

De største utfordringene i dagens helsetjeneste

Legeforeningen ønsker velkommen en grundig utredning av ulike modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste.

Målet bør være å finne en modell som best:

- Balanserer fag, kjerneoppgaver, personell og økonomi
- Sikrer økonomisk bærekraft og nødvendige investeringer
- Gir økt lokal styring til sykehusene
- Tilrettelegger for bedre samhandling mellom tjenestenivåene
- Sikrer likeverdige helsetjenester

Norge har en god helsetjeneste, og det er viktig å bevare det som fungerer. Samtidig er det nødvendig å identifisere og løse de områdene som ikke fungerer særlig godt. For å finne gode løsninger, er det viktig å først identifisere og analysere problemene, samt hindringene som står i veien for å løse disse problemene.

Utfordringene i helsetjenesten henger tett sammen, og én utfordring kan både være resultat av andre problemer og samtidig bidra til nye. Utfordringene nedenfor er ikke rangert etter betydning.

Overordnede utfordringer for hele helsetjenesten:

- 1. Underfinansiering:** Helsetjenesten har over tid vært underfinansiert, noe som har gitt store etterslep i investeringer og vedlikehold. Tjenesten er derfor ikke dimensjonert eller utstyrt slik at ansatte får gjort jobben sin på best mulig måte. Dette gjelder både spesialisthelsetjenesten, som har fått for små bevilgninger i en årrekke, og primærhelsetjenesten, der svak kommuneøkonomi har gjort det vanskelig å prioritere helse- og omsorgstjenester høyt nok.
- 2. En styringsmodell som setter økonomi foran faglighet:** Dagens helsetjeneste styres i for stor grad av økonomiske hensyn og i for liten grad av faglige prioriteringer. Faglige vurderinger settes ofte til side fordi kostnadene blir for høye. Dette gjelder investeringer i bygg og utstyr, behandlingsprosesser og -metoder, og tiltak for bedre arbeidsforhold. Sykehusenes andre lovpålagte oppgaver, herunder utdanning, forskning og opplæring, blir ofte skadelidende når de konkurrerer med pasientbehandling. En mer faglig orientert styring, med sterkere lokal forankring, kan gi bedre kvalitet og mer effektiv ressursbruk.
- 3. Uklare og lange styringslinjer:** I dagens styringsmodell for spesialisthelsetjenesten er det ofte uklart hvem som har ansvar og hvordan beslutninger fattes. Utviklingen har gått mot større og mer komplekse foretaksstrukturer, flere ledernivåer, lengre beslutningslinjer og mindre lokal selvstendighet. Det er også en demokratisk utfordring at helseministerens mulighet til å styre helseforetakene er mer teoretisk enn reell, og at Stortinget er frakoblet de store veivalgene. Samtidig bør ikke politiske myndigheter kunne overstyre faglige vurderinger på foretaksnivå (ref. forrige punkt).

4. **For dårlig utnyttelse av helsepersonells kompetanse:** Helsepersonell får i for liten grad brukt kompetansen sin, og bruker mye tid på oppgaver som ikke er pasientrettede. Dårlige IT-systemer, unødvendig rapportering, mangelfull organisering av arbeidsprosesser, lav bemanning og dårlig utstyr er blant de største «tidstyvene». Reduksjon i antallet helsesekretærer har også medført at mange administrative oppgaver faller på annet helsepersonell.
5. **Manglende tiltak for å beholde og rekruttere helsepersonell:** Som følge av underfinansiering og en uheldig styringsmodell har det vært satset for lite på ansatte når det gjelder arbeidsvilkår, arbeidsmiljø, utdanning og kompetanseheving. Arbeidspresset er høyt, sykefraværet øker, og flere søker seg bort fra den offentlige helsetjenesten. Resultatet er høy turnover, økende todeling og svekket tillit.
6. **En pleie- og omsorgstjeneste i knestående:** Pleie- og omsorgstjenesten er allerede sterkt presset på både kompetanse og kapasitet, og dette vil trolig forverres i årene som kommer. Det er for få sykepleiere og helsefagarbeidere til å løse oppgavene som er lagt på kommunene. Høyt arbeidspress over tid har ført til høyt sykefravær og høy turnover, særlig i distriktene. Det er behov for bedre rekruttering, mer stabil bemanning, og organisasjonsmodeller som gjør det mulig å bruke kompetansen mer effektivt.
7. **Fragmenterte pasientforløp og svingdørspasienter:** Samhandlingen mellom tjenestenivåene er for svak. Kapasitetsproblemer og mangelfull kommunikasjon kan gjøre at sårbare og multisyke pasienter føler seg som kasterboller i et komplekst system. Økonomiske insentiver for samhandling fungerer ikke godt nok, og mange kommuner mangler ressurser til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Resultatet er unødvendig lange og oppstykkede pasientforløp som ikke er til pasientens beste. Dette har også vidtgående følger for pårørende, ansatte i helsetjenesten og tilstøtende tjenester.
8. **Likeverdige helsetjenester i hele landet?** utfordringer i helsetjenesten oppstår ofte først i nord, før de sprer seg sørover. Bemannings- og kapasitetsutfordringene i nord, som følge av dårlig økonomi og mangel på personalressurser, er derfor et varsko for resten av landet. utfordringene som helsetjenestene møter i distrikt, er store og sammensatte. Det er grunn til å vurdere om dagens organisering og finansieringsmodell slår ulikt ut i ulike deler av landet, og om det bør åpnes for at distrikt og byområder styres og finansieres på ulike måter.

