundersøkelsen. På grunn av manglende datagrunnlag har det ikke vært mulig å bruke undersøkelsen til å konstruere et sikkert anslag for den samlede mangelen på stillinger for alle psykiatriske enheter i landet.

Over 80 prosent av respondentene i undersøkelsen har i stor eller noen grad opplevd utfordringer med å rekruttere psykiatere til stillinger innen psykisk helsevern det siste året. Utfordringene virker å være størst for Helse Nord og Helse Midt-Norge.

Flertallet av intervjuobjektene forteller at det har blitt opprettet flere stillinger de siste årene for å redusere arbeidspresset blant psykiaterne. Flere har imidlertid ikke lyktes i å fylle stillingene. En blanding av at det utdannes for få innen psykiatri og at for få unge leger ønsker å bli psykiatere ved sykehus pekes på som sentrale årsaker til at stillingene ikke blir bemannet.

Over halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen svarer at utfordringen med å rekruttere har ført til ubesatte stillinger. Totalt rapporterer respondentene om 133 ubesatte stillinger, og 40 stillinger som er besatt av vikar. Utfordringen virker å være særlig stor blant de mindre enhetene. De ubemannende stillingene antas i hovedsak å komme i tillegg til behovet for ekstra stillingene det er rapportert om. Totalt tilsier dette en rapportert mangel på 282 sykehusleger innen psykiatri fra spørreundersøkelsen.

I overkant av halvparten svarer at de benytter vikarer for å dekke behovet for å psykiatere. Andelen er høyest i Helse Nord, med 75 prosent. Intervjuobjektene erfarer at mange vikarer kun blir værende i korte perioder. Flere trekker også fram at bruk av vikarer er langt dyrere enn fast ansatte, og at det svekker kvaliteten på tjenestene. Omfattende bruk av vikarer gjør også den faglige utviklingen ved enheten dårligere.

Selv om flertallet av respondentene svarer at det i stor grad er utfordrende å rekruttere psykiatere, er det et betydelig mindretall som opplever at rekrutteringsutfordringene har blitt større de siste tre årene. Dette kan indikere at arbeidspresset innen psykisk helsevern har vært for stort i flere år, altså at rekrutteringsutfordringene ikke er nye. Ifølge Helsedirektoratet beskriver alle de regionale helseforetakene, med unntak av Helse Vest, et behov for å rette strategisk oppmerksomhet mot psykiatrien.

Intervjuene og spørreundersøkelsen peker på både økonomiske, faglige og organisatoriske forhold som påvirker antall som spesialiserer seg innen psykiatri og sykehusenes evne til å rekruttere disse.

Desentraliserte, og ofte små enheter, gjør det mer utfordrende å rekruttere til psykisk helsevern enn somatikken. Små fagmiljøer er mer sårbare for endringer i bemanningssituasjonen, og er en mulig kilde til større arbeidspress på den enkelte lege. Særlig unge leger har også behov for forutsigbarhet og tilstrekkelig veiledning og samarbeid, som kan bli mer sårbart i mindre fagmiljøer. Det kan også være til hinder for tilrettelegging av faglig utvikling blant legene.

De økonomiske forholdene er særlig knyttet til at det er tilstrekkelig kapasitet i enhetene, slik at psykiaterne får tid til å gi pasientene god helsehjelp. Dette må også tas hensyn til ved utforming av pakkeforløp for psykisk helsevern, som påvirker arbeidsoppgaver og ansvarsområder for psykiaterne.

Å øke spesialiseringens attraktivitet blir i flere intervjuer vurdert som det viktigste tiltaket. Dette innebærer blant annet at politikere og ledere i helseforetakene fremmer arbeidet som gjøres innen psykisk helsevern i sykehusene. Videre har flere pekt på at rotering innen psykiatri i større grad bør være en del LIS1, for å gi studenter bedre innblikk i spesialiseringen. Det trekkes også fram som viktig å opprette større fagmiljø og styrke mulighetene for faglig utvikling.

Omfanget av LIS-stillinger er viktig for framtidens tilbud av leger

For å imøtekomme behovene for både flere fastleger og psykiatere er det sentralt at det utdannes flere leger. 25 og 19 prosent av respondentene innen henholdsvis kommunene og psykiatrien mener at det er behov for flere LIS1-stillinger. Videre peker 42 prosent av lederne for psykiatriske enheter og 39 av kommunerepresentantene på at det er behov for henholdsvis å opprette flere LIS3-stillinger og opprette flere ALIS-avtaler.

Basert på SSBs tidligere framskrivninger av utviklingen i behovet for fastlegeårsverk og legeårsverk i psykiatrien, våre anslag for fastleger og leger med spesialisering i psykiatri som går av med alderspensjon og den estimerte mangelen på de to yrkesgruppene er det mulig å anslå et samlet behov for nye spesialister i årene framover. Beregningene er forbundet med usikkerhet, men gir en indikasjon på forholdet mellom behovene og tilgangen på disse legene.

Samlet sett tilsier beregningene et behov for om lag 3 600 nye fastleger fram mot 2035. Det tilsvarer om lag 260 nye hvert år. Til sammenligning har antall fastlegehjemler økt med rundt 100 hjemler i året over de siste årene.

Med samme beregning for leger med spesialisering i psykiatri, anslås det et samlet behov for 1 400 personer fram mot 2035. Det tilsvarer et årlig behov på rundt 100 leger. Til sammenligning har det i gjennomsnitt vært gitt om lag 100 nye spesialistgodkjenninger innen psykiatri som arbeider i helse- og sosialnæringene de siste årene.

Det virker å være omtrent samsvar mellom behovet for og antallet spesialistgodkjenninger innen psykiatri de siste årene. Det er likevel verdt å bemerke at vår anslåtte mangel på sykehusleger i psykiatri kun omfatter det som er rapportert i spørreundersøkelsen, og er derfor et nedre anslag. Dermed vurderes det som sannsynlig at behovet for sykehusleger i psykiatrien i realiteten overstiger tilbudet som følger av dagens nivå for årlige godkjente spesialister. Videre er det slik at disse spesialistene kan arbeide i ulike funksjoner. Det bør derfor rettes spesifikk oppmerksomhet mot å rekruttere disse spesialistene til stillinger og oppgaver der det er udekkede behov.

For fastlegeordningen indikerer beregningene at det er behov for å øke tilgangen på fastleger betydelig, sammenlignet med utviklingen de seneste årene. Dette gjenspeiler både mangelen på fastleger kommunene opplever i dag, men også økte behov for kommunale helsetjenester i årene framover.

Både i litteratur, intervju og i spørreundersøkelsen har det blitt foreslått flere tiltak for å sikre stabiliteten for leger i framtiden gjennom. Overordnet er tiltakene knyttet til å sikre at det er nok spesialiseringstillinger for å sikre behovet framover, og at disse stillingene får nok søkere som fullfører spesialiseringen. Mens antallet stillinger i hovedsak er knyttet til politiske satsninger på feltene, er det yrkenes arbeidsforhold og krav til rekruttering som sannsynligvis vil å størst påvirkning på gjennomføringen. Det holder altså ikke at det er et samsvar mellom antallet studieplasser og behovet, dersom stadig færre ønsker å gjennomføre spesialisering innen allmenmedisin eller psykiatri.

Innhold

Forord		III
Sammendrag		IV
1	Innledning	1
1.1	Prosjektets formål	1
1.2	Økende behov for sykehusleger i psykiatri og fastleger	2
1.3	Metodisk tilnærming	2
1.4	Rapportens oppbygging	3
2	Rekrutteringsutfordringene og mangelen på fastleger er stor og økende	4
2.1	Om fastlegeordningen	4
2.2	Antallet fastleger er økende	5
2.3	Mangel på fastleger legger press på hele fastlegeordningen	7
2.4	Det er flere årsaker til at fastlegeordningen er under press	13
2.5	Behov for målrettede tiltak for å håndtere fastlegeordningens utfordringer	19
3	Flertallet av sykehus opplever utfordringer med rekruttering og mangel på psykiatere	24
3.1	Om organiseringen av psykisk helsevern	24
3.2	Nærmere 50 prosent flere sysselsatte med psykiatri som hovedspesialitet siden 2008	25
3.3	Mangelen på psykiatere vurderes som stor	28
3.4	Flere faktorer utfordrer rekruttering og stabilitet i psykisk helsevern	35
3.5	For å sikre høy kvalitet i tjenesten og stabile behandlere er fagmiljø essensielt	40
4	Omfanget av LIS-stillinger er viktig for framtidens tilbud av leger	42
4.1	Nasjonal modell for spesialistutdanningen	42
4.2	Flere faktorer peker i retning av fortsatt økt behov for helsepersonell i årene framover	45
4.3	Samtidig vil flere gå av med pensjon	47
4.4	Anslått behov for fastleger og psykiatere fram mot 2035	47
4.5	Flere tiltak er etablert for å øke attraktivitet og sikre stabilitet for leger framover	48
5	Referanser	52

1 Innledning

Behovet for helse- og omsorgstjenester i befolkningen er økende. Alt fra demografiske og medisinske til politiske og økonomiske faktorer påvirker både etterspørsel etter og tilbudet av helsetjenestene. Videre stiller befolkningen stadig høyere krav til helsetjenestene. Med denne utviklingen følger et økende behov for helsepersonell som bemanner både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ifølge NAVs bedriftsundersøkelse manglet det i 2020 om lag 11 600 sysselsatte innen helse- og sosialnæringene samlet (NAV, 2020). NAV anslår at 33 prosent av virksomhetene innen helse- og sosialtjenestene har alvorlige rekrutteringsproblemer. Dette er den høyeste andelen av alle næringer i undersøkelsen, og indikerer betydelige utfordringer knyttet til bemanning av helsetjenestene generelt.

I denne rapporten rettes oppmerksomheten mot utviklingen i behovet for fastleger og for sykehusleger med spesialisering innen psykiatri. For å sikre et godt helsetilbud der folk bor og for unngå en overbelastning i spesialisthelsetjenesten er det avgjørende å ha en fastlegeordning som fungerer. Samfunnsøkonomisk er psykiske lidelser knyttet til de største kostnadene, sammenlignet med andre sykdommer, særlig på grunn av tapt arbeidsdeltakelse og helse. Mer tilgjengelig psykisk helsehjelp er blant de områdene som flest mener regjeringen bør prioritere, og som utpeker seg som viktig valgkampsak ved kommende stortingsvalg. Mange pasienter med psykiske lidelser har behov for et sammensatt behandlingsopplegg fordi de har komplekse problemstillinger.

For å sikre befolkningen et godt helsetjenestetilbud, er det nødvendig å ha informasjon om hvor mange leger det er behov for, hvilke viktige faktorer som påvirker rekrutteringen og hvordan stabilitet i tjenestene kan opprettholdes.

Høsten 2019 gjennomførte Legeforeningen en undersøkelse blant norske kommuner for å kartlegge fastlegesituasjonen i Norge.¹ Undersøkelsen var en oppfølging av en undersøkelse gjennomført av VG i 2017.² Begge undersøkelsene fant at en stor andel av kommunene opplevde mangel på fastleger, og utfordringer med å rekruttere nye fastleger.

Legebarometeret er en utvidelse av de to tidligere kartleggingene og inkluderer nå også sykehusleger i psykiatri. Sykehusleger i psykiatri er inkludert fordi det i en årrekke har vært mangel på og utfordrende å rekruttere personer til denne yrkesgruppen.

1.1 Prosjektets formål

Rapportens formål er å kartlegge mangel på fastleger og sykehusleger i psykiatrien, og årsaker til eventuelle rekrutteringsutfordringer. Så langt det er mulig skilles det eksplisitt mellom kapasitetsutfordringer i tjenestene, og utfordringer med å rekruttere personell til eksisterende kapasitetsrammer for tjenestene.

For å forstå utfordringene, kartlegges blant annet endringer som påvirker befolkningens behov for disse helsetjenestene og rammevilkår som påvirker legenes ansvarsområder og arbeidsmengde.

I rapporten presenteres også forslag til hva som kan gjøres for å imøtekomme utfordringer med mangel og rekruttering. På en side er forslagene knyttet til å gjøre det mer attraktivt for unge leger å bli fastlege eller sykehuslege i psykiatri. Andre forslag er knyttet til å sikre at det er nok utdanningsplasser for å dekke behovene. Blant annet som grunnlag for sistnevnte har vi i prosjektet også kartlagt omfanget av stillinger for Leger i spesialisering (LIS) generelt, og innen allmenmedisin og psykiatri spesielt.

¹ Klikk [her](#) for å lese Legeforeningens kartlegging.

² Klikk [her](#) for å lese VGs kartlegging.

1.2 Økende behov for sykehusleger i psykiatri og fastleger

Generelt er legedekningen i Norge god, sammenlignet med andre land. Norge hadde betydelig flere praktiserende leger per 1 000 innbygger enn gjennomsnittet for EU i 2018. Kun Østerrike, Hellas og Portugal hadde flere (OECD/EU, 2020).³ Legedekningen kan imidlertid variere, både geografisk og knyttet til behovet for ulike legespesialiteter.

Fastlegene utfører den største delen av legetjenestene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fastlegeordningen skal sikre befolkningen tilgang på gode og faste allmennlegetjenester, med et tett bånd mellom primærlege og pasient. Allmennmedisin er en spesialisering hvor legene har muligheten til å følge pasientene over tid og kontinuitetene i lege-pasientforholdet er direkte korrelert til behandlingseffekt og levetid. Fastlegen behandler de fleste av pasientens problemer og henviser kun en liten andel videre. Når pasienten mottar tjenester fra flere aktører, har fastlegene en viktig koordinerende rolle. Dette innebærer at fastlegene har et stort ansvar overfor sine pasienter.

I tillegg til behandling og oppfølging av pasienter, fungerer fastlegene som portvokter for henvisning til videre behandling i spesialisthelsetjenesten. I SSBs levekårsundersøkelse om helse svarte 75 prosent at de hadde konsultert fastlegen i løpet av året, og 15 prosent hadde hatt mer enn fem konsultasjoner.

Det er to særlig sentrale drivere av behovet for fastleger. Den ene er knyttet til befolkningsutviklingen, både nasjonalt og lokalt, som har rett på helsetjenestene. Den andre driveren er knyttet til fastlegenes rolle, ansvar og oppgaver, sett i sammenheng med andre deler av helsetjenesten.

Behovet for sykehusleger med spesialisering i psykiatri er knyttet til omfanget og utviklingen av psykiske

lidelser i befolkningen. Psykiske lidelser er utbredt, og bidrar til et betydelig helsetap og redusert livskvalitet for pasienter og pårørende (Helsedirektoratet, 2018). De vanligste lidelsene inkluderer angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Under koronapandemien er det målt høyere forekomst av psykiske plager hos befolkningen, sammenlignet med tidligere år (FHI, 2020). De langsiktige virkningene på behovet for psykisk helsehjelp er imidlertid foreløpig usikre.

Ifølge SSBs levekårsundersøkelse om helse (2019) hadde henholdsvis 1 og 6 prosent av befolkningen vært til konsultasjon hos psykiater og psykolog. Andelen som oppsøker psykolog er økende, mens andelen som oppsøker psykiater er stabil. De som hadde konsultasjon med psykiater i 2019, gjennomførte i gjennomsnitt 9 konsultasjoner.

Samarbeidet mellom fastlegene og psykiatrien i spesialisthelsetjenesten er viktig, og har over de siste ti årene blitt mer formalisert. Slik har rollefordelingen blitt tydeligere, men den fleksibiliteten det kan være behov for er redusert.

1.3 Metodisk tilnærming

Funnene i denne rapporten baseres på flere metodiske tilnærminger. Disse redegjøres for under.

For å få generell innsikt i situasjonen for fastleger og psykiatere, er det benyttet eksisterende litteratur og offentlig tilgjengelig statistikk. Både litteraturen og statistikken er i hovedsak hentet fra en kombinasjon av Statistisk sentralbyrå (SSB), Helsedirektoratet, Helfo og Legeforeningen.

Den registerbaserte sysselsettingsstatistikken hos SSB og Helsedirektoratets Fastlegestatistikk er hovedkildene i det statistiske materialet. Disse gir oversikt over antall og andre kjennetegn ved personer med godkjente legespesialiseringer, både i og utenfor arbeidsmarkedet. I enkelte tilfeller har det vært behov

³ Merk at tallene for Portugal og Hellas inkluderer alle leger med lisens, og er derfor en betydelig overdrivelse av antall praktiserende leger.

for å supplere SSBs og Helsedirektoratets offentlige tilgjengelige statistikk med mer detaljerte tall. I disse tilfellene er Legeforeningens medlemsregister brukt til å beskrive den relevante populasjonen. Statistikk fra Helfo er hovedsakelig brukt til å kartlegge antall fastleger i de enkelte kommunene, samt å skaffe en oversikt over mottatte basistilskudd blant fastlegene og antall lister uten fast lege. Videre er statistikk fra NAV brukt for å få oversikt over utlysninger for psykiatere og fastleger.

Det er gjennomført intervju med både ledere for psykiatriske enheter, tillitsvalgte fastleger og psykiatere, og kommuneoverleger. Totalt er det gjennomført 32 kvalitative intervju. Det er gjennomført 18 intervju med fastleger og kommuneoverleger og 14 intervju med ledere for psykiatriske enheter og psykiatere. Av intervjuobjektene som representerte fastleger var 11 tillitsvalgte. Av intervjuene som representerte psykiatrien var 10 ledere og 4 tillitsvalgte psykiatere. Intervjuobjektene representerer ulike deler av landet, ulike størrelser på enhetene og innen psykisk helsevern, ulike deler av psykiatrien.

For å få et bredere inntrykk av arbeidssituasjonen til fastleger og psykiatere, enn det som er mulig med intervju, er det gjennomført to spørreundersøkelser.

Den første spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle 356 kommuner. Ifølge e-posten ba vi postmottaket om å videresende undersøkelsen til den i kommunen som er ansvarlig for fastlegeordningen. Totalt mottok vi svar fra 264 kommuner. Dette gir oss en svarprosent på 74 prosent. Respondentene er også spredt utover hele landet, med 10, 35 og 55 prosent respondenter fra henholdsvis sentrale, mellomsentrale og usentrale kommuner. Totalt er 8, 34 og 58 prosent av norske kommuner henholdsvis sentrale, mellomsentrale og usentrale. Spørreundersøkelsen er representativ.

Den andre spørreundersøkelse er sendt til ledere for psykiatriske enheter i helseforetak rundt om i landet. Undersøkelsen er sendt til 178 ledere, og 83 har

svart. Dette gir en svarprosent på 47 prosent. Merk at det ikke finnes en samlet oversikt over alle psykiatriske enheter i ved helseforetak i landet, og strukturen på enhetene innen psykisk helsevern varierer geografisk. Kontaktinformasjonen til respondentene er funnet ved å gå gjennom nettsidene til de ulike helseforetakene og finne de ulike enhetene innen psykisk helsevern. Dette innebærer at undersøkelsen i noen tilfeller er sendt både til en overordnet klinikkleder, og en leder ved en underliggende enhet. Vi har fått tilbakemelding fra flere respondenter om at respondenten har valgt å ikke svare på undersøkelsen fordi en overordnet leder har tatt ansvaret for å svare. Dermed er det ikke mulig å slå fast om spørreundersøkelsen om psykiaternes arbeidssituasjon er representativ, men fordi flere av respondentene representerer samme overordnede enhet er sannsynligvis den reelle svarprosenten høyere enn 47 prosent.

1.4 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 presenteres kort utformingen av fastlegeordningen, og utviklingen i antall fastleger og kjennetegn ved fastlegebestanden. Deretter presenteres våre anslag for hvor mange fastleger som mangler i Norge, og en drøfting av sentrale årsaker. Avslutningsvis i kapittelet diskuteres forslag til tiltak og endringer for å bedre rekrutteringssituasjonen.

I kapittel 3 presenteres først organiseringen av psykisk helsevern, og utviklingen i antall sysselsatte sykehusleger med spesialisering innen psykiatri. Deretter presenteres våre anslag for mangelen på denne gruppen leger, og konsekvenser av mangelen. Avslutningsvis diskuteres forslag til tiltak og endringer som kan bedre rekrutteringssituasjonen.

I kapittel 4 kartlegges omfanget av leger i spesialisering generelt, og innen allmenntilleggspsykiatri spesielt. Antall leger i spesialisering sees avslutningsvis i sammenheng med både anslag for mangler, og forventet utvikling i behovet for fastleger og sykehusleger innen psykiatri.

2 Rekrutteringsutfordringene og mangelen på fastleger er stor og økende

En god allmennlegetjeneste, herunder fastlegetjenesten, representerer en form for grunnmur i det norske helsesystemet. Allmennlegetjenesten er utviklet for å sikre at flest mulig får behandling og oppfølging i sitt nærmiljø, med mål om at innbyggere kan leve lange og gode liv med de helsemessige utfordringer de har. Det er et mål at brukerne skal få opplæring og hjelp til å mestre mest mulig selv og at kvaliteten på tjenesten skal være lik uavhengig av hvem de er og hvor de bor.

I dette kapitlet redegjøres det først for status og kapasitet i fastlegeordningen i Norge. Videre anslås mangelen på fastleger i dag. Deretter drøftes hvilke konsekvenser mangelen på fastleger medfører for fastlegene og de kommunale helsetjenestene.

Avslutningsvis i kapitlet vurderes hvilke sentrale utfordringer som må håndteres for å håndtere presset på ordningen, og mulige relevante tiltak.

2.1 Om fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og skal sikre at alle innbyggere har tilgang på allmennlegetjenester av god kvalitet. Fastlegene står for det meste av disse tjenestene, og det er kommunene som har ansvar for at innbyggerne tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale krav.

Lang relasjon til en fritt valgt fastlege vurderes som det beste for pasienten. Gode helsetjenester nær pasienten er essensielt. Ved inngangen til 2021 var 98 prosent av befolkningen registrert på en fastlegeliste. Det er forskriftsfestet at en fastlege må være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering. Spesialitet oppnås tidligst seks år etter seksårig grunnutdanning i medisin.

2.1.1 Organisering og finansiering

Fastlegeordningen er bygget opp rundt fastlegehjemlene. Kommunen plikter å søke om å opprette nye avtalehjemler når det er nødvendig for å oppfylle forplik-

telser overfor befolkningen. Utviklingen i antall fastlegehjemler er derfor tett knyttet til befolkningsutviklingen i kommunen.

Hver hjemmel har en liste med pasienter, med informasjon om alle pasienter som er tilknyttet hjemmelen. Maksimalt antall pasienter på listen er 2 500. Definisjonen av et fastlegeårsverk er 1 500 pasienter (normtallet). Leger i kommuner med færre enn 5 000 innbyggere får et utjevningstilskudd, dersom listelengden deres er under 1 200 personer. Gjennomsnittlig listelengde ved inngangen til 2020 var på 1 077 innbyggere per fastlege.

Fastlegene har tre hovedinntektskilder:

- Basistilskudd per pasient legen har på sin liste
- Takster etter hvilke prosedyrer legen gjør
- Egenandeler fra pasienten

Basistilskuddet per pasient er fastsatt ut fra en beregning av fastlegepraksisens driftskostnader, fordelt på normtallet for et fulltids kurativt fastlegeårsverk. Ved innføringen av fastlegeordningen ble det forutsatt at basistilskuddet skulle utgjøre 30 prosent av den totale finansieringen. I 2017 utgjorde basistilskuddet 25 prosent av finansieringen (Ipsos og SØA, 2018).

Mange fastleger har i tillegg til pasientbehandling ved fastlegekontorer også andre oppgaver, for eksempel i sykehjem, i fengselshelsetjenesten, på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten.

2.1.2 Befolkningen er tilfreds med ordningen, men opplever forbedringspotensial

Direktoratet for forvaltning og IKTs innbyggerundersøkelse kartlegger innbyggernes vurdering av offentlige tjenester. I 2019 skårer fastlegeordningen 71, på en skala fra 0 til 100 (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2019). Det er høyere enn andre helse- og omsorgstjenester, som legevakt, hjemmetjenesten, helsestasjon og sykehjem, men noe lavere enn sykehu-

sene. Siden 2015 har imidlertid tilfredsheten falt noe, fra et nivå på 75 i 2015 og 2013.

Folkehelseinstituttet (2019) kartla den brukeropplevde kvaliteten i fastlegetjenesten. Undersøkelsen viste at pasientene er fornøyde med fastlegens evne til pasientbehandling, faglig kvalitet og behov for henvisning til videre undersøkelser.

Forbedringspotensialet er særlig knyttet til fastlegenes tilgjengelighet. Det gjelder både ventetid for å få time, særlig ved ikke-akutte behov, og at tiden til konsultasjonen er begrenset. Mindre tilfredshet med tilgjengeligheten kan sannsynligvis forklare noe av nedgangen i befolkningens tilfredshet med tjenesten.

2.2 Antallet fastleger er økende

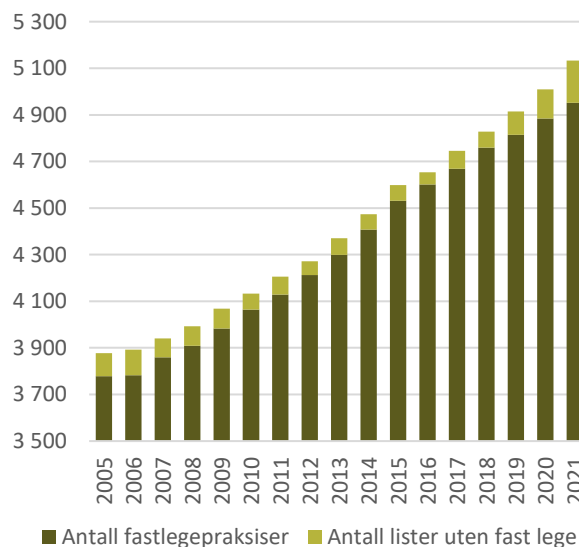
Ved inngangen til 2021 var det registrert totalt 5 133 fastlegelister i Norge. Det har vært en gradvis økning i antall fastlegelister siden ordningen ble innført. Siden 2015 har antallet fastlegelister i gjennomsnitt økt med 1,9 prosent per år.

I utgangspunktet skal alle fastlegelister være knyttet til en fast lege, med fastlegeansvar for innbyggerne på listene. Av ulike årsaker er en andel av listene ikke er tilknyttet en fast lege. Disse listene er hovedsakelig bemannet av vikarer. Ved inngangen til 2021 var det 182 lister som ikke var tilknyttet en fast lege ifølge Helsedirektoratets fastlegestatistikk. Det tilsvarte 3,5 prosent av alle legelister, og var det høyeste antallet siden ordningen ble innført i 2001. Totalt står 111 000 innbygger på lister uten fast lege.

Med tanke på utviklingen i antall legelister, er det relevant å kartlegge hvordan disse fordeles på lister med og uten tilknytning til fast lege. Samlet sett har det blitt 535 flere fastlegelister siden 2015. Av disse er 420 nye fastlegepraksiser etablert. 115, eller 21 prosent, av listene er imidlertid ikke tilknyttet en fastlege eller praksis. Resultatet er at andelen lister uten fast lege har økt fra 1,5 prosent i 2015, til 3,5 prosent i 2021.

I 2005 var det 7,5 prosent flere plasser på fastlegelistene enn antall innbyggere i Norge. Ved inngangen til 2021 var forholdstallet redusert til 1,3 prosent. I gjennomsnitt har dermed befolkningsveksten vært høyere enn kapasitetsutviklingen i antall plasser på fastlegelistene. Samlet sett skal de likevel være tilstrekkelig antall plasser til å dekke hele befolkningen. Etter 2017 er det registrert fire år med nedgang i antall plasser, for første gang siden ordningen ble etablert.

Figur 2.1 Antall fastlegepraksiser og fastlegelister uten fast lege ved inngangen til året



Kilde: Helsedirektoratet.

2.2.1 Flere kvinnelige og eldre fastleger

Det var registrert 4 930 fastleger som har avtale med en kommune om å praktisere, ved inngangen til 2021, jf. figur 2.2. Utviklingen i antall fastleger henger, naturlig nok, tett sammen med utviklingen i antall hjemler og fastlegepraksiser. At antall fastleger er noe lavere enn antall lister og praksiser, skyldes både at noen lister ikke er tilknyttet faste leger og at enkelte leger kan være tilknyttet flere avtalehjemler.

