

# Hva og hvem avgjør utdanningskapasiteten i legespesialitetene - i Helse Sør-Øst?

[Undertittel]

Trond Vartdal, Kull 33

Helseadministrasjon (master - erfaringsbasert)

30 [studiepoeng]

Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet



## Innhold

1. Innledning .....	3
2. Bakgrunn .....	6
Utdanningskapasitet .....	7
Aktører i spesialistutdanningen .....	9
Sårbare spesialiteter .....	12
3. Målsetning og beskrivelse av utgangspunktet .....	19
4. Materiale og metode .....	20
5. Resultater .....	24
5.1 Framskrivninger .....	24
5.2 Hvem avgjør utdanningskapasiteten .....	25
5.3 Enkeltfaktorer som legges til grunn ved opprettelsen av stillinger .....	25
5.4 Beskrivelse av enkelte spesialiteter .....	30
6. Diskusjon og noen anbefalinger .....	32
Anbefalinger, basert på denne oppgaven .....	35
7. Konklusjon .....	38
8. Referanser .....	40

## **Forord**

Veien inn til dette studiet i Erfaringsbasert master i helseadministrasjon har blitt til ved å ha sett helsevesenet fra mange ulike nivåer og vinkler, siden tidlig på 90-tallet. Samtidig har jeg erkjent at det er essensielt at legene ikke gir fra seg påvirkningsmulighet i helsevesenet, men heller aktivt tar del i administrasjon og ledelse av helsevesenet.

Jeg vil først og fremst takke min veileder, Anne Karin Lindahl. Jeg valgte henne, da jeg skulle skrive et forbedringsprosjekt på min forrige arbeidsplass. Men dette måtte endres, da jeg byttet arbeidsplass, og det ble uansett strukturelle endringer på den forrige, på grunn av pandemi. Men jeg hadde god kjemi med Anne Karin og var sikker på at jeg ønsket henne som veileder også i dette prosjektet, som ble ganske annerledes enn et forbedringsprosjekt. Like sikre var vi vel ingen av oss, på at det skulle bli noen ferdig oppgave. På tross av sen oppstart, sen avslutning og forsinkelser inntil det siste, har Anne Karin uansett gitt gode og konkrete tilbakemeldinger på mine forsøk på å forstå kvalitativ forskningsmetodikk og lage gode beskrivelser av en av helsevesenets store utfordringer, nemlig forvaltning av kompetent helsepersonell. Dette hadde slett ikke gått uten henne.

Videre vil jeg takke min fantastiske gruppe fra masterstudiet. Vi fant tonen fra første stund, og har fortsatt å holde kontakten både sosialt og faglig. Det er enormt verdifullt å ha kloke, empatiske og vittige støttespillere som man kan luften frustrasjoner med – og generelt bare ha det morsomt sammen med!

Til slutt vil jeg takke min høyst forståelsesfulle og uendelig tålmodige samboer og kjæreste Lotte. Tallrike er de dagene der jeg kommer for sent til middag og/eller ikke er mentalt til stede i samtalene vi har. Våre to tenåringer, Petter og Vilma, er vel ikke like tålmodige. Men de har en forståelse og erkjennelse av gleden ved å kunne ha flere interesser i livet. Sammen med dere tre, får jeg dyrke de fleste av mine interesser og påfunn. Tusen takk!

**Trond Vartdal**

Bærum, mai 2023

## 1. Innledning

Det er et historisk høyt antall leger i Norge, både absolutt og relativt. Økt tilførsel av nye leger er fra flere hold en ønsket utvikling. Det er både opprettet flere studieplasser (1), flere stillinger for leger i spesialisering del 1 («LIS1», tidligere turnusleger) og det er opprettet økt antall stillinger i hele helsesektoren (1). Vi har på denne måten endt som det landet i verden med flest leger pr. capita (2). Men samtidig er det beskrevet mangel på leger – i svært mange deler av helsevesenet. Dessuten er det mangel på andre viktige yrkesgrupper i helsevesenet, som jordmødre og intensivsykepleiere.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har beskrevet at «De ansatte er helsetjenestens viktigste ressurs» og «*Arbeidet med utdanning og kompetanse ... skal ta utgangspunkt i regionale utviklingsplaner og tiltak som bidrar til å rekruttere, beholde og utvikle personell på kort og lang sikt skal iverksettes.*» HOD har derfor satt følgende på oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene (RHF) for 2023 (3):

*«De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Vest RHF, utarbeide en årlig felles rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning. Rapporten skal inneholde:*

*nasjonale indikatorer, analyser og presentasjon av tiltak og gode eksempler for å rekruttere, videreutvikle og beholde personell og for å skape et godt arbeidsmiljø*

*nasjonal oversikt over behov for legespesialister...».*

Dette kan tolkes som at man ikke har en nasjonal oversikt over kompetanseutvikling og utdanning av legespesialister. Frem til 1. juli 2013 hadde man et nasjonalt legefordingssystem med søknadsprosesser og tildeling av kvoter for legestillinger. Da dette ble avviklet slo HOD fast at «... *oppretting av legestillinger i spesialisthelsetjenesten fortsatt skulle skje i tråd med behovene innen helseregionenes sørge for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon.*».

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å etablere et system for overvåking, framskriving og analyse av utviklingen i legestillingene. Både forholdet mellom kommunehelsetjenesten

og spesialisthelsetjenesten, regional fordeling samt utvikling innen de ulike spesialitetene, herunder sårbare spesialiteter. Dette kommer i årlige rapporter, dog den siste i 2020 (1).

De regionale helseforetakene har vurdert utviklingen til å være tilfredsstillende:

*«...har opplevd en forbedring når det gjelder legedekning etter 2013. De vurderte at den nye ordningen hadde gitt større fleksibilitet og bedre legedekning lokalt og regionalt, men at flere av de aller minste sykehusene i regionen likevel hadde utfordringer med å rekruttere spesialister, innenfor flere spesialiteter.».*

Helsepersonellkomisjonens rapport «Tid for handling» (2) er den siste av flere rapporter som beskriver en allerede begynnende mangel på helsepersonell, som kommer til å bli forsterket i årene som kommer. Ikke kun på grunn av mangel på penger, men hovedsakelig på grunn av mangel på personell. Helsevesenet må i større grad enn tidligere konkurrerer om arbeidskraft, og det hjelper ikke å legge til mer penger. Noen hovedpunkter fra Helsepersonellkomisjonens rapport kan oppsummeres helt kort, slik:

- Det vil være en økning av pasienter/personer med behov for hjelp enn før, og færre personer i arbeid – en såkalt eldrebølge
- Norge kan ikke i samme grad som før basere seg på import/arbeidsinnvandring av helsepersonell. Både fordi det er behov deres hjemland, samt at pandemien viste at importert arbeidskraft reiser hjem.
- Helsevesenet må konkurrerer med andre store samfunnsoppdrag – som forsvar, utdanning, det grønne skiftet og så videre.
  - Forsvarskommisjonen har nylig lagt frem sin rapport, og den understreker nettopp dette.

I Norge er det 43 sykehus-spesialiteter for leger, i tillegg kommer arbeidsmedisin, samfunnsmedisin og allmennmedisin. Enda en spesialitet er under planlegging, nemlig palliativ medisin. Isolert sett er det trolig fornuftig med enda en spesialitet, men hver ny spesialitet reduserer generell kompetanse. Helsevesenet bør ha generell oppmerksomhet på hva det er behov for, i nær og ikke så nær i fremtid. Denne oppmerksomheten bør være strukturert og systematisk, slik at tilfeldigheter ikke får for stor påvirkning. Det er derfor interessant hvordan behovet for helsepersonell – i dette tilfellet legespesialister - defineres og hvem som definerer det.

Forfatter av denne masteroppgaven arbeider som Utdanningskoordinerende ved Norges største sykehus, Oslo Universitetssykehus HF. En vesentlig del av arbeidet innebærer å legge til rette for at leger i spesialisering kan komme på avtalt gjennomstrøm, for å øke sin kompetanse etter en forhåndsavtalt utdanningsplan. Mer om det senere. Iblant kommer det henvendelser til utdanningskoordinerende overlege om at utdanningskapasiteten må økes i den ene eller andre spesialiteten. Det kan være flere årsaker til disse henvendelsene, men som regel er det «... fordi det er så mange på venteliste!». Det kan være et godt argument. Men samtidig er det flere titalls spesialiteter som har svak rekruttering, og hvor det er usikkert om man greier å erstatte kompetente spesialister som går av med pensjon. Disse hensynene må sees i sammenheng. I et nullsumspill, blir det færre på et sted når det er for mange på et annet.

Antallet av kompetente mennesker i helsevesenet kan i en viss grad sammenlignes med å ha penger i banken. Denne verden avhenger både av hvor mye man fyller på – og hvor mye man tar ut. Mangelen på kompetanse i helsesektoren bør i stor grad fokusere på at personellet ikke slutter – og at det legges til rette for at de arbeider der helsevesenet har bruk for dem. Men det skal ikke denne oppgaven handle om. Denne oppgaven skal forsøke å beskrive utdanningskapasiteten av legespesialister. Beskrivelsen er gjennomført i kun én av de fire helseregionene, men flere av observasjonene bør være overførbare til de øvrige 3.

## 2. Bakgrunn

I perioden 2021-22 gjennomførte Helse Sør-Øst (HSØ) prosjektet «P/LIS» (4). Utgangspunktet for denne oppgaven er arbeidet som er gjort i dette prosjektet» (P/LIS). Det er laget en samlerapport, som ikke er publisert. Denne rapporten er imidlertid et viktig internt arbeidsdokument som brukes aktivt i HSØ. Dette legger grunnlag for arbeidet som det regionale helseforetaket gjør for å holde oversikt over utdanningskapasiteten av legespesialistene, og for arbeidet med analyser og framskrivinger.

P/LIS hadde 3 ulike arbeidsgrupper, som hver leverte sin rapport. Disse tre temaene var:

- Utdanningskapasitet i Helse Sør-Øst og eventuelle flaskehalsar
  - Et viktig delmål var å avdekke flaskehalsar i LIS-utdanningen
- Dimensjonering av utdanningskapasiteten og framskriving
  - Beskriver forslag til fast struktur for regional analyse og dimensjonering
- IKT-verktøy og struktur befestet i drift

Hovedmålet for prosjektet var «...å sørge for tilstrekkelig utdanningskapasitet for leger i spesialisering for å sikre framtidens behov for legespesialister i regionen.» Prosjektet ble ledet av en innleid prosjektleder, og flere aktører med delvis frikjøpt til å arbeide aktivt inn i prosjektet. Forfatter av denne masteroppgaven var innleid 20% i 10 måneder, på bakgrunn som utdanningskoordinerende overlege på et stort sykehus med mange LIS på gjennomstrøm. Dette er dermed en sentral del av bakgrunnen – nemlig den erfaringen prosjektgruppen fikk gjennom arbeidet og ikke minst karleggingen i de ulike utdanningsvirksomhetene.

Oppsummering etter endt prosjekt var at det gjenstår utfordringer knyttet til gjennomføringen av utdanningsløpene.

