

KS

Endring i spesialiseringsgrad i sykehusene de siste ti årene

oslo**economics**

KS FoU

Tittel: Endring i spesialiseringsgrad i sykehusene de siste ti årene
Utarbeidet av: Oslo Economics
Oppdragsgiver: KS

Publisert: Mars 2026
Rapportnummer: 2026-18

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner
E-post: ems@osloeconomics.no
Tel: +47 940 58 192

Foto/illustrasjon forside: iStock / Johnny Greig

Innhold

Sammendrag 4

1. Innledning 8

1.1 Mandat 8

1.2 Metode og informasjonsgrunnlag 8

1.3 Gjennomføring 8

2. Bakgrunn 9

3. Utvikling i spesialiseringsgrad i spesialisthelsetjenesten siste ti år 11

3.1 Utvikling i antall og type spesialiteter 11

3.2 Endringer i krav til kompetanse og utdanning for spesialister 14

3.3 Kvantitative indikatorer for sentralisering av tjenester 15

4. Drivere for utviklingen 19

4.1 Ny spesialistforskrift – den viktigste driveren på kort sikt 19

4.2 En langsiktig trend – teknologisk og medisinsk innovasjon 19

4.3 Andre drivere for utviklingen 20

5. Mulige konsekvenser og samlet vurdering 23

5.1 Konsekvenser for kvalitet, bemanningsbehov og tilgjengelighet 23

5.2 Konsekvenser for sentralisering og lokalsykehusenes rolle 24

5.3 Mulige løsninger og tiltak 26

6. Referanser 27

Vedlegg – Deskriptive analyser av utvikling i spesialisering 29

Sammendrag

Økningen i spesialiseringsgrad i sykehusene har pågått i mange tiår, og har muliggjort avanserte, mer treffsikre behandlinger. Flere er imidlertid bekymret for at stadig sterkere spesialisering kan utfordre breddekompetansen i tjenesten, som kan ha negative konsekvenser for pasienter med flere samtidige tilstander og for mindre sykehus.

Bakgrunn

Helsereformutvalget skal utrede modeller for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. KS har i den forbindelse ønsket oppdatert kunnskap om utviklingen i spesialiseringsgrad hos leger og konsekvenser av denne.

Oslo Economics, i samarbeid med Terje P. Hagen, har gjennomført oppdraget. Informasjonsgrunnlaget har bestått av dokumentstudier og analyser av statistikk.

Utviklingen i spesialiseringsgrad

Det har over lengre tid vært en trend med en stadig mer spesialisert arbeidsstyrke på norske sykehus, i takt med medisinsk og teknologisk utvikling. I 1980 var det 38 spesialistutdanninger mot 46 i dag. Samtlige spesialistutdanninger («LIS 3 – hovedspesialitet») er listet opp i figuren på neste side.

I løpet av det siste tiåret har LIS-reformen, innført 2017–2019, vært den største endringen i spesialistutdanningen. Reformen endret grenspesialiteter til hovedspesialiteter og gjorde i praksis spesialiseringsløpet kortere, med færre oppgaver og krav knyttet til breddekompetanse. De siste ti årene har antall legespesialister i spesialisthelsetjenesten økt med 27 prosent (mot 15 prosent økning i årsverk totalt).

I tillegg til 46 ulike spesialiteter, finnes det mange kompetanseområder og spisskompetanseområder innenfor hver enkelt spesialitet. Dette er også illustrert i figuren under.

Drivere for utviklingen

Over mange tiår har spesialisering økt jevnt i takt med teknologiske og medisinske fremskritt, som muliggjør stadig mer avanserte prosedyrer og behandlinger. Den generelle samfunnsutviklingen, med økt levestandard og høyere utdanningsnivå i befolkningen, har også bidratt til å endre forventningene til helsetjenestene. Samtidig er utviklingen påvirket av en rekke andre drivere – for eksempel en stor økning i tilgangen til nye leger, internasjonale retningslinjer for behandling og interne forhold som sykehusorganisering, lønns- og karrierestrukturer.

Den nye spesialistforskriften fra 2019 har vært den viktigste driveren for økt spesialiseringsgrad på kort sikt. Forskriften innførte en ny struktur for spesialistutdanningen (LIS1–3), der blant annet tidligere grenspesialiteter ble gjort om til hovedspesialiteter. Dette har ført til at leger spesialiserer seg tidligere og smalere enn før, som kan medføre mindre breddeerfaring og manglende generell vaktkompetanse.

EU har videre i flere tiår arbeidet for harmonisering av spesialistutdanningene, noe som resulterte i felles minimumskrav til utdanningslengde for de 52 legespesialitetene som omfattes av Yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

Hvordan sykehusene er organisert, og særlig oppdelingen i stadig flere enheter og vaktlinjer, forsterker spesialiseringstrenden. Mange sykehus har sett en økende grad av seksjonering av vaktordninger, begrunnet med behov for mer spesialisert kompetanse på vakt. Store universitetssykehus har innført egne overlegevaktlag for nesten hver spesialitet, mens mindre sykehus sliter med å dekke fellesvakter i indremedisin og kirurgi.

Breddespesialitetene fremstår som lite attraktive hos legene, blant annet på grunn av lav faglig status og en omfattende vaktbelastning (Helse Sør-Øst HF , 2024). I tillegg understrekes det at det

finnes få utdanningsstillinger og ingen overlegestillinger som kan signalisere en reell karrierevei. Dette bidrar samlet sett til den sviktende rekrutteringen til breddespesialitetene.

Innføringen av medisinske kvalitetsregistre og et økt fokus på måling av kvalitet kan også ha påvirket spesialiseringsgraden. Nasjonale kvalitetsregistre samler systematisk data om hvordan pasienter utredes og behandles, med formål om å monitorere resultater og forbedre kvaliteten.

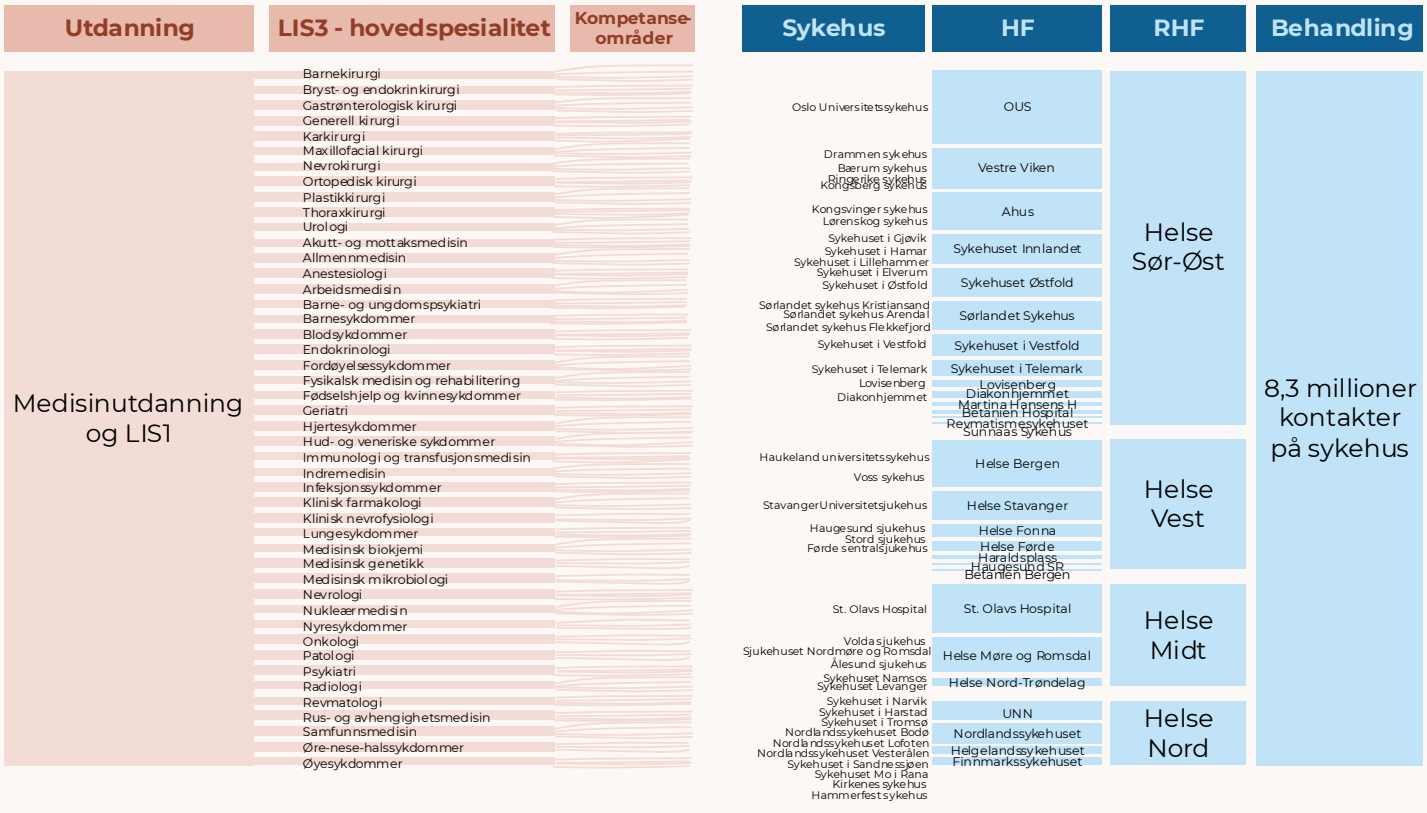
Konsekvenser for kvalitet, bemanningsbehov og tilgjengelighet

Over tid har den økende spesialiseringen gjort at pasienter får tilgang på treffsikker behandling og mest mulig relevant ekspertise. Hvis spesialiseringsgraden blir *for* høy, kan det imidlertid utfordre generalistkompetansen, som kan være negativt for kvaliteten i behandlingen av pasienter med sammensatte lidelser som trenger å få vurdert sine utfordringer samlet. I Meld. St. 9 (2023–2024) diskuteres det hvordan for eksempel en sterk vekst i antallet legespesialister virker fragmenterende, skaper flere siloer internt og gjør det vanskeligere å opprettholde bred klinisk kompetanse.

Videre, som påpekt f.eks. av den interregionale arbeidsgruppen ledet av Helse Vest (2024), kan det at stadig færre leger har tilstrekkelig breddekompetanse innenfor de indremedisinske og kirurgiske fagfelt, gi en situasjon der både store, mellomstore og små sykehus får mangel på overleger med denne kompetansen. Utfordringene anses derfor av arbeidsgruppen som å være generelle, og ikke å kun gjelde små sykehus. Selv om arbeidsgruppens opprinnelige mandat dreide seg om indremedisinske og kirurgiske fagfelt, har det senere blitt påpekt av utvalget at funnene er relevante for alle spesialiteter.

Ifølge arbeidsgruppen vil svekket breddekompetanse kunne føre til i) lavere kvalitet på pasientbehandlingen – og særlig de som har uavklarte og/eller flere samtidige tilstander, ii) svekket effektivitet og robusthet for helseforetakene, der fokus på spisskompetanse gir risiko for at mange helseforetak vil mangle kompetanse innen enkelte fagområder og iii) at mange sykehus kan få vansker med å ha fungerende vaktordninger og at dette kan gi behov for endringer i lokalsykehusstrukturen.

Antall hovedspesialiteter, kompetanseområder og sykehus



Illustrasjon: Oslo Economics. *Inkluderer kun sykehus med fødeavdeling, akuttfunksjon og lokalsykehustilbud.