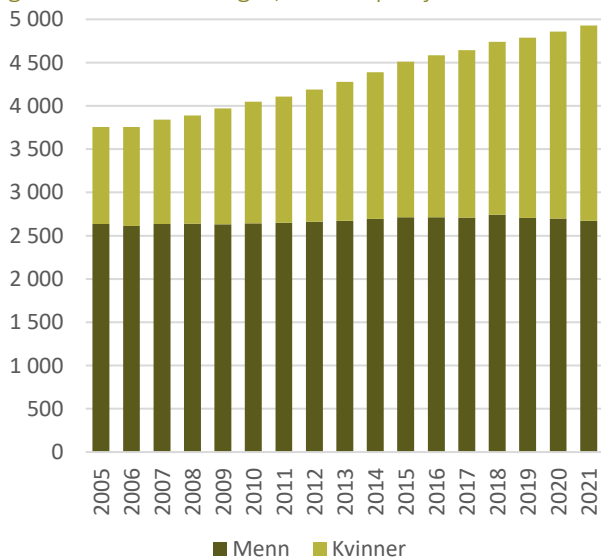
I 2021 er fastlegene tilnærmet likt fordelt mellom kjønnene. Det er en liten overvekt av menn, som utgjør 54 prosent. Kjønnbalansen blant fastlegene har endret seg betydelig de siste 15 årene. I 2005 var hele 70 prosent av fastlegene menn. Siden den gang

har antall mannlige fastleger vært helt stabilt, mens antallet kvinner er mer enn doblet.

Et annet relevant demografisk kjennetegn ved fastlegene, er alderssammensetningen. Selv i situasjoner med stabil og god legedekning, er en eventuelt aldrende arbeidsstyrke en langsiktig utfordring og innebærer en sårbarhet for ordningen. Årsaken er at dersom et stort antall fastleger etter hvert går av med pensjon, kreves det tilsvarende større påfyll av nye leger for å dekke arbeidskraftbehovet.

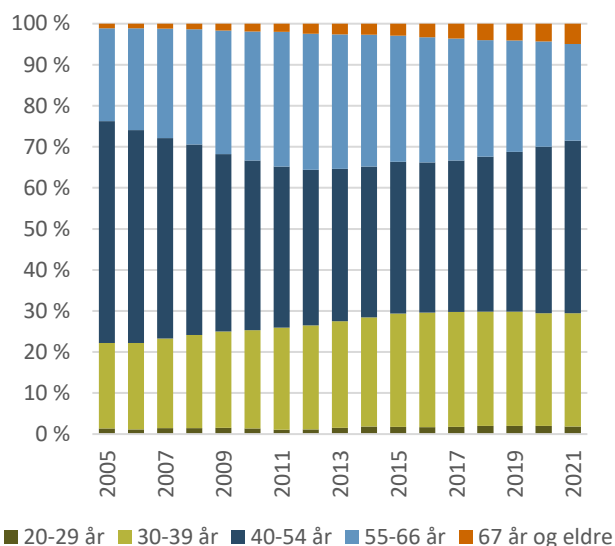
Gitt det lange utdanningsløpet som kreves for først å bli utdannet lege, og så oppnå en spesialisering, er det få fastleger under 30 år. Om lag 30 prosent av fastlegene er i 30-årene, og andelen har vært stabil de siste årene, jf. figur 2.3. I den andre enden av aldersfordelingen er en gradvis økende andel av fastlegene over 67 år gamle. Ved inngangen til 2021 var det 243 fastleger i denne aldersgruppen, som tilsvarer 5 prosent.

Figur 2.2 Antall fastleger, fordelt på kjønn



Kilde: SSB, tabell 07456.

Figur 2.3 Aldersfordeling blant fastlegene



20-29 år 30-39 år 40-54 år 55-66 år 67 år og eldre

Kilde: Helsedirektoratet.

De største utslagene i aldersfordelingen de siste 15 årene har skjedd blant fastlegene i alderen 40–66 år. I overkant av 40 prosent av fastlegene er i aldersgruppen 40–54 år, en økning på 5 prosentpoeng siden 2017.

Det virker ikke å være betydelige geografiske variasjoner i aldersfordelingen blant fastlegene. I Legeforeningens medlemsregister er gjennomsnittsalderen blant fastlegene 48,6 år. Hverken fordelt på fylker eller kommuners sentralitetsnivå er det signifikante utslag i gjennomsnittsalderen. Om noe indikerer imidlertid statistikken at fastlegene i mindre sentrale områder i gjennomsnitt er noe yngre enn i sentrale strøk.

Sammenlignet med gjennomsnittet for alle leger i Norge, er fastlegene relativt unge. 71 prosent av fastlegene er under 54 år i 2019. Blant alle leger med spesialitet var andelen 60 prosent. Andelen på 5 prosent som er 67 år og eldre er under halvparten av gjennomsnittet for alle leger med en spesialitet.

2.2.2 Kortere lister, men økende arbeidsmengde

I 2019 ble de registrert totalt 14,8 millioner konsultasjoner hos fastleger i Norge. Antall konsultasjoner⁴ har økt fra 13,5 millioner i 2012, som tilsvarer en vekst på 9 prosent. Økningen forklares delvis av befolkningsveksten. I samme periode har imidlertid antall konsultasjoner per 1 000 innbygger også økt med 3 prosent, som indikerer at befolkningen oppsøker fastlegen oftere, jf. figur 2.4.

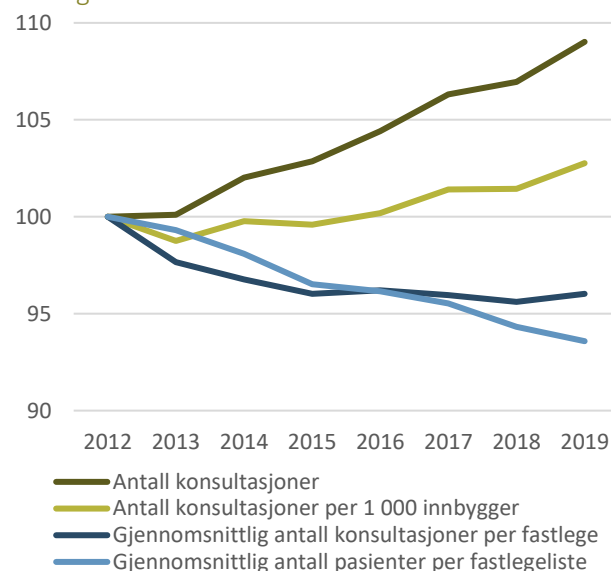
Statistikken over har vist at både fastlegehjemler og antall fastleger har økt i samme periode, og bidrar dermed til kapasitetsøkning i fastlegeordningen. Samlet sett har både antallet fastlegehjemler og antall årsverk i allmennlegetjenesten har økt raskere enn folketallet de siste ti årene. Resultatet av dette er at gjennomsnittlig antall pasienter per fastlegeliste og antall konsultasjoner per fastlege begge er redusert noe siden 2012.

Isolert sett tyder utviklingen i antall konsultasjoner og pasienter på fastlegenes lister at kapasiteten til oppfølging i allmennlegetjenesten har økt de siste årene. SSB (2018) finner imidlertid at en fallende andel av fastlegenes arbeidsmengde fanges opp av målet på antall konsultasjoner. Økende bruk av tidstakst viser at hver konsultasjon krever mer tid. Samlet har antall kontakter mellom fastlege og pasient økt med 25 prosent, i fra 2010 til 2017.

SSB konkluderer med at det er sannsynlig at fastlegenes arbeidsbelastning har økt de siste årene, fra et nivå som allerede i utgangspunktet var relativt høyt. Hunskår, Rebnord, Eikeland og Morken (2018) fant at fastlegene i gjennomsnitt jobber 55,6 timer i uken, og bare ti prosent av legene har en totalarbeidstid under 37,5 timer i uken. Arbeidstiden har økt betydelig fra tidligere undersøkelser (Rebnord, Eikeland, Hunskår,

& Morken, 2018). Disse funnene nyanserer inntrykket fra delene av statistikken som indikerer økende kapasitet i fastlegeordningen.

Figur 2.4 Utvikling i konsultasjoner og pasienter på fastlegelister.



Note: 2012=100

Kilde: Helsedirektoratet og SSB, tabell 10141.

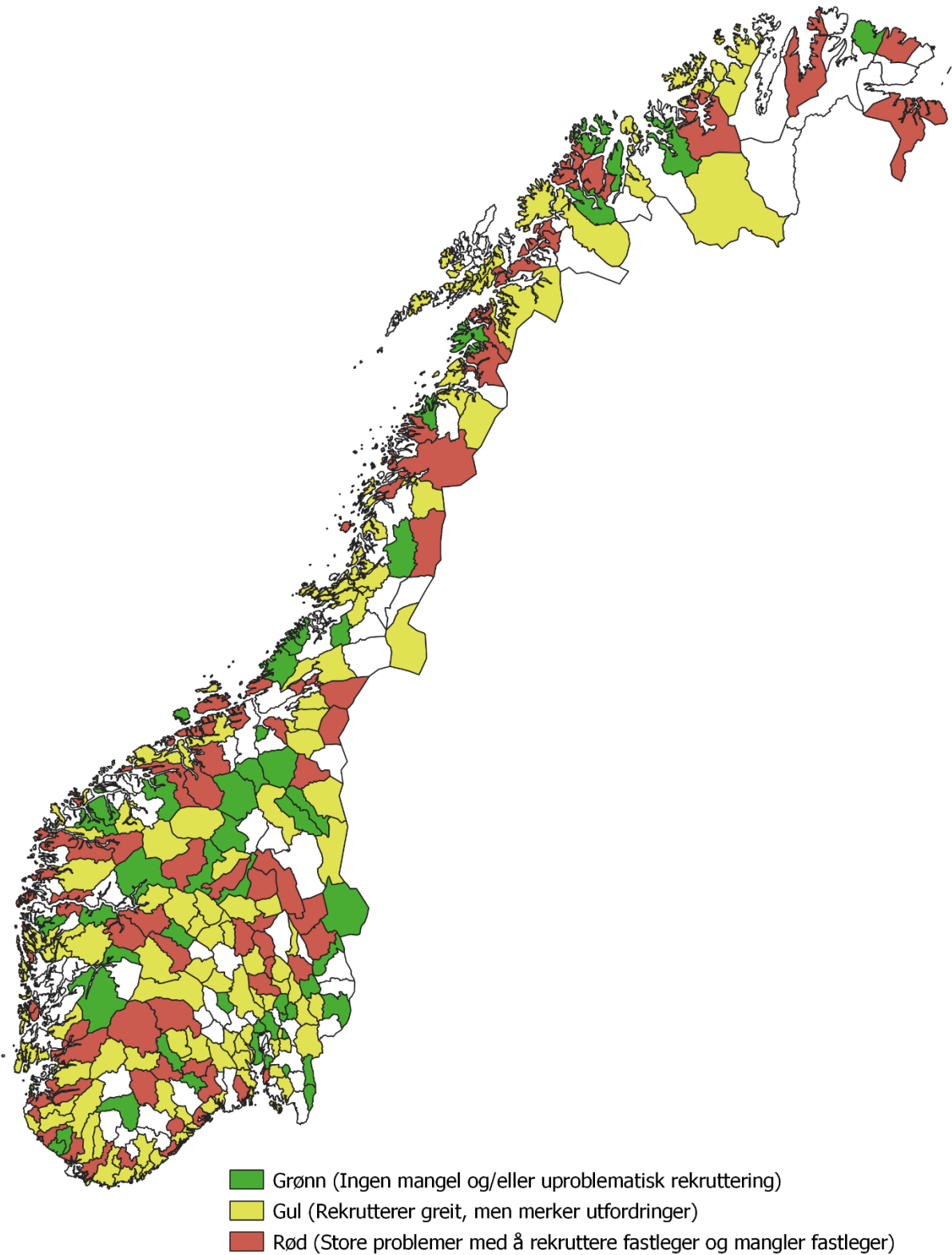
2.3 Mangel på fastleger legger press på hele fastlegeordningen

Forholdene knyttet til fastlegenes rolle i helsevesenet og den arbeidsbelastningen som ligger på yrkesgruppen har resultert i en rekke analyser og vurderinger om mangel på kapasitet i fastlegeordningen.⁵ Under presenterer vi resultater fra en oppdatert spørreundersøkelse om utviklingen i behovet for fastleger. I spørreundersøkelsen svarer 30 prosent av kommunene at de mangler og opplever store utfordringer med å rekruttere fastleger. Disse er illustrert som «røde» kommuner i figur 2.5. Ytterligere 47 prosent svarer at de rekrutterer greit nå, men merker utfordringer. Disse er illustrert som «gule» kommuner.

⁴ En konsultasjon innebærer som regel et fysisk møte mellom lege og pasient, og at legen foretar en medisinsk utredning. Pasientkontakt ut over konsultasjoner og annet administrativt arbeid kommer i tillegg.

⁵ Se for eksempel EY og Vista (2019) *Evaluering av fastlegeordningen*, Menon (2018) *Fastlegeordningen i krise – hva sier tallene?*

Figur 2.5 Respondentenes svar på spørsmålet "Hvilket alternativ beskriver best situasjonen i deres kommune?"
N=263



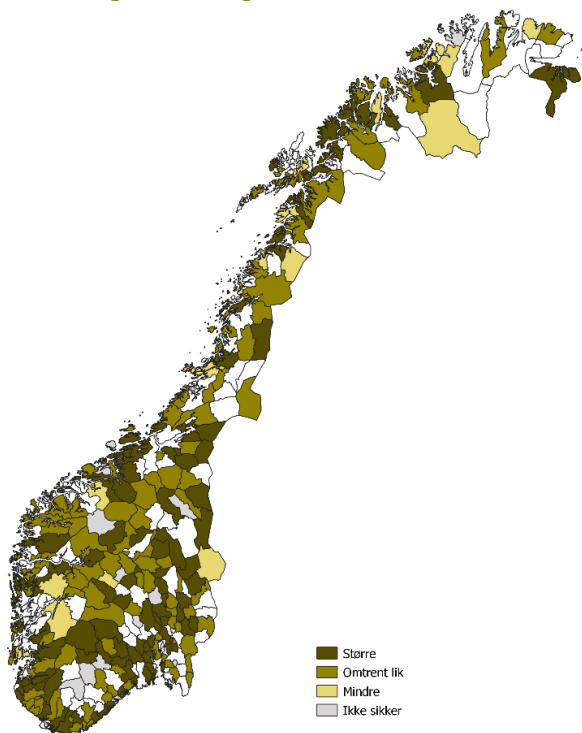
Note: Kommuner markert med hvitt har ikke svart på undersøkelsen.

Kilde: SØAs spørreundersøkelse til kommuner.

Sammenlignet med den forrige kartleggingen i 2019, er det enda flere kommuner som opplever store problemer med å rekruttere fastleger og som mangler fastleger (Legeforeningen, 2019b). I 2019 var det 47 «røde» kommuner, som altså opplever store rekrutteringsutfordringer og mangel på fastleger. I VGs kartlegging av fastlegesituasjonen i 2017 var det kun 11 «røde» kommuner (Sæther & Nærø, 2017). I vår undersøkelse er det hele 77 «røde» kommuner. Dette er en økning på 64 prosent siden 2019, og 600 prosent siden 2017.⁶

Hele 42 prosent av våre respondenter opplever at rekrutteringsutfordringene har blitt større de siste tre årene, og kun 7 prosent svarer at de har blitt mindre.

Figur 2.6 Respondentenes svar på spørsmålet "Sammenlignet med for tre år siden, hvordan vurderer du rekrutteringsutfordringene?" N=262



Note: Kommuner markert med hvitt har ikke svart.
Kilde: SØAs spørreundersøkelse til kommuner.

⁶ I VGs kartlegging har alle kommunene svart, mens i Legeforeningens undersøkelse har 385 kommuner svart og vår spørreundersøkelse er det 263 som har svart.

⁷ 231 er summen av antall kommuner definert som henholdsvis sentral, mellomsentral og usentral i Norge ganget med gjennomsnittlig antall nye hjemler

Figur 2.6 illustrerer respondentenes svar på spørsmålet om situasjonen har blitt mer eller mindre utfordrende i løpet av de siste tre årene. I undersøkelsen fra 2019 var det 33 prosent som opplevde at situasjonen hadde forverret seg siden 2017 (Legeforeningen, 2019b). Dette indikerer at utfordringene både er store og økende.

Utfordringene skyldes både at det er utfordringer med å rekruttere fastleger, og fordi det er for få hjemler. Under beskrives begge utfordringene med utgangspunkt i svar fra vår spørreundersøkelse til kommuner og intervju med fastleger og kommuneoverleger.

2.3.1 Det er behov for flere fastlegehjemler for å gi befolkningen et godt fastlegetilbud

I spørreundersøkelsen svarer i overkant av 31 prosent av kommunene at det er behov for å opprette flere fastlegehjemler i kommunene for å gi pasientene et tilstrekkelig godt helsetilbud, jf. figur 2.7. De som mener det bør opprettes flere hjemler, oppgir at det totalt er behov for 210 ekstra hjemler i Norge samlet.

Behovet for hjemler fordeler seg på 48 i både sentrale og usentrale kommuner, og 114,5 i mellomsentrale kommuner. I gjennomsnitt svarer de sentrale, mellomsentrale og usentrale kommunene at de henholdsvis har behov for 3, 2,5 og 1,2 flere hjemler.

Gitt at undersøkelsen er representativ, og henholdsvis 58, 43 og 19 prosent av sentrale, mellomsentrale og usentrale kommuner i landet har behov for like mange ekstra hjemler som kommunene som har svart på undersøkelsen, tilsier dette et samlet behov på 231 flere hjemler.⁷ Anslaget er fordelt på sentralitet i figur 2.8.

Anslaget over er basert på kommunenes egen vurdering av kapasitetsbehovet i fastlegeordningen, for å sikre befolkningen tjenester av tilstrekkelig god kvali-

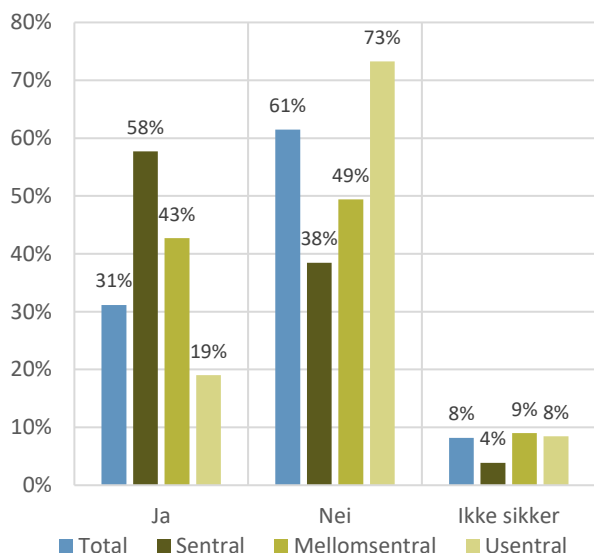
det er rapportert behov for i spørreundersøkelsen og ganget med andelen av kommunene som svarer at det er behov for flere hjemler.

tet. Dersom den gjennomsnittlige arbeidstiden skal reduseres til 45 timer per uke, har Menon (2018) beregnet at det er behov for mer enn 1 000 flere fastleger.⁸

Merk at anslaget over bygger på en normativ betraktning om hvor mange timer en fastlege skal jobbe. 45 timer tilsvarer en stillingsprosent på 120, gitt arbeidsmiljølovgivningens bestemmelser for alminnelig arbeidstid. Merk at Menon sitt høyere anslag på mangel sannsynligvis i noen grad ikke tar hensyn til at det er opprettede hjemler som ikke er besatt.

I spørreundersøkelsen spør vi kommunene om antallet helt ledige fastlegehjemler (som ikke er besatt av fastlege eller vikar). Totalt svarer respondentene at 69 hjemler er helt ledige. Videre svarer respondentene at ytterligere 287 vikarstillinger er opprettet for å imøtekomme et utdekket behov for fastleger.⁹

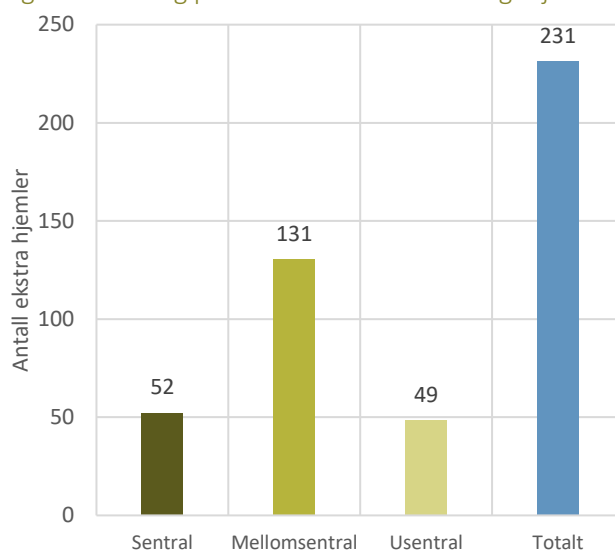
Figur 2.7 Respondentenes svar på spørsmålet "Etter din mening, er det behov for flere fastlegehjemler i kommunen for å gi pasientene et tilstrekkelig godt helsetilbud?" N=259.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til kommuner.

⁸ Fra 55,6 til 45 timer er en reduksjon på 24 prosent. Dette kan realiseres med tilsvarende økning i antall fastleger, fra dagens nivå på 4 930 fastleger. Denne beregningsmetoden tilsier et behov for 1 160 flere fastleger.

Figur 2.8 Anslag på behovet for flere fastlegehjemler.



Kilde: SØAs egen beregning, basert på spørreundersøkelsens svar og fordelingen av typer kommuner i populasjonen.

2.3.2 Selv om det er skulle vært nok hjemler, opplever mange utfordringer med rekruttering

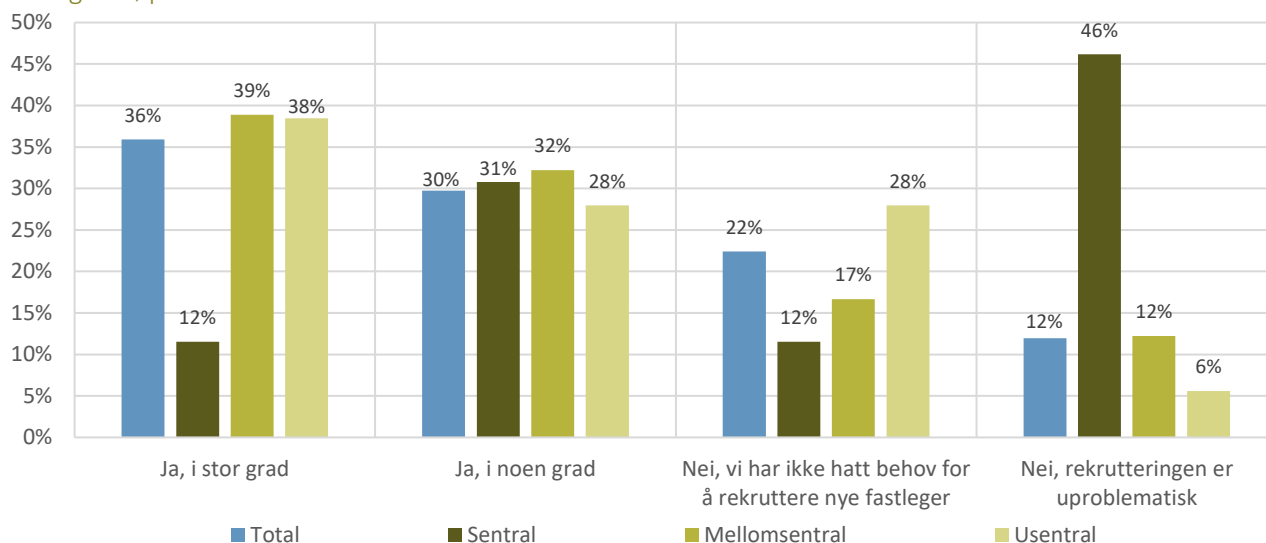
Som nevnt, var det 182 fastlegelister som ikke var tilknyttet en fast lege ved inngangen til 2021 og i vår undersøkelse svares det at 69 hjemler er helt ledige. Videre fant NAVs bedriftsundersøkelse fra våren 2020 at det manglet 50 allmennpraktiserende leger. Anslaget tar utgangspunkt i stillinger det er forsøkt å rekruttere, men der stillingen enten ikke ble fylt grunnet mangel på kvalifiserte søkere. Dette er en indikasjon på utfordringene knyttet til rekruttering av fastleger. Totalt var det 740 utlysninger som søkte allmennpraktiserende leger på NAVs nettsider i 2020. Det var 374 og 60 utlysninger som søkte eksplitt etter henholdsvis fastleger og kommuneoverleger.¹⁰

På vårt spørsmål om i hvilken grad kommunene opplever utfordringer med å rekruttere fastleger til ubemannede hjemler, svarer 36 prosent at de i stor grad opplever utfordringer, og ytterligere 30 prosent svarer at de i noen grad opplever utfordringer, jf. figur 2.9.

⁹ Det er noe usikkert om alle vikarstillinger er 100 prosentstillinger, det er en stor andel av respondentene som har svart hvilken stillingsbrøk vikarer er besatt i, men ikke alle.

¹⁰ Merk at enkelte av utlysningene gjelder mer enn en hjemmel.

Figur 2.9 Respondentenes svar på spørsmålet "Har din kommune opplevd det som utfordrende å rekruttere fastleger i løpet av det siste året?" N=262



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til kommuner.

Andelen som opplever utfordringer med rekruttering er omtrent på nivå med KS sin arbeidsgivermonitor for 2019 (KS, 2019).¹¹ Fordelt på sentrale, mellom-sentrale og usentrale kommuner, er det klart flest som opplever å i stor grad ha utfordringer med å rekruttere fastleger i usentrale og mellom-sentrale kommuner med henholdsvis 39 og 38 prosent. I sentrale kommuner er det kun 12 prosent som svarer at de stor grad opplever utfordringer. I usentrale og mellom-sentrale kommuner svarer henholdsvis 6 og 12 prosent at rekrutteringen er uproblematisk, mot 46 prosent i sentrale kommuner.

I tillegg til det generelle inntrykket av at mindre sentrale kommuner opplever større utfordringer enn sentrale, observerer vi også at respondenter fra kommuner som har et sykehus i kommunen opplever større utfordringer. I intervju beskrives det av flere at i kommuner med sykehus må fastlegetjenesten i økende grad konkurrere om leger med sykehusene. Flere trekker fram at det særlig er mer ordnede arbeidsforhold som trekker unge leger til sykehusene.

De fleste av de som svarer nei på spørsmålet om de opplever rekrutteringsutfordringer, svarer at de ikke har hatt behov for å rekruttere nye fastleger. Det er imidlertid usikkert om disse også ville hatt utfordringer dersom de skulle rekruttert nye. I den forbindelse kan det være en bekymring knyttet til at det er særlig mange distriktskommuner som ikke har hatt behov for å rekruttere nye fastleger. Det er imidlertid kommuner i samme sentralitetsklasse som melder om størst rekrutteringsutfordringer generelt. Det kan indikere utfordringer når disse kommunene skal rekruttere fastleger i framtiden. I spørreundersøkelsen svarer 35 prosent at kommunen har ubesatte hjemler som konsekvens av rekrutteringsutfordringene, jf. figur 2.10.

2.3.3 Ubesatte hjemler, økt arbeidsbelastning og lavere stabilitet i tjenesten

Mangel på fastleger har ulike konsekvenser for tilbudet av helsetjenester i kommunen, og for fastlegenes arbeidshverdag. Blant kommunene som oppgir rekrutteringsutfordringer, er ubesatte hjemler, økt arbeidspress for øvrige fastleger i kommunen og lavere

¹¹ Merk at det siden 2019 har blitt gjennomført kommunesammenslåing hvor antallet kommuner totalt er redusert med 72. I den nye kommuneinndelingen er det en lavere andel mellom-sentrale kommuner, og en høyere andel

usentrale. Videre kan klassifiseringen av sentralitet endres uavhengig av sammenslåing. Sammenligningsgrunnlaget mellom KS sin arbeidsgivermonitor og vår undersøkelse er dermed ikke identisk.

stabilitet blant fastlegene de konsekvensene flest opplever, jf. figur 2.10

Vi har også kartlagt konsekvenser av rekrutteringsutfordringer ved bruk av intervjuer, for å avdekke og forstå årsakssammenhenger. Flere av intervjuobjektene forteller om store utfordringer med å fylle ledige hjemler. Dette gjelder særlig i usentrale kommuner, men intervjuene avdekker at det i stadig større grad også gjelder for mer sentrale områder. Konsekvensene av mangelen varierer, men at de gjenværende legene blir utsatt for et uholdbart stort arbeidspress pekes på av flere.