*Oversikter og systemløsninger sikrer ikke samsvarende eller oppdatert informasjon*

*Med det eksisterende kildegrunnlaget er det i dag vanskelig å anslå utdanningskapasiteten, utdanningsbehovet og behovet for gjennomstrømningstjeneste i regionen*

*Det er lagt ulike vurderinger til grunn for utdanningsløpene i utdanningsvirksomhetene som kan medføre variasjon i struktur, nivå og omfang på utdanningen*

*Hvordan LIS-utdanningen er organisert, hvilke roller som er etablert og hvordan oppgaver er fordelt varierer mellom helseforetakene*

*I noen helseforetak med samarbeidsavtaler om gjennomstrømningstjeneste er det for enkelte utdanningsløp uenighet om varigheten på tjenesten*

*Dimensjonering av spesialistutdanningen, herunder rekruttering og planlegging for å dekke framtidig behov for legespesialister, synes tilfeldig og med liten grad av regional samordning*

Disse utfordringene kunne oppsummeres i blant annet mangel på både oversikt over behovene for spesialister (både aktuelt og framskrevet) og oversikt over utdanningskapasiteten (hvor mange kan man utdanne innenfor en gitt spesialitet, innenfor en gitt tidsperiode), herunder behov for - og kapasitet på gjennomstrøm. Man fant liten grad av regional samordning av dimensjoneringen. Det ble dessuten beskrevet variasjon av organiseringen av LIS-utdanningen mellom de ulike helseforetakene, noe som medførte usikkerhet rundt hvem som egentlig hadde ansvar for samordning og dimensjonering. Helseforetakene har selvstendig ansvar for å sørge for å utdanne egne spesialister, til egen befolkning. Men det kan være utfordrende for sykehusene å holde på utdannede spesialister, på grunn av lekkasje til andre sykehus.

### Utdanningskapasitet

Det blir altså sentralt å definere utdanningskapasiteten. Man må ta utgangspunkt i antall stillinger for leger i spesialisering. Om det i en gitt spesialitet tar 5 år å fylle kompetansemålene, og man har 5 stillinger, vil gjennomsnittlig utdanningskapasitet være 1 spesialist i året, gitt at det ikke er forsinkelser. Om varigheten øker til 6 år, og det er 3 stillinger, er gjennomsnittlig utdanningskapasitet 0,5 spesialister årlig. Med for eksempel 30 LIS, forventet varighet på 5 år og 1 års forsinkelse, vil man i gjennomsnitt få 5 ferdige spesialister hvert år, mot 6 ferdige uten forsinkelser.



Forsinkelsene er dermed sentrale - og hva er det som forsinker LIS-utdanningen? Dette var sentralt i P/LIS, og man identifiserte og vurderte 6 slike forsinkelser («flaskehals»), med korte kommentarer til de enkelte. Disse er beskrevet i bakgrunnskapittelet.

### 1. Gjennomstrømningsordningen

- a. I enkelte spesialiteter innebærer venting på gjennomstrøm en betydelig forsinkelse, men i de fleste spesialitetene er ikke dette forsinkende. Dette viste kartleggingen i P/LIS.
- b. Varigheten av gjennomstrøm oppleves også forsinkende. I de fleste tilfeller har spesialitetene lagt seg på omtrent samme varighet som i gammel ordning («gruppe 1-sykehus».
- c. Men stadig flere spesialiteter ønsker seg kortere varighet av gjennomstrøm. Årsaker til dette er kortere fravær fra hjemmet og fra hjemsykehus ved pendling. Kortere varighet kan også bety at LIS raskere blir ferdig spesialist samt at flere kan gjennomgå gjennomstrøm.

### 2. Kurs

- a. Kartleggingen viste at 1/3 av utdanningsvirksomhetene oppga manglende kapasitet på kurs som forsinkende.
- b. Dette var imidlertid like etter pandemien, og ca. 3 år etter en omfattende omlegging fra gammel kursordning, og det har vært bedring siden da.

### 3. Legespesialister – dette er leger som er blitt spesialister, men som arbeider i LIS-stillinger i påvente av en passende overlege-stilling.

- a. Disse vil naturlig nok redusere utdanningskapasiteten. Kartleggingen i P/LIS at det var legespesialister i omtrent halvparten av spesialitetene
- b. Men dette er ofte viktige leger for sin virksomhet. De er motiverte for å stå på litt ekstra, de er ofte unge - og tåler dermed godt de mest belastende vaktene, de har bred og generell erfaring og kan oftest utøve «overlege-arbeid».
- c. I P/LIS ble det tatt til orde for at legespesialistene burde utøve «LIS-arbeid/rutine-arbeid», slik at LIS kan gjøre kompetansehevende læringsaktiviteter. Det er usikkert i hvor stor grad dette gjennomføres.

### 4. Tid til læringsaktiviteter

- a. 27% av lederne i kartleggingen i P/LIS svarte at manglende tid til nødvendige læringsaktiviteter
- b. Hadde man spurt LIS, hadde nok dette tallet vært høyere. Særlig spesialiteter med vaktordning opplever at denne innebærer mye tid borte fra

kompetansehevende læringsaktiviteter, som for eksempel prosedyrer, inngrep og poliklinikk.

## 5. Veiledning

- a. Spesialistutdanning etter den nye spesialistforskriften er tydeligere beskrevet enn det var tidligere, og skal være systematisk, strukturert samt mer omfattende enn i gammel ordning. Dette er nok ikke skikkelig implementert alle steder, og byr på en del organisatoriske utfordringer.
- b. Det kan bety forsinkelse, men trolig i liten grad.

## 6. Felles kompetansemål

- a. Felles kompetansemål (FKM) er et helt nytt moment i spesialistforskriften. Disse læringsmålene er felles for alle spesialiteter, og skal gjøre legen trygget i legerollen og utøvelsen i sin spesialitet. FKM skal hovedsakelig være en integrert del av spesialistutdanningen, både i daglig legearbeid, vaktarbeid, internundervisning og supervisjon/veiledning/gruppeveiledning. FKM skal således i utgangspunktet ikke forsinke utdanningen.
- b. Flere utdanningsvirksomheter har felles kurs i FKM, og disse kan være kapasitetsbegrensende. Overlegene uttrykker også i stor grad at de ikke har kompetanse på FKM - og begge deler kan dermed være forsinkende.

## Aktører i spesialistutdanningen

Det finnes mange faktorer og aktører som er med på å påvirke utdanningskapasitet og fordeling av stillinger i de ulike spesialitetene. Under beskrives noen av de mest sentrale, men er ikke uttømmende. I tillegg er det flere regionale, tverregionale og nasjonale møtepunkter der ulike aspekter av LIS-utdanningen, diskuteres.

**Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)** fastsetter og forvalter spesialistforskriften. Denne beskriver krav til stillingene, innholdet i utdanningen og kvaliteten på denne. Men forskriften beskriver ikke hvordan antall stillinger skal dimensjoneres, eller fordeles mellom de ulike spesialitetene.

**Regionalt helseforetak (RHF).** De regionale helseforetakene er særskilt nevnt i Spesialistforskriftens § 4: «... skal sørge for at regionens behov for utdanning av spesialister til spesialisthelsetjenesten blir dekket. Dette innebærer blant annet å sørge for a. at det er tilstrekkelig med stillinger for å sikre nødvendig tilgang på spesialister...».».

**Godkjent utdanningsvirksomhet** er betegnelsen brukt i spesialistforskriften om «... helseforetak, privat sykehus, privat rusinstitusjon, laboratorium eller annen virksomhet som er godkjent for å kunne tilby utdanning i en eller flere spesialiteter.» Fortsatt er det flere som venter på å bli godkjente utdanningsvirksomheter, og inntil dette vil de betegnes som «Registrerte Utdanningsvirksomheter».

- I Helse Sør-øst vil det si Oslo Universitetssykehus (OUS), Akershus Universitetssykehus (AHUS), Sykehuset Innlandet, Vestre Viken, Sykehuset Østfold, Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark og Sørlandet Sykehus, de private ideelle sykehusene Lovisenberg, Diakonhjemmet, Betanien, Revmatismesykehuset, Martina Hansen og en rekke private institusjoner. Det er utdanningsvirksomhetene (sykehus/helseforetak mm) som har ansvaret for planlegging og gjennomføring av utdanningsløpene, samt sikre god kvalitet.
- I alle utdanningsvirksomheter er det lederlinjen som har ansvaret for spesialistutdanningen, fra administrerende direktør og ut på de enkelte klinikkens og avdelingens ledere.
- Stabsdirektørene har også sentrale roller
  - Det varierer en del mellom HF i HSØ om hvem som «eier» LIS-utdanningen. Det varierer blant annet mellom HR-linjen og fagdirektør-linjen.
- I HR ved alle utdanningsvirksomheter av en viss størrelse er det ansatt «LIS-koordinatorer», som er administrativt ansatte, som har et tett regionalt samarbeid om blant annet venteliste for gjennomstrøm.

**Regionalt Utdanningscenter** i Helse Sør-Øst (RegUt HSØ) er organisert inn under det regionale helseforetaket. Formålet med de regionale utdanningscenterne er å bedre kvalitet, effektivitet, forutsigbarhet og progresjon i utdanningsløpene. Sentralt i dette arbeidet er det regionale Utdanningsrådet for LIS-utdanning i HSØ. Dette er et forum for erfaringsutveksling og samarbeid, men er ikke et besluttsende organ.

**Regionale spesialitetsvise råd** er satt sammen av en spesialist fra hver utdanningsvirksomhet. Rådene administreres av RegUt. De er i liten grad i bruk for å vurdere dimensjonering, men dette er sentrale fagfolk, som til sammen har inngående (men uformell) oversikt over sin egen spesialitet – både lokalt, regionalt og nasjonalt. Disse rådene var sentrale ved dimensjoneringen og fordeling av faste stillinger og gjennomstrøms-stillinger, i forbindelse med innføring av ny spesialistforskrift, og de faste LIS-stillingene (som for så vidt ikke hadde sammenheng med ny forskrift). De involveres for tiden i liten grad i vurdering av dimensjonering.

**Legeforeningen** administrerer spesialitetskomitéene, som i sin tur gir faglige råd til Helsedirektoratet i saker om spesialistutdanning. Legeforeningen har ingen myndighet til å påvirke utdanningskapasiteten i de ulike spesialitetene. Men Legeforeningen deltar i diskusjon rundt behovet for avtalespesialister, og er med dette med på å avgjøre omfang av, og hvilke deler av spesialisthelsetjenesten som skal håndteres utenfor sykehusene

**Leger i spesialisering.** Begrepet lege i spesialisering (LIS) er i stor grad et kjent og mye brukt begrep. I begrepet ligger det underforstått at legen er i spesialisering til en valgt spesialitet. Det er en del forutsetninger for at en lege skal kunne være «lege i spesialisering». Legen må være ansatt i en stilling i denne spesialiteten, de skal ha veiledning av en veileder som er spesialist i denne spesialiteten, og de skal ha en læringsmålsplan (kompetanseplan) i den aktuelle spesialiteten. Dessuten må helseforetaket være godkjent utdanningsvirksomhet i denne spesialiteten, etter gitte krav i forskrift for spesialistutdanningen for leger (Spesialistforskriften).

Spesialistutdanningen foregår både som en del av daglig arbeid (inkludert vaktarbeid der det er aktuelt), internundervisning, kurs og rotasjoner og gjennomstrøm. Alt dette skal foregå etter nærmere angitt supervisjon og veiledning. Legen kan selv velge spesialitet, etter egne ønsker og preferanser.

Men en LIS er ikke bare under spesialisering til en valgt spesialitet. LIS utøver en betydelig (og varierende) grad av daglig legearbeid, iblant betegnet som «drift». Dessuten er LIS en viktig del av vaktlinjen i sykehus-spesialitetene. Som regel er det disse som har de mest arbeidsintensive vaktene som møter pasientene først («primærvakter»): Men med økt erfaring og kompetanse, vil mange LIS også gå i andre vaktstikk, for eksempel «sekundærvakter». Vaktarbeid er krevende, og som regel er det fri før og etter vakt. Det varierer mellom de ulike spesialitetene hvor mye at spesialiseringen som kan oppnås som del av vaktarbeid.

Både daglig arbeid og vaktarbeid vil ha varierende grad av kompetanseheving. Avhengig av dette, vil noen LIS bruke store deler av sin arbeidstid på arbeidsoppgaver som ikke gir kompetanseheving i den spesialiteten som de er i spesialisering i.