I forlengelsen av rapporten fra den interregionale arbeidsgruppen har Helse- og omsorgsdepartementet gitt de regionale helseforetakene oppdrag[1] om å «legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi. Det innebærer blant annet å styrke spesialistutdanningen mtp. disse spesialitetene og å vurdere organisering og faginndeling. Berørte parter skal involveres i arbeidet.»

Konsekvenser for sentralisering, lokalsykehusenes rolle og kommunene

Av både budsjett- og kvalitetsmessige grunner vil ikke mindre sykehus kunne ha den samme arbeidsdelingen som større sykehus, der legene arbeider spesifikt innen avdelinger rettet mot ulike organfunksjoner. For at mindre sykehus skal ha en bemanning som er forholdsmessig til pasientgrunnlaget, må legene jobbe mer bredt. Den interregionale arbeidsgruppen ledet av Helse Vest peker på at en raskere og raskere trend med færre leger som behersker breddekompetanse, vil kunne gjøre at det er et *«spørsmål om tid før flere lokalsykehus ikke kan opprettholde en forsvarlig stabil drift 24/7/365»* (Helse Vest, 2024, p. 8).

Høy og økende grad av spesialisering vil derfor gjøre det utfordrende å opprettholde dagens sykehusstruktur med relativt mange små sykehus fordi pasientgrunnlaget for enkelte spesialiteter blir for lite. Hvis hver lege kun skal arbeide innen ett spesifikt område, krever dette i tillegg mange parallelle vaktlag som i sin konsekvens kan lede til et høyere kostnadsnivå.

Med den mer spesialiserte utdanningen vil det over tid kunne være mer krevende å rekruttere leger som har generalistkompetansen særlig de mindre sykehusene har behov for. En arbeidsgruppe i Helse Nord (2023), som utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdene «Akuttfunksjoner i somatiske sykehus» og «Fødeenheter» samt «Planlagt kirurgi», pekte på at det er *«behov for generalistkompetanse i vakt, mens på f.eks. poliklinikk/dagbehandling er det behov for spisskompetanse. […] Det er tilfeldig hvilken sammensetning de minste 35 sykehusene lykkes med å rekruttere, og ofte er det enespesialister innenfor de ti hovedspesialitetene som utgjør vaktlinjen»* (Helse Nord, 2023, s. 34-35).

I sine oppdragsdokumenter til regionale helseforetak peker Helse- og omsorgsdepartementet (2025) på at bredde- og generalistkompetanse er nødvendig for å gi god behandling til pasienter med sammensatte tilstander og for å opprettholde et desentralisert tjenestetilbud over hele landet.

De mindre sykehusene har videre behov for generelle kirurger til å ivareta et bredt elektivt tilbud og akutte kirurgiske tilstander (Norsk Kirurgisk Forening, 2023, s. 7). Flere peker derfor på at kirurgi er et særlig utsatt område ved lokalsykehusene. Utviklingen med spesialisering av kirurgisk behandling kan gjøre at de mindre lokalsykehusene får færre funksjoner over tid, og følgelig at kirurgi i større grad blir samlet på større regionsykehus. I så fall vil også dette kunne redusere tilgjengeligheten for pasientene i distriktene.

Mulige løsninger og tiltak

I flere tidligere rapporter pekes det tydelig på behov for tiltak. Arbeidsgruppen i Helse Vest (2024) konkluderer med at *«et nullalternativ (å la dagens utvikling fortsette) ikke er bærekraftig og vil bli langt mer kostbart, krevende og ha langt høyere risiko enn en tydelig, konsistent og modig satsning på breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi, så raskt som mulig.»* (Helse Vest, 2024, s. 27).

En generell anbefaling, som flere har pekt på, er følgelig at breddekompetansen i tjenesten og/eller i utdanningen bør utvikles. Dette vil kunne innebære en vridning bort ifra tendensen som har vært i senere tid med stadig mer spesialisering. Flere peker på at dette vil være nødvendig også uavhengig av sykehusstruktur, ettersom stadig flere av pasientene er eldre, som ofte er multisyke.

Arbeidsgruppen i Helse Nord peker på at det er få LIS3-stillinger i generell indremedisin og at dette vil resultere i at det utdannes få med denne spesialiseringen de neste årene. Den interregionale arbeidsgruppen i Helse Vest vurderer at det bør gjøres en bred gjennomgang av læringsmål i utdanningen og at helseforetakene bør få oppdrag om å styrke breddekompetansen innenfor dagens utdanningsløp. Andre anbefalinger som tidligere er pekt på, er å vurdere endringer i

[1] Se f.eks. Oppdragsdokument-helse-sor-ost-rhf-2025.pdf.

organisering og faginndeling i sykehusene, f.eks. ved å etablere eller styrke generelle indremedisinske og kirurgiske enheter og overføring av oppgaver til disse.

Andre mulige tiltak, som er relatert til driverne beskrevet over, er å legge til rette for en tydelig karrierevei for spesialister innen indremedisin og generell kirurgi samt å styrke av de akademiske fagmiljøene innen breddekompetanse. Arbeidsgruppen ledet av Helse Vest (2024) understreker at det er helt sentralt at det opprettes attraktive stillinger for spesialister i indremedisin og generell kirurgi.

Spesifikt innen kirurgi har det også blitt pekt på mulige tiltak. Norsk Kirurgisk Forening har blant annet anbefalt en revisjon av læringsmål i generell kirurgi, at det skal være obligatorisk å tilby spesialisering i generell kirurgi ved alle sykehus og at det bør innføres flere overlegestillinger for spesialister i generell kirurgi (Norsk Kirurgisk Forening, 2023).

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumentet for 2025 bedt RHF-ene om å legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi. Med tanke på de mange ulike driverne beskrevet over, er det imidlertid uklart om denne henstillingen er tilstrekkelig til å bremse utviklingen med stadig høyere spesialiseringsgrad.

1. Innledning

Denne rapporten belyser utviklingen i spesialiseringsgraden i norske sykehus de siste ti årene og analyserer hvilke konsekvenser denne utviklingen kan ha hatt for kvalitet, tilgjengelighet og organisering av spesialisthelsetjenesten.

1.1 Mandat

Oslo Economics har på oppdrag fra KS kartlagt hvordan spesialiseringsgrad i spesialisthelsetjenesten har utviklet seg det siste tiåret, samt vurdert hvilke følger utviklingen har hatt for sentralisering av tjenester, bemanningsbehov og lokalsykehusenes rolle. Mandatet inkluderer videre å identifisere drivere bak utviklingen og belyse konsekvenser for kommunene og tilgjengeligheten for pasientene.

1.2 Metode og informasjonsgrunnlag

Arbeidet er gjennomført som en kombinasjon av dokumentstudier, analyse av offentlig tilgjengelige kvantitative data og gjennomgang av relevante utredninger og faglige kilder. Analysene bygger på nasjonale statistikkdatabaser, herunder SSB og Helsedirektoratets Samdata, samt tidligere utredninger om spesialiseringsstruktur og spesialistutdanning. I tillegg inngår rapporter fra helseforetak og myndighetsorganer.

Metodisk har det vært vektlagt å systematisere utviklingstrekk og identifisere sammenhenger mellom spesialiseringsgrad, tjenestestruktur og organisering på tvers av landet. Informasjonsgrunnlaget er vurdert tilstrekkelig til å beskrive hovedtendenser og analysere konsekvenser av en mer spesialisert helsetjeneste.

En avgrensning har vært at kartleggingen i hovedsak omfatter sykehus og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten, med særlig vekt på legetjenester og lokalsykehus som eget fokusområde. I tråd med føringer fra KS – og grunnet begrenset ramme i prosjektet – har det ikke blitt gjennomført intervjuer eller spørreundersøkelser som en del av oppdraget.

1.3 Gjennomføring

Prosjektet er gjennomført av Oslo Economics i samarbeid med Terje P. Hagen. Arbeidet er utført i perioden februar til mars 2026 og har omfattet løpende statusmøter med oppdragsgiver, datainnhenting, analyse og utarbeidelse av rapport.

2. Bakgrunn

Bemanningen på norske sykehus har blitt styrket over tid, og i dag jobber i underkant av 5 prosent av arbeidsstyrken i spesialisthelsetjenesten. Norge har høy legedekning sammenlignet med andre land og de siste ti årene har antall leger økt mer enn befolkningsveksten. Spesialisthelsetjenesten er organisert gjennom fire regionale helseforetak som eier 28 helseforetak, som igjen driver 41 sykehus med minst fødeavdeling, en akuttfunksjon og lokalsykehustilbud.

Bemanning i spesialisthelsetjenesten

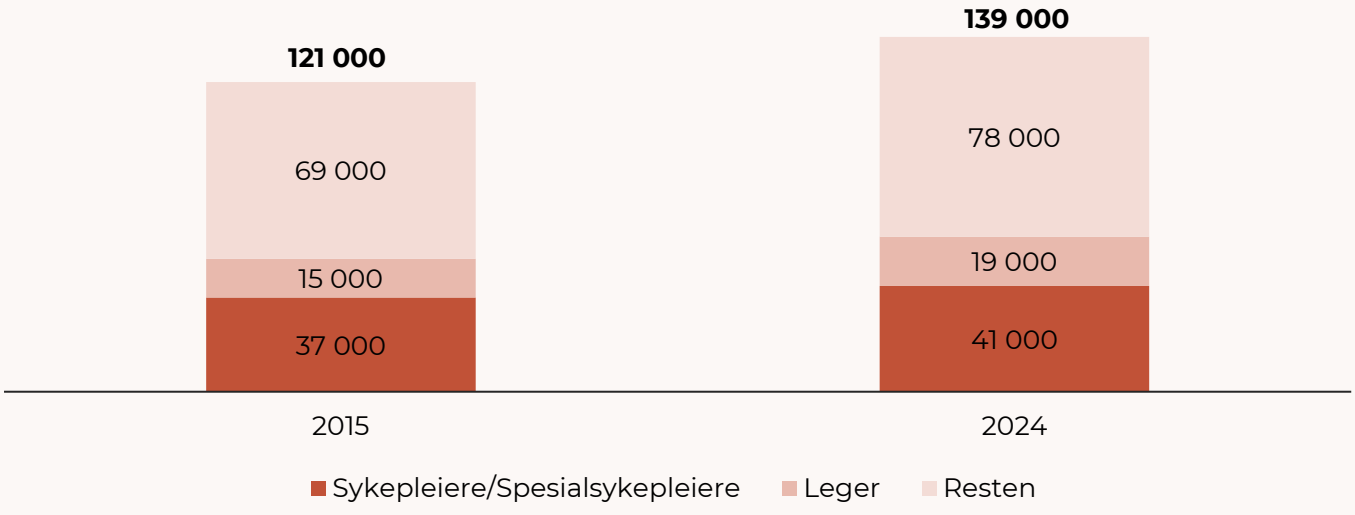
Spesialisthelsetjenesten sysselsetter en betydelig andel av Norges yrkesaktive befolkning. I 2024 ble det utført i underkant av 139 000 årsverk i spesialisthelsetjenesten (Figur 2-1). Andelen av befolkningen som sysselsettes i spesialisthelsetjenesten har økt over tid. I dag jobber i underkant av 5 prosent av arbeidsstyrken i spesialisthelsetjenesten, mot 3 prosent i 1980 (SSB , 2025).

Sykepleiere, inkludert spesialsykepleiere, er den største personellgruppen med 41 000 årsverk, tilsvarende 30 prosent av årsverkene i tjenesten. Deretter følger leger med om lag 19 000 årsverk, tilsvarende 14 prosent av årsverkene i tjenesten (Figur 2-1).

Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten har økt med 15 prosent siden 2015, mens befolkningsveksten i samme periode har vært 6 prosent. Befolkningen har imidlertid blitt eldre, som øker behovet for helsehjelp per innbygger. Siden 2015 har antall innbyggere som er 65 år eller eldre økt med 21 prosent. Andre endringer som redusert bruk av innleggelse og endringer i ansvarsfordelingen mellom HF og kommuner påvirker også bemanningen. Det har vært en vesentlig økning i antall leger i spesialisthelsetjenesten siden 2015 (27 prosent), mens antall sykepleiere har økt med 12 prosent, altså noe lavere enn veksten i antall årsverk totalt sett.

I OECD har Norge den høyeste legedekningen, sammen med Østerrike og Kypros, med 5 leger per 1 000 innbyggere. Norge er også i toppen på sykepleierdekning, med 12 sykepleiere per 1 000 innbyggere, mot et gjennomsnitt i EU/EØS på 8,4 per 1 000 innbyggere (OECD, 2024). Det høye antallet helsepersonell skyldes delvis at Norge har et annet bosettingsmønster enn mange andre europeiske land.

Figur 2-1: Avtalte årsverk* i spesialisthelsetjenesten i 2015 og 2024



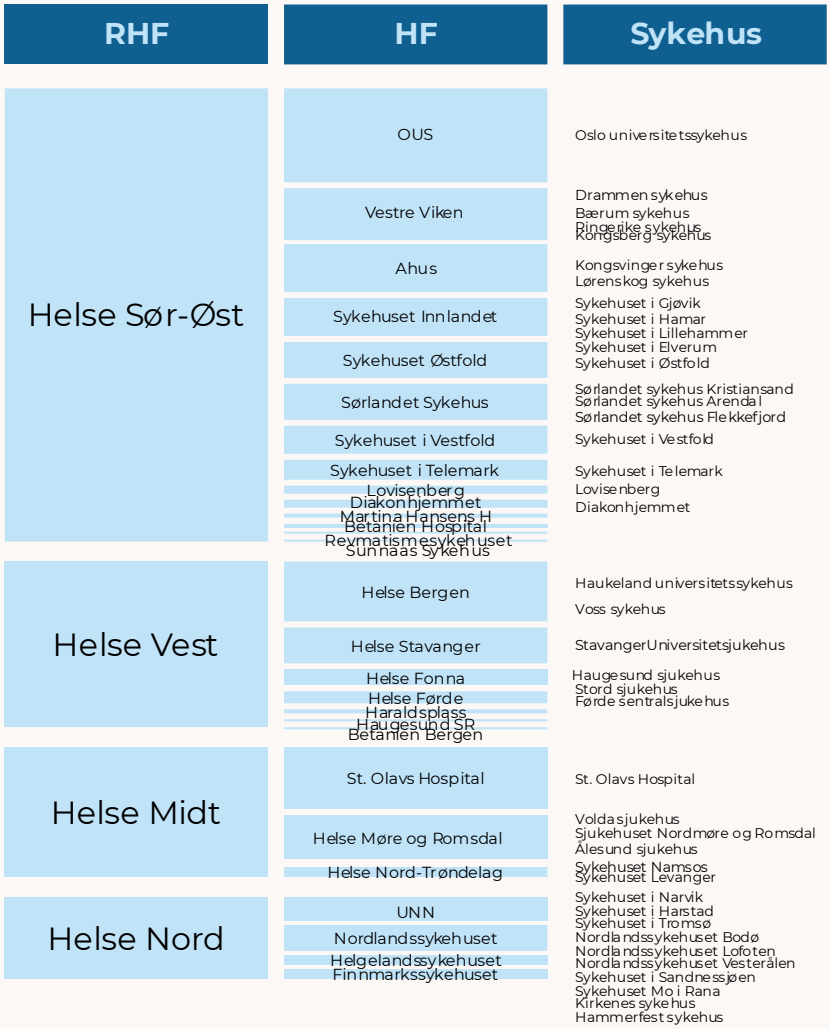
Kilde: SSB, tabell 13953. * Tallene er avrundet til nærmeste tusen.

56 prosent av alle yrkesaktive leger i Norge har minst én gyldig spesialistgodkjenning, og majoriteten av øvrige leger er i gang med et LIS-løp (Den norske legeforeningen , 2026). 12 prosent av legene har to eller flere spesialistgodkjenninger.

Organisering av spesialisthelsetjenesten

Den norske spesialisthelsetjenesten er organisert gjennom fire regionale helseforetak (RHF): Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Hvert RHF har ansvar for å sørge for at befolkningen i sin helseregion har tilgang på nødvendige sykehustjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, i tråd med Lov om spesialisthelse-tjenesten (spesialisthelsetjenesteloven § 1).

Figur 2-2: Overordnet organisering av spesialisthelsetjenesten



Dagens modell med statlig eierskap og regional styring ble etablert med helseforetaksreformen i 2002, da staten overtok sykehusene fra fylkeskommunene og organiserte dem i en todelt struktur bestående av RHF-er og underliggende helseforetak (HF) (NOU 2016:25, 2016). Denne grunnleggende organiseringen har vært stabil det siste tiåret, uten endringer i antall eller ansvarfordeling for de fire RHF-ene. De fire RHF-ene eier helseforetak og enkelte andre heleide selskaper (for eksempel sykehusapotek), i tillegg til å inngå avtaler med private og ideelle sykehus og avtalespesialister. Gjennom dette systemet ivaretar staten både myndighetsansvar, finansering og eierskap i spesialisthelsetjenesten innenfor en samlet organisasjonsmodell (NOU 2016:25).

RHF-ene eier i dag 28 helseforetak som tilbyr ulike typer spesialisthelsetjenester, samt blant annet forskning og undervisning. Et helseforetak består ofte igjen av flere sykehus, og per 2026 er det totalt 41 sykehus i Norge som har minst fødeavdeling, en akuttfunksjon og lokalsykehustilbud (Figur 2-2).

Den norske helsetjenesten er organisert med utgangspunkt i LEON-prinsippet, som innebærer at helsehjelp skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå (St.meld.nr.9 (1974-1975)). Prinsippet ligger til grunn for både oppgave- og ansvarsdeling mellom ulike deler av helsetjenesten. Prinsippet innebærer at mye helsehjelp ytes i kommunene, at lokalsykehus ivaretar en betydelig del av spesialistbehandlingen, og at de mest krevende og spesialiserte tjenestene samles ved større sykehus.

Med opprettelsen av Helsereformutvalget i 2025 er det varslet en ny gjennomgang av organiseringen av helsetjenesten, med særlig vekt på å styrke samhandling og etablere mer helhetlige pasientforløp. Utvalget skal vurdere alternative modeller for en mer integrert helse- og omsorgstjeneste, og levere sin endelige rapport i november 2026 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025).

3. Utvikling i spesialiseringsgrad i spesialisthelsetjenesten siste ti år

Det har over lengre tid vært en trend med en stadig mer spesialisert arbeidsstyrke på norske sykehus, i takt med medisinsk og teknologisk utvikling. Parallelt har spesialistutdanningen for leger blitt mer spesialisert. I 1980 var det 38 spesialistutdanninger mot 46 i dag. Med ny spesialistforskrift i 2017 ble tidligere grenspesialiteter gjort om til hovedspesialiteter samtidig som spesialiseringsløpet ble kortere. Flere peker på at det i dag oppnås lavere bredde-kompetanse og vaktkompetanse enn det som var tiltenkt med ny forskrift. Over tid har særlig kostnadskrevende og høyspesialiserte behandlinger blitt sentralisert til de største sykehusene, men det er ellers få tegn til økt sentralisering de siste ti årene.

3.1 Utvikling i antall og type spesialiteter

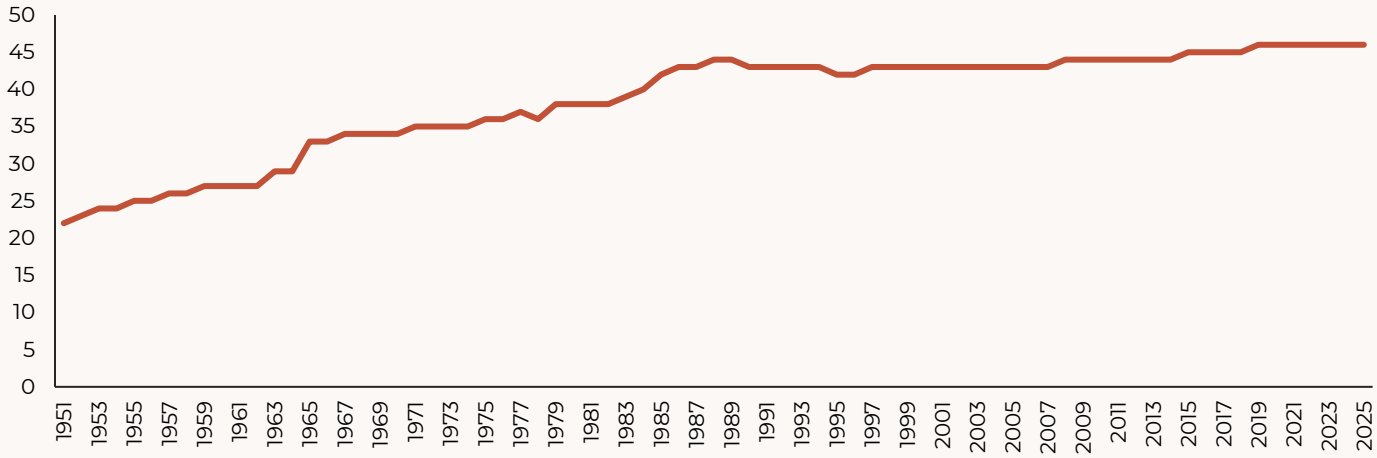
Antall legespesialiteter

I 1918 ble de første 13 legespesialitetene etablert (Helsedirektoratet, 2014). Siden den gang har antallet spesialiteter gradvis økt, fra 22 spesialiteter i 1950, 38 spesialiteter i 1980 og 46 spesialiteter i dag (Figur 3-1). De fleste av dagens legespesialiteter er sykehusspesialiteter som varierer fra brede kliniske fag til smalere organ- eller metodefag. I tillegg kommer spesialitetene allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. I løpet av de siste ti årene har det blitt etablert én ny legespesialitet (akutt- og mottaksmedisin som ble etablert i 2019), slik at antall spesialiteter økte fra 45 til 46.

Endring i spesialistutdanningen for leger

Selv om antall legespesialiteter har vært relativt stabilt de siste ti årene, har det vært større endringer i strukturen og innholdet i spesialistutdanningen. Den norske spesialistutdanningen for leger er en strukturert utdanning regulert av Forskrift om spesialistgodkjenning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (ofte kalt *spesialistforskriften*) (Lovdata, 2024). Ny spesialistforskrift trådte i kraft i 2017–2019 og erstattet tidligere regelverk fra 2000. For å bli godkjent legespesialist må legen gjennomføre et LIS-løp (lege i spesialisering) innen én av de 46 godkjente medisinske spesialitetene. Forskriften omfatter i dag alle leger og alle tre deler av spesialistutdanningen (LIS 1–3), og etablerer dermed utdanningen som et samlet og standardisert

Figur 3-1: Antall legespesialiteter (1950–2025)



Kilde: Den norske legeforeningen (2026)

forløp. Utdanningen består av LIS 1 som en felles grunnplattform, etterfulgt av videre spesialisering i LIS 2 og/eller LIS 3, avhengig av valgt spesialitet. Samtidig innebar reformen en tydeligere nasjonal styring av spesialistutdanningen gjennom Helsedirektoratet. Den nye spesialistforskriften som ble innført fra 2017–2019 representerer den største omleggingen av spesialistutdanningen for leger i nyere tid.