Det er også flere som forteller at utfordringene blir større når hjemler har vært lyst ut lenge eller når det er flere ledige hjemler på samme kontor. Årsaken kan være at den nyansatte kommer rett inn i en situasjon med svært stor arbeidsmengde når det er flere ledige hjemler ved samme kontor.

Rekrutteringsbehovet øker når dagens fastleger går av med alderspensjon, jf. kapittel 2.2.1. De senere årene har avgangen fra fastlegeordningen tiltatt, også blant de yngste fastlegene (Helsedirektoratet, 2019c). I spørreundersøkelsen svarte 15 prosent av kommunene at fastleger har valgt å slutte som følge av høyt arbeidspress og 30 prosent svarer at stabiliteten blant fastlegene har blitt lavere som følge av rekrutteringsutfordringene, jf. figur 2.10.

Totalt svarer 43 prosent at de har hatt utfordringer med å beholde fastleger i løpet av det siste året. I overkant av 8 prosent svarer at de i stor grad har hatt utfordringer. Det er flest respondenter fra usentrale kommuner som svarer at de har hatt utfordringer med å beholde fastleger, med 11 prosent. Ifølge Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for fastlegetjenesten (2021b) har det vært en nedgang i median avtaleva-

righet fra 2015 til 2020 på landsbasis (hos alle fylker bortsett fra Nordland).¹² Median avtalevarighet var redusert fra 9,5 år i 2015 til 8,3 år i 2020. En lavere avtalevarighet indikerer en svakere kontinuitet i tjenesten. Kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient kan øke kvaliteten på tjenesten, gjennom bedre samarbeid, mer omfattende behandling og mindre dobbeltbehandling (Hansen, Kristoffersen, Lian, & Halvorsen, 2014).

I tillegg til svaralternativene i figur 2.10 hadde respondentene muligheten til å skrive inn andre konsekvenser av rekrutteringsutfordringene i fritekst. Omtrent en firedel av respondentene valgte å gjøre det. I fritekst er det flere som peker på utfordringer knyttet til at det enten er ingen eller svake søkere å velge mellom når nye fastleger skal rekrutteres, og at vikarer benyttes for å dekke behovet.

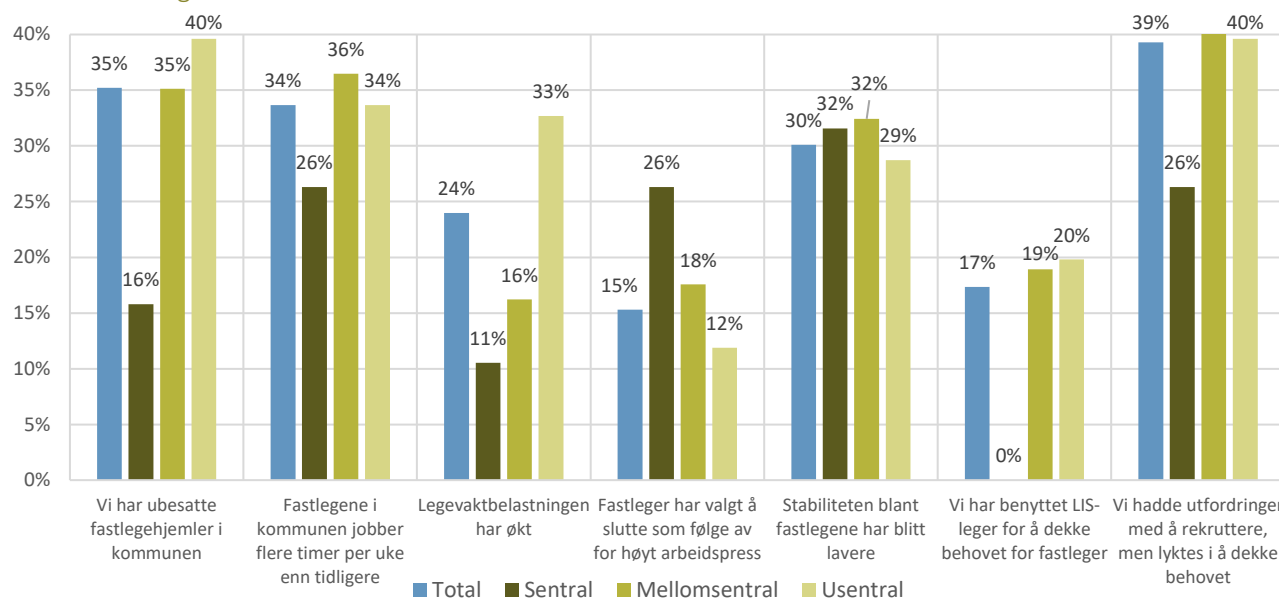
Totalt svarer i overkant halvparten av kommunene at de har benyttet vikarbyråer for å dekke behovet for fastleger i løpet av de siste tre årene. 18 prosent har i stor grad har benyttet vikarer, mens 33 prosent svarer har i noen grad har benyttet vikarer.

Videre skriver en vesentlig andel at bruk av vikarer er både kostbart og reduserer tjenestekvaliteten for pasientene, fordi kontinuiteten i tjenesten svekkes. Flere av intervjuobjektene trekker fram at de i flere tilfeller må velge vikarer som ikke er kvalifiserte, for eksempel ved å leie inn leger som venter på LIS-tjeneste.

Å bruke leger som venter på LIS-tjeneste som vikarer for fastleger kan både redusere kvaliteten på tjenesten og vil kreve veiledning fra de øvrige legene. Noen intervjuobjekter forteller om situasjoner hvor LIS-leger har vært benyttet som vikarer, også uten kapasitet til å gi den nødvendige veiledningen.

¹² Avtalevarigheten viser hvor lenge legene har vært i sine stillinger i kommunen.

Figur 2.10 Respondentenes svar på spørsmålet "Hva har vært konsekvensen av utfordringene knyttet til å rekruttere fastleger?». N=196.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til kommuner.

En del kommuner oppgir at de bruker vikarer fra Sverige og Danmark, og i noen tilfeller også andre land. I tillegg pekes det i spørreundersøkelsen på at det ikke nødvendigvis er tilgjengelige vikarer i alle kommuner. Noen av intervjuobjektene er bekymret for en trend i retning av at det blir mer attraktivt for unge leger å bli vikarer, framfor fastleger med egen praksis. Vikarene har generelt lavere arbeidspress, mindre ansvar og økonomisk risiko, og likevel relativt høy lønn.

I noen tilfeller vil bruk av vikarer være helt nødvendig i en fastlegepraksis. For eksempel ved fødselspermisjon eller sykemeldinger. Mindre heldig er det når vikarer mer permanent må dekke behovene som følger av ubesatte hjemler. Bruk av vikarer er en relativt vanlig løsning for å skjerme de gjenværende legene og sikre befolkningens tilgang på allmennlegetjenesten. I hvilken grad bruk av fastlegevikarer oppleves som vellykket er svært varierende, og mange peker på at mye bruk av vikarer svekker kvaliteten på tjenesten og virker mot fastlegeordningens formål.

I 2020 ble rundt 20 prosent av fastlegepraksisene betjent av vikarer i minst en måned. Andelen har vært

relativt stabil de siste tre årene (Helsedirektoratet, 2021a).

2.4 Det er flere årsaker til at fastlegeordningen er under press

Det er et komplekst utfordringsbilde knyttet til å sikre tilgangen på allmennlegetjenester av god kvalitet i fremtiden. Dette framkommer blant annet i Meld. St. 26 (2014-2015) om framtidens primærhelsetjeneste og evalueringen av fastlegeordningen (EY og Vista Analyse, 2019).

Tidligere analyser finner at det særlig er oppgavemengden som gjør at fastlegene er under et større press, samtidig som rammebetingelsene ikke i tilstrekkelig grad legger til rette for å prioritere nye oppgaver og pasientgrupper med mer sammensatte behov. Fra pasientenes perspektiv er det særlig tilgjengeligheten til fastlegene som bør forbedres (Iversen, Bjertnæs, & Holmboe, 2019).

Utfordringene gir også utslag på tilbudssiden, blant leger under utdanning som ønsker å spesialisere seg innen allmenntjenestemedisin. EY og Vista (2020) fant i sin

undersøkelse at 9 prosent av studentene var sikre på at de ønsket å bli fastleger av yrke, mens 34 prosent så på det som et reelt alternativ. Til sammenligning utgjorde leger med allmennmedisin som hovedspesialitet rundt 20 prosent av alle sysselsatte leger i 2019.

I vår spørreundersøkelse svarer 43 prosent at en utfordring knyttet til rekruttering er at for få velger å spesialisere seg i allmennmedisin, jf. figur 2.11. Det er om lag like stor andel som oppfatter dette i de mindre sentrale kommunene, mens i de sentrale er det kun 13 prosent som svarer at dette er en årsak til rekrutteringsutfordringer. Dette stemmer godt med inntrykket til flere av intervjuobjektene om at unge fastleger har et ønske om å bosette seg i sentrale kommuner.

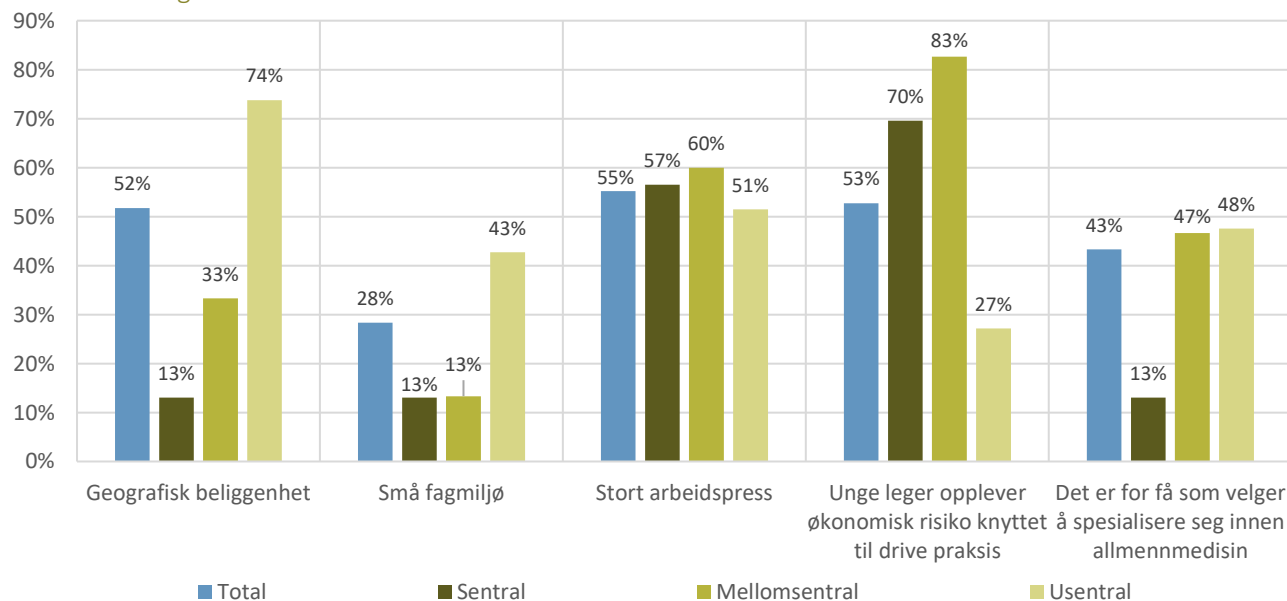
Det er også stadig flere fastleger som vurderer å forlate yrket. I 2019 hadde 10 prosent av fastlegene i løpet av de siste 3–5 årene meldt til kommunen at de ønsket å slutte i sin hjemmel. Hver tredje fastlege hadde vurdert å avslutte sin praksis (EY og Vista Analyse, 2019). Hovedårsaken var stor arbeidsbelastning. Å opprettholde dagens fastlegetilbud av-

henger også av at mange nok unge leger ønsker å bli fastlege, til å erstatte de som går ut av yrket.

I tillegg viser Folkehelseinstituttets undersøkelse av pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret fra 2019, at mange opplever tilgjengelighet til fastlegene som ikke tilfredsstillende. Mange opplever at ventetiden for time er for lang og at fastlegen ikke har nok tid til dem. Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 og andre tidligere evalueringer av ordningen har vist at brukere med omfattende behov er dem som i minst grad får sine behov dekket.

Årsakene som i størst grad trekkes fram i intervju og spørreundersøkelsen, er vanskeligheter med rekruttering som følge av at det å investere i fastlegepraksis vurderes som risikabelt og at arbeidsmengden er stor, jf. figur 2.11. Det er også en relativt stor andel som peker på geografisk beliggenhet og små fagmiljø som utfordringer. Flere forteller at det er svært utfordrende å fylle ledige hjemler, og at de i mange tilfeller har måttet lyse ut hjemler flere ganger. Under beskrives de tre årsakene i mer detalj.

Figur 2.11 Respondentenes svar på spørsmålet "Hva opplever du som årsaker til utfordringen knyttet til å rekruttere fastleger». N=204.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til kommuner.

2.4.1 Fastlegenes arbeidsmengde har vært økende i en årrekke

Totalarbeidstiden for de fleste fastlegene er svært lang, og har økt mye sammenlignet med tidligere undersøkelser (Rebnord, Eikeland, Hunskår, & Morken, 2018). Dette til tross for at gjennomsnittlig listestørrelse er noe redusert, fra 1 184 i 2001 til 1 068 ved inngangen til 2021. Gjennomsnittlig listelengde er nå den laveste som er registrert. 80 prosent av fastlegene arbeider mer enn arbeidsmiljølovens bestemmelser.

Fra 2014 til 2018 økte fastlegers arbeidstid med 7 timer, uten tilsvarende økning i inntekt, ifølge fastlegenes tidsbruksundersøkelse (Rebnord, Eikeland, Hunskår, & Morken, 2018). 20 prosent av fastlegene i undersøkelsen opplevde arbeidsbelastningen som u håndterbar. I vår spørreundersøkelse svarer 55 prosent at stort arbeidspress er en årsak til rekrutteringsutfordringer. Dette gjelder jevnt over i kommuner fra hele landet.

Det er flere årsaker til at fastlegenes arbeidsmengde per pasient har økt. Christiansen og Sandvik (2017) peker på demografiske, medisinske og politiske faktorer som har påvirket fastlegenes rolle og arbeidssituasjon siden ordningens innføring, jf. tabell 2.1.

Samhandlingsreformen trekkes fram som den mest sentrale politiske reformen, som har ført til en betydelig ansvars- og oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Ansvarsoverføringen innebærer i hovedsak at fastlegene får et større ansvar for å vurdere hvilke undersøkelser pasienten har behov for og oppfølgingen av prøvesvar.

Formålet med å flytte oppgaver fra sykehuset til fastlegene var prinsippet om at tjenester bør tilbys på det laveste effektive omsorgsnivået (LEON). I utgangspunktet er intervjuobjektene overordnet positive til overføringen av oppgaver, men peker på at det er

¹³ Flere av intervjuobjektene som arbeider som fastlege i distriktskommuner opplever at ansvarsoverføringen har bidratt til unødvendig mye tidsbruk for pasienter som har behov for flere undersøkelser ved sykehus, og dermed

nødvendig å møte økte oppgaver med større økonomi i fastlegeordningen.¹³

Tabell 2.1 Viktige faktorer som har påvirket fastlegenes arbeidssituasjon

Demografisk utvikling
▪ Flere eldre
Medisinsk utvikling
▪ Flere kronisk syke
▪ Mer avansert utredning og behandling
▪ Mer oppfølging og kontroll
▪ Mer forebyggende helsearbeid
Politiske reformer
▪ Samhandlingsreformen
▪ Fastlegeforskrift
▪ Akuttmedisinforskrift
▪ Førerkortforskrift
▪ Fraværgrense i videregående skole
▪ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Kilde: Christiansen og Sandvik (2017).

I tillegg til samhandlingsreformen har flere andre politiske endringer, både i og utenfor helsesektoren, bidratt til å øke fastlegenes arbeidsmengde. Disse inkluderer blant annet overføring av ansvar til fastlegen for fornying av førerkort fra førerkortforskriften, og for sykemeldinger til elever i videregående på grunn av fraværgrensen. Begge de sistnevnte tar opp tid hos fastlegene, uten at de reflekterer en reell endring i behovet for helsetjenester hos befolkningen.

I tillegg til politisk ønskede endringer i fastlegenes ansvar, er befolkningens behov for helsetjenester og krav til disse økende. Flere av intervjuobjektene peker på at «den googlende pasient» i større grad krever undersøkelser, som legen ofte ikke vurderer som nødvendige. Dette tilsier at arbeidsmengden til fastlegene har økt og vil øke, også i fravær av de overnevnte regulatoriske endringene.

Befolkningen blir eldre og stiller høyere krav, flere lever med kroniske sykdommer og flere overlever alvorlige sykdommer som kreft. Behovet til pasientene blir mer sammensatte, og omfattende sykdomsbilder må

flere henvisninger. Det pekes på at det kunne vært egne løsninger for pasienter som er bosatt langt unna sykehus for å hindre at pasienten påføres unødvendig mye tidstap, jf. paragraf 6 i helsepersonelloven.

i større grad møtes av fastlegen. Den store arbeidsbelastningen framstår som en hovedårsak både til misnøye blant dagens fastleger, og at yrket har blitt mindre attraktivt blant medisinstudentene.

Misnøye med dagens arbeidssituasjon og redusert attraktivitet blant legestudenter kan få store konsekvenser for ordningens bærekraft på lang sikt. Generelt kan redusert attraktivitet arte seg også som at noen steder blir mindre attraktive enn andre, noe som kan gjøre det vanskelig å sikre likt helsetilbud over hele landet..

Johnsen mfl. (2020) har i en spørreundersøkelse kartlagt arbeidsoppgaver og belastning på en typisk praksisdag for norske fastleger. De fant at fastlegene gjennomfører 20 konsultasjoner, med 43 ulike medisinske problemstillinger i løpet av en dag. Fastlegene møter en høy forekomst av komplekse problemstillinger med multimorbiditet og psykiske lidelser.

Etter utbruddet av koronapandemien, falt den totale pasientmengden i forbindelse med nedstengingen av landet, men den tok seg opp igjen utover høsten. Over hele året 2020 var det liten endring i totalmengden pasienter sammenlignet med i 2019. Fastlegene brukte store ressurser på å tilpasse driften til gjeldende smittevernregler. Dette omfattet både tilpasninger i fysiske lokaler, og utvikling og opplæring i digitale verktøy for konsultasjoner. Gjennom 2020 var det en svært stor vekst i bruken av digitale verktøy for pasientkontakt. E-konsultasjoner¹⁴ utgjorde 24 prosent av alle konsultasjoner i 2020, mot kun 3 prosent i 2019 (Direktoratet for e-helse, 2021).

Både blant våre intervjuobjekter og i en spørreundersøkelse gjennomført blant fastleger er digitale konsultasjoner vurdert å være effektiviserende og godt egnet for enkel oppfølging av pasienter legen kjenner godt fra tidligere, for eksempel ved fornyelse av sykemeldinger (Johnsen, et al., 2021).

Over tid og i mer komplekse tilfeller, er imidlertid vurderingen at det er behov for fysiske konsultasjoner, for å gi god behandling. Den økte bruken av e-konsultasjoner under pandemien kan likevel få langsiktige konsekvenser for innretningen av fastlegetjenesten. I en undersøkelse svarte mer enn 80 prosent av fastlegene som har brukt videokonsultasjoner at de ville fortsette med dette, også etter pandemien (Confrere, 2020).

Ifølge DIFIs innbyggerundersøkelse er unge mindre fornøyde med fastlegeordningen enn eldre. Dette støtter opp om intervjuobjektene oppfatning om utvikling av en kultur hvor det stilles høyere krav. At den enkelte pasient er mer tidkrevende gjenspeiles i økt bruk av tidstakst (Ipsos og SØA, 2018).¹⁵ Dersom fastlegene ikke kompenseres for kostnadene knyttet til investering i utstyr, f.eks. ultralyd, kan det gå ut over kvaliteten i allmennlegetjenesten.

I Trønderoppgjørets fastlegeundersøkelse fra 2018 svarte nesten 60 prosent at de har vurdert å slutte i jobben på grunn av arbeidspress de siste seks månedene og 76 prosent mener det er vanskelig å forene jobb og privatliv. Utfordringene virker å være størst i distriktskommuner. Nesten 90 prosent av fastlegene var uenige i at vanlig åttetimers dag var nok for å utføre arbeidet (Trønderopprøret, 2018). Likevel er ikke normtallet for definisjonen av et fastlegeårsverk justert siden ordningen ble innført.

2.4.2 Å investere i fastlegepraksis vurderes i større grad som en risiko

For å drive en fastlegepraksis må legen ha en fastlegehjemmel. Tradisjonelt kjøper nye leger hjemler fra leger som går av med pensjon eller av andre grunner ønsker å avslutte sin praksis. Overdragelsesbetingelsene, herunder prisen på praksisen, avtales mellom partene. Det er ingen standardiserte beregningsmodeller for verdsettelsen.

¹⁴ E-konsultasjoner er en digital konsultasjon mellom behandler og pasient uten fysisk oppmøte, ved bruk av video, skjema, tekst, chat eller telefon.

¹⁵ Når konsultasjoner varer mer enn 20 minutter, kan fastlegen benytte en tidstakst.

I gjennomsnitt ble en praksis solgt for 1 100 000 i 2020, ifølge Legeforeningens oversikt. Prisen varierer imidlertid mellom alt fra 200 000 til 1,6 millioner kroner, avhengig av geografi og andre kjennetegn. Legeforeningens oversikt dekker imidlertid ikke alle praksiser som kjøpes og selges.¹⁶ For nye fastleger vil uansett karrieren starte med en vesentlig investering.

Flere av våre intervjuobjekter og respondenter fra spørreundersøkelsen peker på en klar trend i retning av at stadig færre medisinstudenter ønsker å bli fastlege som følge av den økonomiske risikoen de opplever at yrket innebærer.

I vår spørreundersøkelse svarte 53 prosent av kommunene at en årsak til rekrutteringsutfordringer er at unge opplever det som en stor risiko å drive praksis, jf. figur 2.11. Andelen er langt høyere i mer sentrale kommuner, enn i de usentrale. Dette kan skyldes at både 8-2 avtaler og fastlønn virker å være mer utbredt i usentrale kommuner. Dermed er også den økonomiske risikoen lavere i usentrale kommuner.

Flere av intervjuobjektene har opplevd at unge leger velger bort fastlegeyrket, fordi det å drive privatpraksis oppfattes som utrygt. Kvalifiserte kandidater velger å takke nei til fastlegehjemler, fordi prisen for praksisen som kreves av fratredende fastlege vurderes som for høy. Mange vil heller ikke å ha ansvar for økonomi og drift av legekantor, men ønsker å bruke tiden med pasienter.

Som selvstendig næringsdrivende er fastlegene sin egen arbeidsgiver, og har for eksempel ikke fast lønn eller andre rettigheter som i et ordinært ansettelsesforhold, som sykepengerettigheter og pensjonsoppsparing. Dette gjør det mer risikabelt å starte en fastlegepraksis, enn for eksempel å bli ansatt ved et sykehus. Risikoen kan oppleves som særlig stor for personer i etableringsfasen. Merk at det finnes ordninger

som skal stryke rettighetene til fastleger. For eksempel at fastleger kan søke om midler til fødselspermisjon gjennom Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

Risikofaktorene knyttet til å være selvstendig næringsdrivende er ikke endret. Imidlertid peker flere av intervjuobjektene på at oppgavemengden til fastlegene har økt, samtidig som basisfinansieringen i liten grad har endret seg. Konsekvensen er at fastlegeyrket har blitt mindre økonomisk attraktivt, og den relativt høye inntekten til fastlegene kompenseres derfor i mindre grad for økt risiko og arbeidsmengde.

Flere av intervjuobjektene opplever at dagens medisinstudenter er mindre risikovillige, og stiller større krav til lønn og arbeidsforhold enn tidligere. Preferansene for fritid og å kunne kombinere fastlegeyrket med familieliv virker å bli stadig sterkere. Flere av intervjuobjektene tror dette delvis skyldes at det er en langt større andel kvinner som blir leger, jf. figur 2.2, og dermed har familieforpliktelser blitt høyere prioritert. Det kan også skyldes en mer generell trend i samfunnet der preferansen for fritid hos befolkningen er økende (Bhuller & Aaberge, 2012).

Slik situasjonen er nå, med relativt lav villighet til å gå inn i fastlegeyrket, er det også en risiko for at hjemmelen er vanskelig å selge dersom en ønsker å avslutte praksisen. Dette øker risikoen knyttet til å investere i egen fastlegepraksis. Når en hjemmel ikke blir solgt vil kommunen kjøpe den, og våre intervjuobjekt erfarer at prisen i disse tilfellene typisk blir lavere enn dersom den blir solgt direkte til en fastlege.

Også i de store byene opplever flere at det de siste tiårene gått fra å være rift om fastlegehjemler, til å være vanskelig å fylle ledige hjemler, og til nå å måtte se på andre måter for å dekke behovet for fastleger.

¹⁶ Gjennomsnittet er beregnet med utgangspunkt i innrapporterte omsetningsmeldinger til Legeforeningen, som er langt fra komplett. Det er altså mange som ikke melder inn omsetningsmelding ved kjøp og salg av praksis.

2.4.3 I distriktskommuner er fagmiljøene mindre og ansvaret oppleves ofte som større

Allerede da fastlegeordningen ble etablert var det kjente utfordringer med å rekruttere leger i distriktene. I vår spørreundersøkelse svarer 52 og 28 prosent at henholdsvis geografisk beliggenhet og små fagmiljø vurderes som årsaker til at det er utfordrende å rekruttere fastleger, jf. figur 2.11. Det er særlig i de usentrale kommunene at en stor andel respondenter svarer dette (henholdsvis 74 og 43 prosent).

Antall og andel legelister uten fast tilknyttet lege er en relevant indikator for å måle geografiske forskjeller. Fire fylker skiller seg ut der en relativt stor andel av fastlegelistene ikke er tilknyttet en fast lege. I Norland, Innlandet, Troms og Finnmark og Møre og Romsdal mangler mer enn 7 prosent av listene en fast lege ved inngangen til 2021. Dette er også de fylkene der en relativt stor andel av kommunene er definert som usentrale, i SSBs sentralitetsindeks for kommuner. Motsatt er det relativt få lister uten fast lege i fylkene som er kjennetegnet av en stor andel mer sentrale kommuner.

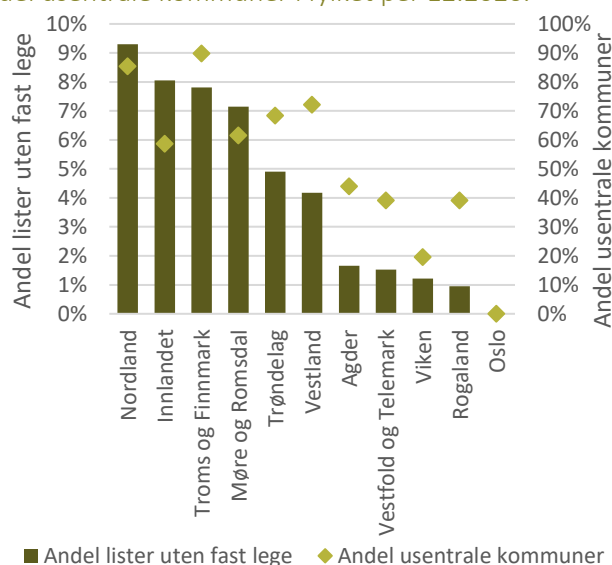
I evalueringen av fastlegeordningen avdekkes en generell vekst i antall kommuner med legeløse lister. Ifølge Helsedirektoratet var det i mars 2021 193 lister uten fast lege. Som er en økning på 11 i løpet av første kvartal 2021. Videre har 1/3 av de ubesatte listene vært ubesatt i over ett år.

Vekst i lister uten fast lege, henger sammen med rekrutteringsutfordringer og mindre stabilitet blant fastlegene. Små distriktskommuner hadde de største utfordringene med lister uten fast tilknyttet lege. Andre relevante indikatorer er andelen av fastlegene med åpne lister og andelen ledige plasser på disse, som også varierer betydelig geografisk.

I 2020 varierte andelen med åpne lister fra nærmere 18 prosent i Østfold, til i overkant av 45 prosent i Finnmark. Andelen ledige plasser på de åpne listene var lavest i Trøndelag med 1,5 prosent, og høyest i Finn-

mark med nesten 6 prosent. Det er også stor variasjon mellom kommuner i hvor stor andel av listen som er ledig, jf. figur 2.13. Overordnet observeres det altså at mindre sentrale kommuner har flest åpne lister. Merk at det er et behov for en viss mengde åpne lister, for at innbyggerne skal ha mulighet til å bytte fastlege ved behov og ønske.