LIS er altså ikke studenter: Det er helt sentralt at spesialistutdanningen skal foregå som en del av utøvelsen av legearbeidet, i tillegg til kurs og internundervisning. I de ulike spesialiteter er det varierende grad av vakter og gjennom vakter vil det naturlig være varierende grad av kompetansehevende aktivitet. Dette bør det være en god dialog om, mellom arbeidsgiver og LIS. LIS er nødvendig arbeidskraft for arbeidsgiver, men det bør være en god balanse mellom rutine-arbeid («drift») og mer kompetansehevende arbeid. Med økende grad av kompetanse, vil denne balansen bedres.

## Sårbare spesialiteter

I den årlige rapporten om legedekningen fra 2019 (5) beskrives begrepet sårbare spesialiteter. De er omtalt som «spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet» og karakterisert ved blant annet høy alder blant overleger, lavt volum, få spesialister, høy turnover, samt økt behov pga. endret demografi, endret organisering og medisinsk/teknologisk utvikling. De ulike kriteriene, mulige indikatorer og informasjonskilder er beskrevet. Ut fra dette har man satt opp en tabell over spesialitetene som RHF'ene har rapportert inn som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet, 2016-19, for hele landet. Der er det oppgitt 36 (av totalt 43 spesialiteter) (Figur 1).

Spesialitet				
Medisinske fag	Helse Midt-Norge <sup>1</sup>	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest <sup>5)</sup>
Fordøyelsessykdommer	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>	2017- <b>2019</b>	2016-2018 <sup>4)</sup>	2017- <b>2018</b>
Lungesykdommer		2016- <b>2019</b>	2018	2017- <b>2018</b>
Infeksjonssykdommer	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>	2016	2018	2016, <b>2018</b> <sup>3)</sup>
Hud- og veneriske sykdommer		2016, 2018- <b>2019</b>	2016- <b>2019</b>	
Blodsykdommer		2016- <b>2019</b>		2016- <b>2018</b>
Hjertesykdommer	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>	2016-2017	2017-2018 <sup>3)</sup>	<b>2018</b>
Endokrinologi		2017	2018	
Nevrologi			2016-2018	2016
Onkologi		2016-2017	2016-2018	
Geriatrici		2017	<b>2019</b>	2016
Immunologi & transfusjonsmed.		2018- <b>2019</b>		2016
Revmatologi		2016, 2018	2018 <sup>3)</sup>	
Indremedisin				2016- <b>2018</b> <sup>3)</sup>
Fysikalsk medisin og rehab.		2017		
Kirurgiske fag	Helse Midt-Norge <sup>1</sup>	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Gastroenterologisk kirurgi	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>	2016- <b>2019</b>	2016-2018	2016
Urologi	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>	2016- <b>2019</b>	2016, 2018	
Øyesykdommer		2016- <b>2019</b>	2016- <b>2019</b> <sup>4)</sup>	2017
Bryst- og endokrinkirurgi		2018- <b>2019</b>	2016-2018	2016
Karkirurgi	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>	2016, 2018- <b>2019</b>		2016
Thoraxkirurgi		2016- <b>2019</b>		2016, <b>2018</b> <sup>3)</sup>
Øre-, nese- og halssykdommer			2018	2017
Anestesiologi	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>	2016		
Nevrokirurgi				2016- <b>2018</b>
Plastikkirurgi	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>			2016-2017
Fødselshjelp og kvinnesykd.		2018- <b>2019</b>		
Maxillofacial kirurgi	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>			
Generell kirurgi			2019	
Diagnostiske fag	Helse Midt-Norge <sup>1</sup>	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Radiologi		2017- <b>2019</b>	2016-2018 <sup>4)</sup>	2017
Patologi		2017	2016- <b>2019</b> <sup>4)</sup>	2017- <b>2018</b> <sup>3)</sup>
Medisinsk mikrobiologi	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>	2018	<b>2019</b>	
Medisinsk biokjemi	2016-2017 <sup>1)</sup>	2017- <b>2019</b>	<b>2019</b>	
Nukleærmedisin	2016- <b>2018</b> <sup>1)</sup>	2016-2017	<b>2019</b>	
Medisinsk genetikk		2017	<b>2019</b>	
Rus og psykiatri	Helse Midt-Norge <sup>1</sup>	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Barne- og ungdomspsykiatri		2018- <b>2019</b>	2016- <b>2019</b>	
Psykiatri	<b>2019</b> <sup>1)</sup>	<b>2019</b> <sup>2)</sup>	2016- <b>2019</b> <sup>4)</sup>	
Rus- og avhengighetsmedisin		2017- <b>2019</b>	<b>2019</b>	

Figur 1. Oversikt over spesialitetene som RHF'ene har rapportert inn som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet, 2016-2019. Siste innspill fra det aktuelle RHF'et i fet skrift.

**P/LIS** forsøkte å beskrive mekanismene rundt hvordan man kan styrke og sikre en spesialitet som har utfordringer med rekruttering. I og med at det var mange slike spesialiteter, valgte man å eksemplifisere med blodsykdommer som én av disse:

Utgangspunktet var en henvendelse fra avdelingsleder til fagdirektør, begge Oslo universitetssykehus (OUS). Det var forslag om midlertidig å øke utdanningskapasiteten ved OUS innen spesialiteten blodsykdommer. Bakgrunnen ble oppgitt å være behov for flere spesialister i spesialiteten på andre helseforetak (HF) i Helse Sør-Øst (HSØ). Flere av foretakene i regionen var nevnt. Det ble i henvendelsen beskrevet et behov for å utdanne flere hematologer i, og til, de nevnte helseforetakene, i utgangspunktet for en begrenset periode. Det var beskrevet spesialistmangel og derav manglende oppfølging av pasienter, og at «... ved OUS føler vi oss ubekvemme med å overlate deler av behandlingsløp til... (navngitte sykehus)».

Utdanningskapasiteten i helseregionen er blant annet begrenset av hvor mange leger i spesialisering (LIS) som OUS kan ta imot for gjennomføring av nødvendig gjennomstrømningstjeneste ved regionsykehus (evt ved annet samarbeidsforetak). Det var ikke behov for flere utdanningskandidater for OUS sin del, men OUS hadde kapasitet til å ta imot flere LIS i gjennomstrømningstjeneste for oppnåelse av gitte læringsmål og gjennomføring av nødvendige læringsaktiviteter. Avdelingslederen foreslo derfor at en slik ekstra midlertidig LIS-stilling skulle finansieres fra annet hold enn OUS, for eksempel fra Helse Sør-Øst RHF. Fagdirektør var enig i at dette burde utredes videre, og sendte saken videre til Utdanningsavdelingen på OUS, ved utdanningsleder.

OUS/Utdanningsavdelingen diskuterte internt samt med Regionalt utdanningsssenter for LIS (RegUt) HSØ, rundt hvordan man skulle utrede dette videre. Det ble videre avholdt et møte mellom utdanningskoordinerende overlege i RegUt, leder for det regionale rådet i blodsykdommer, utdanningsansvarlig overlege i blodsykdommer samt utdanningskoordinerende overlege, alle tre fra OUS. Det ble blant annet oppgitt fra leder for rådet å være 24 LIS på venteliste for gjennomstrømningstjeneste ved OUS de kommende to årene. Den aktuelle kapasiteten ved OUS med syv gjennomstrømningsstillinger kan i gjennomsnitt fem LIS i året få fullført sin gjennomstrømningstjeneste, litt avhengig av hvor LIS har fast stilling. Man avtalte i møtet å gjennomføre en kartlegging av situasjonen i de ulike sykehusene, både hva gjelder LIS og ferdige spesialister, samt besatte og ubesatte stillinger og med vurdering av behov for de kommende årene.

Kartleggingen ble gjennomført i utdanningsvirksomhetene via det regionale spesialitetsvise rådet. Det ble deretter innkalt til et nytt møte med overleger fra de fleste virksomhetene, de fleste var også medlemmer i det regionale rådet.

Erfaringer fra virksomhetene, oppgitt i kartleggingen og i møtet:

- Det var ingen som beskrev kø/ventetid for LIS til gjennomstrømningstjeneste ved OUS
- Det ble tvert imot beskrevet utfordringer med å rekruttere LIS til blodsykdommer
- Flere av helseforetakene beskrev utfordringer med å få ferdige spesialister til å bli værende lokalt, mens OUS og Ahus beskrev god tilgang på både LIS og ferdige spesialister
- Kartleggingen avdekket at det var stor variasjon over antallet leger, både LIS og ferdige spesialister/overleger. Man brukte både tall fra HR (budsjetterte stillinger), fra Legesstillingsregisteret (6) og fra avdelingsleder, som talte de som faktisk var på jobb, inkludert vikarer og vakante stillinger. Disse tallene sprikte med opptil 20-25% i de ulike virksomhetene.
- Det var oppgitt å være til sammen 15 LIS som hadde behov for gjennomstrømningstjeneste innen utgangen av 2024. Den eksisterende utdanningskapasiteten ved OUS var tilstrekkelig for å ta unna dette
- Det har generelt vært en økning av spesialister i blodsykdommer de siste 15-20 årene, noe som trolig gjenspeiler økt aktivitet, nye metoder, bedre behandling som gjør at pasientene skal følges opp lengre, persontilpasset medisin mm.
- For eksempel var det ved Sykehuset i Vestfold i 2006 én spesialist i blodsykdommer, mens det nå er fire spesialister samme sted (personlig meddelelse)
- Det er sannsynlig at denne økningen i behandlingstilbud har gått raskere enn økningen i nye spesialister

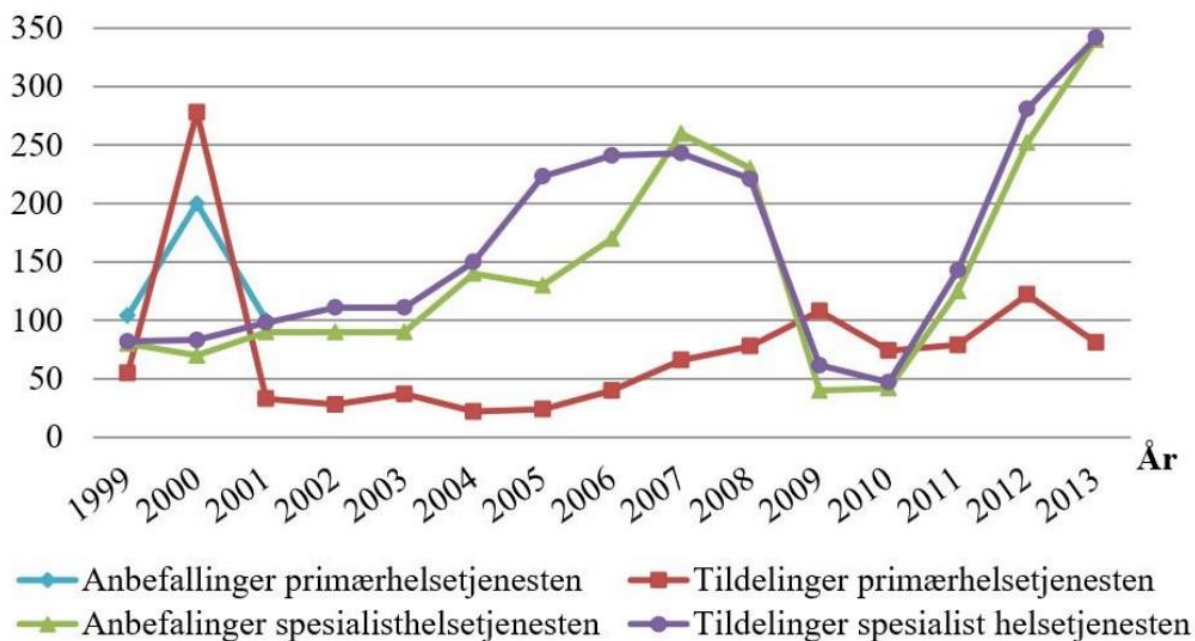
**Konklusjoner:** Det ble altså avdekket en generell mangel på spesialister i blodsykdommer flere steder, kanskje med unntak av Vestre Viken (Drammen) og Ahus. Spesielt Innlandet og Østfold har store utfordringer med å dekke sine behov. Det beskrevne antallet LIS «på venteliste» var et for høyt anslag, og gjeldende gjennomstrømningsskapasitet ved OUS tilstrekkelig til å dekke behovet. Ventetid for å få gjennomført nødvendig tjeneste ved OUS var dermed ikke et problem. De fleste HF bortsett fra OUS og AHUS beskrev utfordringer med å rekruttere LIS til spesialiteten, samt dessuten å beholde ferdige spesialister lokalt. Flere HF beskriver manglende forståelse for utfordringene fra ledelsens side. Det regionale spesialitetsvise rådet i blodsykdommer



ble anbefalt å bruke kartleggingen til å synliggjøre behovene for ledelsen ved de ulike HF, og beskrive mulige konsekvenser. Rådet kan bidra til å få fokus rundt utfordringene ved for eksempel sykehusene Innlandet og Østfold. Et signifikant bifunn var at det var utfordrende å finne riktig antall leger, og det varierte med ca 20%, avhengig om man talte budsjetterte stillinger, antall stillinger i legestillingsregisteret, eller de som faktisk var på jobb til enhver tid, iberegnet vikarer, permisjoner mm.