LIS 1 utgjør i dag utdanningens første del. Dette er en felles, obligatorisk grunnperiode for alle leger som skal spesialisere seg i Norge. LIS 1 varer i 1,5 år og omfatter 12 måneders klinisk praksis ved et godkjent sykehus (spesialisthelsetjenesten), etterfulgt av 6 måneder i den kommunale helse– og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2021). LIS 1 tilsvarer på mange måter den gamle turnustjenesten, men er nå formelt integrert som første steg i spesialistutdanningen, i tråd med EUs direktiver for legers videreutdanning. Hensikten er at alle utdanningskandidater skal oppnå en felles plattform av klinisk basiskompetanse før videre fordypning.

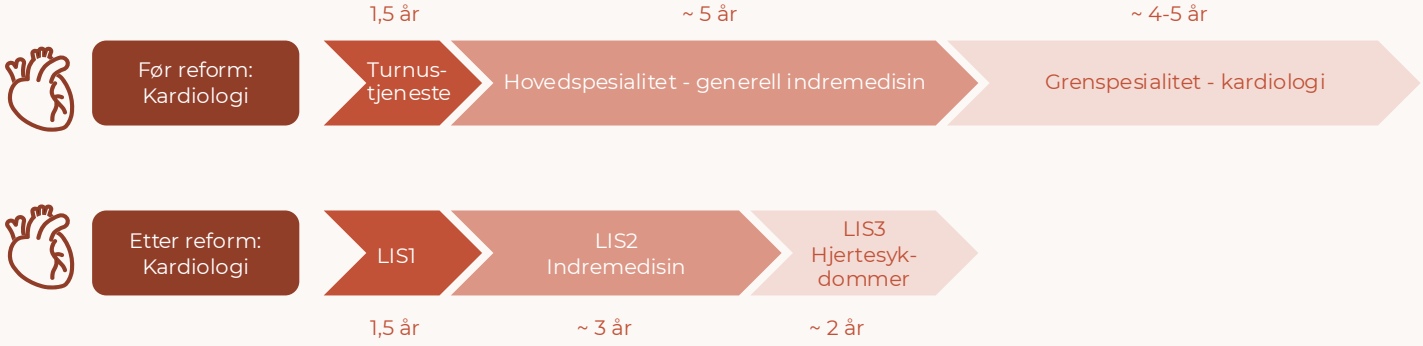
LIS 2 og LIS 3 utgjør utdanningens andre og tredje del, som til sammen dekker det som tidligere ble kalt spesialistutdanning i snever forstand. I det nye systemet varierer organiseringen av LIS 2 og LIS 3 avhengig av hvilken spesialitet man velger. For de fleste sykehusspesialiteter er utdanningen nå todelt. Først gjennomføres en bredere fellesdel (LIS 2), deretter en spesialistspesifikk fordypningsdel (LIS 3). Utdanningens samlede varighet etter oppnådd medisinsk embetseksamen er minimum seks og et halvt år. I løpet av denne perioden veksler legen normalt mellom veiledet tjeneste ved ulike godkjente utdanningsinstitusjoner (for eksempel sykehusavdelinger) og annen faglig utvikling gjennom kurs, selvstudium og veiledning. For å oppnå spesialistgodkjenning skal alle læringsmål som er fastsatte av Helsedirektoratet for den aktuelle spesialiteten dokumenters oppnådd heller enn antall år i spesialisering. Tid i tjeneste er fortsatt nødvending (minstekrav til tjenestetid i LIS 2/3 er vanligvis rundt fem år), men autorisasjon gis på bakgrunn av oppnådd kompetanse underveis i utdanningsløpet.

I tillegg til de spesialitetsspesifikke læringsmålene inngår felles kompetansemål som skal sikre et grunnlag av kompetanse på tvers av fagområder. Disse omfatter blant annet etikk, kommunikasjon, brukermedvirkning, helsetjenestekunnskap og samhandling, og er integrert i utdanningsløpet for leger i spesialisering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Utdanningen vektlegger videre varierte læringsformer, der digitale læringsaktiviteter og praktisk ferdighetstrening, herunder simulering, benyttes som støtte til klinisk tjeneste og veiledning.

Grenspesialiteter er gjort om til hovedspesialiteter

Før reformen var det tidligere systemet preget av en todelt struktur. En lege måtte først gjennomføre turnustjeneste og deretter fullføre en spesialisering som typisk bestod av 5 år i en hovedspesialitet, supplert med en eller flere grenspesialiteter på 4-5 år hver. Mange medisinske fagområder var organisert i todelte løp med hovedspesialitet og grenspesialiteter, hvor hovedspesialitet i indremedisin og generell kirurgi fungerte som brede basisspesialiteter som man måtte gjennomføre før man kunne få godkjenning i en mer spesifikk gren. Med ny spesialistforskrift ble det som tidligere var grenspesialiteter innen kirurgi og indremedisin omgjort til hovedspesialiteter med egne utdanningsløp. De brede basisfagene (for eksempel indremedisin) er videreført som del av

Figur 3-2: Utdanningsløp i kardiologi før og etter ny spesialistforskrift fra 2017



Illustrasjon: Oslo Economics basert på informasjon fra Den norske legeforeningen (u.d.)

utdanningsløpet, men med justert innhold og mer vekt på samarbeid på tvers av fagområdene. Samtidig er det ikke krav om vaktkompetanse i fellesdelen av utdanningen.

Endringen førte til at tiden fra påbegynt spesialistutdanning til ferdig utdannet spesialist (LIS 3) ble redusert. For eksempel måtte en lege som ønsket å bli hjertespesialist under tidligere ordning (før 2017) først oppnå hovedspesialitet i indremedisin (om lag fem år) og deretter oppnå grenspesialitet innen kardiologi (4-5 år). I dagens spesialistutdanning vil legen, etter fullført LIS 1, gjennomføre LIS 2 for indremedisinske fag, som utgjør en fellesperiode med felles læringsmål og kompetanse-plattform med varighet på rundt tre år. Deretter vil legen gjennomføre LIS 3 i kardiologi med en typisk varighet på om lag to år. Med endringen i spesialistforskriften er lengden på spesialistforløpet redusert, samtidig som fordypningen i kardiologi kan starte tidligere og bli mer integrert i det samlede løpet (Figur 3-2).

En annen vesentlig endring er innføringen av obligatoriske læringsmål og nye vurderingsformer. Tidligere tok Legeforeningen seg av store deler av kursvirksomheten og godkjenning av spesialister, og utdanningen var i hovedsak basert på oppnådde tjenesteår og prosedyrer. Etter reformen er Helsedirektoratet gitt ansvaret for godkjenning av spesialister, og alle spesialistkandidater vurderes nå fortløpende etter nasjonalt fastsatte læringsmål i en digital *Kompetanseportal*. Utdannings-forløpene er blitt mer standardisert nasjonalt med krav til supervisjon, veiledning og vurdering av progresjon for den enkelte LIS-lege. Legeforeningen står i noen grad fortsatt ansvarlig for å organisere kursene, særlig innen allmenn- og samfunnsmedisin, mens kursene i de kliniske spesialitetene organiseres av RHF-ene.

Det har vært en vekst i antallet nye spesialistgodkjenninger innen de fleste spesialiteter det siste tiåret. Figur 3-3 viser de fem spesialitetene med størst økning og de fem med størst reduksjon i antall ferdige spesialister per år fra 2015 til 2024. Allmennmedisin skiller seg særlig ut med 346 flere nye spesialistgodkjenninger i 2024 enn i 2015, en utvikling som i stor grad kan knyttes til kravet fra 2017 om at man må være under spesialisering eller ha fullført spesialisering i allmennmedisin for å jobbe som allmennlege i kommunen. Psykiatri, samfunnsmedisin hjertesykdommer og øyesykdommer følger deretter med vesentlig vekst. På motsatt side har generell kirurgi og indremedisin hatt størst nedgang, med henholdsvis 20 og 45 færre nye spesialistgodkjenninger i 2024 enn i 2015. Rus- og avhengighetsmedisin har hatt stor variasjon i antall nye spesialister per år og har hatt en liten nedgang fra 2015 til 2024. Dette skyldes antagelig at rus- og avhengighets-medisin ble egen spesialitet i 2015 slik at en rekke leger som hadde jobbet med feltet lenge kunne oppnå spesialistgodkjenning relativt raskt i årene etter 2015. En fullstendig oversikt over alle spesialitetene og deres andel av nye spesialistgodkjenninger per år i perioden 2015–2024 er inkludert i Vedlegg 1.

Figur 3-3: Spesialiteter med størst økning og reduksjon i antall ferdige spesialister per år fra 2015 til 2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Endring	
Allmennmedisin*	178	185	317	221	293	318	316	298	397	524	+346	
Psykiatri	93	88	145	99	71	76	86	89	110	153	+60	Økt mest
Samfunnsmedisin	4	24	27	31	15	28	30	56	40	55	+51	
Hjertesykdommer	24	27	38	45	35	37	44	38	47	57	+33	
Øyesykdommer	18	18	28	24	30	32	27	30	31	48	+30	
Rus- og avhengighetsmed.	27	47	54	3	4	3	13	19	22	25	-2	
Barnekirurgi	3	1	1	0	2	2	0	2	0	0	-3	Falt mest
Plastikkirurgi	15	7	20	9	13	14	11	12	10	12	-3	
Generell kirurgi	60	60	75	32	63	40	41	63	45	40	-20	
Indremedisin	107	74	130	125	108	133	140	143	91	62	-45	

*I 2017 ble det obligatorisk å være under spesialisering eller ferdig spesialist i allmennmedisin for å arbeide som allmennlege.

Kilde: Den norske legeforening (2026)

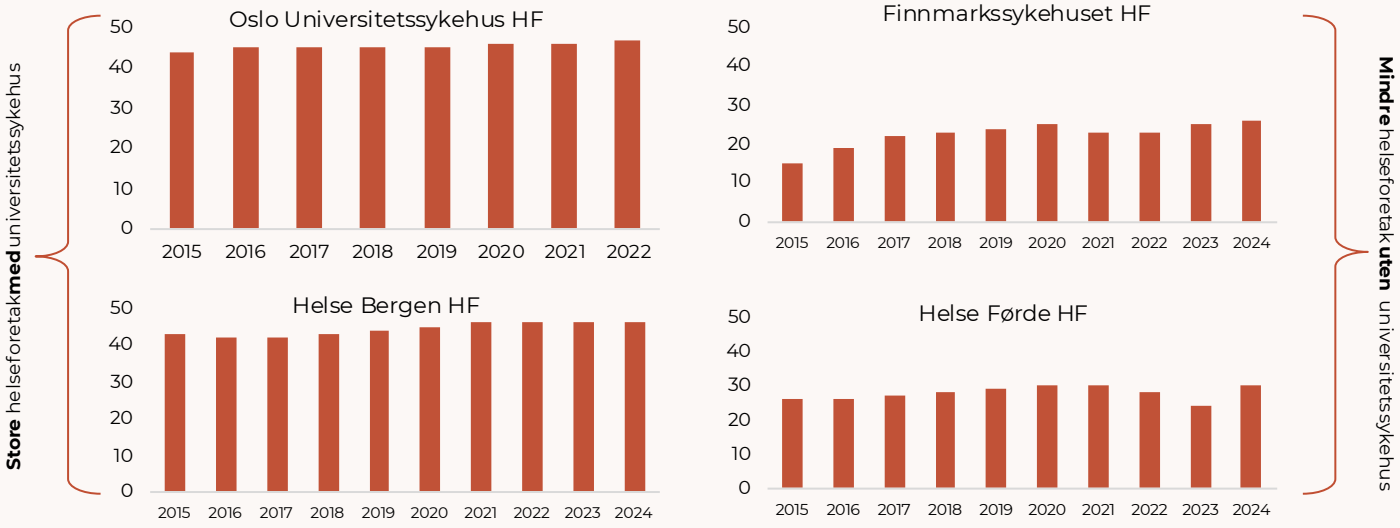
3.2 Endringer i krav til kompetanse og utdanning for spesialister

Bakgrunnen for ny spesialistforskrift var en lengre tids diskusjon om et økende gap mellom spesialisering og behovet for generalistkompetanse i helsevesenet. I Nasjonal helseplan (2007–2010) varslet Helse- og omsorgsdepartementet en gjennomgang av legenes spesialistutdanning (St.meld. s. 129). Med stadig flere eldre pasienter med komplekse og sammensatte tilstander, var det et økende behov for leger som kunne håndtere «hele pasienten» og ta helhetlige vurderinger. Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009)) fremhevet hvordan spesialisthelsetjenesten er «søyleorganisert» med utgangspunkt i medisinsk spesialisering, og at det er lite som understøtter det helhetlige behandlingsforløpet for pasienter med sammensatte tilstander. Videre ble det påpekt at det var stor grad av vertikal tenking og kompliserte henvisningsrutiner.