Figur 2.12 Andel lister uten fast tilknyttet lege og andel usentrale kommuner i fylket per 12.2020.

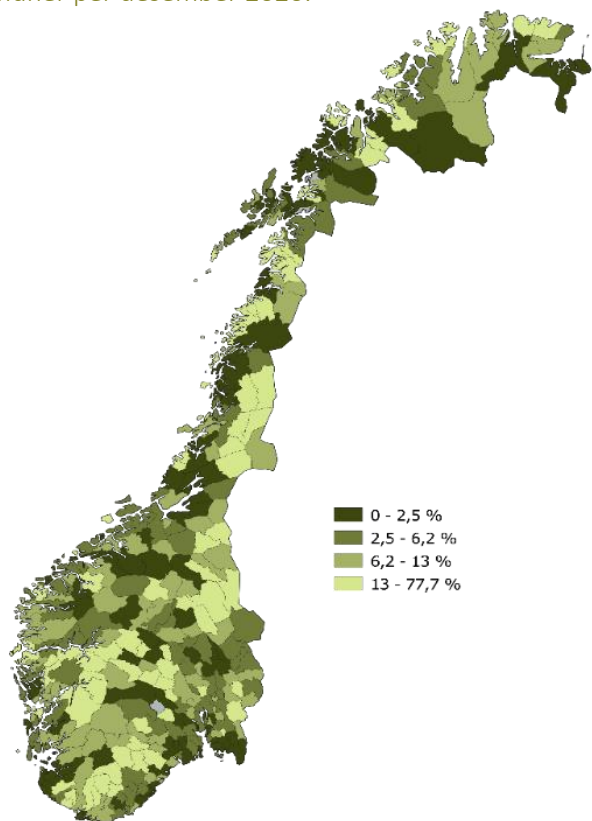


Kilde: Helsedirektoratet og SSB.

At det er både flest åpne lister og flest ledige plasser på lister i mindre sentrale kommuner, kan indikere at fastlegedekningen er bedre her enn i andre deler av landet. Det gir i så fall en motsatt konklusjon av andelen lister uten fast tilknyttet lege.

Realiteten er at både strukturelle, demografiske og geografiske rammevilkår er annerledes for fastlegene i disse områdene. En typisk fastlege i distriktet vil ha en kortere listelengde, delta i en legevaktordning hvor hjemmevakt utgjør deler av legevaktarbeidet og utfører andre allmennlegeoppgaver i kommunen i tillegg til arbeidet på fastlegekontoret. En typisk lege i en storby vil ha en lang listelengde, men ikke nødvendigvis delta verken i legevakt eller ha andre allmennlegeoppgaver (Sandvik, Hunskår, & Diaz, 2012).

Figur 2.13 Andel ledige plasser på åpne lister, kommuner per desember 2020.



Kartgrunnlag: Kartverket ©
Kilde: Helsedirektoratet

Fastlegeforskriften slår fast at fastlegene skal delta i legevakt. Legevaktarbeid kommer i tillegg til arbeidet ved fastlegekontoret. På små steder er det færre leger å fordele legevaktarbeidet på, og hver lege må derfor ha vakt oftere.

Flere intervjuobjekter forteller at legevakt oppleves som en stor belastning, og har ført til rekrutteringsutfordringer flere steder. Legevaktlegene er også ofte alene på jobb, noen steder uten hjelpepersonale til stede. I mer sentrale områder er det den store pågangen av pasienter som er den største utfordringen. Legevakt trekkes fram av flere som en spesielt krevende del av jobben som allmennlege. Pasientene på legevakt er oftere akutt syke enn de som møter på fastlegekontoret, det er pasienter legene ikke kjenner fra tidligere og det kan være tilstander der det haster med hjelp.

Belastningen av legevaktarbeidet er særlig stor i turistkommuner. Selv om det typisk ikke er veldig mange som benytter legevakten, er det svært viktig at den alltid er tilgjengelig når det skjer ulykker. Under koronapandemien har også flere kommuner måttet bruke fastleger til smittevern, testing og smittesporing, som har ført til økt arbeidsmengde for de resterende fastlegene, og særlig i mindre kommuner. I spørreundersøkelsen reflekteres også denne skjeve belastningen ved at 33 prosent av de usentrale kommunene svarer at økt legevaktbelastning er en konsekvens av rekrutteringsmangelen, mens kun 11 og 16 prosent av henholdsvis sentrale og mellom-sentrale kommuner svarer det samme, jf. figur 2.10.

Presset på fastlegeordningen framstår størst i kommuner med lavere befolkningstetthet og i Nord-Norge. Det er også i disse regionene fastlegeordningen scorer lavest på opplevde pasienterfaringer og innbyggernes tilfredshetsundersøkelse (FHI, 2019; Direktoratet for forvaltning og IKT, 2019).

Små fagmiljøer gjør også at praksisen er sårbar for fravær og avgang av fastleger. Den siste evalueringen av ordningen og vår spørreundersøkelse indikerer imidlertid at rekrutteringsutfordringene i økende grad gjør seg gjeldende også i mer sentrale områder (EY og Vista Analyse, 2019).

2.5 Behov for målrettede tiltak for å håndtere fastlegeordningens utfordringer

Analysen i dette kapitlet har vist at fastlegeordningen som helhet står under et betydelig press. Utfordringene kan skilles i to selvstendige kategorier, men som også må sees i sammenheng:

- Behov for flere fastlegehjemler
- Utfordringer med å rekruttere fastleger

Det første punktet kan tolkes som en kapasitetsutfordring i ordningen som helhet. Spørreundersøkelsen viser at kommunene vurderer et behov for rundt 230 nye avtalehjemler, for å tilby befolkningen en

fastlegetjeneste av tilstrekkelig god kvalitet, jf. kapittel 2.3.1. Det andre punktet er knyttet til utfordringer med å rekruttere leger inn i fastlegeyrket som en karrierevei.

Selv om utfordringene til en viss grad er forsterket av pandemien, har mange av de vært gjeldende i flere år. For å håndtere presset fastlegeordningen står overfor, er det behov for tiltak målrettet mot de utfordringene som er påpekt i denne rapporten.

2.5.1 Handlingsplan for allmennlegetjenesten

Regjeringen har lagt frem en handlingsplan for utviklingen av allmennlegetjenesten for perioden 2020–2024. Målet er å styrke, utvikle og bevare en fastlegeordning som er attraktiv, robust og som gir pasienter allmennlegetjenester av høy kvalitet gjennom tiltak rettet mot tre målområder:

- En trygg og attraktiv karrierevei
- God kvalitet til alle
- Fremtiden er teambasert

Planen er en opptrappingsplan, med tiltak på kort og lengre sikt for å møte utfordringene. Handlingsplanen legges frem som en forpliktende opptrappingsplan. Regjeringen vil over planperioden fremme forslag om å styrke allmennlegetjenesten med 1,6 milliarder kroner sammenlignet med Saldert budsjett i 2020. I forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2020 foreslås det å øke bevilgningene gjennom opptrappingsplanen med 266,6 mill. kroner. Allmennlegeforeningen har uttalt at det er behov for snarere 4,8 milliarder kroner, for å stabilisere og styrke fastlegetjenesten (Dagens Medisin, 2021).

På kort sikt skal flere leger rekrutteres til og beholdes i fastlegeyrket. De mest konkrete forslagene omhandler økonomi, oppgaver og rekrutteringsgrunnlaget:

- Tidsbegrenset basistilskudd til nye fastleger
- Ny innretning av basistilskuddet
- Avlaste fastlegene for oppgaver

- Styrke Sykehjelps- og pensjonsordningen og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- Flere LIS1-stillinger
- Øke antall ALIS-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer

Det skal innføres et tidsbegrenset basistilskudd på inntil to år for nye fastleger. Tiltaket skal redusere økonomiske barrierer knyttet til løpende kostnader, men mindre inntektsgrunnlag i oppstartsfasen. Videre øker basistilskuddet for de første 1 000 pasientene på fastlegenes lister noe. Formålet er å muliggjøre noe kortere lister, uten lavere inntekt. Dette tiltaket kan dermed også bidra til å redusere arbeidsbelastningen noe. Å styrke Sykehjelps- og pensjonsordningen og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet reduserer fastlegenes økonomiske risiko i praksis.

Ny forskriftsfesting av hvilke attester og erklæringer fastlegene plikter å utstede skal redusere oppgaveomfanget. Å opprette flere LIS1-stillinger har som formål å skape et større grunnlag av personer som er tilgjengelige for spesialisering i allmennmedisin. Samtidig vil flere ALIS-avtaler bidra til økt trygghet for leger i spesialisering i allmennmedisin. Begge tiltakene bidrar til å øke det samlede rekrutteringsgrunnlaget for fastleger.

Andre tiltak i planen er langsiktige, strekker seg over flere år og har som formål å sørge for gode allmennlegetjenester til alle innbyggere fremover i tid, blant annet gjennom bedre, større og mer tverrfaglige fagmiljø. Gjennom en teambasert fastlegeordning med ulikt helsepersonell skal pasienter få bedre og mer sammenhengende oppfølging og ressursene skal brukes mer effektivt.

Flere av våre intervjuobjekter er positive, men opplever handlingsplanen som for lite ambisiøs, at den kommer for sent og har for lite ressurser.

Seks av ti mener at å redusere arbeidsbelastningen blant fastlegene vil bidra til å bedre rekrutteringssituasjonen. Dette er forslaget med høyest oppslutning i undersøkelsen, som også er gjenspeilet i tidligere undersøkelser om fastlegenes tidsbruk.

Kun om lag en tredel mener en tydeliggjøring av ansvarsfordelingen mellom fastlegene og andre deler av helsetjenesten eller politisk satsning på statusen til fastlegeyrket vil bedre rekrutteringen. Dette er tiltakene med lavest oppslutning i undersøkelsen, men det er likevel en relativt høy andel mener dette vil bedre rekrutteringssituasjonen.

For de fleste forslagene til hva som kan gjøres for å styrke fastlegeordningen er det relativt små geografiske forskjeller i undersøkelsen. Et unntak er at 65 prosent av respondentene fra sentrale kommuner mener at å avsette midler til flere fastlegehjemler en hensiktsmessig

Andelen er nesten dobbelt så høy som blant de usentrale kommunene, dette gjenspeiler også diskusjonen i kapittel 3.3. Mellomsentrale kommuner har særlig stor oppslutning til forslaget om å styrke fastlegeordningen økonomisk i undersøkelsen.

I intervjuer har flere har pekt på at midlene i handlingsplan i hovedsak bør gå til å redusere normtallet. Ved innføring av fastlegeordningen i 2001 kunne kommunen stille vilkår om at den enkelte fastlege skulle påta seg ansvar for 1 500 personer ved et fulltids kurativt årsverk. Normtallet er ikke endret siden den gang. Formålet med å benytte midlene i planen til å redusere normtallet er at definisjonen av et legeårsverk i større grad skal gjenspeile en realistisk og håndterbar arbeidsbelastning.

Et organisatorisk grep som er pekt på i intervjuer, er økt bruk av interkommunale legevaktsamarbeid. Her deler flere kommuner på ansvaret for å tilby akuttmedisinske funksjoner. Formålet er både økt kvalitet på tjenesten, og lavere belastning for den enkelte kom-

mune og lege som bemanner tjenesten. Tiltaket bidrar til å redusere arbeidsbelastningen for fastlegene, og bedre rekruttering og stabilitet i fastlegetjenesten. Flere respondenter nevner dette tiltaket som en løsning, i fritekst i spørreundersøkelsen.

I Trønderoppkjørets undersøkelse fra 2018 kom det fram at flertallet av fastlegene frykter å gjøre feil i arbeidet. I vår undersøkelse svarer i overkant av 40 prosent av kommunene at å avsette midler for å tilby fastlegene faglig utvikling kan bedre rekrutteringen. Omtrent den samme andelen mener at å frigjøre mer tid til pasientbehandling kan ha samme virkning. Begge tiltakene er knyttet opp mot kvaliteten på tjenesten, og fastlegenes muligheter og evne til å gi rett og god behandling.

Flere intervjuobjekter peker på et ønske om at kommunen skal overta driftsoppgaver og utgifter ved legesenteret. Dette vil gjøre den økonomiske risikoen knyttet til å drive praksis mindre. Å tilby fast lønn vurderes som særlig attraktivt for unge leger som kan få muligheten til å starte i en praksis med et mindre arbeidspress, uten at de påvirker lønnen.

Om lag halvparten av kommunene mener økte muligheter for å tilby fastlønn ved oppstart som ny fastlege er et tiltak som kan bedre rekrutteringssituasjonen. Ifølge Helfos oversikt over basistilskudd til fastlegeordningen fra mai 2021 har kun 16 prosent av fastlegene fastlønn. En ulempe med fast lønn som trekkes fram er at stabiliteten kan reduseres når legen i mindre grad har investert i egen arbeidsplass. Redusert stabilitet blant fastleger er videre en utfordring for tjenestens kvalitet.

Flere av intervjuobjektene peker også på bruk av såkalte 8.2-avtaler. Innholdet i avtalene varierer, men inkluderer ofte økonomisk støtte til kontorlokaler, helsesekretærer og drift av legekantor. Det vurderes også som hensiktsmessig å ha en del av lønnen knyttet til produksjonen, for å gi legen et økonomisk incentiv til å arbeide effektivt.

Flere intervjuobjekt har gode erfaringer med bruk av 8.2-avtaler for å rekruttere fastleger. Flere erfarer at mange unge leger i dag ikke ønsker å ta på seg ansvaret for pasientlister og å drive praksis, selv om de i utgangspunktet synes allmennmedisin er interessant faglig sett.

I evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 konkluderes det med at både fast lønn og 8.2-avtaler bidrar til å gjøre det lettere å rekruttere unge leger (EY og Vista Analyse, 2019). Ifølge Ipsos og SØA (2018) har om lag 80 prosent av kommunene ordninger som til-

byr fastleger andre finansieringsformer enn tradisjonell privat næringsdrivende praksis.

Likevel peker flere av intervjuobjektene på at å tilby fast lønn ikke har løst alle rekrutteringsutfordringene. Dette henger sannsynligvis sammen med utfordringer med arbeidsmengde og -miljø, heller enn finansieringen. Dette kan også være årsaken til at færre enn en tredel av kommunene mener at politisk satsning for å øke fastlegeyrkets status er et tiltak som vil bedre rekrutteringssituasjonen betydelig.

3 Flertallet av sykehus opplever utfordringer med rekruttering og mangel på psykiatere

Pasienter med psykiske lidelser skal møte en kompetent og tverrfaglig tjeneste, og fagfolkene er den aller viktigste ressursen. Derfor er det vesentlig å sikre at det lykkes med å rekruttere og beholde riktig kompetanse, og at tjenestene organiseres og bruker fagfolkene på en bærekraftig måte.

I dette kapitlet presenteres først organiseringen av psykisk helsevern, og ulike årsaker som utfordrer rekruttering av og stabilitet blant psykiatere ved sykehus. Deretter presenteres et anslag for hvor mange sykehusleger som mangler i psykiatrien, og konsekvensen av denne mangelen. Avslutningsvis pekes det på organisatoriske endringer som kan bidra til å bedre psykiaternes arbeidssituasjon.

3.1 Om organiseringen av psykisk helsevern

Undersøkelse og behandling av psykisk sykdom og ruslidelser tilbys både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I primærhelsetjenesten er fastlegene og legevakten de viktigste aktørene, men kommunene tilbyr også egne tjenester eller hjemmebaserte tjenester med oppfølging av psykiatriske sykepleiere. Det finnes også kommuner med spesialiserte botilbud, organiserte kriseteam eller instanser som kan kontaktes direkte ved livskriser (NOU 2015: 17, 2015).

Vårt fokus vil i dette tilfellet være spesialisthelsetjenesten. For å få behandling i den spesialiserte helse-tjenesten skal personen i utgangspunktet ha blitt vurdert og henvist fra primærhelsetjenesten (med unntak av psykiatrisk legevakt i Oslo hvor alle kan henvende seg direkte) (NOU 2015: 17, 2015).

Spesialisthelsetjenesten er organisert i fire regionale (statlig eide) helseforetak: Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse-Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF. De regionale helseforetakene (RHF) har ansvar for at befolkningen i regionen gis tilgang til spesialist-

helsetjenesten (det såkalte «sørge for-ansvaret), og eier helseforetakene (HF) i regionen.

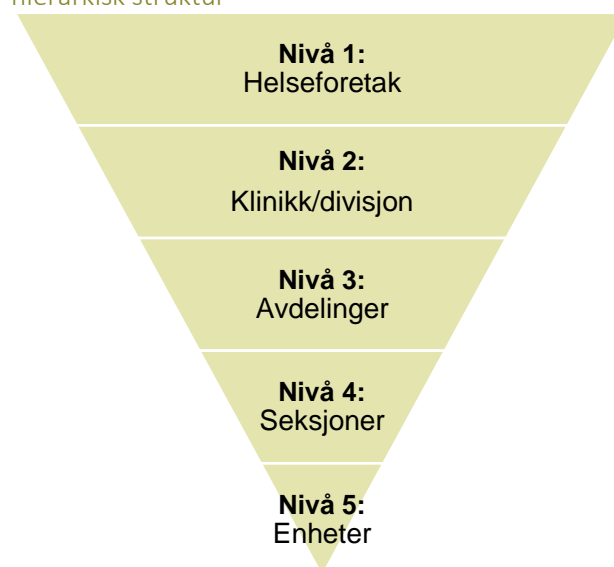
Hvert sykehus (organisert som et HF) organiserer alle fagfelt etter en struktur med fem nivåer, hvor helseforetaket er nivå 1. Dette gjelder også organiseringen av psykisk helsevern, jf. figur 3.1.

Klinikken eller divisjonen, som er organisert som nivå to, har igjen underliggende avdelinger. Psykisk helsevern for voksne (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er vanligvis samlet i en felles klinikk eller divisjon.

Avdelingene under PHV og TSB er delt inn etter om de er organisert som poliklinikk eller døgnavdeling. For TSB er poliklinikk ofte samlokalisert med et DPS, med døgnavdeling organisert i egen avdeling.

Avdelingene tilbyr tjenester av varierende omfang, men består i hovedsak av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), distriktspsykiatriske sentre (DPS) og spesialiserte sykehusavdelinger.

Figur 3.1 Organiseringen av psykisk helsevern etter hierarkisk struktur



Kilde: [Legeforeningens ressursgruppe for rus og psykiatri](#)

I tillegg har avtalespesialister (privatpraktiserende psykologer og psykiatere) samarbeidsavtaler med helseforetakene (Legeforeningen, 2019a).

Formålet med desentraliserte spesialisthelsetjenester gjennom DPS og BUP, er å dekke behov for utredning, behandling og akutt helsehjelp i hele landet. Sykehusene skal på sin side ivareta utredning og behandling av tilstander hvor det er behov for spesialisert kompetanse, som innen alderspsykiatri, psykoselidelser, akuttpsykiatri og spiseforstyrrelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Mens BUP og DPS er spredt ut over i landet, er spesialiserte sykehusavdelinger og avtalespesialistene i større grad konsentrert i de store byene. Enklere tilgang til slike tjenester kan bidra til økt aktivitet (Helsedirektoratet, 2019a).

Det er store forskjeller i bemanning og størrelse på avdelingene. Døgnavdelinger i sykehus er for eksempel bedre bemannet enn døgnavdelinger i DPS. I psykisk helsevern for barn og unge behandles 90 prosent poliklinisk. Det politiske målet har vært å ha BUP-er geografisk spredt i landet. Resultatet har blitt at det er mange små enheter spredt rundt om i landet, som opplever store vansker med å rekruttere og beholde spesialister (Legeforeningen, 2019a).

Leger i spesialisering i psykiatri er i et ordinært arbeidsforhold. Stillingene opprettes i henhold til behov for kompetansen i helseforetakene og utlyses på vanlig måte. Dette styres ikke fra sentralt hold, men er et ansvar som ligger til det enkelte helseforetak.

I løpet av de siste årene har det blitt innført flere opptrappingsplaner som er relevante for psykiatrien. Dette gjelder særlig opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse (2019-2024), opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) og opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008). I tillegg gjenførte Re-

gjeringen Solberg i 2014 «den gylne regel» som sier at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal ha større vekst og prioritet enn somatikken. Dette skal måles i kostnader, ventetid, aktivitet og årsverk. Regelen inngår i Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene (Helsedirektoratet, 2019b). Flere av intervjuobjektene opplever at trange økonomiske rammer gjør at sykehusene ikke klarer å oppfylle prioriteringsregelen. Uten denne antas det imidlertid at situasjonen antageligvis hadde vært enda mer utfordrende.

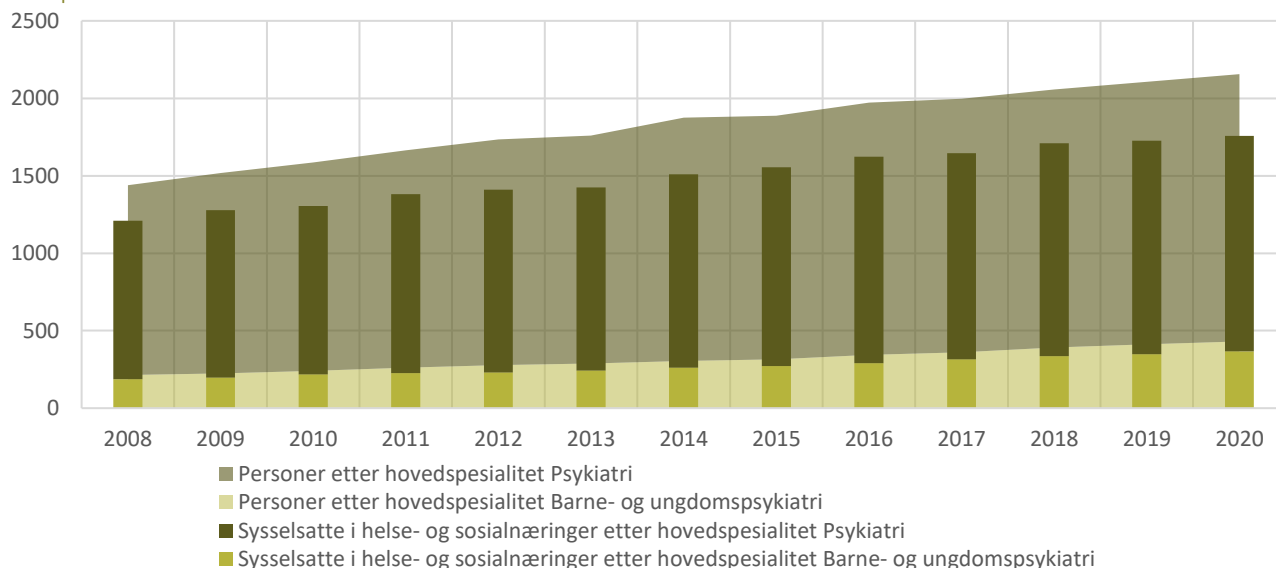
3.2 Nærmere 50 prosent flere sysselsatte med psykiatri som hovedspesialitet siden 2008

Antall godkjente spesialister under 74 år med psykiatri som hovedspesialitet har økt med 41 prosent siden 2008 (fra 1 226 i 2008 til 1 725 i 2020), jf. figur 3.2. Antall med barne- og ungdomspsykiatri som hovedspesialitet har doblet seg siden 2008 (fra 214 i 2008 til 431 i 2020). Samlet har antallet personer med psykiatrisk hovedspesialisering økt med 50 prosent siden 2008. Merk at denne statistikken inkluderer alle godkjente spesialister, også dem som ikke er yrkesaktive eller som arbeider i andre næringer. Om lag 15 prosent av personene med spesialistgodkjenning arbeider ikke i helse- og sosialnæringer.¹⁷ Totalt er det 1 758 personer med spesialistgodkjenning innen psykiatri ansatt i helse- og sosialnæringer (1 392 i psykiatri og 366 i barne- og ungdomspsykiatri), jf. figur 3.2.

Veksten i andelen som er sysselsatt er noe lavere enn veksten i antall personer med godkjenning, med 45 prosent for psykiatrien samlet siden 2008. I figur 3.2 oppsummeres utviklingen i antall med spesialistgodkjenning og antall som er sysselsatt i helse- og sosialnæringer. At veksten har vært sterkest for spesialister i barne- og ungdomspsykiatrien stemmer godt med intervjuobjektene opplevelse av prioritering over en årrekke.

¹⁷ Andelen med godkjenning som er sysselsatt i helse- og sosialnæringer var henholdsvis 85 og 81 prosent for barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri i 2020. Siden 2008 har andelen blitt noe lavere for begge hovedspesialiteter.

Figur 3.2 Antall personer med spesialistgodkjenning og antall sysselsatte i helse- og sosialnæringer etter hovedspesialitet.



Kilde: SSB, tabell 07935

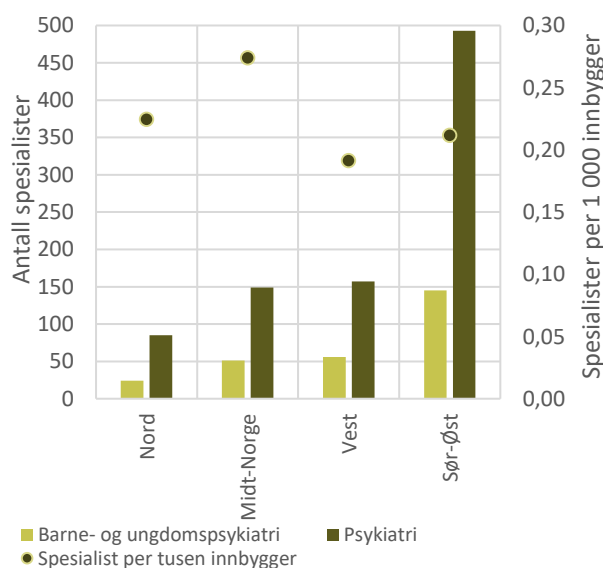
Flesteparten av spesialistene arbeider på sykehus, mens noen er praktiserende spesialister som får driftstilskudd fra staten, såkalte avtalespesialister. Ifølge Helsedirektoratet var det 234 avtalespesialister innen psykiatri samlet i Norge i 2019. Det er både flest sykehusspesialister og avtalespesialister i Helse Sør-Øst, og færrest i Helse Nord, jf. 3.3. 74 prosent av avtalespesialistene hørte til under Helse Sør-Øst. Totalt var 1 160 spesialister i psykiatri ansatt ved helseforetak i 2019 (Helsedirektoratet, 2020b).

Antall spesialister per innbygger kan gi et bedre bilde av det faktiske tjenestetilbudet. Sett i forhold til befolkningen, var det flest spesialister per innbygger i Midt-Norge i 2019, jf. figur 3.3. Over tid har altså antallet spesialister økt jevnlig, og per innbygger har også dekningen av spesialister i psykiatri blitt bedre i alle fire regioner.

Sammenlignet med en del andre medisinske yrker, er kvinneandelen i psykiatrien relativt høy. 56 prosent av medlemmene i Norsk psykiatrisk forening er kvinner, og andelen er langt høyere for de yngre aldersgrup-

pene. I aldersgruppen 30 til 49 år, er nærmere 70 prosent kvinner. At kvinneandelen er økende, er felles for de fleste medisinske yrker, jf. kapittel 2.2.1.

Figur 3.3 Antall spesialister ansatt i helseforetak fordelt på spesialisering (venstre) og antall spesialister ansatt i HF per tusen innbyggere i helseregionen (høyre). 2019.



Kilde: Helsedirektoratet

Når det gjelder aldersfordelingen for psykiatere er det totalt 43 prosent av de yrkesaktive medlemmene i Norsk Psykiatrisk forening som er over 50 år, jf. figur 3.4. I overkant av 21 prosent er over 60 år. Videre er 39 prosent av de yrkesaktive medlemmene ikke ferdige spesialister. Til sammenligning var andelen over 60 år blant alle sysselsatte leger med spesialisering 29 prosent i 2020 (jf. SSB, tabell 07939).