### Betydelig økning av legeårsverk

Samtidig som det er et overveldende antall spesialiteter som enten er sårbare eller som har behov for strategisk oppmerksomhet av andre årsaker, kommer det også frem at det har vært en voldsom økning av antall leger i Norge. Spesielt i spesialisthelsetjenesten, mens kommunehelsetjenesten ikke har hatt samme økning (figur 2).



Figur 2: Tilrådninger og tildelte legestillinger i perioden 1999 til 2013. Hele legeårsverk.

Når det gjelder økning av legeårsverk i Helse Sør-Øst, så viser figur 3 hvordan utviklingen har vært siden legefordelingssystemet ble lagt ned i 2013. Samlet sett var det en økning på 22,8% de første 5 årene etter det, med lavest økning på Sykehuset Telemark HF.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013-2018	
							Årsverk	Prosent
Helse Sør-Øst RHF	532	538	533	539	540	544	12	2,3
Akershus universitetssykehus HF	829	852	920	960	977	1 018	189	22,8
Oslo Universitetssykehus HF	2 294	2 393	2 612	2 661	2 814	2 884	590	25,7
Sunnaas sykehus HF	36	39	44	48	46	52	16	44,4
Sykehuset i Vestfold HF	431	444	492	497	526	540	109	25,3
Sykehuset Innlandet HF	760	781	843	850	905	939	179	23,6
Sykehuset Telemark HF	357	365	374	391	394	395	38	10,6
Sykehuset Østfold HF	484	489	560	596	627	673	189	39,0
Sørlandet sykehus HF	571	614	669	680	696	715	144	25,2
Vestre Viken HF	802	838	911	952	987	1 016	214	26,7
Private institusjoner med driftsavtale	458	484	462	480	507	494	36	7,9
<b>Helse Sør-Øst RHF, totalt</b>	<b>7 553</b>	<b>7 836</b>	<b>8 420</b>	<b>8 655</b>	<b>9 021</b>	<b>9 272</b>	<b>1 719</b>	<b>22,8</b>

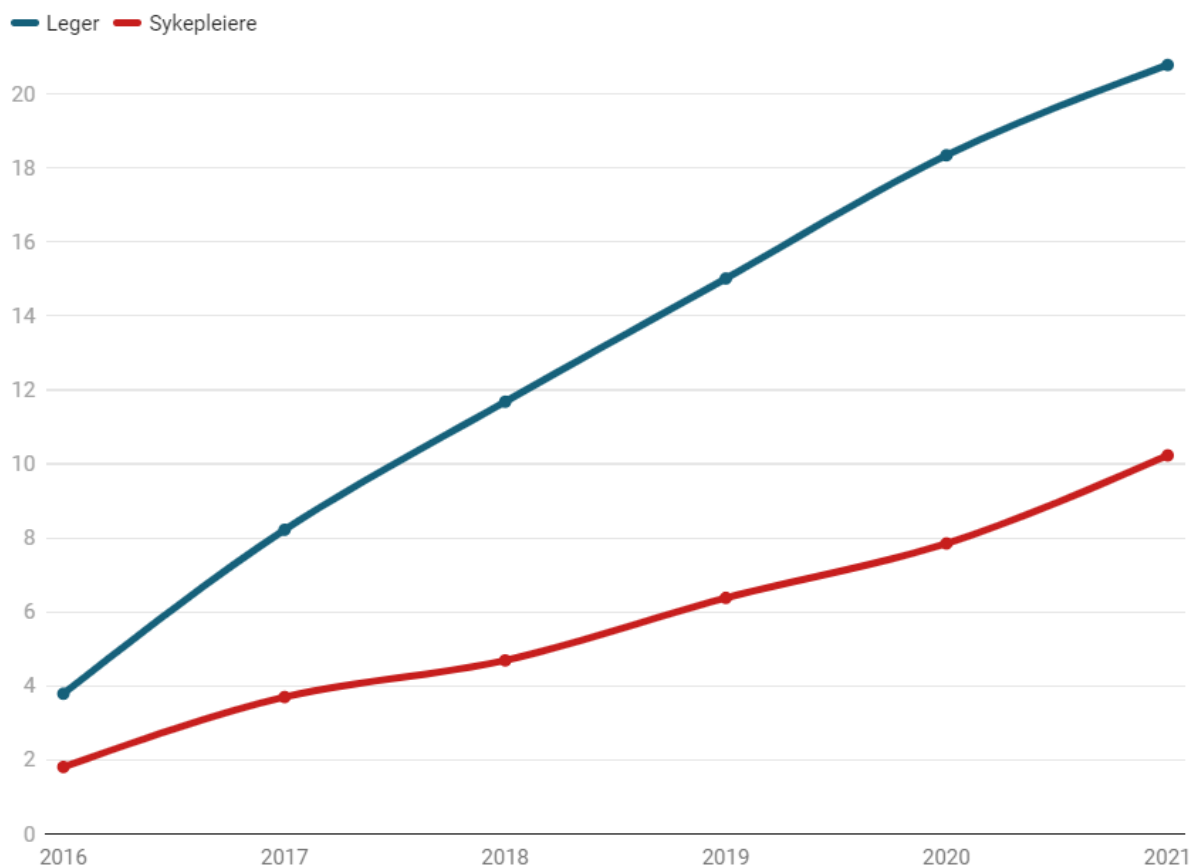
Kilde: SSB. Tabell 09547. Avtalte årsverk ekskl. lange fravær.

Figur 3: Avtalte legeårsverk i Helse Sør-Øst RHF, fordelt på helseforetak. 2013-2018.

---

Økningen av legeårsverk er også høyere enn for andre yrkesgrupper. Det viser blant annet denne grafen fra statistisk sentralbyrå (SSB), som viser en over dobbel så stor økning for leger som sykepleiere (figur 4) (7)

## Utvikling sysselsatte i helsetjenesten



Figur 4: Grafen viser akkumulert, prosentvis økning sammenlignet med 2015 i antall sysselsatte leger og sykepleiere i helsesektoren. Basert på data fra SSB/A-ordningen

Det har altså uomtvistelig vært en økning av legeårsverk i Norge og i Helse Sør-Øst. Men det er altså beskrevet et betydelig antall spesialiteter med svak rekruttering, og med spesialister i høy alder. Denne oppgaven skal forsøke å belyse hvem og hva som styrer utdanningskapasiteten i helseregionen.

### 3. Målsetning og beskrivelse av utgangspunktet

Målet med arbeidet var å beskrive hvilke faktorer som er med og «avgjør» utdanningskapasiteten i spesialitetsutdanningen, i Helse Sør-øst. Utgangspunktet er blant annet forfatterens egne erfaringer fra P/LIS. Der ble det gjennomført en kartlegging av utdanningskapasitet og eventuelle flaskehalsar, som beskrevet.

Resultatet av denne kartleggingen var utfordrende å tolke. Det var svært stor variasjon både mellom de ulike sykehusene/helseforetakene og mellom de ulike spesialitetene – i hvordan stillinger ble kartlagt, opprettet og rekruttert til. Dette var ikke ventet – og kartleggingen var ikke gjort for å avklare de ulike aktørene. Kartleggingen var for å få frem tall på antall stillinger, antall årsverk, eventuelle framskrivninger mm. Man hadde forventet at det var mer ensartete ansvarsforhold. Det var i tillegg stor variasjon mellom hvem som svarte. Som regel var det avdelingsleder eller utdanningsansvarlig overlege som svarte. I andre tilfeller var det HR, og hos noen var det stabsdirektører.

Forfatter av denne oppgaven har sitt daglige arbeid som utdanningskoordinerende overlege på OUS, et sykehus med svært mange LIS på gjennomstrøm fra regionens øvrige sykehus. Erfaringene derfra er at om man ser hele regionen under ett – så er det overproduksjon av spesialister i noen spesialiteter, samtidig som det er betydelige rekrutteringsvansker i en rekke andre spesialiteter.

På bakgrunn av erfaringer fra P/LIS samt å jobbe med gjennomstrømsordningen av leger i spesialisering ønsket jeg derfor å intervju ulike aktører fra forskjellige nivåer i de alle sykehus/helseforetak i Helse Sør-Øst i et forsøk på å kartlegge hva og hvem som avgjør utdanningskapasiteten, Samt forsøke å beskrive hvilke faktorer som legges til grunn i disse vurderingene.

## 4. Materiale og metode

### **Kvalitativ metode**

Målsetningen med studien var altså å kartlegge hvilke faktorer og prosesser som påvirker utdanningskapasiteten av legespesialister i Helse Sør-Øst (HSØ). Det foreligger omfattende beskrivelser i nasjonal og internasjonal litteratur. Og det er gjort en systematisk kartlegging regionalt, i P/LIS. For å gjøre en grundigere beskrivelse av enkeltfaktorer ble det derfor hensiktsmessig å bruke en kvalitativ tilnærming. Kvalitativt studiedesign egner seg godt når forskningsspørsmålet søker dybdekunnskap og forståelse av erfaring (8).

### **Forforståelse**

Forforståelsen er den forståelsen og oppfattelsen av temaet som forskeren tar med seg inn i forskningsprosjektet før oppstart (9). Min forforståelse bestod i min bakgrunn som lege, videre har jeg vært i et utdanningsløp frem til 2014/2017 (to spesialiteter), har vært tillitsvalgt for Yngre legers forening (Ylf) på både avdelings- og klinikk-nivå og deltatt i dimensjonering av LIS-stillinger i spesialiteten hjertesykdommer ved OUS i 2017, i forbindelse med ny spesialistforskrift og fordeling av faste stillinger og gjennomstrømsstillinger. Dessuten har jeg arbeidet som utdanningskoordinerende overlege ved OUS siden 2020, og har aktivt deltatt i prosjektet P/LIS i 2021-2022.

Det å sette min forforståelse til side vil derfor være et uoppnåelig mål. Men for å unngå at min forforståelse kommer i veien for informantenes erfaringer og beskrivelser og analyseprosessen, har jeg ikke sendt ut konkrete spørsmål på forhånd, har forsøkt å bruke åpne spørsmål og forsøkt å la informantene snakke mest mulig fritt. Imidlertid kan min forforståelse ha vært en styrke i intervjuene, da vi raskt kan avklare misforståelser og uklarheter rundt begreper og ulike forhold i spesialistutdanningen. For å unngå at min forforståelse kommer i veien for analyseprosessen og funn har jeg derfor forsøkt å ha et reflektert forhold til det informantene formidlet (9)

### **Utvalg og rekruttering**

Rekruttering av deltakere til intervjuene, kalt informanter, ble gjort gjennom det regionale nettverket av et utvalg av utdanningskoordinerende overleger. Et representativt utvalg av

oppgitte personer ble kontaktet av forfatter. Disse ble delvis plukket ut på grunn av sin posisjon i foretaket, og dels fordelt av forfatter for å få et representativt utvalg.