Helsemyndighetene igangsatte et omfattende utredningsarbeid tidlig på 2010–tallet, i tråd med føringer fra Samhandlingsreformen, for å modernisere legenes spesialistutdanning. Helsedirektoratets rapport «Fremtidens legespesialister» (2014) viser til ti svakheter ved datidens opplegg for spesialistutdanningen. Deriblant for mye generell kunnskap og unødvendig ferdighetstrening, og for lite helhetsperspektiv. Det blir forslått en ny tredelt modell og en oppdatert spesialitetsstruktur. Disse forslagene ble fulgt opp politisk i Prop. 81 (2014–2015) (Prop. 81 L (2014-2015)), hvor det ble foreslått nødvendige endringer i helsepersonelloven for å legge til rette for etableringen av en ny spesialistutdanning for leger. Proposisjonen ble vedtatt av Stortinget i 2015 og ga hjemmel for ny spesialistforskrift, som ble fastsatt 8. desember 2016).

Med ny spesialistforskrift er det oppfyllelse av læringsmål som styrer spesialiseringsløpet heller enn antall år og antall prosedyrer gjennomført, og det er helseforetakene som har ansvar for kompetansevurdering og godkjenning av læringsmål for sykehusspesialitetene. Fellesdelen av utdanningene i generell indremedisin og kirurgi (LIS 2) var ment å sikre tilstrekkelig bredde-ferdigheter før man spesialiserte seg videre. Oppfyllelse av læringsmålene i denne delen skulle medføre at legen var vaktkompetent, altså at man kan ha indremedisinsk/kirurgisk vakt på egen hånd uten behov for bakvakt. Samtidig er ikke vaktkompetanse formalisert som et eget læringsmål i fellesdelen, i tillegg til at det ikke er krav om deltakelse i vaktordning under utdannelsen, slik det var tidligere (Helse Vest, 2024). Mange har også pekt på at helseforetakenes utdanningsplaner og sykehusenes opplæring i stor grad fokuserer på læringsmålene for den spesialiserte delen av utdanningen (LIS 3). Det har også blitt stilt spørsmål ved om praktiseringen av kompetanse-vurdering er god nok (Helse Vest, 2024). I tillegg rapporteres det om at mange opplever at minste-tiden for gjennomføring har blitt en norm for utdanningstid, som igjen fører til at fellesdelen ofte er forventet gjennomført på kortere tid enn hva som var tiltenkt (tre år for indremedisin og to år for kirurgi) (Helse Vest, 2024). Samlet sett fører dette til at breddekompetansen som oppnås er lavere

Figur 3-4: Antall spesialiteter i utvalgte helseforetak



Kilde: SSB, tabell 14080

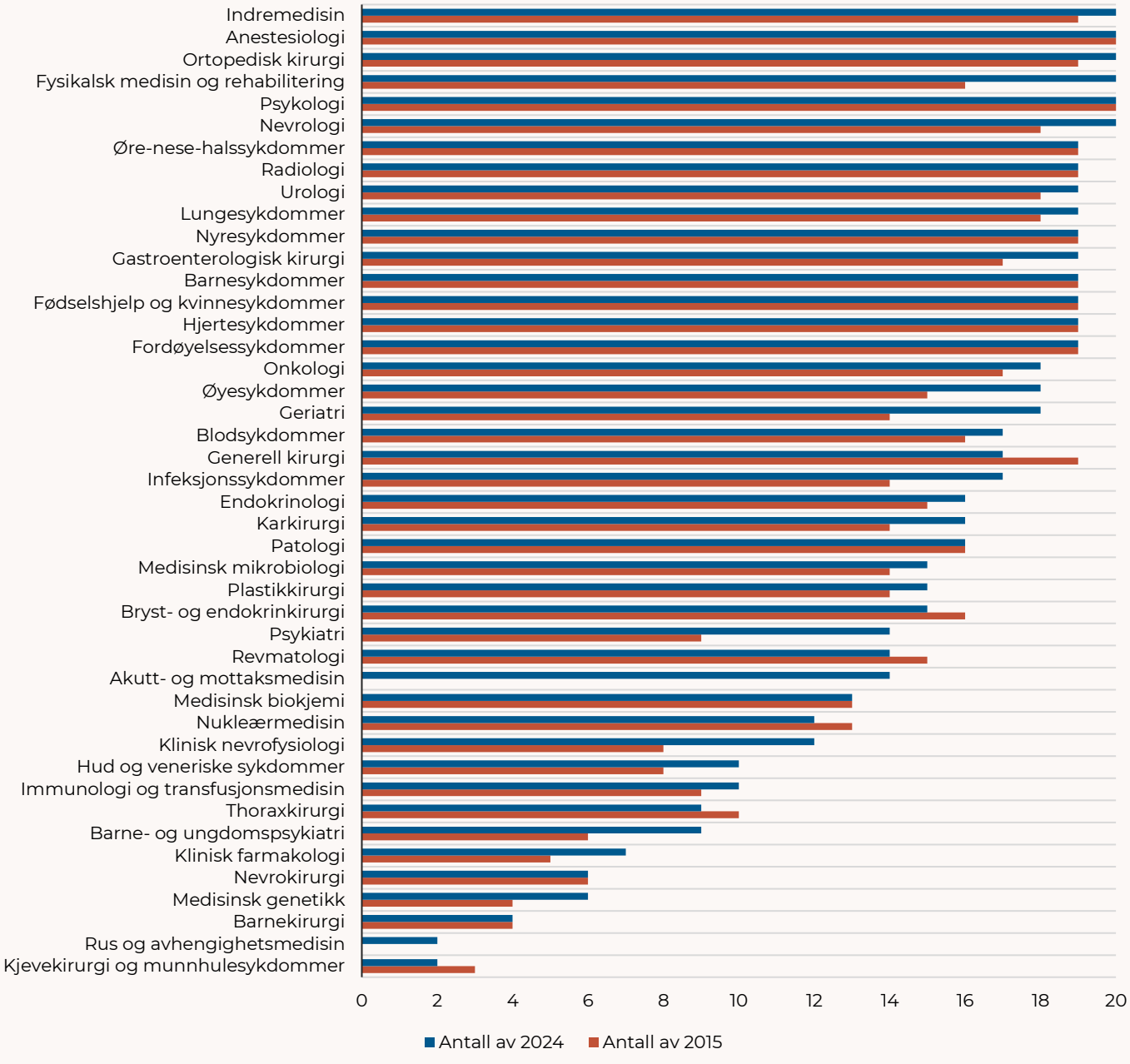
enn det som var tiltenkt og at mange ikke reelt sett oppnår vaktkompetanse innen fellesdelen av utdanningen.

3.3 Kvantitative indikatorer for sentralisering av tjenester

Over tid har organiseringen av helsetjenesten blitt mer sentralisert til de største sykehusene, særlig når det gjelder kostnadskrevende og høyspesialiserte behandlinger som kardiologi, kreftkirurgi og slagbehandling. For slike kostnadskrevende behandlinger er gevinsten av sentralisering særlig stor fordi sentraliseringen gir muligheter for å spre de faste kostnadene på mange pasienter. Samtidig er funksjoner som generell kirurgi, generell indremedisin og føde/gynekologi i mindre grad blitt sentralisert.

De siste ti årene er det ingen tydelig trend i at spesialiteter er representert på færre helseforetak enn tidligere, målt ved antall helseforetak som har ansatt leger innenfor hver enkelt spesialitet (Figur

Figur 3-5: Antall helseforetak der hver spesialitet er representert



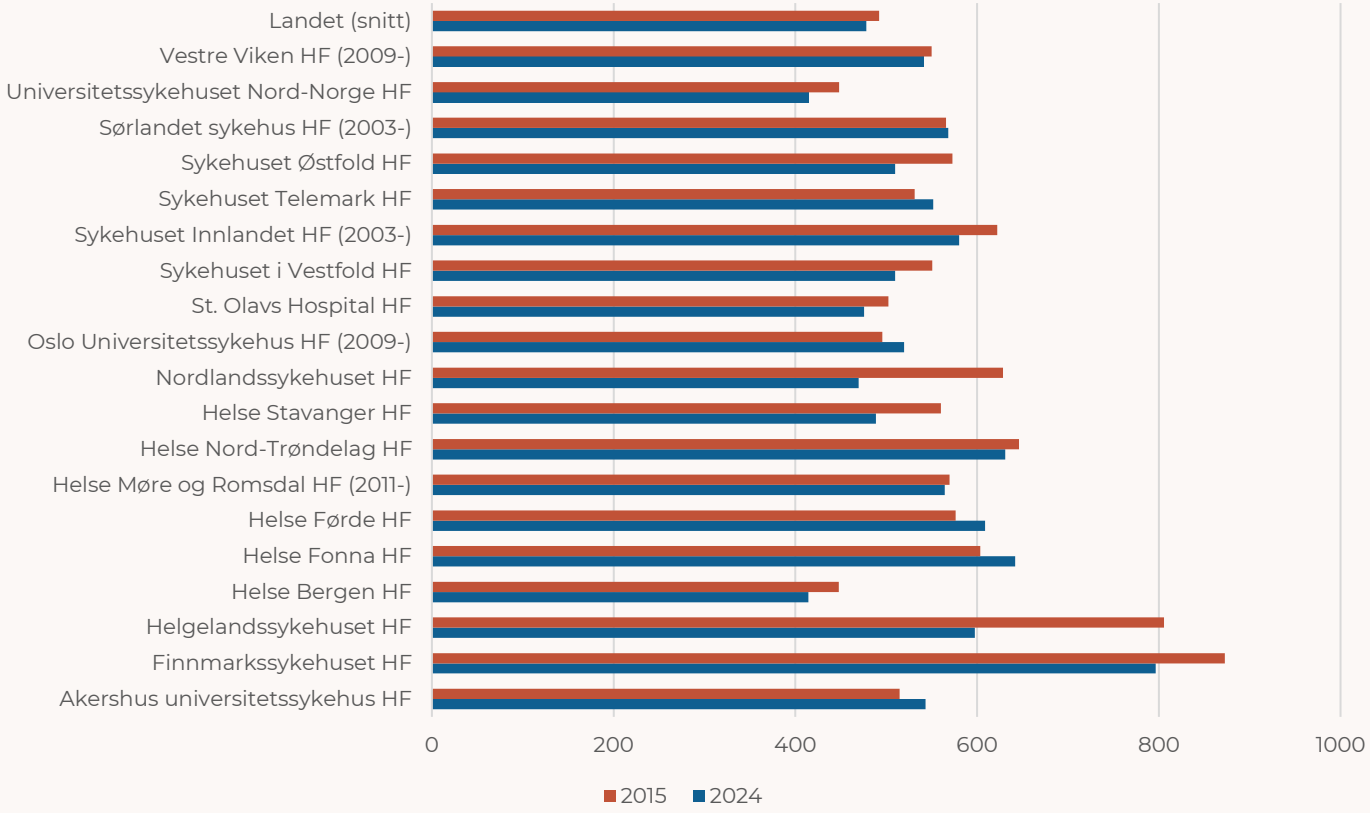
Kilde: SSB, tabell 14080.