Mer om viktige enkeltutfordringer

Beholde og rekruttere helsepersonell

Til tross for at Norge har høy bemanning sammenlignet med mange land, er det betydelige utfordringer med mangel på helsepersonell. Dette gjelder flere profesjoner, både i spesialist- og primærhelsetjenesten, selv om vi her vektlegger legers utfordringer.

Behovene for helsetjenester øker, og det vil bli færre helsepersonell per pasient.

Perspektivmeldingen 2024 viser at det er behov for 180 000 flere ansatte i helse- og omsorgssektoren fram mot 2060¹. Det er mangel på leger, både i sykehus og i kommunene. Norge har samtidig ingen klar framskrivningsplan for behovet for legespesialister, og dermed også for studieplasser innen medisin og for LIS-stillinger. Uten gode framskrivinger er det vanskelig å utvikle tydelige opptrappingsplaner for å imøtekomme behovene.

Det er utfordringer med å rekruttere til LIS 2/3 i flere spesialiteter. Mangelen på spesialister forsterkes av forsinkelser i utdanningsløpene for LIS. Over 40 % av leger i spesialisering er mer enn ett år forsinket i utdanningsløpet, noe som samlet gir flere tusen tapte spesialistårsverk². Forsinkelsene skyldes blant annet manglende gjennomføring av planlagte rotasjoner, kurs og pasientmøter. Spesialistutdanningen har flere utfordringer, bl.a. at manglende nasjonal gjennomføring av spesialistutdanningen gir spesialister ulik kompetanse innen samme fagområde.

Til tross for at opprettelsen av flere LIS1-stillinger, får fortsatt bare rundt halvparten av søkerne plass i vårens opptak og 35-40% i høstens opptak³. Når udekkede legestillinger i sykehus fylles av medisinstudenter med lisens eller leger som venter på LIS1, kan det svekke kvaliteten og pasientsikkerheten. Begrenset erfaring og kompetanse øker også risikoen for feilvurderinger, overdiagnostikk og unødvendig bruk av helsetjenester.

Vedvarende høy arbeidsbelastning tærer på ansatte og bidrar til økt sykefravær og frafall. Nær halvparten av de spurte sykehuslegene i Legeforeningens medlemsundersøkelse fra 2023 var usikre på om de ville fortsette i jobben om to år⁴. Bemanning handler ikke bare om å fylle ledige stillinger, men også om å beholde erfarne medarbeidere. De er sentrale for faglig utvikling, pasientsikkerhet og spesialistutdanning.

Rekrutteringen til fastlegeordningen har bedret seg, men rundt 120 000 innbyggere står fortsatt uten fastlege. Tiltak som innføres uten forankring i tjenesten øker usikkerheten og stabiliteten i tjenesten. Samtidig ser vi at flere erfarne spesialister søker seg fra sykehus til allmennpraksis. Dersom dette primært skyldes dårligere arbeidsvilkår i sykehusene, kan det føre til kunnskapsflukt

¹ Finansdepartementet. Meld. St. 31 (2023-2024) Perspektivmeldingen 2024

² [Ylfs medlemsundersøkelsen 2025: Nesten halvparten er forsinket i spesialistutdanningen. \(2025\)](#)

³ Helsedirektoratet (2025) [Leger i spesialisering del 1 \(LIS1\). Statusrapport nr. 24. Søknadsrunden høsten 2024. LIS1-stillinger med oppstart 1.3.2025](#)

⁴ Legeforeningens medlemsundersøkelse fra 2023 viste at 46 % av respondentene (5000 leger) ikke ønsker eller er usikre på om de vil bli værende i jobben ved sykehuset om to år.

og svekket kapasitet i enkelte fagfelt. Denne kunnskapsflukten er særlig uttalt i rus- og avhengighetsmedisin, samt psykisk helsevern.

Dårlige IT-løsninger

Velfungerende IT-systemer er en forutsetning for en god og effektiv helsetjeneste. Mangelfulle digitale løsninger får direkte konsekvenser for pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og ressursbruk. Leger og annet helsepersonell bruker i dag betydelig tid på å innhente informasjon manuelt fordi systemene ikke støtter klinisk arbeid, eller krever dobbeltrapportering både digitalt og på papir. Dette reduserer tiden til pasientbehandling og øker risikoen for feil. Systemer utviklet uten forståelse for klinisk praksis eller uten involvering av brukerne, skaper merarbeid, frustrasjon og ineffektivitet.

Digitalisering i andre offentlige virksomheter, som NAV, HELFO, Arbeidstilsynet, statsforvaltere og barnevern påvirker også arbeidshverdagen i betydelig grad. Når systemene ikke snakker sammen eller er uegnet som kommunikasjonskanal skaper det merarbeid og ineffektive prosesser. I verste fall kan dette true pasientsikkerheten og konfidensialiteten.