Det er så gjennomført forskningsintervjuer med informantene. Tilgang til informantene er oppnådd gjennom nettverk for alle de utdanningskoordinerende overleger i helseregionen Helse Sør-Øst, der også forfatteren deltar. Dette nettverket har vært et uformelt nettverk, men som relativt nylig (2023) er gjort formelt, og administreres fra avdeling for personal og kompetanseutvikling i det regionale helseforetaket. Videre er noen av informantene rekruttert gjennom nettverket av LIS-koordinatorer i helseregionen. LIS-koordinatorer er rådgivere/spesialrådgivere som er ansatt i HR, og som er kontaktpersoner for leger som skal på gjennomstrøm. Dette nettverket administreres gjennom HR-avdelingen ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS), og forfatteren er ikke en del av dette nettverket.

### **Datainnsamling og beskrivelse av informantene**

Intervjuene er gjennomført på ulike nivåer i de ulike sykehusene, både fagdirektør, HR-direktør/organisasjonsdirektør, utdanningskoordinerende overleger, LIS-koordinatorer og avdelingsledere. Dette både for å få ulike perspektiv og for å avklare ansvarsforholdene lokalt. Ved enkelte av sykehusene er det intervjuet både fra avdeling/klinikk-nivå og fra stabs-nivå, men i de fleste er det en informant fra hvert sykehus.

OUS er et stort gjennomstrøms-sykehus for hele regionen og flere sykehus fra hele landet, og har for tiden ca. 450 LIS på gjennomstrøm. Derfor er det gjort intervjuer med to ansatte ved HR-avdelingen fra Oslo Universitetssykehus (OUS). Den ene er plukket ut på bakgrunn av å jobbe tett opp mot ventelisten for gjennomstrøm til OUS, og den andre er betydelig erfaring med spesialistutdanning inkludert samarbeid med andre helseforetak, og OUS' egne LIS. Det er også gjort intervju med avdelingsdirektør for utdanning i det regionale helseforetaket, som har inngående kjennskap til spesialistutdanningen i helseregionen.

Intervjuene ble gjort semi-strukturerte. Det ble utarbeidet en intervjuguide som ble pilotert på to utdanningskoordinerende overleger fra nettverket. Små justeringer etter piloten ble gjort for å sikre at spørsmålene ble forstått som intendert. Alle informantene er skriftlig informert gjennom epost om hva som skal diskuteres. I noen tilfeller er det gjort en kort telefon noen dager i forveien, for å avklare tema og begrensinger. Spørsmålene er ikke sendt ut på forhånd.

Det er på forhånd avtalt med alle informantene at det blir gjort lydopptak av intervjuet, og alle har godtatt dette. Alle intervjuene er foretatt av forfatter av masteroppgaven.

Varigheten av intervjuene var mellom 45 minutter og 2 timer. Intervjuet er deretter transkribert, og lydopptakene er slettet. Alle respondentene har bekreftet skriftlig (på epost) at de ønsker å delta som respondenter til denne masteroppgaven, samt at opplysningene vil bli anonymisert.

De som er intervjuet er altså fra RHF'et og alle helseforetak med flere enn noen få spesialiteter, i helseregionen Helse Sør-Øst. Dette betyr at det er invitert deltakere fra helseforetakene Oslo Universitetssykehus, Akershus Universitetssykehus, Sykehuset Innlandet, Sykehuset Østfold, Vestre Viken, Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark, Sørlandet sykehus, samt de private ideelle sykehusene Lovisenberg og Diakonhjemmet i Oslo. Vestre Viken er ikke dybdeintervjuet.

Det gir følgende beskrivelse av informantene:

- HR-direktør
  - 2 informanter fra 2 utdanningsvirksomheter
- HR / LIS-koordinator (ikke helsepersonell)
  - 4 informanter fra 3 utdanningsvirksomheter
- Fagdirektør
  - 2 informanter fra 2 utdanningsvirksomheter
- N3
  - 3 informanter fra 3 utdanningsvirksomheter
- Utdanningskoordinerende overleger
  - 3 informanter fra 3 utdanningsvirksomheter
- Helse Sør-Øst RHF
  - Avdelingsdirektør for utdanning

### **Analyse av intervjuene**

Hensikten med å analysere er å organisere, strukturere og få frem mening fra datamaterialet. Å analysere kvalitative data er utfordrende fordi det ikke finnes noen standardiserte regler (10). Man kan følge ulike prosedyrer, og det er ingen egentlig fasit for hva som er rett eller galt. Likevel foreligger det ulike fremgangsmåter som kan benyttes for at analysen skal bli vitenskapelig fundert.

Både forfatter og informanter har god kjennskap til feltet, og forfatter sitter sentralt i et stort gjennomstrøms-sykehus. Forfatteren har derfor sin forforståelse og teori om hvilke faktorer som avgjør utdanningskapasiteten, og ønsket å hypotese-teste disse teoriene hos

utdanningsvirksomhetene. Det er derfor gjort en deduktiv tilnærming der man ønsket å bekrefte eller avkrefte antagelsene til forfatteren.

Data fra intervjuene ble gruppert etter hensiktsmessige kategorier, som inkluderte enkeltfaktorer som er avgjørende (økonomi, nye behandlingsmetoder, avdelingens aktuelle behov, betydningen av vakter, betydning av faste stillinger, og legespesialister i disse), framskrivinger på ulike nivå (lokalt, regionalt, nasjonalt), og diskusjon av noen enkeltspesialiteter.

### **Studiens styrker og begrensinger**

I kvalitativ forskning avhenger dataenes kvalitet i stor grad av forskerens kompetanse. Denne forskerens kompetanse er innenfor temaet som er beskrevet, og det er en styrke. Men har betydelig mindre kompetanse i kvalitativ metodikk. Dårlig kjennskap til metodikk i analysearbeidet kan ha ført til tilfeldigheter og skjevheter i analysearbeidet.

Utvalget av informanter er også i en viss grad tilfeldig. Det er en styrke at intervjuene er gjort med de aller fleste sykehus/helseforetak, og det er en styrke at intervjuene er gjennomført på ulike nivåer av disse. Men utvalg og rekruttering av informanter kan være skjevfordelt. Rekrutteringen er gjort gjennom nettverk av leger med samme bakgrunn som forfatter. Det var enkelte steder utfordrende å finne kandidater som ville delta, og derfor har personlig kjennskap hatt betydning. Man kan derfor risikere at man ikke i tilstrekkelig grad har fått informanter som har ulik oppfatning av emnet, enn forfatteren selv.

Det er også en begrensning at studien ikke er utført nasjonalt og konklusjoner kan derfor ikke nødvendigvis overføres til andre helseregioner. Men det er gjort forsøk på å beskrive fellestrekk som er overførbare.

Det er gjort forsøk på å beskrive utdanningskapasiteten av legespesialistene.

Utdanningskapasitet er definert ut fra 1) antallet stillinger (og at det er rekruttering til dem), 2) at tiden LIS bruker i disse stillingene i størst mulig grad er kompetansehevende arbeid, og 3) at det er minst mulig forsinkelser. De 2 første elementene er forsøkt beskrevet i oppgaven, mens grad av forsinkelser er ikke omfattende studert, utover ventetid på vei til gjennomstrøm. Dette kan egne seg for en senere kartlegging.



## 5. Resultater

I dette kapittelet blir funnene presentert ut fra fire hovedkategorier. Kategoriene har blitt til gjennom analyseprosess som beskrevet i kapittel 4 og søker å besvare oppgavens målsetning. Sitat fra respondentene fremheves i kursivert skrift, og benyttes for å begrunne funn ytterligere.

1. I hvor stor grad benyttes lokale/regionale/nasjonale framskrivinger?
2. På hvilket nivå avgjøres det pr. i dag om det skal opprettes LIS-stillingene
  - Og hvor bør denne ideelt sett ligge?
3. Hvilke faktorer blir det lagt vekt på ved opprettelsen av LIS-stillinger?
4. Er det enkeltspesialiteter som bør ha særskilt oppmerksomhet?

De rapporter og framskrivinger som er presentert viser et sammensatt bilde, med store variasjoner: Men hovedtrekkene er at det er en betydelig grad av

### 5.1 Framskrivinger

Informantene oppgir i varierende grad at de kjenner til framskrivinger. Dette varierer imidlertid med hvilket nivå de arbeider på i organisasjonen. Direktørene fra hhv. HR, fag og organisasjon beskriver i større grad at de kjenner godt til nasjonale rapporter og framskrivinger. Men de erkjenner at disse i liten grad brukes hos dem. Informantene fra klinikkens N3-nivå oppgir å ha hørt om disse, men at regionale og nasjonale framskrivinger ikke diskuteres i det daglige. 2 av N3-lederne oppgir imidlertid at de er kjent med klinikkovergripende interne prosjekter som skal starte i løpet av 2023, og at analyser og framskrivinger skal benyttes der.

Flere av informantene kjenner til P/LIS, og at det i etterkant av dette er det gjort et grundig arbeid med å lage gode framskrivinger og analyser. Alle informantene oppgir at dette vil kunne gi verdifull kunnskap, og om de er gode nok, så vil de bli brukt. Informantene er alle utfordret på hva som skal til for at slike framskrivinger er «gode nok» og skal bli brukt. De oppgir da at de må inneholde troverdige data. Om tallene ikke passer med egen virkelighetsforståelse, så vil de miste troverdighet og relevans. Flere oppgir at dette kan dreie seg om tallfesting av stillinger, og antall leger. Videre oppgir informantene at framskrivingene må være oppdaterte, helst kontinuerlig. De viser til at det er demotiverende å finne tallmateriale som er flere år gammelt. Og en siste faktor som

nevnes av flere, er at de ønsker at data og framskrivninger er inkorporert i praktisk verktøy, der de kan justere faktorer, og dermed kategorisere etter eget ønske og behov.

To av helseforetakene oppgir at de har egne analyseavdelinger, som gir troverdige data og framskrivninger for sin egen populasjon. Men også disse oppgir at disse brukes i for liten grad.

## 5.2 Hvem avgjør utdanningskapasiteten

Avgjørelsen om opprettelse og/eller å beholde LIS-stillinger tas som regel på avdelingsnivå eller klinikk-nivå. Det er vanligvis ikke lagt opp til noen godkjenning fra stab eller stabsdirektører, så lenge «regnestykket går opp. Avgjørelsen tas altså i faglinjen på den enkelte avdeling/klinikk. Alle helseforetakene oppgir at det er slik det foregår.

Alle stabsdirektørene oppgir at de ser for seg at det blir endringer på dette fremover. Mye på grunn av anbefalingene i Helsepersonellkommisjonen, men også fordi de erkjenner at det er direktør/stabsdirektørene som bør ha et helhetlig ansvar for rekruttering til eget foretak.

## 5.3 Enkeltfaktorer som legges til grunn ved opprettelsen av stillinger

### **Økonomi**

Finansieringen av helsevesenet er 60% basisfinansiert og 40% innsatsstyrt, nylig justert fra 50%/50%. Det betyr at det fortsatt vil «lønne seg» for et sykehus/avdeling å legge til rettet for aktivitet som gir inntekter. Begrepet «business case» blir anvendt av flere respondenter. «Business case» brukt innen helsevesenet er trolig et relativt nytt begrep, etter innføring av foretaksmodellen. Helseforetakene er autonome enheter, med stor grad av autonomi også innenfor budsjett og økonomi, og kan altså fritt opprette og vedlikeholde stillinger uten å måtte «be om lov». I denne sammenhengen beskriver en «business case» et prosjekt der man vurderer balansen mellom kostnader og utgifter, inkludert usikkerhet, levedyktighet for prosjektet og muligheten for måloppnåelse.