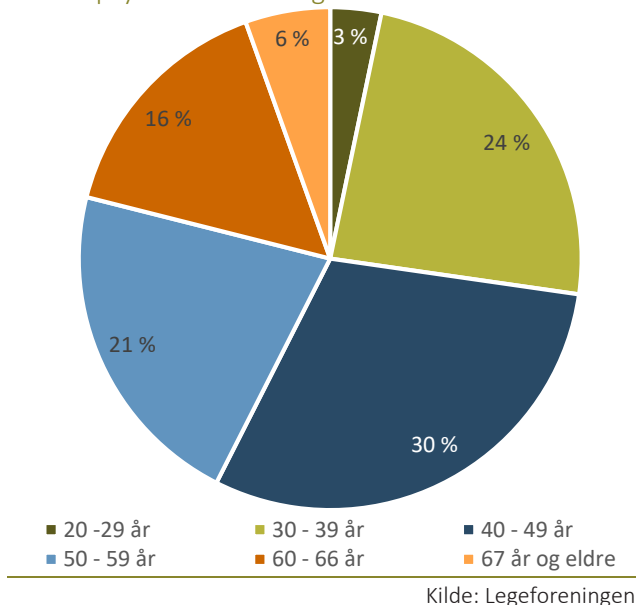
Når det gjelder aktiviteten innen psykisk helsevern har det vært en klar dreining i retning av flere polikliniske konsultasjoner, særlig for barne- og ungdomspsykiatrien, og færre lengere opphold, særlig innen psykisk helsevern for voksne. Dette gjelder både målt i forhold til innbyggere og i forhold til antall årsverk.¹⁸

At det blir flere polikliniske konsultasjoner og færre lengre opphold, gjelder også innen somatikken. Innleggelsene på psykiatrisk sykehus eller enhet har stått for mellom 4 og 5 prosent av alle innleggelsene de siste 20 årene ifølge SSBs levekårsundersøkelse om helse. Figur 3.5 illustrerer utviklingen i aktivitet innen psykisk helsevern.

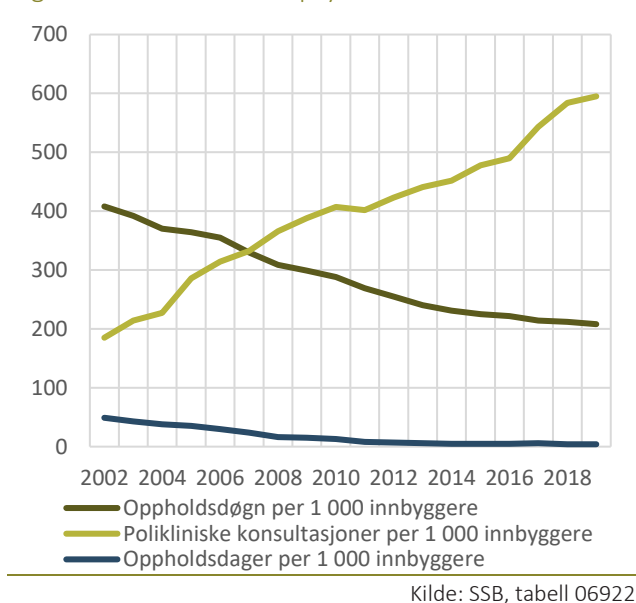
Det er ikke holdepunkter for at forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen samlet har økt, men forekomsten har økt for noen grupper (Holdens ekspertgruppe, 2021). Blant annet er det en økning i antallet unge jenter som kontakter helsevesenet.

Uavhengig av om forekomsten av psykiske lidelser har økt, er det flere intervjuobjekt som forteller om en gradvis økende andel som er registrert med psykiske diagnoser de siste fem årene. Det har også vært en økning i andelen som bruker legemidler mot psykiske lidelser i samme periode. Ifølge reseptregisteret har det for eksempel vært en økning i brukere av antidepressiva per 1000 innbygger på 8 prosent mellom 2010 og 2020.

Figur 3.4 Aldersfordeling for yrkesaktive medlemmer i norsk psykiatrisk forening. 2021.



Figur 3.5 Aktivitet innen psykisk helsevern.



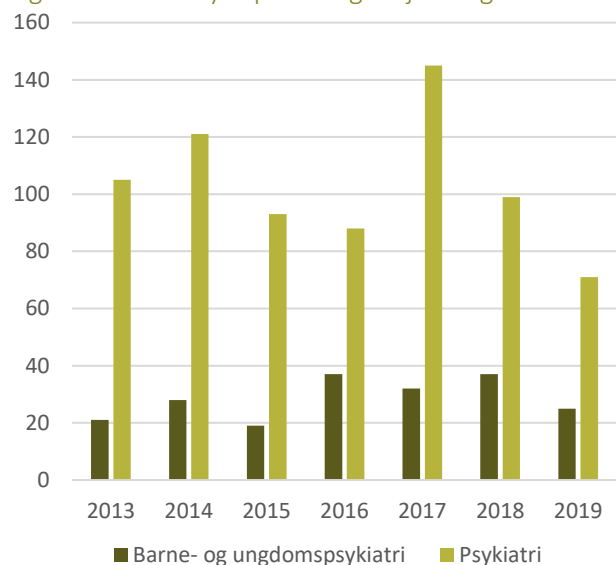
Ifølge NAV har antallet legemeldte sykefraværstilfeller som skyldes psykiske lidelser økt med 20 prosent mellom 2016 og 2020, fra 77 446 til 92 395. Befolkningsvekst gir også et økende *omfang* av behandling, selv om forekomsten og andelen som behandles er konstant.

¹⁸ Se SSBs tabell 04511.

For å imøtekomme behovene for psykisk helsevern vurderes det som viktig at stillingene dimensjoneres i forhold til antallet som oppsøker hjelp og oppgavene som skal løses innen psykisk helsevern. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å sikre at tilgangen på spesialister i psykiatri er stor nok til å dekke befolkningens behov.

Fra 2013 til 2019 var det i snitt om lag 103 nye spesialistgodkjenninger i psykiatri. Som illustrert i figur 3.5 var det spesielt mange nye spesialistgodkjenninger i 2017. Dette tallet var kunstig høyt fordi Helsedirektoratet satte inn ekstra ressurser for å få ned restanser og saksbehandlingstid for spesialistgodkjenninger (Helsedirektoratet, 2020b). I neste kapittel vil vi anslå mangelen på psykiatere.

Figur 3.6 Antall nye spesialistgodkjenninger



Kilde: [Helsedirektoratet](#)

3.3 Mangelen på psykiatere vurderes som stor

I intervjuene nevnes det blant flere at det har vært et økende behov for psykisk behandling de siste 5 til 10 årene, med en stor økning spesielt i de polikliniske avdelingene.

Flere intervjuobjekt peker på at psykisk helsevern står overfor de samme rekrutteringsutfordringene som helse- og omsorgstjenesten for øvrig, men utfordring-

ene forsterkes av den desentraliserte plasseringen av enheter innen psykisk helsevern. Ifølge våre intervjuobjekter er tilgangen til spesialister i psykiatri begrenset på nasjonalt nivå, og dette gir særlig rekrutteringsutfordringer i distriktene. Under presenterer vi resultater fra en oppdatert spørreundersøkelse om utviklingen i behovet for sykehusleger i psykiatrien.

I spørreundersøkelsen svarer halvparten av lederne at de mangler og opplever store utfordringer med å rekruttere psykiatere til sin enhet. Disse er illustrert som røde sirkler i figur 3.7. Ytterligere nesten 40 prosent svarer at de rekrutterer greit nå, men merker utfordringer. Det er bare 11 prosent som opplever at de ikke mangler psykiatere og rekrutterer uproblematisk.

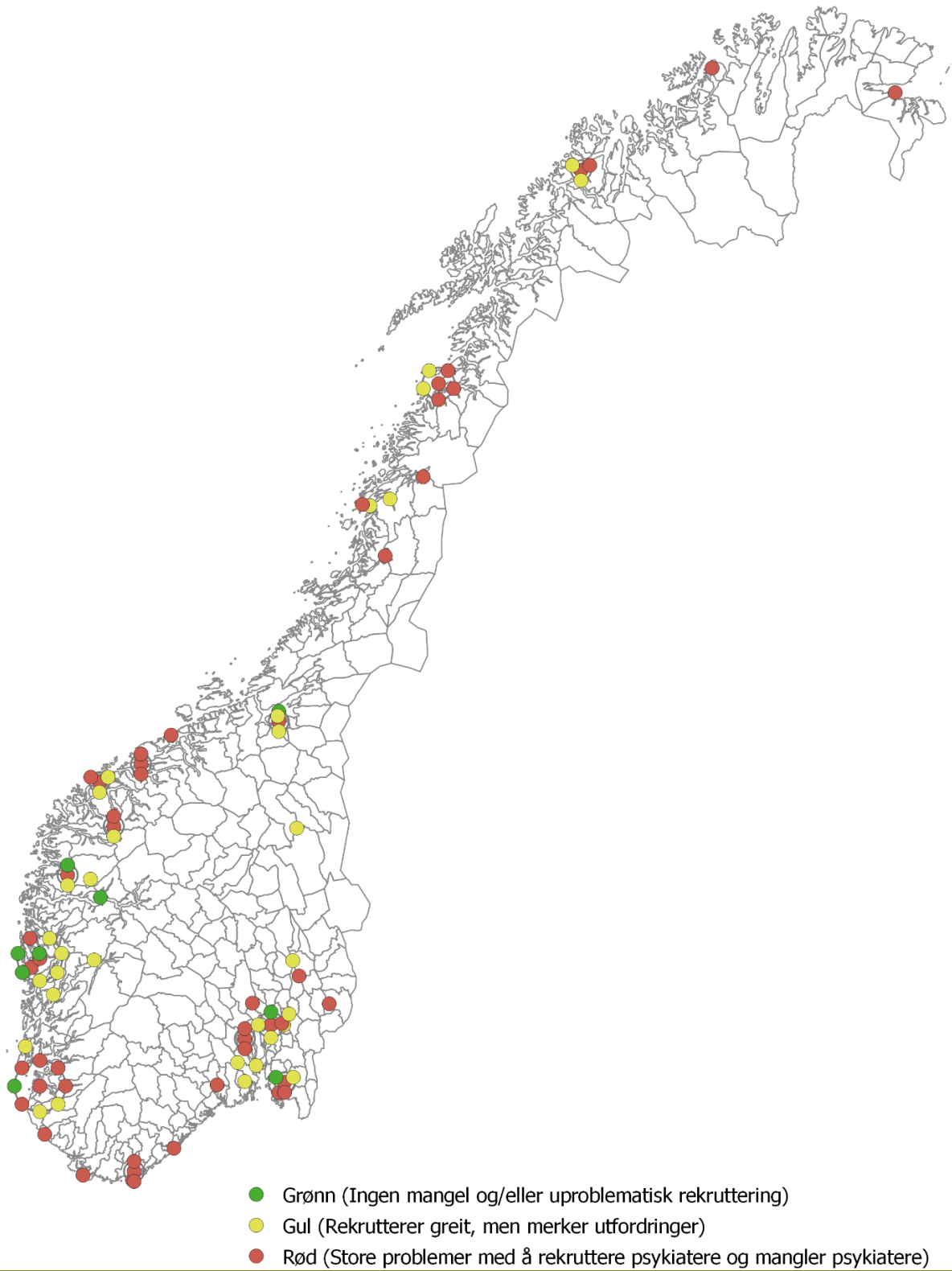
Utfordringene skyldes både at det er utfordringer med å rekruttere psykiatere, og fordi det er for få stillinger opprettet. Overordnet virker førstnevnte å være hovedutfordringen. Under beskrives begge utfordringene med utgangspunkt i svar fra spørreundersøkelsen.

3.3.1 Flertallet opplever et behov for flere stillinger

I spørreundersøkelsen svarer totalt 66 prosent av respondentene at det er behov for flere psykiaterstillinger ved sin enhet for å gi helsetjenester med god kvalitet. Andelen er høy for alle regionene, men aller høyest i Helse Nord, hvor 77 prosent av enhetslederne svarer at det er behov for flere stillinger, jf. figur 3.8. At behovet i Helse Nord er størst stemmer godt med inntrykket fra intervju, at små fagmiljø og geografisk beliggenhet vurderes som viktige årsaker på mangel (jf. kapittel 3.5), og rapporterte behov fra tidligere undersøkelser.

Ifølge Helsedirektoratets rapport om leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten fra 2019, beskriver alle de regionale Helseforetakene et behov for å rette strategisk oppmerksomhet mot psykiatrien, med unntak av Helse Vest. Helse Sør-Øst har meldt om dette behovet i flere år, mens for Helse Midt-Norge og Helse Nord er behovet nyere.

Figur 3.7 Respondentenes svar på spørsmålet "Hvilket alternativ beskriver best situasjonen i din enhet?" N=87



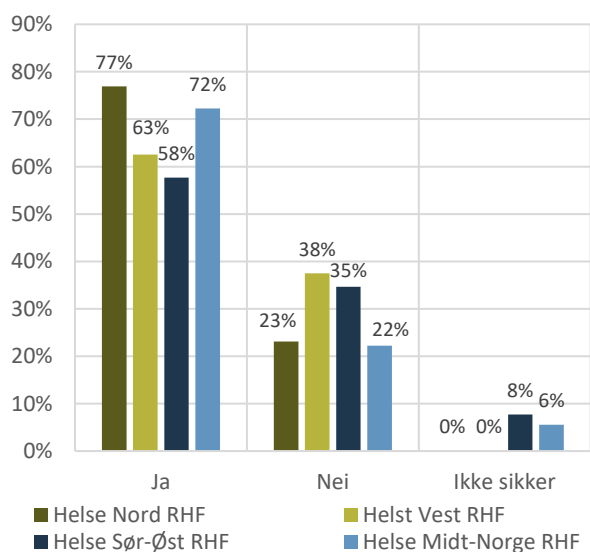
Note: Sirkelen representerer enhetens geografiske plassering.
Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

Figur 3.9 illustrerer antallet ekstra psykiaterstillinger som det er behov for i ulike deler av landet. De lederne som svarer det bør opprettes flere stillinger, oppgir at det totalt er behov for 149 ekstra psykiaterstillinger i landet samlet. Stillingene fordeles på 33,5, 28,5, 34 og 52,5 i henholdsvis Helse Nord, Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

Merk at de 149 ekstra psykiaterstillingene er rapportert inn behov for, kun omfatter respondentene i spørreundersøkelsen. Dette er sannsynligvis et nedre anslag, da kun halvparten av lederne som har mottatt spørreundersøkelsen har svart, jf. kapittel 1.3. Videre er det uklart hvor mange psykiatriske enheter ved sykehus det totalt er i Norge og størrelsen på enhetene som har svart på undersøkelsen sammenlignet med dem som ikke har svart. Dermed er det ikke mulig å lage et sikkert anslag på mangel for populasjonen av psykiatriske enheter.

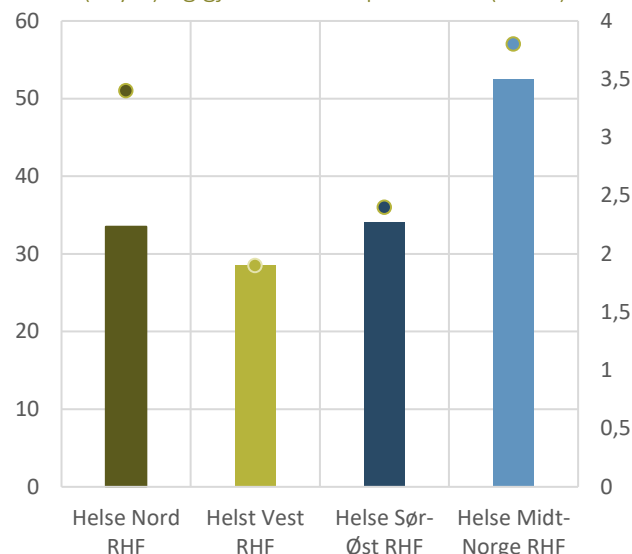
I gjennomsnitt svarer respondentene fra Helse Nord, Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge at de henholdsvis har behov for 3,4, 1,9, 2,4 og 3,8 flere psykiaterstillinger.

Figur 3.8 Respondentenes svar på spørsmålet "Er det behov for flere psykiaterstillinger ved din enhet for å gi helsetjenester med god kvalitet?». N=85.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

Figur 3.9 Anslått behov for nye stillinger i psykiatrien, totalt (søyle) og gjennomsnitt per enhet (sirkel)



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

3.3.2 Rekruttering er imidlertid hovedutfordringen

Det er viktig å bemerke at flere av respondentene i spørreundersøkelsen og intervjuobjektene poengterer at det ikke er mangelen på stillinger som oppleves som hovedutfordringen, men mangelen på kandidater som kan fylle stillingene som allerede er opprettet.

Flertallet av intervjuobjektene forteller at det har blitt opprettet flere stillinger de siste årene for å redusere arbeidspresset til psykiaterne, men at de ikke har lykkes i å fylle disse. Enten som følge av at for få unge leger ønsker å bli psykiatere ved sykehus, eller som følge av at det utdannes for få innen psykiatri. Flere peker på at det ofte kan være begge deler. Det er derfor relevant å sammenligne det oppgitte behovet for nye stillinger, med omfanget av ubesatte stillinger.

I NAVs bedriftsundersøkelse fra våren 2020 er det, som nevnt, estimert at det mangler 900 legespesialister som følge av ubesatte stillinger. En andel av disse vil være innen psykiatri. Ifølge NAVs register over utlyste stillinger var det samlet utlyst 2 420 stillingsannonser for legespesialister og allmennpraktiserende leger i 2020. 82 av stillingene har oppgitt eksplisitt at de søker en psykiater, mens ytterligere

138 utlysninger gjelder behov for leger til psykiatriske avdelinger.

Flere sykehus hadde mellom 10 og 25 ubesatte stillinger i 2019 ifølge en undersøkelse gjennomført i Helse Sør-Øst (Tømmerbakke, 2020). Dette utgjorde mellom 30 og 50 prosent av psykiaterne. At det er en så stor andel ubesatte stillinger, er en indikasjon om at hovedutfordringen er knyttet til å bemanne eksisterende stillinger, heller enn å opprette flere stillinger.

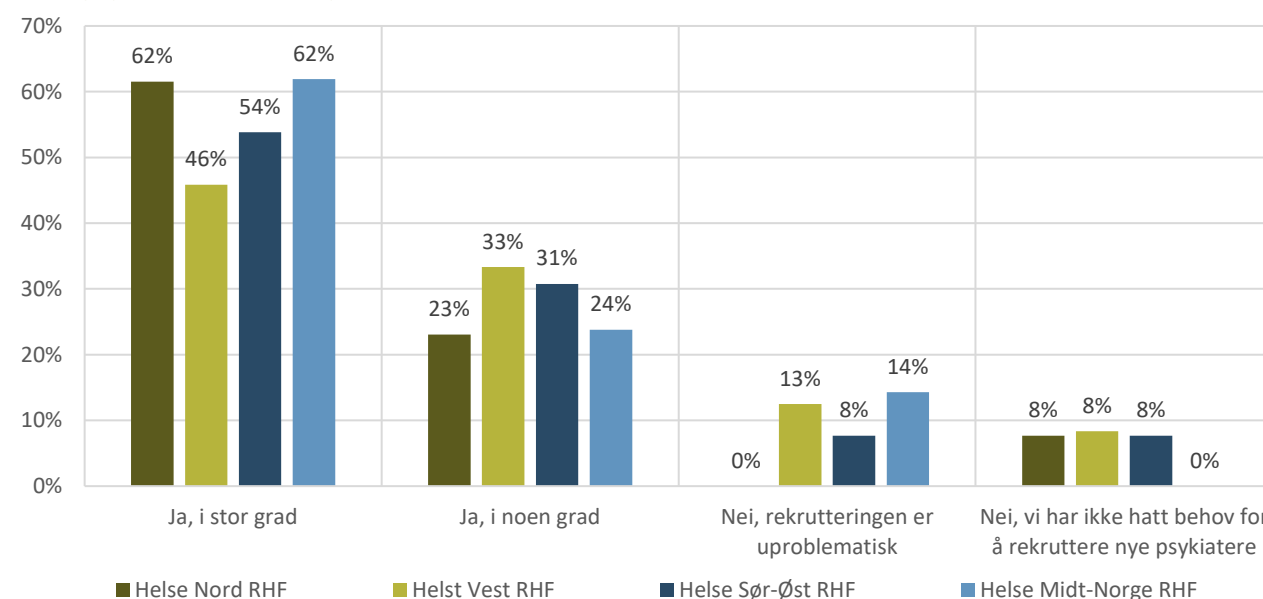
I spørreundersøkelsen vår svarer samlet sett i overkant av 55 prosent at de i stor grad har opplevd det som utfordrende å rekruttere psykiatere til stillinger innen psykisk helsevern i løpet av det siste året. Ytterligere nesten 30 prosent svarer at de i noen grad har opplevd det som utfordrende. I figur 3.10 er svarene fordelt på de fire regionale helseforetakene. Her kommer det klart fram at alle fire regioner har store utfordringer med rekruttering til stillinger innen psykisk helsevern, men at utfordringene er størst for Helse Nord og Helse Midt-Norge, hvor over 60 prosent svarer at de i stor grad opplever rekrutteringsutfordringer.

Selv om flertallet av respondentene svarer at det i stor grad er utfordrende å rekruttere psykiatere, er det kun 14 prosent totalt som opplever at rekrutteringsutfordringene har blitt større de siste tre årene. Dette kan indikere at arbeidspresset innen psykisk helsevern har vært for stort i flere år, altså at rekrutteringsutfordringene ikke er nye.

At rekruttering har vært utfordrende i en årrekke støttes også opp av flere av våre intervjuobjekter som forteller om en årrekke med utfordringer (mer om årsakene til dette i kapittel 4.5). Figur 3.11 illustrerer respondentenes svar når det kommer til utviklingen av rekrutteringsutfordringene, fordelt på enhetene som har svart på undersøkelsen.

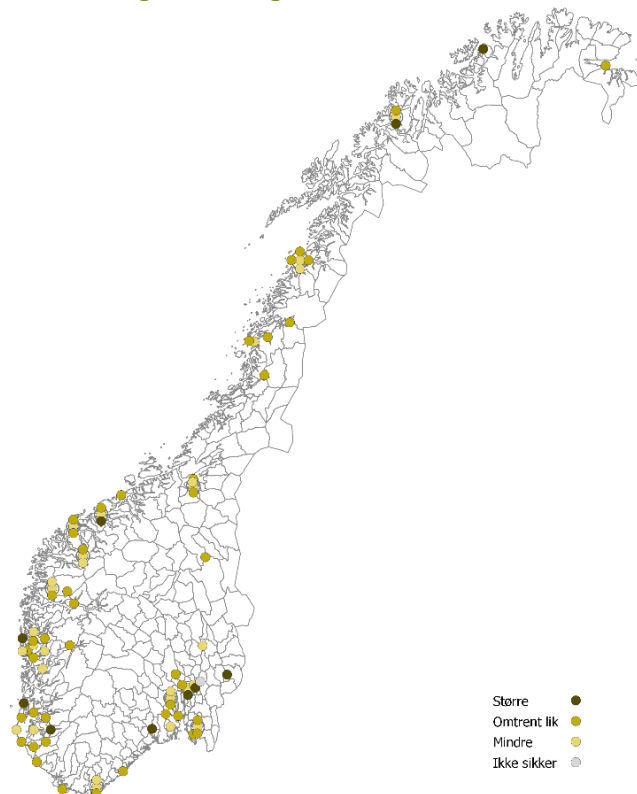
I vår spørreundersøkelse svarer respondentene at det totalt er 133,4 ubemannede stillinger, og videre at det er 40,3 stillinger som er besatt av vikar. Flere respondenter fra mindre enheter svarer at de er langt unna å dekke behovet for psykiatere. For eksempel er det tre som svarer at de totalt har to psykiaterstillinger, og at begge disse er ubemannet.

Figur 3.10 Respondentenes svar på spørsmålet "Har dere opplevd det som utfordrende å rekruttere til stillinger innen psykisk helsevern i løpet av det siste året?" N=85.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak

Figur 3.11 Respondentenes svar på spørsmålet "Sammenlignet med for tre år siden, hvordan vurderer du rekrutteringsutfordringene?" N=79.



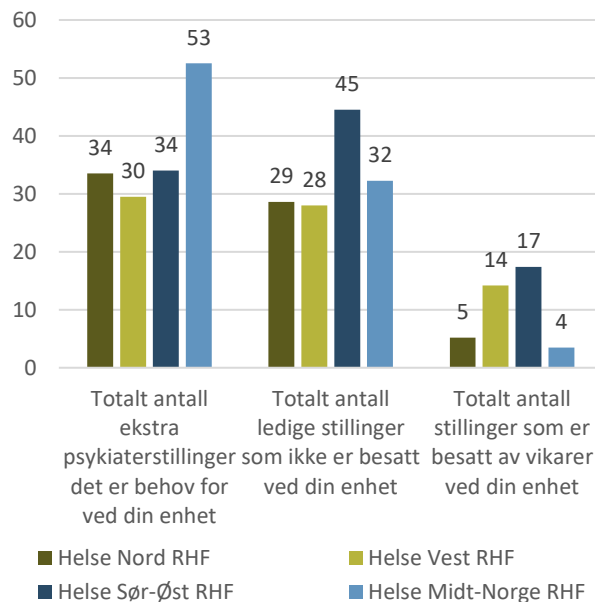
Note: Sirkelen representerer enhetens geografiske plassering.
Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

De 133,4 ubemannende stillingene antas i hovedsak å komme i tillegg til de 149 ekstra stillingene det er rapportert behov for.¹⁹ Totalt tilsier dette en rapportert mangel på 282,4 sykehusleger innen psykiatri fra spørreundersøkelsen.

Figur 3.12 oppsummerer behovet for ekstra stillinger, ubemannende stillinger og bruken av vikarer fordelt på regionalt helseforetak. Merk at den faktiske mangelen i populasjonen av psykiatriske sykehusenheter sannsynligvis er høyere, da spørreundersøkelsen sannsynligvis ikke dekker hele populasjonen og kun halvparten av lederne som har mottatt undersøkelsen har svart.

¹⁹ Fordi de ubemannende stillingene er opprettede stillinger, men de ekstra stillingene dreier seg om behovet for nyopprettede stillinger. Vi vil imidlertid

Figur 3.12 Respondentenes svar på spørsmål om behov for flere stillinger, ubemannende stillinger og bruk av vikarer. N=54.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

3.3.3 Mangelen fører til utstrakt bruk av vikarer og høyt arbeidspress

Flere av intervjuobjektene forteller om en situasjon preget av at de har vakante overlegestillinger og store rekrutteringsutfordringer. I spørreundersøkelsen svarer 66 prosent at utfordringen med å rekruttere har ført til ubesatte stillinger. I overkant av halvparten svarer at de benytter vikarer for å dekke behovet for å psykiatere. Andelen varierer på tvers av helseforetakene, og er hele 75 prosent i Helse Nord. I intervju kommer det fram at mange av vikarene kun blir værende i en kort periode.