3-5). I 2024 er det noe færre helseforetak enn i 2015 som har spesialister i generell kirurgi, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, nukleærmedisin, revmatologi og thoraxkirurgi. Reduksjonen er imidlertid liten. Samlet sett er det heller en trend mot at spesialiteter er dekket av flere helseforetak i 2024 enn i 2015 (se Figur 3-5). Dette gjelder blant annet for indremedisin, ortopedisk kirurgi, fysikalsk medisin og rehabilitering, nevrologi, urologi, øyesykdommer, geriatri osv.

På tvers av helseforetak er det noen forskjeller i antall spesialiteter som finnes, se Figur 3-4. I figuren er det illustrert at to store helseforetak med universitetssykehus, henholdsvis Oslo Universitetssykehus og Helse Bergen, har flere spesialiteter enn Finnmarkssykehuset og Helse Førde (som er mindre og uten universitetssykehus). Antall spesialiteter for samtlige helseforetak er vist i vedlegget.

En annen måte å undersøke spesialisering på er å vurdere konsentrasjonen i fordelingen på spesialiteter ved hjelp av en Herfindahl-Hirschman-indeks (HHI). Høy score på indeksen indikerer at en større andel av legene er fordelt på få spesialiteter. HHI er høyest hvis alle ansatte har samme spesialitet (gir HHI på 10 000), og lavest hvis spredt jevnt på alle spesialiteter (HHI på ca. 200). Det er vesentlig variasjon i konsentrasjon mellom de ulike helseforetakene. For eksempel er legene på Finnmarkssykehuset HF i større grad konsentrert på enkelte spesialiteter enn ved andre helseforetak. Det er imidlertid lite som tyder på at graden av konsentrasjon har endret seg betydelig i tiårsperioden, vist i sammenligningen mellom 2015 og 2014 i Figur 3-6.[2]

Figur 3-6: Variasjon i hvor konsentrert* fordelingen av ansatte er på ulike spesialiteter



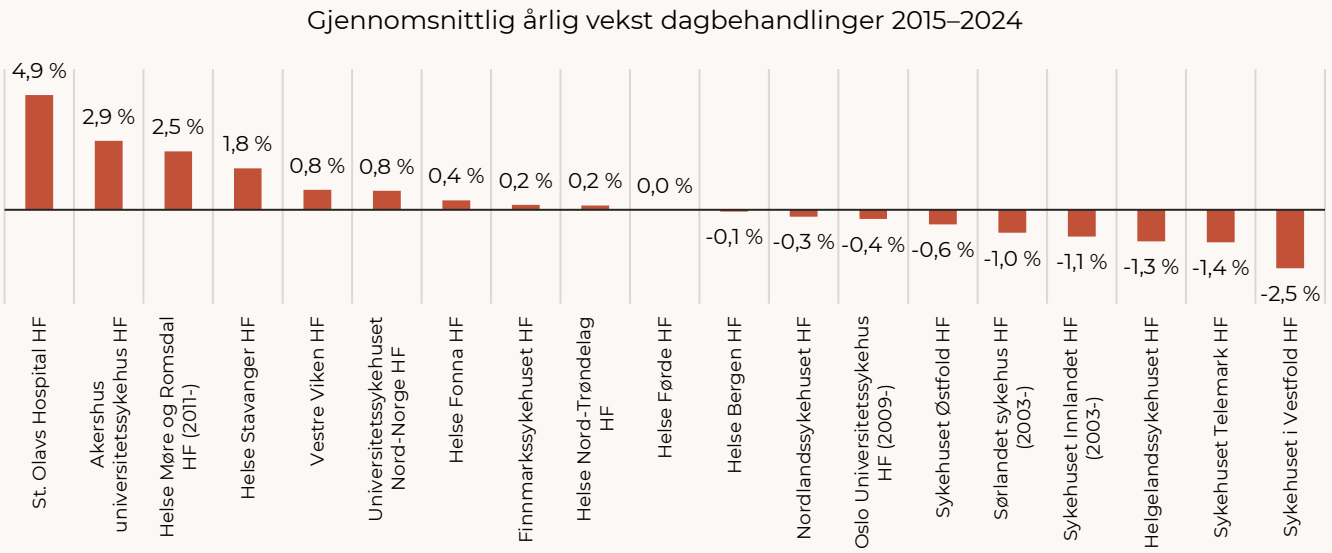
Kilde: SSB, tabell 14080. * Målt ved $\mathrm{HHI} = \sum_i^N a_i^2 \times 10000$. Sunnaas sykehus er utelatt fra figurene fordi fordelingen her er svært konsentrert (55% psykiatri og 32% fysikalsk medisin og rehabilitering gir HHI på 4100)

[2] Variasjonen i HHI kan forstås på ulike måter. På den ene siden kan høyere HHI indikere at helseforetaket har et mer konsentrert behandlingstilbud (er en mer «spesialisert» virksomhet) og følgelig være en indikasjon på sentralisering. På den annen side kan høyere HHI indikere lavere spesialiseringsgrad blant legene, f.eks. grunnet høyere andel generell kirurgi og indremedisin. Dermed, mens for eksempel Sunnaas sykehus har svært høy HHI fordi det er et spesialsykehus med fokus på fysikalsk medisin og rehabilitering, kan relativt høy HHI for Finnmarkssykehuset reflektere lavere spesialiseringsgrad (flere leger har generelle spesialiseringer).

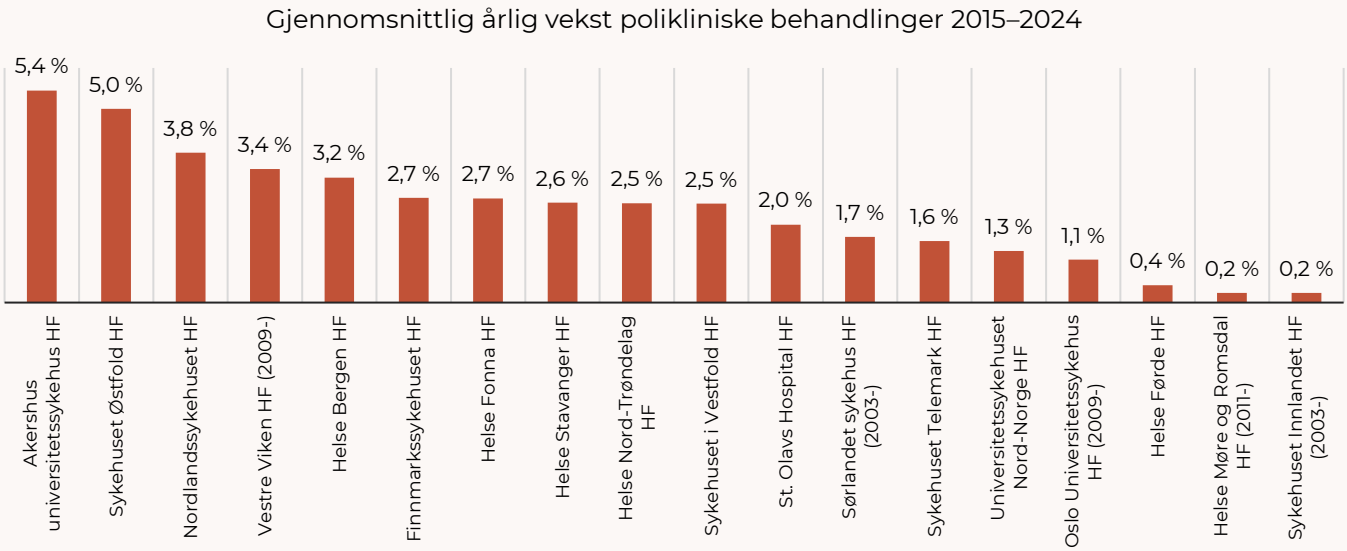
Basert på data om antall behandlinger, kan det observeres ulik utvikling på tvers av helseforetakene. Det er betydelig variasjon både på tvers av år og enkeltforetak, og vi kan ikke observere noen tydelig trend der antall behandlinger aggregert vokser raskere ved noen typer sykehus (en indikasjon på sentralisering kunne vært redusert antall behandlinger ved mindre sykehus relativt til større sykehus). Figur 3-7 på neste side viser dette ved å sammenligne gjennomsnittlig årlig vekst innen tre aktivitetsparametere – dagbehandlinger, polikliniske behandlinger og liggedager/oppholds-døgn, som alle varierer betydelig mellom helseforetakene uten en åpenbar trend mot sentralisering.

Generelt er det en rekke årsaker til at høy spesialiseringsgrad vil være mer utfordrende å opprettholde for små sykehus og at dette kan potensielt medføre høyere tilbøyelighet for sentralisering. Både i litteraturen og blant helseforetakene har det blitt trukket frem at utviklingen kan være særlig krevende for lokalsykehusene. Dette er drøftet nærmere i kapittel 5.2.

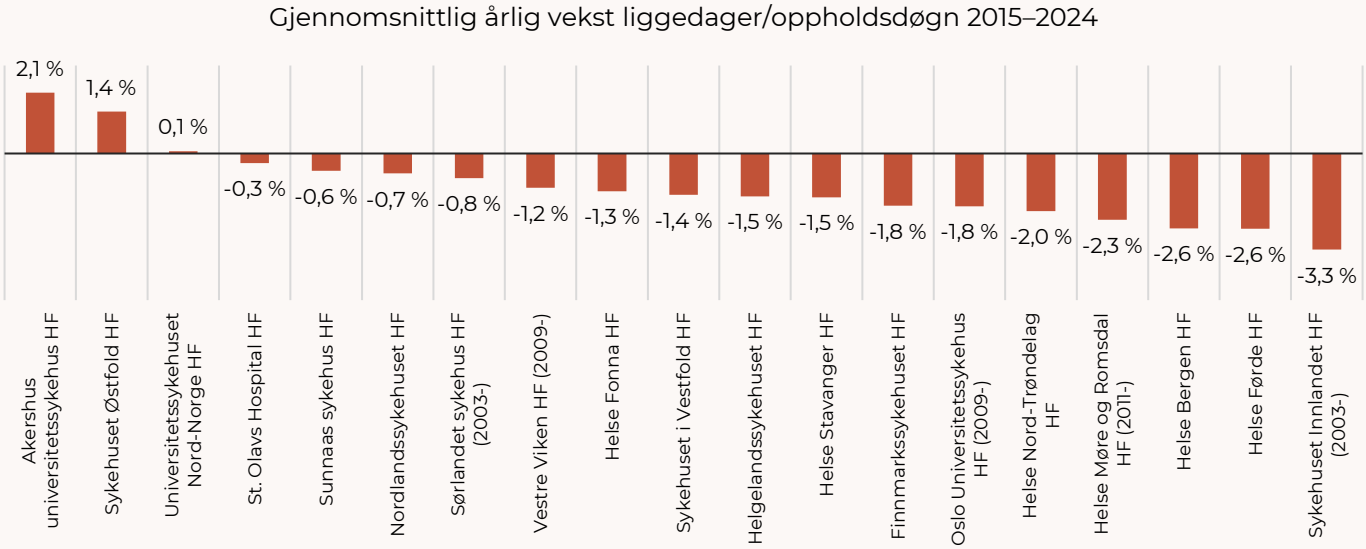
Figur 3-7: Vekst i behandling



Kilde: Tall fra 2014–2021 er hentet fra SSB, tabell 04434, og tall fra 2022– 2024 er fra SAMDATA (Helsedirektoratet, 2024)



Kilde: SSB, tabell 13942



Kilde: SSB, tabell 13942

4. Drivere for utviklingen

Utviklingen mot stadig mer spesialisert kompetanse i sykehusene kan forklares av både langsiktige trender og nyere, kortsiktige faktorer. Over mange tiår har spesialisering økt jevnt i takt med teknologiske og medisinske fremskritt, som muliggjør stadig mer avanserte prosedyrer og behandlinger. Samtidig er det en rekke andre pådrivere i nyere tid, fra internasjonale føringer til endrede forventninger i befolkningen og interne forhold som sykehusorganisering, lønns- og karrierestrukturer.