Typisk er det en situasjon der man har behov for leger for å dekke vakter. Dette medfører økte utgifter, som må dekkes inn av de enkelte avdeling/seksjon. Men disse utgiftene kan dekkes inn ved økt pasientrettet aktivitet (økt «innsats»), som gir økt DRG-inntjening (den delene av finansieringen som er innsatsstyrt). Dette vil favorisere spesialiteter med prosedyrer og aktiviteter med mulighet for DRG-inntjening - på bekostning av spesialiteter

som i større grad har inntekter fra basistilskuddet til foretakene. Her spiller altså finansiering av helseforetakene en viss rolle.

Alle informantene oppgir at dette er en velkjent problemstilling. N3-lederne oppgir at dette er en vanlig måte å arbeide etter, og at om prosjektet er lønnsomt, og det finnes personell og areal, så kan N3 selv iverksette. 1 av disse N3-lederne forteller at relativt nylig har fagdirektør informert om at man i fremtiden må se mer helhetlig på slike situasjoner. Det ble konkret oppgitt at dette var i lys av Helsepersonellkommissjonen, der man understreket at sykehusene måtte bruke tilgjengelig personell smartere, med flere generalister.

## **Vakter**

Vakter er den vanligste årsaken til å opprette stillinger. Dette svares fra alle helseforetakene, både fra HR, fra fagdirektørene og fra ledere på N3-nivå.

Det gjelder særlig de indremedisinske og kirurgiske spesialitetene. Det er ulike årsaker til økt behov for vakter. Det er økt behov for kompetanse i akuttmottakene i de ulike virksomhetene. Det er både nye krav til økt kompetanse «i front», altså nær pasienten. Det er økt grad av utredning i akuttmottaket, før pasienten sendes til post/avdeling. Og det er i økende grad ambisjon om at pasienter ikke behøver innleggelse, men henvises til et kommunalt omsorgsnivå. Samtidig er det også økt seksjonering innenfor de indremedisinske og kirurgiske spesialitetene. Dette har blitt forsterket av at begge ble gjort om fra en hovedspesialitet og grenspesialiteter til 10 hovedspesialiteter i indremedisin og 6 hovedspesialiteter i kirurgi. Dette har gitt et økt grad av spesialisering og redusert generalisert kompetanse.

Videre er det over relativt kort tid gjort endringer i vakt-struktur. Der det før var døgnvakter, er disse nå delt i dagvakt og nattevakt. Ofte er det også lagt til «mellomvakter» som skal ta unna «toppene» i akuttmottak, typisk mellom klokken 12 og klokken 22.

Det er også en økende rad av seksjonering, også på primærvakter, særlig på de større sykehusene. Dette bidrar til å øke behovet for antall hoder, selv om man ikke får så mye igjen i økt mengde legearbeid.

## **LIS 2**

LIS 2 er den felles delen for de indremedisinske og kirurgiske spesialitetene. Nesten alle de store helseforetakene oppgir dette som årsak til at LIS ikke ønsker seg disse spesialitetene.

Årsakene er trolig sammensatt, men blant annet at som akkurat ferdig med LIS 1, er det vanlig å starte som LIS 2, uten sikker tilknytning til en spesialitet. Dette kan være en god ide, slik at man får testet ulike spesialiteter. Men LIS oppgir at de føler at de ikke «hører hjemme noe sted. De opplever svak tilknytning, dårlig oppfølging, mangel på supervisjon og veiledning. Og mange sykehus har ikke god organisering av LIS-delen. Dette erkjenner de fleste av informantene fra helseforetakene.

### **«Ukjente» spesialiteter**

Direktørene (HR-, Fag- og Organisasjonsdirektørene) uttrykker alle bekymring for spesialiteter som ikke er så stor og ikke er så kjente for LIS som akkurat er ferdig med LIS 1. Dette er typisk laboratoriefagene. Man spekulerer litt rundt årsaken, og noe kan skyldes at man tidligere fatter interesse for spesialiteter som man er eksponert for, for eksempel i LIS 1.

### **LIS slutter – tap av kompetanse**

Dette er en av de store bekymringene. Leger som akkurat er ferdige med spesialiteten, men som slutter ved det sykehuset/helseforetaket som de har hatt fast stilling ved. Alle informantene oppgir dette som bekymringsfullt, men det er særlig uttrykt fra de som har litt avstand til Oslo. Det er både et tap i seg selv (tap av kompetanse og en verdifull ressurs), men det er også ergerlig å ha forsøkt å legge til rette for et godt utdanningsløp - og det gir også en viss smitte-effekt.

Oppgitte årsaker til at unge spesialister slutter ved sykehus/helseforetak:

- De flytter «hjem» til der de har familie og/eller der de studerte
- Tilbud om mer spennende arbeidsoppgaver ved et større sykehus
- Tilbud om roligere vakter ved et stort sykehus
- Tilbud om mer seksjonerte («spissede») vakter ved et stort sykehus
- Større fagmiljø og muligheter for forskning ved store sykehus
- Arbeid utenfor sykehus.
  - i. Det kan være både som avtalespesialist, eller i private sykehus/klinikker
- Roligere hverdag utenfor sykehus

- Ønsker å ikke jobbe vakter

Et stort helseforetak oppgir faktisk lekkasje til allmennpraksis – og det er nytt.

*«Fastlegekrisen har gjort at kommunen tilbyr fast lønn, og færre på listen til fastlegen. Dette sammen med noen få legevakter i måneden, gjør at de kan ha samme inntekt, og kun arbeide 3-4 dager i uken. Dette lokker flinke leger ut av sykehuset.»*

Avtalespesialister er forvaltet av det regionale helseforetaket, som også lyser ut stillinger. Antall avtalespesialister avgjøres i fellesskap mellom RHF og Legeforeningen. To av de store helseforetakene beskriver at unge spesialister sluttet kort tid etter ferdig spesialitet for å starte i nyopprettede spesialistavtaler med RHF'et. Dette gjaldt øre-nese-halssykdommer, og sykehuset mistet dermed både verdifull kompetanse og leger til vaktordningen.

### **Leger i spesialisering**

Alle informantene oppgir at det synes å være et generasjonsskifte, og det har kommet raskt. Alle oppgir at nyutdannede leger i større grad enn tidligere søker seg til spesialiteter med hovedsakelig dagarbeid, ingen eller lite vaktarbeid, og muligheten for å jobbe utenfor de offentlige sykehusene. Derfor er trenden at spesialiteter som hud, øye, og øre-nese-hals er populære og har god rekruttering, ifølge informantene.

Dette er mer en observert trend fra informantene, det er ingen som sikkert kan tallfeste dette. De fleste velger fortsatt tradisjonelt, som prestisjetunge fag og spesialiteter som de tidlig blir eksponert for, og kjenner gjennom LIS 1. Store fagmiljøer er attraktivt og gir god søkning, da det både er sosialt og gir god faglig trygghet, med mange kolleger rundt seg.

### **Venteliste for gjennomstrøm.**

I de fleste spesialitetene innebærer spesialistutdanningen en periode på såkalt gjennomstrøm. Det vil si at man skal arbeide ved en annen utdanningsvirksomhet for å oppnå kompetanse som man ikke kan oppnå der man har sin faste ansettelse. I «gammel ordning» omtalte man dette som tjeneste ved «gruppe 1-sykehus». Av praktiske årsaker er det avtalt en bestemt varighet for å oppnå denne kompetansen. Men i realiteten er det grad av oppnådd kompetanse som skal avgjøre varigheten. Noen har mer erfaring enn andre før gjennomstrøm – og noen oppnår kompetansen på kortere tid enn andre. Men i realiteten blir alle tilbudt samme varighet, nokså likt slik det var i gammel ordning.

Varigheten er stadig under diskusjon, da lang varighet av gjennomstrøm øker risikoen for at legen blir værende ved gjennomstrøms-sykehuset heller enn å returnere til avgivende sykehus ved oppnådd kompetanse. Det vil innebære en flukt av spesialister fra de avgivende sykehusene, og gir en sentralisering av kompetansen.

Eksisterende regional løsning for liste/oversikt over LIS med behov for gjennomstrømningstjeneste i samarbeidsforetak er lagt til Personalportalen. Dette er en ikke dedikert løsning som er manuelt krevende å opprette og vedlikeholde; dette gjelder både selve listen og standarduttrekk/rapporter. Løsningen er konstruert som en «fiktiv avdeling» i OUS som LIS-koordinatorer i utdanningsvirksomhetene har tilgang til. Listen viser hvor LIS ønsker tjeneste og LIS-koordinator på OUS har overordnet ansvar for listen.

Det er flere utfordringer med den eksisterende løsningen, noe som iblant medfører feil, manglende oppdatering og at listen i varierende grad benyttes. Eksempler på feil er innmeldt behov for gjennomstrømningsstilling i flere ulike spesialiteter for samme LIS. Det kommer ikke frem at LIS er i permisjon eller har ikke lenger behov for gjennomstrømningstjeneste. Det kan være fordi LIS har blitt ferdig spesialist, har byttet spesialitet eller gjennomfører tjenesten i annen region. På grunn av disse begrensningen har enkelte fagmiljøer opprettet egne oversikter over LIS og omgår dermed den vedtatte regionale løsningen.

For å administrere denne gjennomstrømningen finnes det en venteliste for å komme på gjennomstrøm. Denne listen administreres gjennom personalforvaltningssystemet «Personalportalen» (levert av Sykehuspartner) og forvaltes av de ulike LIS-koordinatorene. De fleste spesialitetene og de fleste helseforetakene forholder seg til denne listen. Men ikke helt alle. Enkelte spesialiteter har egne løsninger, der formelle og uformelle nettverk innen spesialiteten organiserer rekkefølgen inn til gjennomstrøm. Flere av de minste spesialitetene har slike uformelle løsninger for å administrere rekkefølgen for gjennomstrøm.

Å se utelukkende på denne ventelisten gir altså ikke hele bildet. Både fordi at mange spesialiteter ikke har behov for gjennomstrøm til OUS, fordi den er tungvint å bruke og har mange feilkilder. Men for å se på noen tendenser, så ser at det er noen få spesialiteter der de er en forventet venteliste på 42-60 måneder, dette er hjertesykdommer og anestesi, onkologi noe kortere estimert ventetid. Samtidig er det flere spesialiteter der ingen står på venteliste – på tross av at men vet at det ikke finnes en annen og mer uformell liste. LIS-koordinator uttrykker bekymring for at dette er sårbare spesialiteter, som om kort tid vil ha betydelige problemer med erstatte spesialister som går av med pensjon.

## 5.4 Beskrivelse av enkelte spesialiteter

Om man ser på data fra ventelisten for gjennomstrøm til Oslo Universitetssykehus, finner man at følgende spesialiteter er «populære», dvs har mange søkere, og lang ventetid før forventet gjennomstrøm: Hjertesykdommer, Onkologi og Anestesi.

Nasjonalt er det altså mange spesialiteter som bør ha strategisk oppmerksomhet. I Helse Sør-Øst er det enighet om at følgende spesialiteter har rekrutteringsutfordringer, sortert etter årsaker:

### **Vakter**

Spesialiteter belastende vakter er stadig vanskeligere å rekruttere til. I hovedsak dreier det seg om de alle de indremedisinske og alle de kirurgiske spesialitetene. Det er imidlertid betydelig variasjon mellom de ulike helseforetakene. Noen oppgir for eksempel store utfordringer innen hjertesykdommer, mens andre bekrefter at *«hjertesykdommer fortsatt er blant de mest populære»*. Denne store variasjonen er ikke lett å finne årsaker til, men noen av informantene oppgir at det trolig har å gjøre med lokale forhold, arbeidsmiljø, enkeltpersoner, forbilder osv.