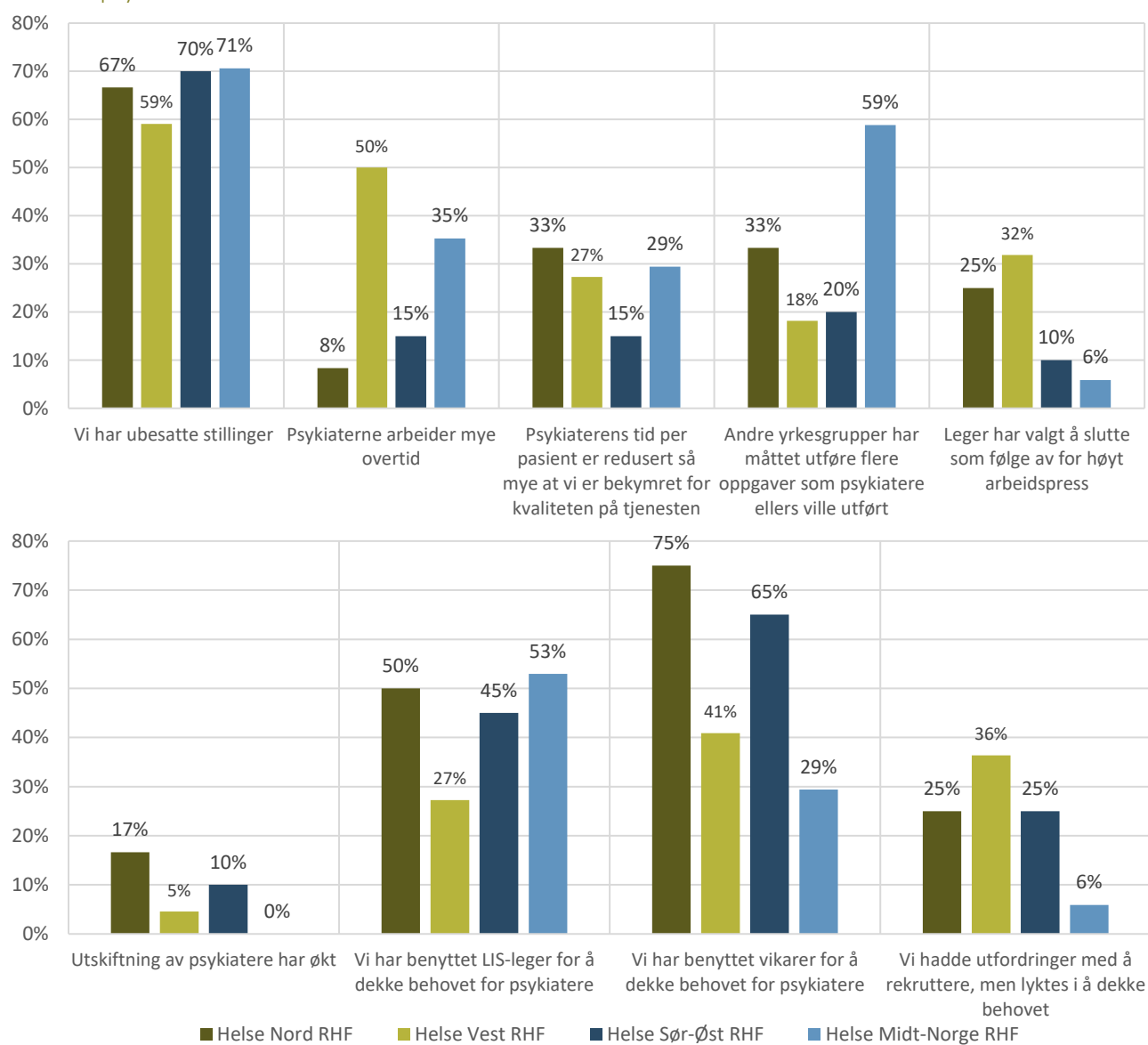
Videre trekker flere av intervjuobjektene fram at vikarer er langt dyrere enn fast ansatte psykiatere, og at de ofte utfører tjenestene med en dårligere kvalitet. At kvaliteten er dårligere skyldes i hovedsak at vikarene kun er ansatt i en kort periode, og mangler derfor muligheten og incentivet til å bli en del av fagmiljøet. Omfattende bruk av vikarer gjør også den faglige utviklingen ved enheten dårligere.

ikke utelukke at enkelte respondenter kan ha rapportert samme antall på begge disse spørsmålene, men tror ikke dette er et omfattende problem.

De som er vikarer er ifølge intervjuobjektene fra enhetene og vikarbyråene typisk spesialister som ønsker en enklere hverdag, og mindre ansvar. De kan både være norske og internasjonale. Noen av intervjuobjektene forteller om tilfeller hvor vikarene er psykiatere som har valgt å slutte i sin faste stilling i et helseforetak som følge av høyt arbeidspress og lite påvirkningsmulighet.

I spørreundersøkelsen svarer i overkant av 18 prosent at utfordringene med å rekruttere psykiatere har ført til at psykiatere har valgt å slutte som følge av høyt arbeidspress. Andelen er høyest i Helse Nord og i Helse Vest, jf. figur 3.13. Nærmere 30 prosent svarer at psykiaterne arbeider mye overtid, og andelen er klart størst i Helse Vest hvor hele 50 prosent svarer at dette er tilfelle, jf. figur 3.13.

Figur 3.13 Respondentenes svar på spørsmålet "Hva har vært konsekvensen av utfordringene knyttet til å rekruttere psykiatere?". N=73.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

Til sammenligning viser SSBs arbeidskraftundersøkelse at leger generelt jobber mer overtid enn gjennomsnittet for alle yrker, og sammenlignet med de andre helse- og omsorgsyrkene. I 2020 svarte i overkant av 10 prosent av heltidsansatte i medisinske yrker at de hadde jobbet overtid, mens andelen for alle yrker var i underkant av 9 prosent. Dette inkluderer ikke leger som driver selvstendig, og dermed i liten grad fastlegene, men inkluderer også andre sykehusleger enn psykiatere. Samlet indikerer dette at psykiaterne arbeider mer overtid enn gjennomsnittet for alle leger. At en relativt stor andel arbeider overtid tyder på at det mangler sysselsatte i yrkesgruppen.

Gjennom intervju er inntrykket at flere vil velge å slutte i årene framover, dersom det ikke gjøres grep for å bedre situasjonen. Likevel er det kun 7 prosent i gjennomsnitt som svarer at utskiftningen av psykiatere har økt, som kan være et uttrykk for at de som velger å slutte ikke erstattes med nye psykiatere. Merk at andelen i Helse Nord er vesentlig høyere, med 17 prosent, jf. figur 3.13.

Både mangel på psykiatere og hyppig bruk av vikarer gjør også at utdanningen er vanskelig å gjennomføre fordi det ikke er nok spesialister til å gjennomføre veiledning. For å bli godkjent som utdanningsinstitusjon og dermed kunne tilby spesialistutdanning i psykiatri, var det inntil 2019²⁰ et krav om minimum én fast tilsatt overlege (i 100 prosent stilling) til stede. Kravet ble fjernet fordi det ved opprettelse av nye spesialiteter ikke alltid er mulig å tilfredsstillere kravet, og Helsedirektoratet ble gitt myndighet til å gi tidsavgrenset dispensasjon fra kravet om å ha ansatt minimum én spesialist for å kunne tilby utdanningen.

At kravet er fjernet gjør det litt lettere å utdanne flere psykiatere. Samtidig peker enkelte intervjuobjekter på at dette kan ha redusert kvaliteten på utdanningen. At i overkant av 42 prosent svarer at rekrutteringsutfordringen har ført til at enheten benytter LIS-leger for

å dekke behovet for psykiatere, kan også gjøre det mindre attraktivt for leger i spesialisering å velge psykiatri.

Psykiatere skal i utgangspunktet utrede og behandle psykiske lidelser. Behandlingen består ofte av samtaleterapi, medisiner og/eller atferdstiltak (NHI, 2021). Mangelen gjør at det kan bli en oppgavegliding til andre profesjoner. Det er mange viktige faggrupper i psykiatrien, men flere intervjuobjekt trekker fram at en nødvendighet for å sikre tjenester av god kvalitet er en stor nok andel psykiatere til å stå for de vurderingene de har ansvar for.

Når det er for få psykiatere, erfarer intervjuobjektene at den medisinske delen av ansvaret deres blir prioritert øverst. Årsaken er at det kun er legene som kan tilby pasientene medisiner. I spørreundersøkelsen svarer 31 prosent at andre yrkesgrupper har måttet utføre flere oppgaver som psykiatere ellers ville utført som følge av utfordringer med å rekruttere psykiatere. Andelen varierer imidlertid relativt mye på tvers av de regionale helseforetakene, jf. figur 3.13.

Flere intervjuobjekter forteller om en situasjon hvor psykiaterne nesten utelukkende driver med medikamentell behandling. Da får de hverken vedlikeholdt eller brukt utdanningen sin. I tillegg kan medisineringen skje uten at psykiateren har fått nok tid med pasienten til å gjennomføre en egen faglig vurdering. For tjenestens kvalitet trekkes det fram at de ulike oppgavene knyttet til en pasient må vurderes i sammenheng.

I spørreundersøkelsen svarer i overkant av 25 prosent at utfordringene med rekruttering av psykiatere har ført til en så stor reduksjon i psykiaterens tid per pasient at de er bekymret for kvaliteten på tjenesten. Flest opplever dette som en utfordring i Helse Nord, jf. figur 3.13. Intervjuene gir uttrykk for at arbeidsforholdene for leger (ofte som eneste overlege) i psykiatrien er svært utfordrende. Noen enheter forteller at

²⁰ Jf. Endr. i spesialistforskriften. (2016). Forskrift om endring i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for lenger og tannleger (spe-

siastforskriften) (FOR-2018-12-19-2171). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2018-12-19-2171>.

psykiatere i mange tilfeller kun har mellom 5 og 10 minutter tilgjengelig i uken til disposisjon per pasient.

Mangel på tid per pasient kan gjøre at psykiaterne tvinges til å ta medisinskfaglige avgjørelser som i det vesentligste kun er basert på annet helsepersonells vurderinger. En slik arbeidssituasjon vurderes av et intervjuobjekt som uforsvarlig, og kan gjøre yrket mindre attraktivt for framtidige leger selv om lønnen er relativt høy og fagområdet i seg selv er spennende.

At det er samfunnsøkonomisk viktig å sikre god kvalitet på psykiske helsevernstjenester poengteres av Kinge mfl. (2017) som finner at ikke-dødelige sykdommer, og i hovedsak psykiske lidelser koster samfunnet mest. Kostnaden er høy som følge av behandlingsskostnadene, men særlig på grunn av tapt arbeidsdeltakelse og helse. Totalt anslår Helsedirektoratet (2015) at samfunnskostnadene knyttet til psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i 2015 sto for 280 milliarder kroner. Dette er den høyeste kostnaden av alle sykdomsgrupper som ble analysert. Depresjon er den dyreste av de psykiske lidelsene regnet i stønad, uførhet og dødelighet.

Ifølge Kantars helsepolitiske barometer om befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål fra 2021 svarer kun 11 prosent at de er fornøyde med tjenestetilbudet som gis til personer med psykiske helseplager (Kantar, 2021). Hele 37 prosent vurderer det som dårlig. Mer tilgjengelig psykisk helsehjelp er blant de områdene i undersøkelsen som flest mener regjeringen bør prioritere, og som utpeker seg som viktig valgkampsak ved kommende stortingsvalg.

3.4 Flere faktorer utfordrer rekruttering og stabilitet i psykisk helsevern

I spørreundersøkelsen svarte halvparten at de opplever mangel og har store problemer med å rekruttere psykiatere, jf. figur 3.7. Det økende behovet for psykisk helsehjelp er sammensatt og har flere forklaringer. Både intervju og spørreundersøkelsen indikerer at den mer desentraliserte strukturen og mindre

fagmiljø i psykisk helsevern gjør det mer utfordrende å rekruttere til psykisk helsevern enn til somatikken. Innføring av ulike pakkeforløp stiller også større krav til rapportering og har også løftet frem behovet for å sikre involvering av spesialister tidlig i forløpet. Videre trekkes det fram at en utfordring er knyttet til at for få velger å spesialisere seg innen psykiatri.

Figur 3.14 oppsummerer svarene til respondentenes i spørreundersøkelsen når det gjelder årsaker til at rekrutteringen av psykiatere oppleves som utfordrende. Under vil de ulike årsakene bli gjennomgått.

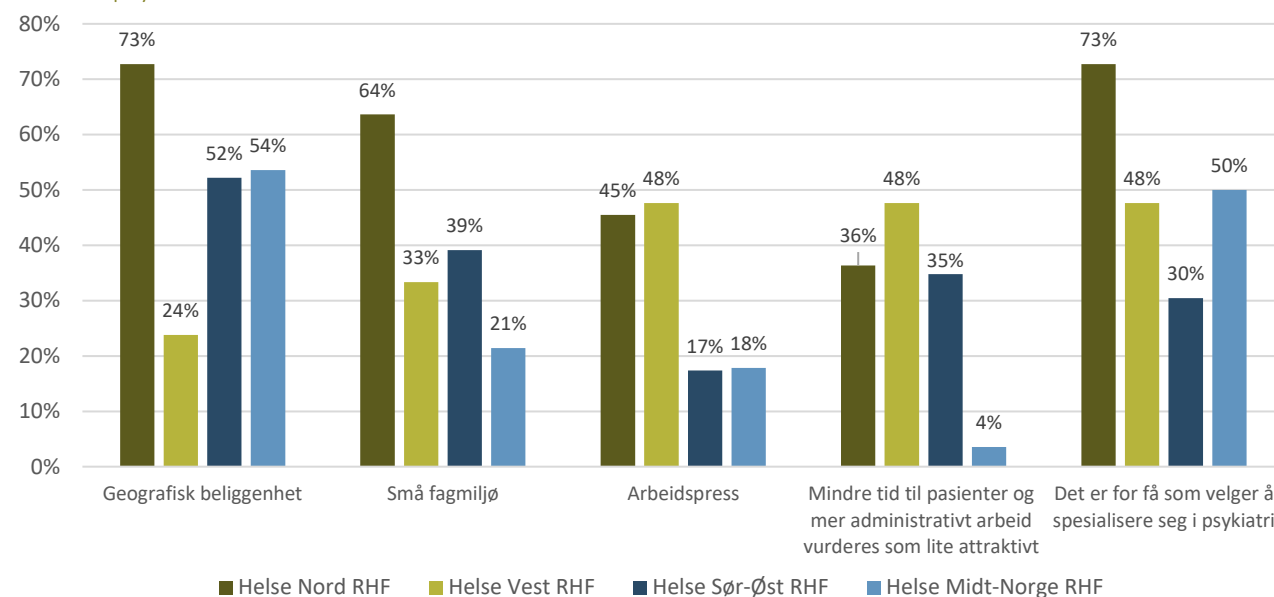
3.4.1 Økte krav til rapportering reduserer tiden til pasientarbeid

Psykiatere har med årene fått større krav til administrativt arbeid, knyttet til blant annet rapportering og paragrafvurderinger. I spørreundersøkelsen svarer 30 prosent at mindre tid til pasienter og mer administrativt arbeid vurderes som lite attraktivt. Ifølge intervjuobjektene våre har kravene særlig blitt større med innføringen av pakkeforløp. Det er i hovedsak i Helse Vest at en stor andel opplever mindre tid til pasienter og mer administrativt arbeid som en utfordring, jf. figur 3.14.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus skal gi pasienter, brukere og pårørende et helhetlig behandlingsforløp som er forutsigbart og uten unødvendig ventetid (Helsedirektoratet, 2020a). Pakkeforløp skal bidra til økt brukervedvirkning og likeverdige tilbud uavhengig av hvor i landet pasienten bor. I 2020 ble 69 prosent utredet innen anbefalt forløpstid, men det er vesentlig variasjon i andelen for ulike helseforetak. Lavest har Helse Møre og Romsdal med 57 prosent, og høyest andel har privat Helse Sør-Øst med 89 prosent.

Pakkeforløpene er et utviklingsarbeid. Oppdateringer skjer på bakgrunn av innspill fra både bruker- og pårørendeorganisasjoner og helsetjenesten, evalueringsrapporter og ulike kompetansemiljø.

Figur 3.14 Respondentenes svar på spørsmålet "Hva opplever du som årsaker til utfordringen knyttet til å rekruttere psykiatere?». N=73.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

I Sintefs siste evaluering av pakkeforløp for psykisk helse og rus er det mange ledere og behandlere som gir uttrykk for at det generelt har skjedd en god utvikling både på systemnivå og blant behandlere, når det gjelder brukerinvolvering (Ådnanes, Høiseth, Magnussen, Thaulow, & Kaspersen, 2021). Det er imidlertid få som knytter dette til innføringen av pakkeforløp, men heller en mer generell utvikling de siste årene.

I tillegg til større forventninger i pakkeforløpene, er det et krav om at pasientene skal vurderes av spesialist i forbindelse med fatting og gjennomføring av tvangsvedtak, og dokumentasjon av slike vedtak er svært tidkrevende. Videre har endringer i psykisk helsevernloven økt dokumentasjonskravet.

Ifølge et intervjuobjekt kan ett tvangsbehandlingstiltak for én svært syk person medføre inntil fire timers påfølgende skjemaarbeid.

Intervjuobjektet forteller videre at foretaket har ikke stort nok budsjett til å ansette sekretærer til å avlaste helsepersonell med papirarbeid, som kunne gjort at

legen fikk bedre tid til å snakke med pasienten og på den måten gi best mulig behandling.

Det er bred enighet blant intervjuobjektene som representerer psykiatrien om at kravene i hovedsak har bidratt til å øke kvaliteten på helsetjenesten og gjøre denne likere. Det pekes imidlertid også på at en del av kravene tar uhensiktsmessig mye tid i forhold til virkningen på kvalitet.

At rapporteringskravene har økt bidrar til at det må brukes mer tid per pasient. Å måle antall behandlinger eller konsultasjoner gir dermed ikke rett bilde på arbeidspresset innen psykiatrien.

Å dokumentere hva som gjøres er både nødvendig og viktig for pasientsikkerheten. Behandling bør være etterprøvbare og lik på tvers av helseforetak, men flere av intervjuobjektene opplever at detaljstyringen har gått for langt. Flere opplever at de bruker mer tid til å fylle ut rapporter og vedtaksmaler, enn de bruker til pasientbehandling.

Flere av intervjuobjektene er også bekymret for at all tiden som brukes på rapportering på sikt kan virke an-

tirekrutterende på psykiateryrket og føre til at færre ønsker å bli psykiatere. Rapporteringskravene kan også føre til at færre ønsker å arbeide med de alvorligste psykisk syke pasientene, hvor kravene er aller størst. Flere opplever at strukturelle og organisatoriske rammer tar overhånd, og psykiaterens egne vurderinger blir mindre viktig. Dette kan gå på faglighetens bekostning.

Ett av intervjuobjektene forteller at innføring av opptrappingsplaner og pakkeforløp ikke nødvendigvis har bidratt til å bedre situasjonen for sykehuslegene i psykiatri. Innen barne- og ungdomspsykiatrien ved intervjuobjektets helseforetak hadde opptrappingsplanen bidratt til flere midler, men satsningen innebar i hovedsak en økning i stillinger for andre fagfelt, og ikke psykiatri.

Det trekkes fram som utfordrende at ledere ved psykiatriske enheter ikke nødvendigvis har psykiatrisk utdanning, som kan gjøre at behovet for psykiatere ikke blir forstått i tilstrekkelig grad. I vår undersøkelse er det imidlertid kun om lag 4 prosent som svarer at å rekruttere flere psykiatere i lederstillinger vil bidra til å løse rekrutteringsutfordringene, jf. figur 3.14.

3.4.2 Større sosialt press øker særlig unges behov for psykisk helsevern

Økningen i behovet for psykisk helsehjelp skyldes i stor grad en økning i forekomsten av mildere psykiske lidelser, slik som angst og depresjon. Ifølge FHI (2018) er det ingen grunn til å tro at utbredelsen av alvorlige psykiske lidelser er økende i forhold til befolkningen. Mer bevissthet og kunnskap rundt psykisk helse, særlig blant unge, har bidratt til å redusere stigma og senket terskelen for å spørre om hjelp. Psykisk helse har i større grad vært på den politiske dagsordenen, hvilket har bidratt til å synliggjøre omfanget og alvoret i tematikken, samt kunnskap om krav som sikrer en person rett på behandling.

Flere av intervjuobjektene peker på et større sosialt press som en medvirkende årsak. Blant de som de-

buterer med psykiske lidelser i tjuårene, handler det ofte om utfordringer relatert til livsmestring og høye forventninger til eget liv.

Utdanningspolitikken og et utdanningspress fører til at mange som heller kanskje burde ha valgt en yrkesfaglig retning, begynner høyere utdanning uten forutsetninger for å lykkes. Slike brutte drømmer bidrar til mangel på mestringsfølelse, og intervjuobjektene peker på at dette kan gjøre overgangen til voksenlivet krevende for mange.

Under koronapandemien har mange blitt mer ensomme. Vanskelige familiesituasjoner har for mange blitt forverret under pandemien. For barn og unge som lever i hjem preget av rus, vold eller omsorgssvikt, har skolen vært viktig for å klare seg gjennom hverdagen. Hjemmeskole og hjemmekontor under pandemien rammer denne gruppen hardt.

3.4.3 Tilfellene blitt mer alvorlige, og dette forsterkes av pandemien

Ifølge flere av intervjuobjektene har det vært en økning i alvorlige syke pasienter innen psykisk helsevern. Flere forteller at dette var en utvikling de opplevde før pandemien, men at trenden ble forsterket i 2020, særlig for barn og unge. Intervjuobjektene erfarer at det både er flere barn og unge som oppsøker hjelp og at tilfellene har blitt mer alvorlige, særlig det siste året.

Nes, Aarø, Vedaa & Nilsen (2020) finner at det er flere som sliter med ensomhet og psykiske plager i 2020, sammenlignet med tidligere. De anslår at én av fire ikke er fornøyd med livet i 2020, og gjelder særlig i Oslo og Bergen hvor smitteverntiltakene har vært mer omfattende enn ellers i landet. I Kantars helsepolitiske barometer fra 2021 svarer 67 prosent at de er ganske eller svært fornøyd med livet sitt i øyeblikket. For dem under 30 år har det vært en nedgang i andelen fornøyd på 15 prosent, og 11 prosent for dem mellom 45 og 59 år. Nesten 60 prosent av dem under 30 svarer at de har følt seg mer ensomme under pan-

demien. Hele 87 prosent svarer at smittevernstiltakene i forbindelse med pandemien har ført til at utsatte grupper i samfunnet har hatt det vanskeligere.

Under koronapandemien har det vært et økt behov for barne- og ungdomspsykiatri (BUP), som spesielt skyldes en økning i antall barn og unge med spiseforstyrrelser (Kjøs m.fl., 2021). I Helse Vest RHF var det en økning i pasienter med spiseforstyrrelser på om lag 15 prosent. I tillegg har BUP opplevd en økning i øyeblikkelig hjelp (ØH), som av flere intervjuobjekt forventes å observeres også blant voksne i tiden framover. Hittil har det ikke vært en økning i forekomst av psykiske lidelser blant voksne (Holdens ekspertgruppe, 2021).

I sin tredje rapport for Helsedirektoratet har Holdentutvalget presentert at restriksjonene er svært belastende for psykiske helse, og at effekten øker med tid (Helsedirektoratet, 2020c). Den dystre statistikken viser at andel unge som ligger over terskelverdien for «betydelige psykiske plager» har økt fra 10,5 til 17 prosent under pandemien.

Effekten er signifikant høyere for unge enn for voksne, selv om det er økning i begge gruppene. Dette kan skyldes enten at voksne og barn/unge blir utsatt for ulike smittevernstiltak (for eksempel er det forskjeller mellom hjemmekontor og hjemmeskole) eller at de reagerer ulikt på de samme tiltakene (for eksempel at redusert sosial omgang går hardere utover barn og unge). Det er altså de unge som sitter igjen med de største (selvrapporterte) psykiske plagene, og det tyder dermed på av at tiltakenes konsekvenser fordeler seg ulikt mellom aldersgrupper.

Velferdstap i form av dårligere psykisk helse kan føre til store konsekvenser på lang sikt, langt utover velferdstapet for den enkelte. For det første er det rimelig å anta at flere vil ha behov for kostbar oppfølging fra helsevesenet. For det andre kan det tenkes at helse inngår som humankapital i generelle produktfunksjo-

ner, og at dårligere psykisk helse dermed vil føre til lavere produktivitet.

Til sist bør en være oppmerksom på at unge mennesker ofte er under utdanning. Det er rimelig å anta at dårligere psykisk helse fører til lavere kvalitet på læringsutbytte, spesielt i en situasjon hvor det ser ut til at læringsutbyttet allerede er drastisk redusert som et resultat av digital undervisning (Jelsness-Jørgensen, 2021). Dersom en legger til grunn at kvaliteten på utdanningen er avgjørende for en persons innsats i arbeidslivet senere, vil dette kunne ha stor påvirkning på fremtidig produktivitet.

Med begrensninger som følge av pandemien, har tilbudene i kommunene også blitt dårligere. Dette gjelder særlig fordi tilbudet har blitt redusert, som følge av at mange lavterskel- og aktivitetstilbud ble stengt, og som følge av overgang til i større grad digital oppfølging. Digital oppfølging er ikke nødvendigvis et tilstrekkelig behandlingstilbud, og kan særlig ha negative konsekvenser for pasientene med alvorlige psykiske lidelser.

Et av intervjuobjektene forteller at ved deres enhet hadde de i 2019 om lag 200 videokonsultasjoner med pasienter, mens i 2020 hadde de 32 000. Overgangen til videoløsninger oppleves å ha fungert relativt bra, og det er særlig en fordel at det tar mindre tid. For de pasientene med de mer alvorlige psykiske lidelsene fungerer imidlertid ikke videoløsninger bra nok. Framover vil denne enheten bevare muligheten for videokonsultasjoner dersom pasienten ønsker det fordi mange er dette et veldig godt alternativ, men vil fortsette med fysiske konsultasjoner for de mest alvorlig syke.

Som følge av begrensede ressurser og overarbeid, har kommuner måtte trappe ned på tilbud om tett oppfølging. En del pasienter har fått mindre oppfølging gjennom pandemien, og flere intervjuobjekter peker på at dette nok vil øke behovet for psykisk helsehjelp fremover.

Mer alvorlige tilfeller av psykiatrisk sykdom legger press på ansatte i psykisk helsevern, både fordi behandlingsbehovet i seg selv øker, men også fordi arbeidsoppgavene er av en art som sliter på de ansatte. Under intervjuene blir det for eksempel avdekket en økning i tilfeller av vold og trusler mot ansatte over tid.

En klinikk ved Nordlandssykehuset registrerte i 2015 179 tilfeller med vold og trusler, mens i 2019 var antallet 92 prosent høyere, med 343. Den største delen av veksten skjedde mellom 2018 og 2019 (50 prosent).²¹ Også alvorlighetsgraden på skadene som blir påført personalet har økt.

Funnene fra Helse Nord virker ikke å være et isolert tilfelle. Blant annet skrev VG om en internrapport fra Ullevål som viser at situasjonen for de ansatte på akuttpsykiatrisk avdeling har forverret seg drastisk siden 2015, med en 250 prosent økning i alle hendelser med vold, trusler eller utagering. VG var også i kontakt med Ahus og Østmarka, som har notert seg samme trend (KILDE). Mange av sykehusene oppgir redusert bemanning som en mulig medvirkende årsak til økningen i vold mot ansatte.

Flere av intervjuobjektene peker på at utviklingen i retning av økt vold og trusler kan ha sammenheng med endringene i Lov om psykisk helsevern, som trådte i kraft i 2017. Endringene gjelder først og fremst bruk av tvang og pasientenes rett til å bestemme om de vil motta hjelp. For eksempel kan pasienter som er samtykkekompetente få rett til å avslutte behandling eller nekte å ta imot tilbud om behandling. Unntaket er ved alvorlig selvmordsfare eller alvorlig fare for andres liv og helse. I tillegg er observasjonstiden før tvangsmedisinering kan iverksettes økt fra tre til fem døgn.

Et intervjuobjekt erfarer at pasientene det siste året i flere tilfeller er sykere når de legges inn til behandling enn før. Endringer i lovverket, for eksempel økt ob-

servasjonstid, gir et høyere konfliktnivå i behandlingsmiljøet. Selv om antall hendelser med vold og trusler øker, øker ikke tvangsbruken i klinikken.

Videre er det flere intervjuobjekt som opplever at helseforetakenes økonomistyring vektlegger antall konsultasjoner i for stor grad. Ivaretagelse av de alvorligst psykisk syke krever mange ulike faglige tiltak, som er ressurskrevende og som ikke fanges opp av konsultasjonstelling.

3.4.4 Fagmiljøene må å sikre kvalitet i tjenesten og attraktivitet blant unge leger

Både i intervju og i spørreundersøkelsen blir det trukket fram at små fagmiljø er en utfordring i psykiatrien. Nærmere 40 prosent svarer at små fagmiljø er en årsak til at det er utfordrende å rekruttere psykiatere. 55 prosent svarer at geografisk beliggenhet er en årsak, jf. figur 3.12. Små fagmiljø og geografisk beliggenhet må ses i sammenheng med ønske om å tilby psykiatrisk helsevern der folk bor.

Flere intervjuobjekter trekker fram at små fagmiljøene både fører til lavere kvalitet og mer utbrenthet blant de ansatte. Det er viktig å få støtte fra personer innen eget fagfelt. Flere av intervjuobjektene forteller at de har satt i gang særskilte tiltak for å lykkes i rekrutteringen av unge leger. Helse Sør-Øst har for eksempel tatt initiativ til et eget prosjekt for å rekruttere og beholde fagfolk i psykisk helsevern barn og unge. Dette prosjektet kan gi erfaringer og identifisere tiltak som også kan gjennomføres i de andre helseregionene.

Det er et minimum med leger som må til for å skape et fagmiljø. En av intervjuobjektene mener at det bør være minst to overleger i alle psykiatriske behandlingssteder, og to leger i spesialisering. Årsaken til at det bør være to leger i spesialisering er at disse også har behov for å kunne arbeide og dele erfaringer med minst en annen som er på samme nivå som dem selv.