4.1 Ny spesialistforskrift – den viktigste driveren på kort sikt

Den nye spesialistforskriften fra 2017–2019 har vært den viktigste driveren for økt spesialiseringsgrad på kort sikt. Forskriften introduserte nye krav til kompetanse, læringsaktiviteter og struktur for spesialistutdanningen, og satte dermed tydeligere rammer for både organisering og innhold i spesialiseringsløpene. Samtidig ble ansvaret for utdanningen mer formalisert, med klarere forventninger til dokumentasjon, kvalitetssikring og oppfølging.

En konsekvens er at flere spesialiteter i praksis har blitt smalere. De nye læringsmålene legger større vekt på dokumentert ferdighet innen avgrensede prosedyrer og diagnostiske områder. Dette har styrket kvaliteten i faglig delkompetanse, men gjør det vanskeligere å opprettholde bredde-kompetanse i hele spesialistløpet. For sykehusene innebærer dette at utdanningsløpene krever mer ressurser, mer planlegging og ofte større grad av samarbeid mellom enheter for å sikre at kandidatene får oppfylt sine læringsmål.

4.2 En langsiktig trend – teknologisk og medisinsk innovasjon

Teknologisk fremskritt og medisinsk innovasjon er kanskje de mest grunnleggende driverne for økt spesialisering på lengre sikt. Nye diagnostiske verktøy, behandlingsmetoder og avansert utstyr har åpnet muligheter for behandling av stadig mer komplekse tilstander, men krever til gjengjeld leger med spesialistkompetanse innen smalere fagfelt.

Utviklingen av invasive kirurgiske teknikker, avansert bildediagnostikk og persontilpasset medisin har medført en fremvekst av nye spesialiteter der leger fokuserer på svært spesifikke prosedyrer eller organer. Slike innovasjoner løfter kvalitetsnivået i helsetjenesten ved at pasienter med sjeldne eller kompliserte diagnoser kan få mer treffsikker behandling.

Et illustrerende eksempel er kreftbehandling. På 1980–tallet var behandlingsmulighetene begrenset til kirurgi, stråleterapi og uspesifikke cellegifter med betydelige bivirkninger. I dag kan enkelte krefttyper behandles med avanserte terapier (ATMP), som CAR-T-cellebehandling og genterapi der pasientens egne immunceller eller genetiske målrettede mekanismer brukes for å angripe svulsten. Et annet eksempel er hjertetransplantasjon, som ikke var mulig i Norge før 1983 (Oslo universitetssykehus, u.d.), men som i dag er etablert behandling ved avansert hjertesvikt.

Samtidig har spesialitetsstrukturen endret seg. I 1918 fantes det en egen spesialitet for massasje, sykegymnastikk og ortopedisk behandling. Denne ble endret og videreført som ortopedisk kirurgi på 1980-tallet (Helsedirektoratet, 2014), noe som illustrerer hvordan bredere fagområder over tid har blitt erstattet av mer spesialiserte og teknologisk krevende disipliner.

Denne utviklingen må derfor forstås som en del av et større bilde, der spesialisering inngår som en konsekvens av den samlede teknologisk og medisinske fremgangen. Når kunnskapsgrunnlaget og behandlingsmulighetene utvides, følger behovet for mer spisset kompetanse, og dermed en mer differensiert spesialiststruktur.

4.3 Andre drivere for utviklingen

4.3.1 Internasjonale føringer

Internasjonale prosesser og føringer, spesielt gjennom EØS-avtalen og EU, har påvirket utviklingen av norsk spesialiststruktur. EU har i flere tiår arbeidet for harmonisering av spesialistutdanningene, noe som resulterte i felles minimumskrav til utdanningslengde for de 52 legespesialitetene som omfattes av Yrkeskvalifikasjonsdirektivet[3]. Dette direktivet legger til rette for automatisk godkjenning av visse spesialiteter på tvers av grenser, men relativt få spesialiteter har full gjensidig anerkjennelse i alle EU/EØS-land. Det er fortsatt betydelige nasjonale variasjoner i hvilke spesialiteter som finnes og hvordan de defineres. For Norge innebærer disse forskjellene at myndighetene kan tilpasse strukturen etter nasjonale behov til en viss grad. Et eksempel er bryst- og endokrinkirurgi, som i Norge er en egen hovedspesialitet, men som ikke er skilt ut som egen spesialitet i EU-direktivet. Dermed finnes det ingen automatisk EU-godkjenning for denne spesialiteten. Likevel bidrar europeiske fagorganer som Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)[4] og ordninger som European Board of Surgery Qualification (EBSQ)[5], til å etablere felles faglige standarder og sertifiseringer for slike felt, selv om de ikke gir formell EU-spesialiststatus.

Et utviklingstrekk i Europa er en gradvis omlegging fra grenspesialiteter til bredere plattformer, ofte omtalt som *common trunk*. Målet er å sikre en felles kompetanse før videre fordypning og dermed legge til rette for større fleksibilitet, bedre mobilitet og høyere kvalitet i spesialistutdanningen. Denne utviklingen man ser i flere europeiske land, kan fungere som dytt i retning av mer standardisering (for eksempel gjennom EØS-krav og europeiske retningslinjer for legeutdanning), og som erfaringsarena der Norge henter inspirasjon.

Figur 4-1: Drivere for utviklingen



Illustrasjon: Oslo Economics

[3] Yrkeskvalifikasjonsdirektivet (direktiv 2005/36/EF) er EUs regelverk for gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner mellom medlemslandene og EØS-statene. Direktivitet inneholder en uttømmende liste over medisinske spesialiteter som automatisk anerkjennes på tvers av land og fastsetter minimumskrav for utdanningslengde og grunnleggende kompetanse for disse spesialitetene. Kun spesialiteter som står oppført i direktivet vedlegg omfattes av ordningen for automatisk godkjenning (NOU 2023:4).
[4] UEMS er den europeiske paraplyorganisasjonen for medisinske spesialister. Den utvikler felles europeiske utdanningsstandarder, kompetansekrav og kvalitetsrammer for spesialistutdanninger i hele Europa (Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2015).
[5] EBSQ er en sertifiseringsordning under UEMS, som tilbyr europeiske spesialisteksamener innen blant annet brystkirurgi og endokrinkirurgi. Eksamenene bekrefter at kandidaten oppfyller felles europeiske krav til kunnskap og ferdigheter ((Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2026).

4.3.2 Levestandard og forventinger i befolkningen

Den generelle samfunnsutviklingen, med økt levestandard og høyere utdanningsnivå i befolkningen, kan ha bidratt til å endre forventningene til helsetjenestene. I en moderne velferdsstat med høy velstand og utdanningsdekning, stiller pasienter i dag langt høyere krav til kvalitet, tilgjengelighet og spesialisert behandling enn tidligere. Evjen Olsen og Braut (2025) beskriver hvordan økt velstand har ført til at folk ikke lenger nøyer seg med enkle, generelle anbefalinger, og etterspør mer avanserte løsninger og ekspertise. En slik endring legger press på helsevesenet til å kunne tilby spisskompetanse på stadig flere områder.

Parallelt med økonomisk velstand og levestandard kommer endrede pasientforventninger til hva helsetjenesten skal levere. Forventningene i befolkningen til hva helsetjenesten skal levere har økt i tråd med den medisinske utviklingen, som gir stadig videre mulighet for diagnostikk og behandling (Den norske legeforeningen , 2025). Pasienter og pårørende orienterer seg i større grad i digitale informasjonskilder før kontakt med helsevesenet, noe som gir sterkere forestillinger om hvilke undersøkelser og behandlingsalternativer som bør tilbys. Legeforeningen peker på at denne utviklingen bidrar til et økt press på helsetjenesten, særlig knyttet til ønsket om tidlig diagnostikk og avanserte tiltak som anses som tilgjengelige gjennom moderne medisin (Den norske legeforeningen , 2025). Summen av dette er at høyere levestandard og utdanning driver helsevesenet mot spesialisering, fordi befolkningen forventer det beste og mest avanserte som er tilgjengelig.

Forventningen om å bli behandler av leger med spisskompetanse innen den aktuelle tilstanden er også økende (Helse Vest, 2024). Erfaringer fra sykehus viser at pasienter ofte legger til grunn at ansvarlig overlege har spisskompetanse innen den tilstanden de selv oppfatter som relevant (Helse Vest, 2024). Disse holdningene i befolkningen kan fremme økt spesialisering ved at helseforetakene strekker seg for å kunne møte forventningene.

I tillegg til samfunnsmessige og teknologiske drivere, spiller også lovverket en rolle i å forme befolkningens forventinger. Spesialisthelsetjenesteloven (§ 2–1a) (Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven) , 2001) slår fast at befolkningen har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette lovpålagte kravet om rett helsehjelp av god kvalitet kan bidra til å forsterke forventingen om at helsetjenesten skal kunne tilby avansert og spesialisert behandling. Når slike rettigheter er formalisert i lov, kan det bidra til at pasienter i større grad opplever det som legitimt å forvente høyspesialisert behandling, og at helseforetakene må tilpasse seg for å møte disse kravene.

4.3.3 Bemanning

Hvordan sykehusene organiserer virksomheten, og særlig tendensen til en stadig finere oppdeling i flere enheter og vaktlinjer, bidrar til å forsterke utviklingen mot økt spesialisering. Helse Sør-Øst fremhever at mange sykehus de senere årene har innført en mer omfattende seksjonering av vaktordninger, ofte begrunnet med behovet for mer spesialisert fagkompetanse på vakt. Ved større universitetssykehus er det etablert egne overlegevaktlag for et bredt spekter av enkeltspesialiteter, mens mindre sykehus i økende grad har utfordringer med å bemanne fellesvakter innen indremedisin og kirurgi.

Oppsplittingen av tidligere brede vaktlag i mindre og mer spesialiserte vaktteam gjør døgnkontinuerlig bemanning mer krevende. Denne utviklingen øker det samlede behovet for leger, ettersom hver lege dekker et smalere fagområde. For mindre sykehus, der personellgrunnlaget ofte er begrenset, kan dette gi betydelige driftsutfordringer, særlig i akuttberedskapen.

Samlet sett indikerer disse bemannings- og vaktlagtendensene at organiseringen av sykehusene kan være en selvforsterkende driver for økt spesialisering. En mer oppdelt vaktstruktur kan på sikt bidra til ytterligere fragmentering av fagmiljøer, svekket breddekompetanse og større avhengighet av spesialistressurser, noe som igjen kan forsterke sentraliseringstendenser i tjenesten.