Spesialiteter som sliker med å rekruttere på grunn av vakter er blant annet anestesi, ortopedi, gastrokirurgi.

### **Små spesialiteter**

De mindre og til en viss grad ukjente spesialitetene beskriver alle rekrutteringsvansker. Det dreier seg ofte om diagnostiske spesialiteter / laboratoriefag, som ikke har direkte pasient-kontakt. På de mindre helseforetakene er det små fagmiljøer, ofte med kun en erfaren spesialist. Dette er svært sårbart, og alle informantene erkjenner at dette er viktig arbeid, men også vanskelig.

En informant beskriver situasjonen som *«under kritisk masse»*. Altså i betydningen at det er få som søker seg til spesialitetene med små miljøer, både faglig og sosialt. Søkere dit er ofte spesielt interesserte.

Flere informanter oppgir at de diagnostiske spesialitetene burde være mer attraktive, da det i stor grad dreier seg om dagarbeid, og med lav vaktbelastning.

## **Andre årsaker, som kun gjelder noen spesialiteter**

### **Psykiatriske spesialiteter**

Alle sykehusene beskriver mangel på gode søkere til både voksen-psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus- og avhengighetsmedisin. Det beskrives ulike årsaker til dette. For det første har disse spesialitetene «aldri» vært blant de «prestisjetunge» spesialitetene. Videre har det vært en både relativ og absolutt økning av stillinger i disse tre spesialitetene over de siste årene. Dette har vært en ønsket politikk, og har vært tydeliggjort i oppdragsdokumentene til helsesektor.

Men søkningen og rekrutteringen har ikke økt like mye som antall stillinger. Det er dermed flere sykehus som oppgir at det er flere leger ansatt enn for noen år siden, men det er likevel mange ubesatte stillinger.

### **Andre spesialiteter**

Følgende spesialiteter er oppgitt fra ulike informanter å ha rekrutteringsvansker, men uten noen sikker årsak, og med variasjon mellom sykehusene i hvor store vansker det er.

- **Fødselshjelp og kvinnesykdommer**
- **Barnesykdommer**
- **Nevrologi**
- **Patologi**



## 6. Diskusjon og noen anbefalinger

I de fleste sykehus/helseforetak var det usikkerhet om hvem som skulle eller burde være med på intervjuene. Flere av informantene oppga at de ikke var sikre på om «*de var rette vedkommende*». Informantene ble informert om at dette var delvis derfor oppgaven skrives – nettopp at det foreligger en slik variasjon og fragmentering av dette ansvaret. Dette var også erfaringen fra P/LIS-prosjektet. Nemlig at «ansvaret» for utdanningskapasiteten ikke var tydelig avklart i organisasjonen.

Kartleggingen i denne oppgaven beskriver en mangel på helhetlig plan for utdanningskapasitet, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Det er relativt gode nasjonale oversikter over antallet legeårsverk og utviklingen av disse, både innenfor de ulike spesialitetene og mellom helseregionene. Det er også gode oversikter over hvilke spesialiteter som bør ha særskilt oppmerksomhet, altså de som har størst risiko for å få en betydelig mangel på rekruttering til faget. Begge deler kan være nyttige. Men hovedinntrykket er at de nasjonale oversiktene ikke er i bruk. Det finnes kjennskap til at oversiktene eksisterer, men de brukes i praksis ikke av helseforetakene når det gjelder planlegging av opprettelsen og vedlikehold av stillinger og dimensjonering for framtiden.

Noen helseforetak har egne analyser og noen til og med egne analyseavdelinger. Det varierer i hvor stor grad disse blir brukt systematisk. Men inntrykk etter denne kartleggingen er at utdanningsvirksomhetene har innsett nytteverdien av å gjøre skikkelige analyser og framskrivinger. Alle helseforetakene etterspør også regionale analyser og framskrivinger. Dette har vært erkjent en stund, og beskrevet også i P/LIS. RHF'et arbeider derfor grundig og systematisk med disse framskrivingene og analysene, gjennom sin egen analyseavdeling. Arbeidet er godt i gang, og store deler av det kan presenteres i løpet av 2023.

Det er minst tre momenter som er helt essensielle i slike analyser; nemlig 1) at det er troverdige tall som presenteres og som oppfattes å treffe den opplevde situasjonen, 2) at analyser og data presenteres på en oversiktlig og lettforståelig måte og 3) at analysene er dynamiske og til enhver tid oppdaterte. Da vil disse kunne bli et nyttig og viktig verktøy for dem som faktisk skal avgjøre utdanningskapasiteten i de ulike spesialitetene. Alle informantene etterlyser dette.

Men analyser og framskrivinger er kun et nyttig verktøy om de blir brukt. Denne oppgaven viser at både helseforetakene/sykehusene og legene selv (LIS) har stor grad av selvbestemmelse (autonomi).

Når det gjelder sykehusene opprettelse og vedlikehold av stillinger i den enkelte spesialitet i eget foretak så er det overveiende inntrykk at dette styres av aktuelle behov, som å dekke vakter, overholde ventelister, sikre at det ikke blir fristbrudd, og så videre. Noen strategisk og systematisk planlegging av det samlede spesialistbehovet synes å være fraværende hos alle.

## **Autonomi**

### **Helseforetakene er autonome**

Alle helseforetakene er fornøyde med at det er selvstendige driftsenheter, og ingen ønsker seg tilbake til en legefordelingsordning som man hadde tidligere. Men dette arbeidet viser at flere av aktørene i helsevesenet har erkjent at det kanskje er for stor grad av autonomi.

Om man ser på løsninger fra andre land, så er det nærliggende å se på Danmark. Hele den nye LIS-utdanningen er basert på erfaringer fra Danmark, med såkalt kompetansebasert medisinsk utdanning og like begreper som utdanningskoordinerende overleger og utdanningsansvarlige overleger. Men spesialistutdanningen i Danmark. Etter gjennomført LIS 1 søker leger som ønsker å jobbe i danske sykehus en 1-årig introduksjonsstilling i en aktuell spesialitet. Det er vanlig praksis at LIS tjenestegjør i 1-4 introduksjonsstillinger før LIS påbegynner sin spesialisering i valgt spesialitet med ansettelse i et hoved-utdanningsløp. Det er ikke lagt til rette for en slik ordning i den norske spesialistforskriften, men dette kan tenkes bli aktuelt dersom for eksempel praksis med LIS uten spesialitet ikke avtar.

### **LIS er autonome**

Leger i spesialisering er også autonome. De har betydelig grad av selvbestemmelse når det gjelder valg av spesialitet. De står fritt til å velge spesialitet etter eget ønske, uavhengig av helsevesenets aktuelle og framskrevne behov.

### **Hvordan kan man påvirke dimensjoneringen?**

Man kan ha en tydeligere styring nasjonalt, eller regionalt. Ingen har etterlyst dette. Men i Danmark har men en tydelig rigid løsning, der alle leger i spesialisering er ansatt i regionen («RHF'et»), og det er regionen som styrer hvor de skal få sin utdanning – og for så vidt hvor de kan søke overlegestilling. Hver eneste utdanningsstilling er analysert,

vurdert og beregnet ut fra behov og framskrivinger, og både regioner, sykehus og LIS må forholde seg til de stillingene som dimensjoneringsplanen fastsetter (11). Dette er en klart rigid løsning som man kan se for seg ikke vil være populær i Norge. Løsningen er forelagt alle informantene, og ingen ønsker seg en slik løsning.

### **Hvem har ansvaret?**

Ingen har avgjørende ansvar for utdanningskapasiteten. Dette ansvaret er fordelt på flere, fra direktør og nedover lederlinjen, men også stabsdirektører som fagdirektør og HR-direktør. Dette medfører at avgjørelsen om å opprette stillinger, rekruttere til dem og beholde dem (ved permisjoner etc), ofte ender på N3-nivå, altså avdelingsleder. Momenter som spiller inn er å dekke vakter, redusere ventelister og fristbrudd. Det er stadig flere LIS som ønsker å si opp sin «UTA-tid», altså gå ned til å jobbe 38 timer/uke. Innenfor disse timene kan opptil 19 timer være i vakt. Det blir dermed lite tid igjen til kompetansehevende arbeid/læringsaktiviteter.

En annen konklusjon er at endringer i vaktturnuser spiller en sentral rolle. Overgang fra døgnvakt til 2-delt vakt døgn og overgang fra passiv vakt til økt grad av tilstedevakt gjør at helseforetakene har måtte øke antall hoder som vaktene skal fordeles på. Disse vaktene er i stor grad dekket av «leger i spesialisering», selv om behovet for en lege i spesialisering (til en bestemt spesialitet) ikke nødvendigvis er til stede.

Business-case – så lenge det er lønnsomt, får N3 vanligvis anledning til å opprette det som er nødvendig. Altså om inntektene overstiger utgiftene, og det samtidig er behov for legearbeid og/eller vaktarbeid, så oppleves det som en «vinn-vinn-situasjon». Dette favoriserer «prosedyretunge» spesialiteter, der LIS enten generer inntekter direkte, eller ved at de gjør annet arbeid som frigjør spesialistene til å gjøre «inntektsbringende» arbeid. Det kan for eksempel være å gjøre inkomstjournaler og epikriser (ofte på pasienter man ikke kjenner selv), forundersøkelser, etterkontroller osv. Man får både tilfredsstilt sykehuseier, økonomi-direktør og pasienten. Sekundær-kostnaden for andre spesialiteter blir sjelden tillagt vekt.

Anbefalinger, basert på denne oppgaven

## **Framskrivinger**

Et grundig og omfattende analysearbeid med framskrivinger er altså godt i gang i det regionale helseforetaket.. Dette er altså etterlyst hos alle informantene og vil bidra til systematisk og strukturert dimensjonering. Det gjør at sykehusledelsen kan ta informerte og opplyste valg, særlig rundt spesialiteter som bør ha særskilt oppmerksomhet. Framskrivningene må være transparente (hva er de basert på), oppdaterte, tiltalende (lette å forstå), og enkle å justere for lokale forhold. Dette vil bidra til reduserer tilfeldigheter ved opprettelsen av stillinger, mellom de ulike spesialitetene.

Framskrivningene bør følges av tydelige oppdrag på behov og anbefalinger fra det regionale helseforetaket. Det kan være utfordrende for de enkelte helseforetak å ha oversikt over små og sårbare spesialiteter, regionale forhold (sentralisering, rekrutteringsbehov). Om det for eksempel kan synliggjøres at det på regionalt nivå vil mangle 40 spesialister i en gitt spesialitet og x antall år – så vil det ikke bare være det enkelte sykehus sin utfordring, men hele regionen.

## **Karriere-veileder**

Noen av de «sårbare spesialiteter» er lite kjent hos unge leger, for eksempel i de diagnostiske spesialitetene. Men kan være attraktive spesialiteter likevel, med for eksempel stor grad av dagtidsarbeid. Unge leger blir eksponert for store deler av indremedisinen og de kirurgiske spesialitetene gjennom LIS1. Dette er også spesialiteter som har behov for mange og er lett tilgjengelige for nyutdannede. Mens det kan ta lenger tid å vekke interessen for en liten spesialitet med få forbilder, og som ikke «synes» så godt i terrenget.

Slike spesialiteter bør derfor «vises frem». For eksempel som en del av LIS1-tiden, det er de enkelte helseforetakene som har mye å vinne på dette. Men også sentrale deler av helsevesenet, som RHF'ene vil ha nytte av at LIS blir vist flere valgmuligheter. I Danmark forsøkte man en stund en karriere-veileder ([www.specialeguiden.dk](http://www.specialeguiden.dk)), men den ser ut til å være lagt ned nå.