Utfordringer i spesialisthelsetjenesten⁵:

Kapasitetsutfordringer

Kapasitetsutfordringene i sykehusene skyldes underfinansiering og urealistiske effektivitetskrav over lang tid. Gjennom de ti siste årene har ikke sykehusene hatt vekst i bevilgningene ut over det som er nødvendig for å kompensere for befolkningsendringene. Dette har gitt dårligere rammevilkår for sykehusene og bidratt til bemanningsutfordringer. Covid 19-pandemien forsterket denne situasjonen. Høyt sykefravær, lange ventelister og store økninger i renter og avdrag etter investeringer i bygg gjør at økonomien strammes ytterligere til.

Manglende investeringer i nødvendig bygg og utstyr

Manglende økonomisk handlingsrom har ført til utsatte eller reduserte investeringer i bygg, IT og medisinskteknisk utstyr. Menon Economics⁶ peker på at manglende økonomisk handlingsrom i helseforetakene har ført til en nedprioritering av investeringer de siste årene. Det har gjort at nødvendige investeringer utsettes, eller at rammene for investeringene strammes inn, for eksempel ved at nye sykehus bygges med for lite kapasitet. Svekket produktivitet og økte driftskostnader er direkte konsekvenser av underdimensjonerte bygg, noe som forsterker presset på personell og infrastruktur.

⁵ Mer om det vi anser som de viktigste utfordringene for spesialisthelsetjenesten er skissert i vår rapport: [legeforeningens-perspektivmelding-for-spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/65803c80cfc54711af3533779950756a/investeringsetterslepeti-spesialisthelsetjenesten.pdf)

⁶ Skogli E, Halvorsen C, Vinter C, Cappelen A, Holmdal LM, Stokke OM. Investeringsbehov i spesialisthelsetjenesten. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/65803c80cfc54711af3533779950756a/investeringsetterslepeti-spesialisthelsetjenesten.pdf> : Menon Economics, 2023

Mangel på plass

Mangel på plass i dagens sykehus er en konsekvens av dagens finansieringsordning for nye sykehusbygg. Planlagte prosjekter justeres stadig grunnet kostnadsøkninger, og resultatet blir ofte å bygge mindre sykehus heller enn å øke budsjettet. For små sykehus gir store utfordringer i arbeidshverdagen. Ansatte mangler kontor- og arbeidsstasjoner, og bruker tid på å lete etter ledige rom eller utstyr. Dette reduserer effektiviteten og går utover pasientbehandlingen.

Utfordringer med samhandling mellom nivåene:

- En sømløs og effektiv helsetjeneste forutsetter god samhandling mellom nivåene og økt behov og etterspørsel stiller høyere krav til samarbeid. Uten en velfungerende kommunehelsetjeneste, øker presset på sykehusene. Selv små endringer i henvisningspraksis kan føre til stor økning i etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Dersom fastlegene øker henvisninger fra tre til fire pasienter daglig, vil sykehusene oppleve en økning på 33% i etterspørsel⁷. Uten tilstrekkelig kapasitet i sykehusene, øker presset på fastlegene og de kommunale omsorgstjenestene. Manglende kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter i kommunene fører til at pasienter blir liggende på sykehus lenger enn nødvendig. Det skaper dårlig ressursutnyttelse og kan forverre helsetilstanden hos de mest sårbare pasientene⁸.
- Samhandling forutsetter klar oppgave- og ansvarsfordeling, der det følger nok ressurser med oppgavene. Ordningen med kommunal betalingsplikt har ofte bidratt til konflikt mellom sykehus og kommuner. Det er behov for å løse kapasitetsutfordringer på begge nivåer, samt digitale løsninger som muliggjør enkel og sikker kommunikasjon.
- Kommunal koordinering av helsetjenester til pasienter med komplekse behov er for svak. Fastlegen har en sentral rolle, men er avhengig av at øvrig helsepersonell – sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre – fungerer som et koordinert team.

Oppsummering

Norge har en god helsetjeneste, med kompetent helsepersonell, men står overfor en rekke komplekse og gjensidig forsterkende utfordringer. Underfinansiering, svake styringsmodeller, press på personell og faglighet, utilstrekkelig digital og fysisk infrastruktur og fragmentert samhandling svekker både kvalitet og bærekraft. En helhetlig gjennomgang av organisering, styring og finansiering er nødvendig for å sikre en robust og sammenhengende helsetjeneste i framtiden.

⁷ Hjørleifsson S, Getz LO, Tangen MK. Bærekraft på legekontoret. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2024. doi: 10.4045/tidsskr.24.0137 ; Johnsen TM, Norberg BL, Krogh FH, Vonen HD, Getz LO, Austad B. The impact of clinical experience on working tasks and job-related stress: a survey among 1032 Norwegian GPs. BMC family practice. 2022;23(1):1-216. doi: 10.1186/s12875-022-01810-y

⁸ [Utskrivningsklare pasienter: Risiko ved å ligge «på vent» | Helsetilsynet](#)