²¹ Tallene er for hele helseforetaket, men er i all hovedsak relatert til Psykisk helse og rusklinikken.

Dette innebærer at fire er et minimum ved hver enhet for å sikre stabilitet.

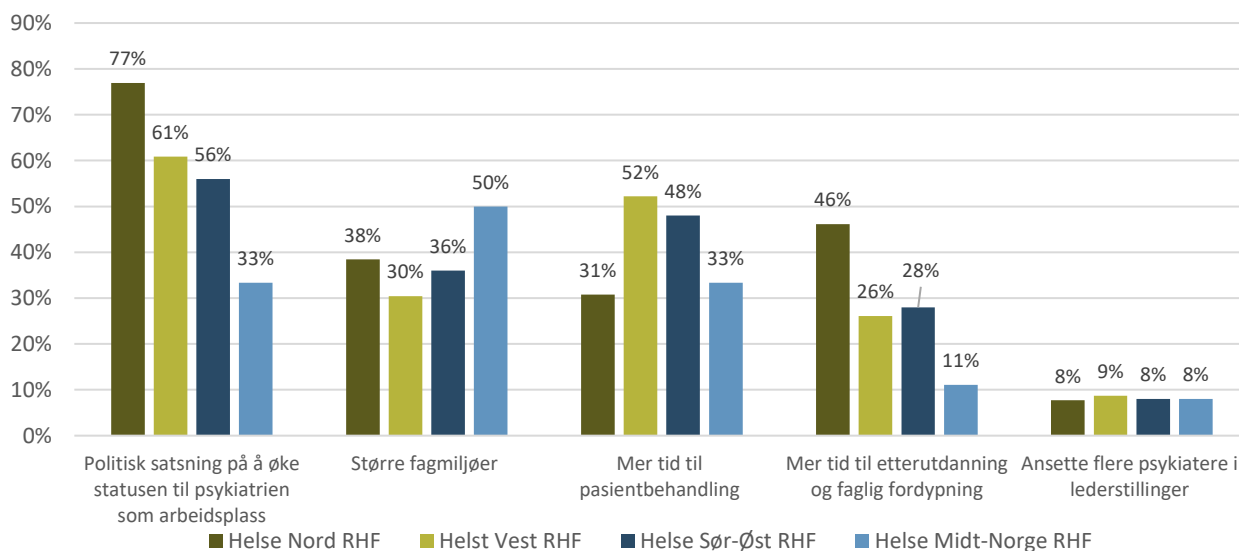
Samtidig må hver enhet sørge for nok pasienter. Når små enheter slås sammen, som har skjedd mye på Østlandet, så blir fagmiljøene bedre, men det blir lengre reisevei for pasientene. Å slå sammen mindre enheter er imidlertid langt mer utfordrende i Nord-Norge, hvor avstandene er betydelig lengere.

3.5 For å sikre høy kvalitet i tjenesten og stabile behandlere er fagmiljø essensielt

Ifølge Kantars helsepolitiske barometer fra 2021 mener 19 prosent av velgerne at regjeringen bør prioritere psykisk helse og rus i årene framover. Både i intervju og i spørreundersøkelsen blir det trukket fram at små fagmiljø, geografisk beliggenhet og lite interesse for fagfeltet blant legestudenter er de største utfordringene for å sikre god nok legedekning og stabilitet i psykiatrien.

Figur 3.15 oppsummerer respondentenes svar på spørsmålet om hva som kan gjøres for å bedre rekrutteringssituasjonen?

Figur 3.15 Respondentenes svar på spørsmålet "Har du noen forslag til hva som kan gjøres for å bedre rekrutteringssituasjonen?". N=79.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

teringssituasjonen innen psykiatri ved å gjøre arbeidet mer attraktivt.²²

Det er bred enighet blant intervjuobjektene og respondentene i spørreundersøkelsen om at det er viktig med en politisk satsning på psykiatrien som fagfelt. I intervju uttrykkes det at satsningen bør innebære en økonomisk satsning, men at det vurderes som enda viktigere at politikere og lederne i helseforetak gjør fremsnakk av psykiatrifaget og det arbeidet som gjøres innen psykisk helsevern. Ifølge flere intervjuobjekt vil dette trolig bidra til å styrke yrkets attraktivitet.

I spørreundersøkelsen svarer mellom 33 og 77 prosent at en politisk satsning på å øke statusen til psykiatrien som arbeidsplass vil bidra til å redusere rekrutteringsutfordringene, jf. figur 3.15. Det er klart flest som opplever dette i helse Nord, både av intervjuobjektene og respondentene i spørreundersøkelsen. Dette skyldes sannsynligvis at det i Nord er en større utfordring knyttet til små fagmiljø og geografisk beliggenhet, som gjør at behovet for å øke statusen til arbeidsplassen blir et viktigere virkemiddel.

²² I kapittel 4 blir utfordringen knyttet til å rekruttere studenter inn i psykiatrien diskutert.

Av flere intervjuobjekt trekkes det fram som viktig at Helsedirektoratet forsetter å arbeide med å vurdere innholdet i det psykiske helsevernstilbudet når det skal gjøres vurderinger av behov for nye stillinger. Det trekkes fram som særlig viktig at det prioriteres at psykiaterne har nok tid til pasientbehandling, både for å sikre et tjenestetilbud av høy kvalitet og for å gjøre yrket attraktivt.

Mellom 31 og 52 prosent av respondentene fra psykiatriske enheter ved helseforetak svarer at mer tid til pasientbehandling kan bidra til å bedre rekrutteringssituasjonen, jf. figur 3.15. At andelen er høyest i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Nord, skyldes sannsynligvis at det er ved de større enhetene at psykiaterne i størst grad opplever å få begrenset tiden til pasientbehandling, fordi andre yrkesgrupper tar en større del av tiden med pasienter og psykiatere prioriteres å brukes til medisinsk behandling.

Videre er det mellom 30 og 50 prosent som mener at større fagmiljø vil bidra til å bedre rekrutteringssituasjonen. Som nevnt tidligere trekkes små fagmiljø fram som en av de største utfordringene for å sikre rekruttering og stabilitet i psykiatrien. Intervjuobjektene erfarer at det særlig er for unge leger at det er viktig å ha et stabilt fagmiljø bestående av nok kollegaer. Dette er både fordi det oppfattes som tryggere å ha et miljø rundt seg og fordi en del unge leger er opptatt av et miljø som er stort nok for å legge til rette for ulike typer faglig utvikling. Flere intervjuobjekt forteller at unge leger de har ansatt i større grad enn tidligere er interesserte i stillinger som er delt mellom pasientbehandling og forskning.

I forbindelse med mulighet til faglig utvikling er spørsmålet om mer tid til etterutdanning og faglig fordyping

vil bidra til å bedre rekrutteringsutfordringene relevant. Mellom 11 og 46 prosent svarte at dette ville bidra til å bedre rekrutteringsutfordringene. At enhetene i Helse Nord både mener bedre tid til etterutdanning og faglig fordyping og større fagmiljø vurderes som viktigere enn i de andre regionene, tyder på at det er her fagmiljøene er minst og hvor det i minst grad er mulighet for faglig fordyping.

Selv om enkelte intervjuobjekt nevnte at det er viktig å ha psykiatere i lederstillinger for å sikre forståelse for fagfeltet hos ledelsen, virker dette ikke å være noe som oppfattes som de viktigste tiltakene blant respondentene i spørreundersøkelsen. Kun mellom 8 og 9 prosent svarte at flere psykiatere i lederstillinger vil bidra til å bedre rekrutteringssituasjonen, jf. figur 3.15.

Videre blir det i intervju og i fritekst i spørreundersøkelsen trukket fram et behov for å gjøre ytterligere arbeid for å tydeliggjøre arbeids- og ansvarsfordeling innen psykisk helsevern. Det pekes på en manglende tydelig ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten. I 2020 ble 23 prosent av henvisningene til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten avvist, andelen er mer enn fem ganger høyere enn for henvisninger med plager i muskel og skjelett (VG, 2021).

Hvilke vurderinger som ligger til grunn for den høye andelen avviste henvisninger er usikkert, men i intervjuer er det pekt på utilsiktede forskjeller i hvilken behandling som tilbys. Det er et behov for å fortsette arbeidet med å redusere disse forskjellene. Videreutvikling av pakkeforløp blir et viktig arbeid i denne sammenheng.

4 Omfanget av LIS-stillinger er viktig for framtidens tilbud av leger

For å imøtekomme behovene for både flere fastleger og psykiatere er det sentralt at det utdannes flere leger. 25 og 19 prosent av respondentene innen henholdsvis kommunene og psykiatrien mener at det er behov for flere LIS1-stillinger. Videre peker 42 prosent av lederne for psykiatriske enheter og 39 av kommunerepresentantene på at det er behov for henholdsvis å opprette flere LIS3-stillinger og opprette flere ALIS-avtaler.

I dette kapittelet vil vi først beskrive det anslåtte behovet for helsepersonell framover og så modellen for spesialistutdanning og omfanget av denne. Deretter vil vi beskrive ordninger som er etablert for å sikre framtidens tilbud av leger.

4.1 Nasjonal modell for spesialistutdanningen

I 2017 ble den tradisjonelle turnustjenesten for leger erstattet med den nye ordningen for spesialistutdanning. ²³ En lege i spesialisering (LIS) er under utdanning for å bli spesialist. Det er i alt 46 spesialiteter å velge mellom, og hver spesialisering inneholder egne læringsmål som beskriver hva en ferdig spesialist skal forstå, ha kunnskap om og selvstendig kunne utføre. Læringsmålene er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i spesialistforskriften.

4.1.1 Oppbygging av spesialistutdanningen

Spesialistutdanningen har en varighet på minimum seks og et halvt år, og består av tre deler:

- LIS1 er første del av utdanningen, og tilsvarende tidligere turnustjenesten. En obligatorisk felles plattform for alle som skal spesialisere seg i Norge. Består av ett år på sykehus (spesialisthelsetjenesten) og et halvt år i allmenntilleggsmedisin i en kommune.
- LIS2 er utdanningens andre del, men kun kirurgiske og indremedisinske spesialiteter gjennom-

fører LIS2. Formålet er å gi felles kunnskap for grupper med beslektede spesialiteter. Spesialiseringene uten del 2 går direkte fra LIS1 til LIS3.

- LIS3 er siste del av utdanningen, og inneholder bestemte læringsaktiviteter som er spesifikke og tilpasset for hver enkelt spesialitet.

I tillegg til LIS1, LIS2 og LIS3 skal kandidaten under hele spesialiseringsperioden gjennom felles kompetansemoduler (FKM). Kompetansemodulene er, som navnet tilsier, felles for alle spesialiseringene.

Det er de regionale helseforetakene som skal tilrettelegge for at regionens behov for utdanning av spesialister til spesialisthelsetjenesten blir dekket. Helseforetakene ved de enkelte sykehusene er formelt sett en utdanningsinstitusjon med hovedansvar for utdanning av spesialister, og skal ha en plan for hvordan læringsmålene kan oppnås gjennom læringsaktiviteter (Beitland & Søyland, 2020).

4.1.2 Antall spesialiseringsstillinger

Alle som har (eller kvalifiserer for) autorisasjon eller LIS1-lisens, og som ikke tidligere har gjennomført norsk turnustjeneste, kan søke på stillingene. Ved tilsetting i LIS1-stilling skal søkeren dokumentere autorisasjon som lege eller LIS1-lisens og tilstrekkelige norskkunnskaper for en forsvarlig yrkesutøvelse. Stillingene blir lyst ut to ganger per år. Siden ordningen ble innført har antall søkere vært betydelig høyere enn antall tilbudte stillinger.

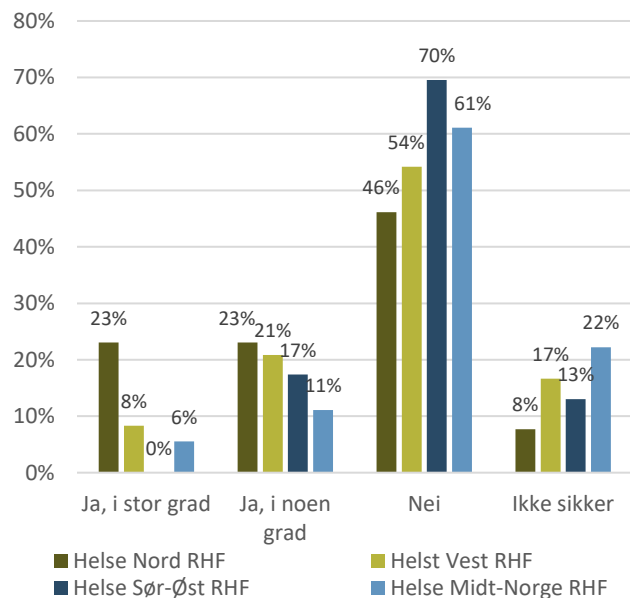
I 2019 var det i overkant av 1 000 personer som startet i LIS1-stilling i Norge. Samlet sett var det ansatt 5 430 personer i LIS-stillinger i helseforetakene.

Begge spørreundersøkelser og intervju med representanter for fastleger og psykisk helsevern gir et overordnet inntrykk av at det ikke er utfordringer med å fylle opprettede LIS1-stillinger, jf. figur 4.1 og 4.2.

²³ Årsaken til at det ble etablert en ny ordning var at turnustjenesten ikke var søknadsbasert, som innebar at norske søkere ble sidestilt med søkere fra EØS/EU. Konsekvensen var lange køer, som skulle unngås med innføringen

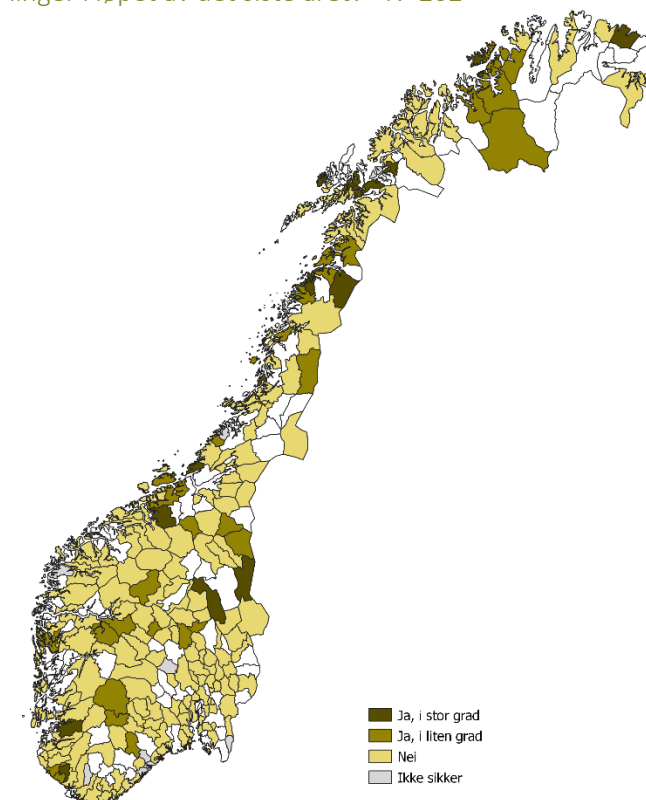
av en søknadsbasert ordning, som LIS er. Først fra 1. januar 2019 ble LIS1 gjort til en obligatorisk del av spesialiseringen for *alle*, også de med utdanning fra andre land.

Figur 4.1 Respondentenes svar på spørsmålet "Har dere hatt utfordringer med rekruttering til LIS1-stillinger i løpet av det siste året?" N=79



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

Figur 4.2 Respondentenes svar på spørsmålet «Har dere hatt utfordringer med rekruttering til LIS1-stillinger i løpet av det siste året?» N=262



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til kommuner.

På spørsmål om enheten har hatt utfordringer med rekruttering til LIS1-stillinger i løpet av det siste året, var det et flertall av helseforetakene som svarte «Nei». Denne andelen var klart størst blant helseforetakene under Helse Sør-Øst RHF, og minst blant helseforetakene under Helse Nord RHF. Helse Nord har flest LIS1-stillinger per innbygger. Som figur 4.1 viser, var det allikevel et klart flertall av helseforetakene som opplevde at de ikke hadde utfordringer med rekruttering til LIS1. Det samme gjelder for kommunene, jf. figur 4.2.

Utfordringen er knyttet til å få legene til å bli værende ved enheten eller i kommunen, både for å gjennomføre LIS3 og å bli værende etter fullført spesialisering.

4.1.3 Spesialisingsløpet er den viktigste rekrutteringskilden til psykiatrien

I Helsedirektoratets rapport om leger fra 2020 oppgis det at det var 212 og 552 LIS-stillinger innen henholdsvis barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020b). Dette tilsvarte henholdsvis om lag 41 og 34 prosent av overlegene.

Leger i spesialisering som har sin ansettelse i Psykiatrisk sykehusavdeling roterer til forskjellige poster i avdelingen for å få all nødvendig tjeneste og alle læringsmål for å søke spesialistgodkjenning psykiatri. Intervjuobjektene erfarer at å ansette personer i LIS-stilling bidrar til å avlaste arbeidsmengden til de godkjente spesialistene, men det krever også andre ressurser gjennom opplæring og veiledning. Å se antallet overleger i sammenheng med antallet i LIS er altså viktig fordi det er overlegene som i hovedsak har ansvaret for oppfølging av legene som er i spesialisingsløpet.

Samtlige intervjuobjekter som representerer helseforetakene forteller at den største andelen av de godkjente spesialistene i psykiatri ved deres enhet, har tatt sin spesialisering i enheten. Årsaken er både at det gir enheten mulighet til å bli kjent med og forme

kandidaten, men også at det oppleves som svært utfordrende å lykkes med rekruttering av ferdige spesialister. Særlig hvis det skal stilles krav om at spesialisten skal kunne norsk. Det vurderes som utfordrende for kvaliteten på tjenesten med en stor andel utenlandske spesialister med manglende språk- og kulturforståelse. Flere intervjuobjekter forteller at de derfor har derfor gått helt vekk fra å rekruttere ferdige spesialister. Fordi spesialisingsløpet er den hovedformen for rekruttering, er det særlig viktig at helseforetakene får rekruttert personer til psykiatrisk spesialisering (LIS3).

Selv om de fleste ikke opplever utfordringer med rekruttering av kandidater til LIS1, jf. figur 4.1, er det flere av respondentene som opplever utfordringer knyttet til rekruttering til LIS3-stillinger, jf. figur 4.3. Blant respondentene i spørreundersøkelsen, svarer flertallet at de i noen grad har hatt utfordringer med rekruttering til LIS3-stillinger. Unntaket er Helse Sør-Øst RHF, der flertallet av regionens helseforetak svarer at de ikke har hatt problemer med rekruttering til LIS3-stillinger.

Videre er det flere av intervjuobjektene som forteller at en utfordring er for få overleger for å kunne følge opp dem som er i spesialisering. Dette kan både føre til at enheten velger å ansette færre leger i spesialisering, eller at de som har vært i LIS1 ikke velger å fortsette sin spesialisering i psykiatrien fordi de opplever manglende oppfølging og fagmiljø, og høyt arbeidspress.

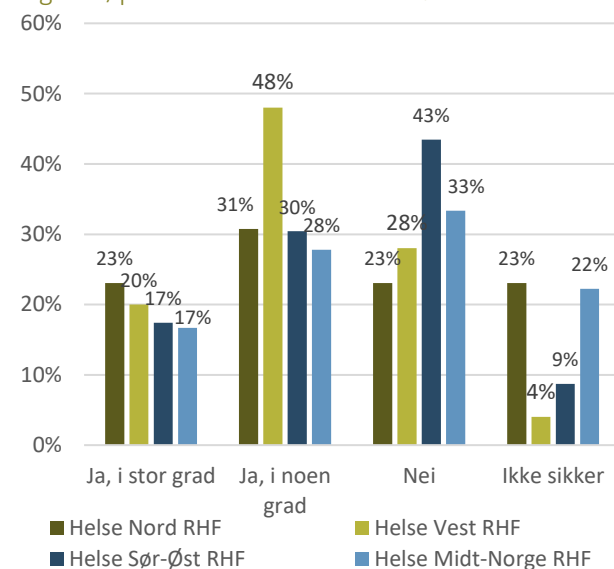
Et av intervjuobjektene fra et lite sentralt sted trekker fram at om lag 30 prosent av de som arbeider i en LIS3-stilling hos dem, blir værende etter utdanningen. En stor andel av dem som velger å ikke bli værende reiser fordi de har blitt tilbudt en stilling i større byer. Flere intervjuobjekter erfarer at unge leger ønsker seg et større fagmiljø og har en preferanse for å bo i sentrale strøk. Flere erfarer også at de unge legene

ønsker å ikke bare jobbe med pasienter, men også drive med litt forskning, hvilket fremmer behovet for et større fagmiljø miljø.

For å redusere risikoen for at LIS3-kandidatene ikke blir værende, er det flere av helseforetakene som forsøker å rekruttere personer med lokal tilhørighet. I tillegg trekkes det fram som viktig å prioritere å skape gode utdanningsforhold for personer i LIS1, LIS3 og studenter.

Fra det opprettes en LIS1-stilling, til en psykiater blir ferdig spesialisert, tar det minimum 6,5 år.²⁴ Dette innebærer at en politisk satsning på psykisk helsevern i dag, sannsynligvis ikke vil bidra til en vesentlig bedring i arbeidssituasjonen før om flere år. At det tar tid å utdanne spesialistene taler for at satsningen bør skje så raskt som mulig fordi det tar lang tid. For å korte ned på spesialiseringstiden, er det viktig å sikre rotasjon i arbeidet så de får nådd målene sine. Rotasjonen passer ikke nødvendigvis med behovene i drift, derfor er ikke dette nødvendigvis lett å få til.

Figur 4.3 Respondentenes svar på spørsmålet «Har dere hatt utfordringer med rekruttering til LIS3-stillinger i løpet av det siste året?» N=79.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

²⁴ Det tar 1,5 år å gjennomføre en LIS1-stilling, og minimum 5 år å gjennomføre et LIS3-løp etter dette.

Flere intervjuobjekter forteller at deres enhet likevel prioriterer å få LIS-kandidatene gjennom utdanningsløpet, selv om aktivitetene som da gjøres ikke nødvendigvis dekker de største behovene ved enheten.

Å jobbe med akutt- og sikkerhetspsykiatri er mindre attraktivt for unge leger fordi de blir et helt annet arbeidspress. Intervjuobjektene erfarer at det er ved denne type enhet at stabile, trygge og robuste fagmiljø er særlig viktig for å kunne sikre et tjenestetilbud av god kvalitet.

4.1.4 Krav om spesialisering i allmenntidmedisin for nye fastleger

I 2017 ble det innført krav (kompetanseforskriften) om at leger som ansettes i eller inngår avtale med en kommune om fastlegepraksis må være spesialist i allmenntidmedisin eller under spesialisering. Kravet har som formål å heve kvaliteten på primærhelsetjenesten, som yter stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester i kommunene (Regjeringen.no, 2017).

Ved utgangen av 2020 hadde 63 prosent av landets fastleger gjennomført spesialisering i allmenntidmedisin (Helsedirektoratet, 2021c). Det er nokså store variasjoner mellom fylkene. I Oslo hadde om lag 72 prosent av fastlegene gjennomført spesialisering, mens andelen i Nordland var på kun om lag 49 prosent. Andel fastleger med spesialitet i allmenntidmedisin er økende.

Ifølge helsedirektoratet (2018) ligger årlig antall nye spesialister i allmenntidmedisin på om lag 190 personer. Med spesialiseringstid på 8 år i gjennomsnitt betyr det at det til enhver tid er 1 520 ALIS-kandidater på ulike steder i spesialiseringsløpet.

For allmenntidleger i spesialisering (ALIS) er det kommunen som skal være registrert som utdanningsvirksomhet. ALIS gjennomføres primært i primærhelsetjenesten. Kommunen har ansvar for å tilrettelegge

for helhetlige utdanningsløp og individuell utdanningsplan for den enkelte, samt løpende vurdering og dokumentasjon på oppnådde læringsmål.

Spesialiseringsreglene for allmenntidmedisin omfatter krav til følgende områder:

- Allmenntidmedisinsk tjeneste
- Individuell og gruppeveiledning²⁵
- Deltakelse i grunnkurs og emnekurs
- Attesterte praktiske ferdigheter
- Kompetanse i samhandling og selektert pasientpopulasjon

Samlet sett er det krav om minst fire år tjeneste i allmenntidmedisin. Minst to av årene skal foregå i åpen uselektert allmenntidpraksis, dette innebærer i hovedsak praksis som fastlege. Kandidaten skal også delta i legevaktordning der dette finnes.

Ut over krav til praksis og deltakelse i veiledningsaktiviteter, knytter de øvrige spesialiseringsreglene seg i hovedsak til å tilegne seg kompetanse og dokumentasjon av oppnådde læringsmål. Her inngår en blanding av obligatoriske og valgfrie kurs og praksis, som også kan involvere spesialisthelsetjenesten.

På samme måte som for spesialisering i psykiatri, tar det minst mellom fem år å få godkjent spesialisering i allmenntidmedisin. Det er derfor behov for relativt lang tidshorison, når kapasitet og dimensjonering av utdanningstilbudet skal bestemmes.

4.2 Flere faktorer peker i retning av fortsatt økt behov for helsepersonell i årene framover

Demografiske endringer og befolkningens preferanser helsehjelp er sentrale årsaker til at behovet for helsetjenester øker. Med økende inntekt kan det være ytterligere preferanser for å sikre god helse

²⁵ Det er forskriftsfestet både individuell og gruppeveiledning i ALIS. Den individuelle veiledningen skal i gjennomsnitt utgjøre minst fire timer per måned

i 10,5 av årets måneder. ALIS skal delta i gruppeveiledning over minimum to år.

gjennom hele livet, som stiller enda høyere krav og større behov for helsetjenester.

I en undersøkelse om befolkningens holdninger til helsepolitiske spørsmål avdekkes det at oppgavene i helsetjenesten vurderes som den største politiske utfordringen, etter økende arbeidsledighet (Kantar, 2021). Hele 41 prosent av befolkningen svarer at oppgavene i helsetjenesten er blant de største politiske utfordringene i 2021.²⁶ Det er særlig i helseregion Nord at mange svarer at oppgavene i helsetjenesten vurderes som den største utfordringen i Norge (54 prosent). Helse og omsorg er også den sektoren som flest mener burde prioriteres over andre samfunnssektorer i statsbudsjettet. Videre mener 39 prosent av befolkningen at regjeringen bør prioritere å sørge for nok helsepersonell med riktig kompetanse i årene framover, en økning fra 29 prosent i 2018.

I tillegg til eksisterende mangel, peker en rekke analyser på et økende behov for helsepersonell i årene framover (Statistisk sentralbyrå, 2020; Statistisk sentralbyrå, 2019; SØA, 2018). Økningen skyldes i hovedsak en økende andel eldre, som har behov for både helse- og omsorgstjenester. Samtidig stiller befolkningen høye krav til helsetjenestene og pasientene har sammensatte behov og helseutfordringer. Dette forsterker eksisterende utfordringer.

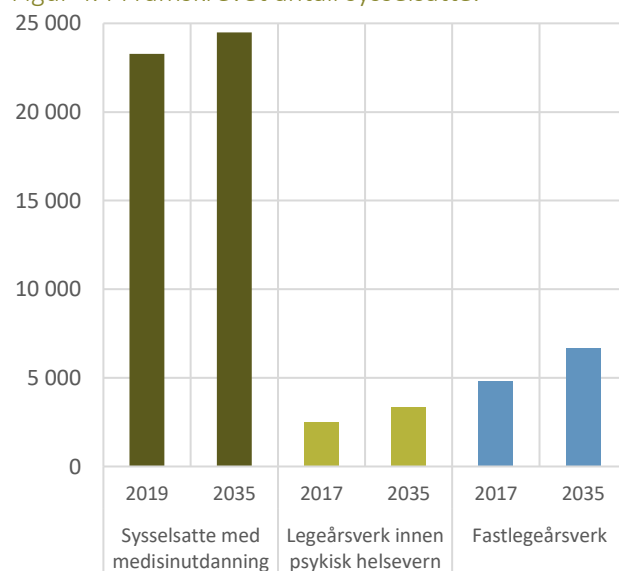
SSB (2020) framskriver antallet sysselsatte med medisinstudium til om lag 25 000 i 2040, jf. figur 4.5. Dette tilsvarer en vekst på 7 prosent mellom 2019 og 2040. Til sammenligning anslås det en vekst på 5 prosent for samlet sysselsetting. Det økende behovet for helsepersonell, gjelder ikke bare for leger. Blant alle utdanningene innen helse- og sosialfag er veksten høyest for ansatte med kort høyere utdanning, som blant annet omfatter sykepleiere, med 32 prosent mellom 2019 og 2040.