I Storbritannia har imidlertid British Medical Association (BMA) utviklet et verktøy for å gjøre opplyste valg nå man skal velge blant deres 65 ulike spesialiteter: «BMA Specialty Explorer» (11). Den er tilgjengelig kun for medlemmer av BMA, og er således ikke testet ut i forbindelse med denne oppgaven.

### **Opplyste LIS vil gjøre kloke valg**

P/LIS anbefalte å utvikle en nasjonal nettside, som kan ha oppdaterte oversikter over LIS-utdanningen i de ulike spesialitetene. Selvsagt i tillegg til utdanningsplanene på [www.spesialisthelsetjenesten.no/lis](http://www.spesialisthelsetjenesten.no/lis), men med sterkere fokus på positive sider av mindre spesialiteter. Ved å tydeliggjøre for LIS ulike aspekter ved utdanningsløpene og spesialitetene, vil dette være veiledende informasjon som kan støtte LIS i en helhetlig vurdering og valg av spesialitet. På nettsiden bør derfor framgå utdanningsløp med behov for spesialister, ledige faste LIS-stillinger, om arbeidsmarkedet for spesialist, vaktbelastning før og etter spesialistutdanning, ventetid på gjennomstrømning, rekrutteringstiltak, eventuelt andre økonomiske insentiver, osv. Når LIS får slik innsikt i fordeler og ulemper ved ulike spesialiteter, vil trolig unge leger gjøre mer bevisste og **kloke valg**, og som forhåpentligvis også er gode valg for helsetjenesten.

### **Ikke sentral styring av legestillinger**

Man hadde altså en sentral legestillingsfordeling frem til 2013. Den er det ingen som savner. I Danmark har man imidlertid en tydelig og nasjonal dimensjonering og legestillingsfordeling, og det har de hatt i ca 20 år. Ingen av informantene ønsker imidlertid en slik ordning (12)a. Helseforetakene/sykehusene er autonome innenfor gitte rammer og oppdragsdokument, og dette ønsker sykehusene å fortsette å være. De har selvstendig ansvar for å kartlegge, dimensjonere og rekruttere spesialister til egen befolkning.

### **Daglig legearbeid utført av spesialister**

Skal daglig legearbeid i større grad utføres av overleger/spesialister. Dette vil oppfattes som kontroversielt. De fleste vil hevde at det er dårlig utnyttelse av spesialistene og gjøre «rutine-arbeid». Men det er også dårlig utnyttelse av unge og ivrige leger å ikke gi dem kompetanseheving – slik at de tidlig kan bidra på et høyere nivå. Dette kommer til å bli diskutert de kommende årene. Flere miljøer har diskutert hvordan man best kan utnytte legespesialistene, som et «tredje» sjikt med leger, som er spesialister, men som ikke går i overlege-stilling. Disse er det en del av allerede. Spørsmålet blir om disse skal utføre «overlege-arbeid» eller om de skal utføre «underordnet lege»-arbeid», slik at LIS kan gjøre kompetansehevende arbeid. Noen vil huske de tidligere reservelegene, og det kan være aktuelt å reaktivere en slik funksjon, om enn ikke tittelen.

Det vil kanskje utvikle seg en holdningsendring hos spesialistene og overlegene rundt at disse kan eller skal gjøre mer rutinearbeid, som beskrevet. På den måten blir det mer tid til kompetansehevende læringsaktiviteter for LIS.

## 7. Konklusjon

En sentral konklusjon på dette arbeidet, er at det ikke gjøres en optimal systematisk og strukturert vurdering av utdanningskapasiteten hos de ulike utdanningsvirksomhetene i Helse Sør-Øst. Det er dels fordi at selve behovet for spesialister ikke er tydeliggjort for helseforetakene. Men også at det ofte er andre drivere for å opprette LIS-stillinger enn et erkjent og bevisst behov for spesialist i akkurat den spesialiteten. Dermed er det mange leger i spesialisering som har kommet godt i gang med spesialisering i spesialiteter som helseregionen egentlig ikke har behov for på en god stund. Men samtidig er det flere spesialiteter med udekket behov og mangel på kvalifiserte søkere.

Det som hovedsakelig styrer opprettelsen av LIS-stillinger og rekruttering til disse, er daglige behov på sykehusene - for å dekke vakter, etterkomme endrede vaktturnuser og reduserte tjenesteplaner, fristbrudd og ventelister. Leger ansettes derfor som «lege i spesialisering», ofte fordi det er behov for legearbeid, men ikke nødvendigvis behov for denne spesialisten. I realiteten er det derfor ofte ingen overordnet «styring» av opprettelsen av stillinger.

Det er imidlertid startet et godt analyse- og framskrivningsarbeid i det regionale helseforetaket. Dette har vært etterlyst, og blir godt mottatt ute i sykehusene. Slike framskrivinger er imidlertid ikke gode før de brukes riktig. Og det vil gjenstå en del arbeid før sykehusene finner optimal måte å bruke slike framskrivinger.

Utdanningskapasitet defineres ikke bare antall stillinger for LIS. Det er også sentralt at LIS ikke forsinkes. Forsinkelser kan være relatert til gjennomstrøm, kurs, FKM, veiledning og legespesialister. Dette har ikke denne oppgaven kartlagt. Men et viktig bidrag til forsinkelser, er å ikke sette av nok tid til å gjennomføre kompetansehevende læringsaktiviteter. Når det gjelder dette, så beskriver flere av informantene i intervjuene at det er en økende oppmerksomhet rundt at om det skal ansettes en legeressurs for å gjøre daglig legearbeid (inkludert vakter), så bør det i større grad utføres av spesialister, og ikke av leger i spesialisering – når det ikke er behov for en ny spesialitet. Det vil nok imidlertid ta tid før en slik bevissthet er innarbeidet hos spesialister og overleger.

### **Til slutt**

Denne kartleggingen og beskrivelsen av utdanningsbehovet for LIS-stillinger i Helse Sør-Øst viser at det er mange aktører som er involvert rundt leger i spesialisering, og ofte gjøres beslutninger hos en aktør, som får utslag hos en annen. Avgjørelser som tas på et sykehus får konsekvenser på et annet. Behovet til en seksjon eller avdeling får betydning

for andre avdelinger og spesialiteter. Samtidig går utviklingen av helsevesenet og dets personell raskere enn helseforetakene rekker å endre seg. Avslutningsvis blir det derfor naturlig å sitere tidligere statsminister Gro Harlem Brundtland som i en nyttårstale sa at «*alt henger sammen med alt*».



## 8. Referanser

1. Helsedirektoratet: «Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten»; Rapport 2020. Publikasjonsnummer IS-2967
2. Tid for handling; Norges offentlige utredninger 2023: 4
3. Helse- og omsorgsdepartementet: Oppdragsdokument 2023 – Helse Sør-Øst RHF
4. P/LIS Samlerapport; internt dokument i HSØ RHF (ikke publisert)
5. Helsedirektoratet: «Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten»; Rapport 2019. Publikasjonsnummer IS-2870
6. [www.nhn.no/tjenester/legestillingsregisteret](http://www.nhn.no/tjenester/legestillingsregisteret)
7. [www.sykepleien.no/2022/12/norge-har-fatt-faerre-sykepleiere-lege](http://www.sykepleien.no/2022/12/norge-har-fatt-faerre-sykepleiere-lege)
8. Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (9781412995313). Los Angeles: Sage
9. Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
10. Polit, D.F og Beck, C.T (2007) *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Williams
11. [www.bma.org.uk/advice-and-support/career-progression/training/specialty-explorer](http://www.bma.org.uk/advice-and-support/career-progression/training/specialty-explorer)
12. [www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/Uddannelse/Prognoser/Laegeprognoser](http://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/Uddannelse/Prognoser/Laegeprognoser)

## Vedlegg 1

### Intervjuguide til bruk under forskningsintervju ved kartlegging av Utdanningskapasitet i Helse Sør-Øst – Masteroppgave Trond Vartdal

- Intervjuguiden sendes ikke ut i forkant
- Praktisk informasjon som gjennomgås i forkant
  - Intervju gjennomføres på Teams eller over telefon
  - Varighet – avtalt 45 minutter
- Praktisk informasjon som gjennomgås i starten av intervjuet
  - Intervjuet tas opp, om det er godkjent av respondent
  - Transkriberes av Trond Vartdal (oppgaveforfatter)
  - Bekreftelse av at epost-utveksling fungerer som godkjenning til deltakelse
  - Bekreftelse på at informant kan bli sitert, men blir anonymisert både mtp navn, arbeidssted og tittel.

#### Spørsmålene:

##### 1. Informasjon om informanten

- a. Hvem blir intervjuet?
  - i. Navn
  - ii. Tittel
  - iii. Yrkesbakgrunn
    1. Utdannelse (lege/ikke-lege, spesialitet)
    2. Arbeidserfaring
  - iv. Ledererfaring
- b. Hva er informantens kjennskap til spesialistutdanningen?
  - i. Hvilket nivå i organisasjonen (klinikk, stab, del av sykehusets ledelse?)
  - ii. Personalansvar?
  - iii. Budsjettansvar?

## 2. Spørsmål:

- a. Hvem bestemmer antallet leger i spesialisering (LIS) man skal ha, i ditt foretak/på din arbeidsplass?
  - i. På hvilket nivå tas avgjørelsen?
  - ii. I hvor stor grad er foretakets ledelse involvert?
    1. Hva legges i så fall til grunn?
  - iii. Har foretaket (for eksempel ved HR) en tydelig strategi på hvilke spesialiteter som har særskilte behov?
- b. Hva avgjør behovet for LIS
  - i. Lokale forhold (avdelingens behov)
  - ii. Regionalt behov for spesialister
  - iii. Nasjonalt behov for spesialister
  - iv. Nye behandlingsmetoder?
  - v. Annet?
- c. Enkeltfaktorer som spiller inn ved opprettelse av LIS-stillinger
  - i. Økonomi, DRG
  - ii. Generelt økt aktivitet
    1. Hvilke årsaker er de viktigste?
  - iii. Utføre rutinearbeid (som spesialistene ikke utfører)
  - iv. Dekke vakter
    1. Delte vakter
      - a. (Døgnet er delt i flere vakter, mellomvakter, overlapping etc.)
    2. Flere vaktsjikt
      - a. (For eksempel 3-delt, der det før var 2-delt)
    3. Har det vært en endring over tid (for eksempel de siste 10 årene)
      - a. Beskriv

4. Annet?
  - v. Sikre rekruttering av nye spesialister i egen virksomhet
    1. Naturlig avgang
    2. Økning av aktivitet
    3. Andre forhold
  - d. Bruk av regionale eller nasjonale framskrivninger?
    - i. Beskriv
  - e. Opplever dere at det er enkelte spesialiteter som over tid sliter med **rekruttering**?
    - i. Hvilke er i så fall dette?
  - f. Er det noen spesialiteter som over tid har hatt svært **god søkning** – og det kan oppstå køer for å få disse gjennom utdanningsløpet?
    - i. Hvilke er i så fall disse spesialitetene?
  - g. Hvilke faktorer avgjør hva som er populære/upopulære spesialister?
  - h. Etter din oppfatning – **hvem bør avgjøre utdanningskapasiteten** i den enkelte spesialitet?
    - i. Bør det være sentrale (regionale/nasjonale) føringer for opprettelsen av LIS-stillinger?
      1. Hvilke ulemper kan dette innebære?
      2. Vil det være noen fordeler med en slik løsning?
    - ii. Er det fagmiljøet selv som skal avgjøre?
      1. F.eks gjennom regionale spesialitetsspesifikke råd?
    - iii. Hvilke faktorer bør legges til grunn?
  - i. Har Helse Sørøst et (formelt/uformelt) ansvar for å utdanne spesialister til resten av landet?
  - j. Hvilken betydning har faste stillinger (for LIS) for utdanningskapasiteten?

### 3. Eventuelt / Andre innspill?