SSB (2019) framskriver arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. I perioden 2017–2035 tilsier framskrivningene en økning på 1 900 årsverk blant fastlegene, til om lag 6 700 i 2035. Samme rapport framskriver en vekst i legeårsverk i psykiatrien på rundt 30 prosent, det tilsvarer 868 flere årsverk. Det indikerer betydelig vekst i behovet for leger spesialisert innen psykiatri, og sterkere vekst enn for sysselsatte med medisinstudium samlet sett.

Samlet sett indikerer framskrivningene i figur 4.4 en netto økning i behovet for fastleger og spesialister i psykiatri tilsvarende 126 fastlegeårsverk og 48 legeårsverk innen psykiatri, hvert år fram mot 2035.

Merk at analysen ikke framskriver vekst i årsverk for leger med spesialisering innen psykiatri spesifikt. I 2020 var det 1 758 sysselsatte psykiatere, jf. kapittel 3.2. Dersom vi legger til grunn at behovet for leger med spesialisering i psykiatri følger den framskrevne utviklingen i legeårsverk innen psykisk helsevern, ender vi opp med 500 flere sysselsatte, eller 35 flere per år.

Figur 4.4 Framskrevet antall sysselsatte.



Kilde: SSB (2020) og SSB (2019).

²⁶ Til sammenligning svarer 37 og 29 prosent at henholdsvis klimaendringer og innvandring og integrering er de største utfordringene. 43 prosent svarer at økende arbeidsledighet er blant de største utfordringene.

4.3 Samtidig vil flere gå av med pensjon

Når utdanningssystemet og rekrutteringsgrunnlaget for leger med spesialisering i allmenmedisin og psykiatri skal dimensjoneres, det økte bemanningsbehovet på den ene siden. Samtidig må det tas hensyn til at personer går ut av yrkene, enten som følge av alderspensjonering eller andre årsaker. Økningen i figur 4.4 representerer dermed en *netto* økning i behovet for fastleger og psykiatere. I tillegg kommer behov for å erstatte personer som går ut av yrkene.

Fordi både pensjonsalder og andre årsaker til å gå ut av yrkene varierer, er det vanskelig å gi eksakte estimater på hvor mange som må erstattes hvert år.

For både fastleger og psykiatere kan antallet som går av med alderspensjon anslås med utgangspunkt i aldersfordelingen blant dagens leger. Vanlig pensjonsalder i Norge er 67 år, men det er mulig å stå både kortere og lenger i arbeid. For eksempel var om lag 5 prosent av fastlegene over 67 år i 2020.

Legger vi likevel til grunn at et flertall av legene går av med alderspensjon ved fylte 67 år, vil i snitt alle fastleger og psykiatere som er mer enn 53 år i 2021 gå av med pensjon innen utgangen av 2035.²⁷

Totalt utgjør dette i overkant av 1 600 fastleger. I gjennomsnitt vil derfor anslagsvis 115 fastleger gå av med alderspensjon hvert år, fram mot 2035.

Om lag 660 yrkesaktive leger med spesialisering i psykiatri er 53 år eller eldre i 2021. Anslagsvis vil dermed i underkant av 50 leger med spesialisering i psykiatri gå av med pensjon hvert år, fram mot 2035.

I tillegg til alderspensjonistene, kommer personer som av andre årsaker går ut av yrket. Dette gjelder særlig i de yngre aldersgruppene. For fastlegene er det observert en økning i denne avgangen de siste årene. Dersom innførte tiltak opprettholder og øker

²⁷ Vi har benyttet aldersfordelingen blant alle yrkesaktive leger med spesialisering for å fordele fastleger og leger med spesialisering i psykiatri på ett-årig alder, jf. SSB tabell 07939.

attraktiviteten, kan imidlertid avgangen fra disse gruppene falle igjen.

4.4 Anslått behov for fastleger og psykiatere fram mot 2035

SSB (2019) framskriver en balanse i den samlede etterspørselen etter og tilgangen på leger, fram mot 2035. Framskrivningene skiller imidlertid ikke eksplisitt mellom utviklingen i de enkelte spesialitetene, som kan variere betydelig. Analysen av situasjonen for fastlegene og sykehuslegene innen psykiatri i kapittel 2 og 3 i denne rapporten, har vist at det allerede er betydelige utfordringer på disse områdene.

Basert på SSBs framskrivninger av behov, anslått antall fastleger og leger med spesialisering i psykiatri som går av med alderspensjon og den estimerte mangelen på de to yrkesgruppene fra kapittel 2 og 3 er det mulig å anslå et samlet behov for nye spesialister.

Samlet sett tilsier beregningene over et behov for om lag 3 600 nye fastleger fram mot 2035. Det tilsvarer om lag 260 nye hvert år, jf. tabell 4.1.

For fastlegeordningen, indikerer beregningene at det er behov for å øke tilgangen på fastleger betydelig, sammenlignet med utviklingen de seneste årene. Dette gjenspeiler både mangelen på fastleger kommunene opplever i dag, men også økte behov for kommunale helsetjenester i årene framover.

Tabell 4.1 Anslått samlet behov for fastleger, fram mot 2035

	Totalt	Årlig
Netto økning i behovet for fastlegeårsverk (SSB)	1 770	126
Går av med alderspensjon	1 621	116
Mangel på fastlegehjempler	231	17
Sum	3 622	259

Kilde: SØA.

Til sammenligning har antall fastlegehjemler økt med rundt 100 hjemler i året over de siste årene. Nesten 40 prosent av disse er imidlertid hjemler som ikke er tilknyttet en fast lege. Dette tilsier at det opprettes lang færre hjemler enn det er behov for. Videre er det langt fra sikkert at nyopprettede hjemler vil være lette å få bemannet. Imidlertid vil sannsynligvis fastlegeyrket vil vurderes som mer attraktivt for unge leger dersom arbeidsmengden reduseres når det opprettes flere hjemler.

Gjøres samme beregning for leger med spesialisering i psykiatri, anslås det et samlet behov for 1 400 personer fram mot 2035. Det tilsvarer et årlig behov på rundt 100 leger, jf. tabell 4.2.

Til sammenligning har det i gjennomsnitt vært gitt om lag 115 nye spesialistgodkjenninger innen psykiatri de siste årene.²⁸ Om lag 15 prosent av personene med spesialistgodkjenning innen psykiatri i dag, som ikke arbeider i helse- og sosialnæringene, jf. kapittel 3.2. De 85 prosentene som arbeider innen helse- og sosialnæringer er imidlertid ikke nødvendigvis sysselsatt ved et sykehus, og kan for eksempel være avtalespesialister eller arbeide i privat sektor. Likevel vil dette utgjøre tilbudet av spesialister i psykiatri, som kan rekrutteres til sykehus. Legger vi til grunn samme antall godkjenninger framover, virker det å være omtrent samsvar mellom behovet for og antallet spesialistgodkjenninger innen psykiatri de siste årene.

Tabell 4.2 Anslått samlet behov for leger med spesialisering i psykiatri, fram mot 2035

	Totalt	Årlig
Netto økning i behovet for legeårsverk innen psykisk helsevern (SSB)	494	35
Går av med alderspensjon	623	44
Mangel på spesialister	282	20
Sum	1 399	100

Kilde: SØA.

Likevel er det slik at disse spesialistene kan arbeide i ulike funksjoner. Det bør derfor rettes spesifikk oppmerksomhet mot å rekruttere disse spesialistene til stillinger og oppgaver der det er udekkede behov.

Det er også viktig å bemerke at mangelen på spesialister tar utgangspunkt i svar fra spørreundersøkelsen til ledere i helseforetak, jf. 3.3.1. 282 er summen av ubesatte stillinger og behovet for nyopprettede stillinger rapportert av respondentene. I spørreundersøkelsen er det om lag halvparten av lederne som har mottatt undersøkelsen som har svart, jf. kapittel 1.3. Dette indikerer at 282 sannsynligvis er et nedre anslag på mangelen på sykehusleger i psykiatrien. Dermed vurderes det som sannsynlig at behovet for sykehusleger i psykiatrien overstiger tilbudet som følger av dagens nivå for årlige godkjente spesialister.

Beregningene som er presentert over er kun anslag, og må tolkes i tråd med de usikkerhetene og unøyaktighetene som er forbundet med slike beregninger. Likevel kan vi bruke resultatene som indikatorer, som grunnlag for en vurdering av situasjonen framover.

4.5 Flere tiltak er etablert for å øke attraktivitet og sikre stabilitet for leger framover

Både i litteratur, intervju og i spørreundersøkelsen har det blitt foreslått flere tiltak for å sikre stabiliteten for leger i framtiden gjennom. Overordnet er tiltakene knyttet til å sikre at det er nok spesialiseringstillinger for å sikre behovet framover, og at disse stillingene får nok søkere som fullfører spesialiseringen. Mens antallet stillinger i hovedsak er knyttet til politiske satsninger på feltene, er det yrkenes arbeidsforhold og krav til rekruttering som sannsynligvis vil å størst påvirkning på gjennomføringen. Det holder altså ikke at det er et samsvar mellom antallet studieplasser og behovet, dersom stadig færre ønsker å gjennomføre spesialisering innen allmenntidmedisin eller psykiatri.

²⁸ Gjennomsnittet er beregnet for årene 2016, 2018 og 2019. 2017 er utelatt på grunn av unormalt høyt antall godkjenninger, jf. kapittel 3.2.

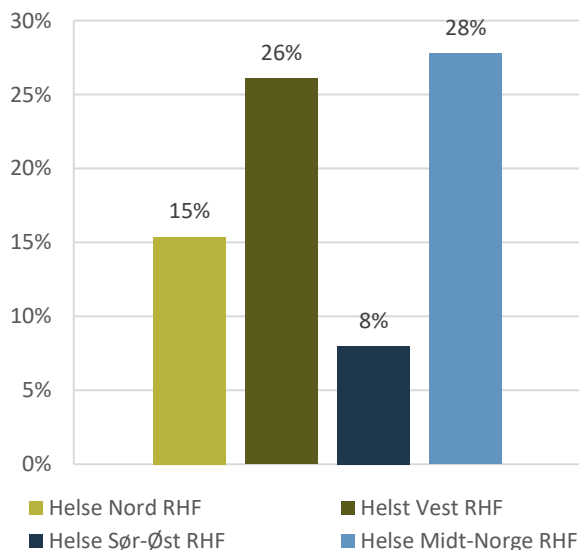
4.5.1 Opprette flere LIS-stillinger

I spørreundersøkelsen svarer nærmere 19 prosent av helseforetakene og 25 prosent av kommunene at det bør settes av midler til å opprette flere LIS1-stillinger, jf. figur 4.5 og 4.6. Det virker altså ikke å være utfordringer med å rekruttere leger til LIS1, og et behov for å kunne opprette flere stillinger. I spørreundersøkelsen til kommuner svarer 12 prosent at for få LIS1-stillinger er en av årsakene til at det er utfordrende å rekruttere fastleger.

Antallet ekstra LIS1-stillinger det er behov for er usikkert. Årsaken er at disse stillingene både skal dekke behovene for fastleger og sykehusleger i psykiatrien, men også alle andre legespesialiteter.

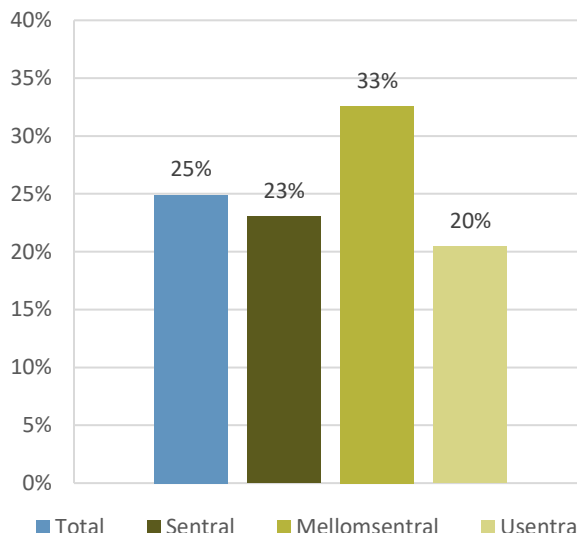
Videre er det relevant å bemerke at fastlegene og sykehuslegene i psykiatri i noen grad konkurrerer om de samme kandidatene. Dette pekes på av flere intervjuobjekter.

Figur 4.5 Andel respondenter som har svart at avsatte midler til å opprette flere LIS1-stillinger i helseforetakene vil bedre rekrutteringssituasjonen. N=79.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

Figur 4.6 Andel respondenter som har svart at avsatte midler til å opprette flere LIS1-stillinger i kommunene vil bedre rekrutteringssituasjonen. N=259.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til kommuner.

En fastlege er bekymret for at psykiatrien rekrutterer kandidater fra allmennmedisin. Han erfarer at flere søkere han har vært i dialog med har valgt å søke seg inn i spesialisthelsetjenesten fordi det er mer ordnende forhold. Det er altså studenter som kunne blitt fastleger, men som velger å gå over til psykiatri.

Det kan også være aktuelt å påvirke innretningen og gjennomføringen av LIS1. Et intervjuobjekt fra psykiatrien peke på viktigheten av at nye LIS1-stillinger som opprettes opparbeider erfaring fra psykiatrien i løpet av utdanningsløpet, da dette ikke nødvendigvis er tilfelle. Sannsynligvis vil andelen som søker seg videre til spesialisering i psykiatri øke dersom flere har hatt en positiv opplevelse som LIS1-leger i psykiatrien.

For at et økt antall LIS1-stillinger skal ha positiv virkning på stabiliteten blant fastlegene og psykiaterne, er det en forutsetning at det er nok leger som kan veilede dem i spesialisering for å sikre trivsel og derigjennom rekruttering til de relevante spesialiseringene i LIS3.

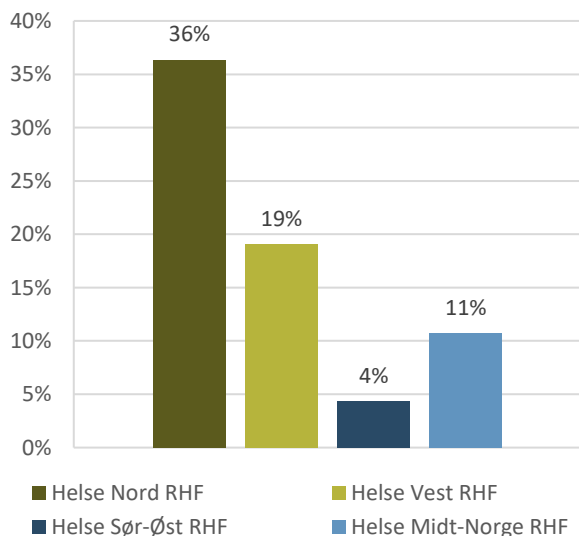
4.5.2 Midler til å opprette flere LIS3-stillinger

I spørreundersøkelsen til helseforetak svarer totalt 16 prosent at få LIS3-stillinger er en årsak til at det er utfordrende å rekruttere, jf. figur 4.7. Videre svarer totalt 42 prosent at det bør settes av flere midler til å opprette LIS3-stillinger. Det er klart flest som opplever dette som en løsning i Helse Midt-Norge hvor hele 83 prosent svarer at det bør settes av midler til å opprette flere LIS3-stillinger, jf. figur 4.8. Få LIS3-stillinger virker ikke å være hovedutfordringen, men kan være en god løsning for å bedre rekrutteringssituasjonen.

Som nevnt over er det i gjennomsnitt behov for om lag 100 nye spesialister innen psykiatri de kommende årene, jf. tabell 4.2. En stor andel av disse vil sannsynligvis komme fra personer som fullfører LIS3, altså nye spesialistgodkjenninger. Over halvparten av respondentene svarer at de enten i stor eller noen grad har utfordringer med å rekruttere til LIS3-stillinger, jf. figur 4.3.

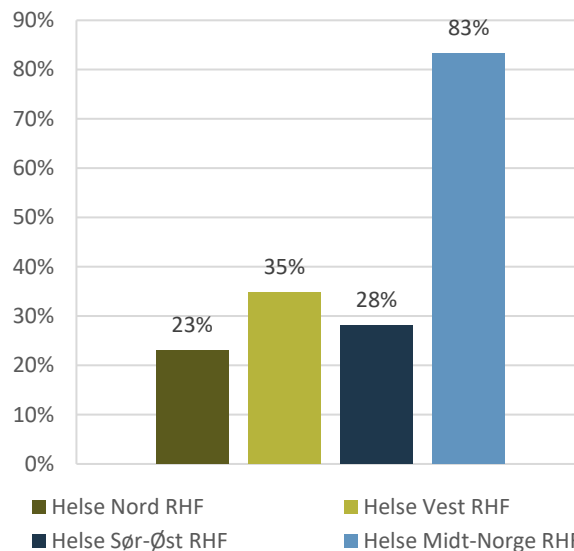
Merk at det kan være hensiktsmessig å prioritere å rekruttere personer med ferdig spesialisering som ikke arbeider i psykiatrien, i tillegg til å utdanne nye spesialister.

Figur 4.7 Andel respondenter som har svart at for få LIS3-stillinger er en årsak til utfordringen med å rekruttere psykiatere. N=79.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

Figur 4.8 Andel respondenter som har svart at avsatte midler til å opprette flere LIS3-stillinger i helseforetakene vil bedre rekrutteringssituasjonen. N=79.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til helseforetak.

4.5.3 ALIS-tilskudd viktig for attraktiviteten

Det er bred enighet om at det er sentralt å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt for medisinstudenter. Flere intervjuobjekter trekker fram at tilskuddsordningen til ALIS-avtaler er et viktig tiltak for å sikre rekruttering av fastleger. Målet med ordningen er å øke antall fastleger i kommunene, redusere antall ledige fastlegeavtaler og øke stabiliteten blant allmennleger i spesialisering gjennom tilskudd. I 2020 var det avsatt 66 millioner kroner til tilskuddsordningen.

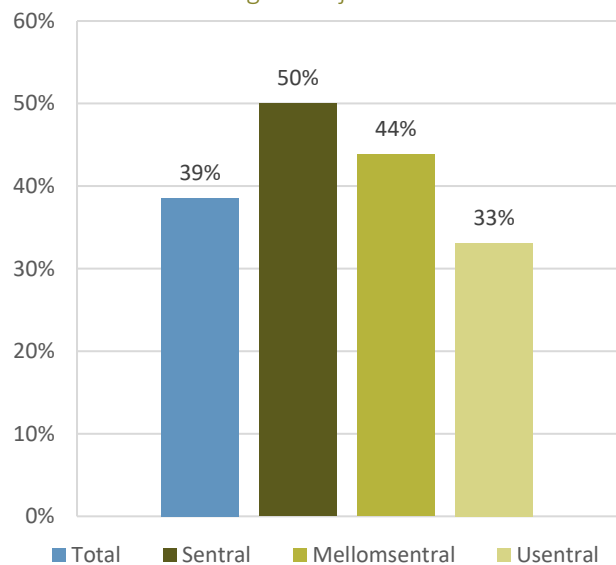
Med ALIS-avtale menes avtale mellom kommune og LIS-lege om særskilte rekrutteringstiltak som går utover og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som utgår fra spesialistforskriften. LIS-legen kan være ansatt i kommunen eller drive privat næringsdrift. Tilskuddsmidler innvilget over denne tilskuddsordningen var i utgangspunktet kun for LIS-leger i privat næringsdrift og til tiltak som har økonomiske konsekvenser for kommunen forbindelse med gjennomføring av læringsaktiviteter. I 2021 ble ordningen utvidet til å gjelde også fastlønnede leger.

Det er et mål å gi mulighet for tilskudd for flest mulig leger i allmennlegespesialisering i kommuner med rekrutteringsutfordringer. Det forutsettes at kommunen bidrar med 20 prosent finansiering per år ved inngåelse av ALIS-avtaler. Over denne tilskuddsordningen kan det gis inntil 240 000 kroner i tilskudd per år per ALIS-avtale. I årene siden ordningen ble innført har midlene i liten grad blitt brukt opp, hvilket kan skyldes en ressurskrevende søknadsprosess for kommunen.

I spørreundersøkelsen svarer fire av ti at å avsette midler til å øke antall ALIS-avtaler vil bidra til å bedre rekrutteringssituasjonen for fastleger. Andelen er høyest i sentrale kommuner. Forskjellen kan skyldes at disse generelt oppgir et behov for større kapasitet i fastlegetjenesten enn mindre sentrale områder. I mindre sentrale områder kan det i større grad være hensiktsmessig å avsette midler til å bedre vilkårene i eksisterende avtaler, jf. kapittel 3.3.

Blant kommunene får forslaget om å avsette midler til flere ALIS-avtaler høyere oppslutning enn forslaget om å opprette flere LIS1-stillinger.

Figur 4.9 Andel respondenter som har svart at avsatte midler til å opprette flere ALIS-avtaler i kommunene vil bedre rekrutteringssituasjonen. N=259.



Kilde: SØAs spørreundersøkelse til kommuner.

Det henger sannsynligvis sammen med at sistnevnte er et mindre målrettet tiltak for å rekruttere fastleger til kommunene, fordi LIS1 også kan gå videre til andre spesialiseringer enn allmennmedisin.

Det må bemerkes at respondentene i spørreundersøkelsen kan ha tolket formuleringen om ALIS-avtaler ulikt. Enkelte kan ha tolket formuleringen som en generell økning i antall stillinger for leger i allmennspesialisering. Andre kan ha tolket formuleringen som økt tilgang på tilskuddsordningen for ALIS-avtaler.

4.5.4 Krav om lokal tilhørighet kan øke sannsynligheten for langsiktig tilknytning

Et annet tiltak som blir trukket fram av flere intervjuobjekt, både fra psykiatrien og fastlegetjenesten, er å stille krav til søkere om lokal tilhørighet til det geografiske området stillingen befinner seg i. Dette kan for eksempel være at kandidaten har familie i området.

Formålet med å sette et krav om lokal tilhørighet, er å øke sannsynligheten for langvarig tiltredelse.

Tiltaket er særlig aktuelt for leger i LIS1, fordi det gjør det mer sannsynlig at disse vil bli værende i området etter at de første 1,5 årene av spesialiseringen er fullført. Flere av intervjuobjektene erfarer at LIS1-leger søker på stillinger i hele landet, delvis i frykt om å ikke få en plass og delvis fordi de er interessert i å oppleve stedet i en kort periode. For å sikre stabilitet kan det altså stilles krav som gjør det mer sannsynlig at kandidaten blir værende etter fullført LIS1.

5 Referanser

- Beitland, S., & Søyland, E. (2020). *Ny modell for LIS-utdanning*. Hentet fra OUS.
- Bhuller, M., & Aaberge, R. (2012). *Utviklingen av arbeidstilbudet i Norge*. SSB Økonomiske analyser 5/2012.
- Christiansen, T., & Sandvik, H. (2017). *Fastlegeordningen forvirrer - hva nå?* Tidsskr Nor Legefor 2017 (22).
- Confrere. (2020). *Videokonsultasjoner før, under og etter koronapandemien*. Hentet fra Confrere.
- Dagens Medisin. (2021). *Fikk 1,6 milliarder - vil ha 4,8*.
- Direktoratet for e-helse. (2021). *Utviklingstrekk 2021*.
- Direktoratet for forvaltning og IKT. (2019). *Innbyggerundersøkelsen - Hva mener innbyggerne?*
- EY og Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Oslo.
- FHI. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo.
- FHI. (2019). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/2019*. Folkehelseinstituttet, rapport 2019: 1.
- FHI. (2020). *Livskvalitet og psykisk helse under koronapandemien november-desember 2020*. Hentet fra Folkehelseinstituttet.
- Hansen, Kristoffersen, Lian, & Halvorsen. (2014). *Continuity of GP care is associated with lower use of complementary and alternative medical providers: a population-based cross-sectional survey*. BMC Health Services Research.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Hentet fra Regjeringen.
- Helsedirektoratet. (2015). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker*.
- Helsedirektoratet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2019a). *Aktivitetsdata for avtalespesialister*.
- Helsedirektoratet. (2019b). *Den gylne regel*. Hentet fra Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019c). *Sammenstilling av data fra allmennlegetjenesten*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2020a). *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2020b). *Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet. (2020c). *Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak (covid-19)*.
- Helsedirektoratet. (2021a). *Fastlegestatistikk*.
- Helsedirektoratet. (2021b). *Varighet på kommunenes avtaler med fastleger*.
- Helsedirektoratet. (2021c). *Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin*.
- Holdens ekspertgruppe. (2021). *Covid-19 – Samfunnsøkonomiske vurderinger*. Helsedirektoratet.
- Hunskår, S., Rebnord, I., Eikeland, O., & Morken, T. (2018). *Fastlegers tidsbruk*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.

- Ipsos og SØA. (2018). *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen*.
- Iversen, H., Bjertnæs, Ø., & Holmboe, O. (2019). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19*. Folkehelseinstituttet.
- Jelsness-Jørgensen. (2021). Majoriteten av studentene har opplevd redusert læringsutbytte etter overgang til heldigital undervisning. *Rektoratets blogg*.
- Johnsen, T., Norberg, B., Kristiansen, E., Zanaboni, P., Austad, B., Krogh, F., & Getz, L. (2021). *Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners*. *J Med Internet Res* 2021: 23(2).
- Johnsen, T., Norberg, B., Krogh, F., Sigurdsson, J., & Getz, L. (2020). *Komplekse problemstillinger i allmennpraksis - en prevalensstudie*. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020 (10).
- Kantar. (2021). *Helsepolitisk barometer - Befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål*.
- Kinge, Sælensminde, Dielemand, Vollset, & Norheim. (2017). Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway. *Health Policy*, 121(6), 691–698.
- Kjøs, P., Klippen, I., Hovgaard, H., Krokstad, S., Sletten, M. A., Lekang, B., . . . Lynne, C. (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien*.
- KS. (2019). *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2019*.
- Legeforeningen. (2019a). *Bedre psykiatri og rusbehandling*. Den norske legeforening.
- Legeforeningen. (2019b). *Fastlegesituasjonen forverret*.
- Legeforeningen. (2020). *Rammeavtale mellom De regionale helseforetak og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister - Kommentartutgave*.
- Legeforeningen. (2021). *Spesialister*.
- Lunde, S., & Lundgaard. (2019). *Levekårsundersøkelse om helse*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Meld. St. 26 (2014-2015). (u.d.). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Menon. (2018). *Fastlegeordningen i krise - Hva sier tallene*. Menon-publikasjon 83/2018.
- Nes, Aarø, Vedaa, & Nilsen. (2020). *Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- NHI. (2021). *Psykiatri*. Hentet fra NHI: <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/psykiatri/>
- NOU 2015: 17. (2015). *Først og fremst*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019*.
- OECD/EU. (2020). *Health at a glance: Europe 2020*. Paris: OECD Publishing.
- Rebnord, I., Eikeland, O., Hunskaar, S., & Morken, T. (2018). *Fastlegers tidsbruk*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research.

- Regjeringen.no. (2017). *Krav til spesialisering for leger i kommunene*.
- Sandvik, H., Hunskår, S., & Diaz, E. (2012). *Hvilke fastleger deltar i legevakt?* Tidsskr Nor Legeforen 2012(20).
- SSB. (2018). *Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager?* SSB analyse, 2018.
- Statistisk sentralbyrå. (2018). *Framskrivinger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. Oslo.
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Oslo.
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Framskrivinger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2040*. Oslo.
- Sæther, A., & Nærø, A. (2017). *Kampen om fastlegene*. VG.
- SØA. (2018). *Helse-Norge 2040 - Hvordan vil framtiden bli?* Oslo.
- Theie, Lind, Haugland, & Skogli. (2018). *Fastlegeordningen i krise - hva sier tallene?* Oslo: Menon.
- Trønderopprøret. (2018). *Fastlegeordningen 2.0 - En dybdeundersøkelse av arbeidsoppgavene og rammevilkårene blant norske fastleger og helsemedarbeidere*. Trondheim.
- Tømmerbakke, S. (2020). *Vi utdanner for få psykiatere i forhold til behovet*. Dagens medisin.
- VG. (2021). *Nær 1 av 4 avvist i psykisk helsevern i fjor*. Hentet fra Verdens Gang.
- Ådnes, M., Høiseth, J., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. Sintef.



SAMFUNNSØKONOMISK ANALYSE