4.3.4 Lønn og tillegg

Lønnsnivå og kompensasjonsordninger i helsesektoren kan tenkes å utgjøre en viktig rammebetingelse for rekruttering, mobilitet og valg av spesialitet blant leger. Ifølge SSB var gjennomsnittlig månedslønn for legespesialister i sykehus 109 950 kroner i 2025 I tillegg til

grunnlønn mottar mange legespesialister betydelige tillegg for vaktarbeid og ubekvem arbeidstid, noe som ytterligere forsterker lønnsforskjellene mellom spesialiteter.

Legeforeningens lønnskalkulator[6] viser både nivået på basislønn og fastlønn, samt ulike typer tillegg som vaktkompensasjon og utvidet arbeidstid (UTA) (Tidsskrift for den norske legeforeningen, 2025). Differanser i samlet lønn mellom spesialiteter kan påvirke valg av fagområde, og bidra til at leger søker seg til spesialiteter med høyere økonomisk uttelling. Dermed kan lønnssystemet fungere som en indirekte driver for økt spesialisering.

Lønn er imidlertid ikke den eneste faktoren som påvirker spesialiseringsvalg. Arbeidstidsordninger og livsstilspreferanser spiller også en rolle. Enkelte spesialiteter, som radiologi, har færre akutte vakter og mer forutsigbare arbeidstider, noe som kan gjøre dem attraktive for leger som vektlegger balanse mellom arbeid og fritid. Selv om en lavere vaktbelastning kan innebære noe lavere samlet lønn, kan slike arbeidsvilkår likevel bidra til å trekke leger mot bestemte spesialiteter.

4.3.5 Status internt og karrieremuligheter

Opplevd status og karrieremuligheter internt i helsetjenesten kan ha innvirkning på både beslutningen om å spesialisere seg og valg av spesialitet. For mange unge leger kan det være viktig å se en faglig og profesjonell utviklingsvei, og spesialiteter med høy prestisje og attraktive karriereløp kan fremstå som mer motiverende.

Helse Sør-Øst RHF peker på at breddespesialitetene, som indremedisin og generell kirurgi, i dag fremstår som lite attraktive. Dette skyldes blant annet lav faglig status, høy vaktbelastning og begrensede muligheter for faglig fordypning og karriereutvikling (Helse Sør-Øst HF , 2024). Det finnes få utdanningsstillinger og nærmest ingen overlegestillinger innen disse fagene, og mange helseforetak mangler både generelle avdelinger og fagmiljøer som kan støtte en bred klinisk praksis. Dette gjør det vanskelig for leger i spesialisering å se en langsiktig karrierevei som generalist.

Samlet sett kan slike strukturelle og kulturelle forhold bidra til en negativ spiral for bredde-spesialitetene, der lav status og svake karrieremuligheter fører til lav rekruttering, som igjen svekker fagmiljøene ytterligere. Dette kan forsterke tendensen mot økt spesialisering, der leger søker seg mot fagområder med tydeligere faglig profil, og høyere status. Dermed blir spesialisering ikke bare et spørsmål om medisinsk behov, men også et uttrykk for hvordan helsevesenet organiserer og verdsetter ulike typer kompetanse.

4.3.6 Kvalitetsregistre

Innføringen av medisinske kvalitetsregistre og et sterkere fokus på systematisk måling av behandlingskvalitet kan også ha bidratt til økt spesialisering i helsetjenesten, men sammenhengen er ikke entydig. Nasjonale kvalitetsregistre samler strukturerte data om utredning, behandling, utfall og oppfølging, med mål om å forbedre helsetjenesten (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre , 2026). Når registrene avdekker betydelige forskjeller i behandlingsresultater mellom institusjoner, skapes et insentiv for fagmiljøer og helsemyndigheter til å endre praksis. I mange tilfeller innebærer dette å implementere metoder fra de sykehusene som oppnår de beste resultatene, eller å konsentrere pasientbehandling til sykehus med dokumentert høy kompetanse. Samtidig kan det tenkes at økt spesialisering i seg selv bidra til mer systematisk bruk av kvalitetsregistre og økt dokumentasjon. En omfattende internasjonal oversiktsstudie viser at slik sentralisering til høyt volum og spisskompetanse ofte gir bedre overlevelse, lavere komplikasjonsrate og høyere kvalitet på komplekse behandlinger (Ramsay, et al., 2025). Kvalitetsregistre kan dermed både understøtte og forsterke spesialisering, samtidig som de i noen tilfeller kan være et resultat av allerede økt grad av spesialisert praksis.

[6] Lønnskalkulatoren er et digitalt verktøy utviklet av Den norske legeforeningen som gir oversikt over basislønn, fastlønn, vaktkompensasjon, tillegg for ubekvem arbeidstid og utvidet arbeidstid (UTA) for ulike legestillinger og spesialiteter.

5. Mulige konsekvenser og samlet vurdering

Økende spesialisering har muliggjort avanserte og mer treffsikre behandlinger, men kan også ha utfordret breddekompetansen som er viktig i møte med pasienter med flere samtidige tilstander. Høy spesialisering er spesielt utfordrende for mindre sykehus, som vil få høye kostnader per behandling og/eller for lav praksiserfaring over tid. Dette kan presse frem mer sentralisering.

En interregional arbeidsgruppe ledet av Helse Vest (2024) har vurdert at utviklingen ikke er bærekraftig og anbefalt enn rekke ulike tiltak. Arbeidsgruppen konkluderer at det så raskt som mulig er behov for en tydelig, konsistent og modig satsning på breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi.

5.1 Konsekvenser for kvalitet, bemanningsbehov og tilgjengelighet

Økningen i spesialiseringsgrad ved sykehusene har pågått i mange tiår i tråd med utviklingen innen medisinsk praksis, teknologi og generell samfunnsutvikling. Som beskrevet over, har økt levestandard bidratt til større etterspørsel etter avansert og spesialisert behandling, og befolkningen forventer høy kvalitet og tilgang til spesialistkompetanse. På lang sikt har den økende spesialiseringen gjort at pasienter får tilgang på treffsikker behandling og mest mulig relevant ekspertise.

Hvis spesialiseringsgraden blir *for* høy, kan det imidlertid utfordre generalistkompetansen, som kan være negativt for kvaliteten i behandlingen av pasienter med sammensatte lidelser som trenger å få vurdert sine utfordringer samlet. I Meld. St. 9 (2023–2024) diskuteres det hvordan for eksempel en sterk vekst i antallet legespesialister virker fragmenterende, skaper flere siloer internt og gjør det vanskeligere å opprettholde bred klinisk kompetanse.

Videre, som påpekt f.eks. av den interregionale arbeidsgruppen ledet av Helse Vest (2024), kan det at stadig færre leger har tilstrekkelig breddekompetanse innenfor de indremedisinske og kirurgiske fagfelt, gi en situasjon der både store, mellomstore og små sykehus får mangel på overleger med denne kompetansen. Utfordringene anses derfor av arbeidsgruppen som å være generelle, og ikke å kun gjelde små sykehus, se nærmere diskusjon under. Selv om arbeidsgruppens opprinnelige mandat dreide seg om indremedisinske og kirurgiske fagfelt, har det senere blitt påpekt av utvalget at funnene er relevante for alle spesialiteter.

Ifølge arbeidsgruppen vil svekket breddekompetanse kunne føre til i) lavere kvalitet på pasientbehandlingen – og særlig de som har uavklarte og/eller flere samtidige tilstander, ii) svekket effektivitet og robusthet for helseforetakene, der fokus på spisskompetanse gir risiko for at mange helseforetak vil mangle kompetanse innen enkelte fagområder og iii) at mange sykehus kan få vansker med å ha fungerende vaktordninger og at dette kan gi behov for endringer i lokalsykehusstrukturen, se drøfting i neste delkapittel.

Enkelte er av oppfatning om at den sterke spesialiseringen gjør at en i mindre grad treffer behovene, som ofte er personer med flere diagnoser samtidig. Kritikerne til den økte spesialiseringen mener at organiseringen i sykehusene gjør det vanskeligere å se hele mennesket – selv om mange som kommer inn er gamle og har ulike sykdommer.

Helse Sør-Øst har fremhevet at bekymringen for svekket generalistkompetanse er bredt forankret, både i fagmiljøene og blant helseforetakene i regionen. Det understrekes at en aldrende befolkning med sammensatte lidelser fordrer leger med bred kompetanse og evne til helhetlige vurderinger. Manglende generalistkompetanse kan ifølge Helse Sør-Øst bidra til overdiagnostikk og overbehandling, med negative konsekvenser både for pasientsikkerhet og samfunnsøkonomi. Det pekes også på at dagens utdanningssystem og organisering ikke i tilstrekkelig grad legger til rette

for utvikling og vedlikehold av breddekompetanse, og at det er behov for strukturelle og kulturelle endringer for å gjøre generalistkarrierer mer attraktive (Helse Sør-Øst HF , 2024).

5.2 Konsekvenser for sentralisering og lokalsykehusenes rolle

Høy spesialisering og manglende breddekompetanse vil kunne være problematisk for alle sykehus. For det første kan kvaliteten i behandlingen av multisyke pasienter bli svekket, som beskrevet over. Videre kan det oppstå en risiko for at pasienter blir kasteballer mellom ulike spesialiteter innad i sykehuset.

For høy spesialiseringsgrad vil likevel være mest utfordrende for mindre sykehus. For større sykehus, der også pasientgrunnlaget er stort, vil sterk spesialisering i større grad være mulig, ettersom det vil forventes å komme inn mange pasienter med en stor variasjon av diagnoser. Dermed vil også svært spesialiserte leger ha mange nok pasienter til at sykehusene både kan ha et høyt aktivitetsnivå innenfor sine budsjetter og at de ansatte i tjenesten kan vedlikeholde spesialisert kompetanse.

Det er i dag 46 ulike hovedspesialiseringer i dagens utdanningsløp, se Figur 5-1. Dette kan i utgangspunktet skape høy spesialisering og behov for større vaktlag i seg selv. Videre finnes det mange kompetanseområder innenfor hver enkelt av disse, se utdrag i samme figur. Det er videre også *ytterligere* nivåer av spisskompetanseområder innenfor kompetanseområdene, også illustrert.

Antall kompetanseområder vil øke med stadig flere spesialiseringer og mulig vokse eksponentielt med generelt økende spesialiseringsgrad i tjenesten. Omfanget av kompetanseområder gjør at økningen til 46 spesialiteter i senere år ikke fanger opp hele spesialiseringsutviklingen, og for mindre sykehus vil antall hovedspesialiteter trolig bare skrape overflaten av utfordringene.

Høy grad av spesialisering vil altså være utfordrende å opprettholde i dagens sykehusstruktur med relativt mange små sykehus. Kjernen i utfordringen er kombinasjonen av det er

i) mange hovedspesialiteter og svært mange kompetanseområder
ii) et pasientgrunnlag som mange steder er spredt relativt tynt på mange sykehus

Grunnen til at høy spesialisering er utfordrende for mindre sykehus, er at hvis hver lege kun skal arbeide innen ett spesifikt område, må mange leger være på jobb samtidig for at en skal kunne dekke alle diagnoser og følgelig være i stand til å ta imot og behandle en tilfeldig pasient som kommer inn på sykehuset. Fordi antall pasienter ved lokalsykehus er mindre, vil en slik organisering gi lav aktivitet per lege, som både vil medføre høye kostnader per behandling og for lav praksiserfaring for legene over tid.

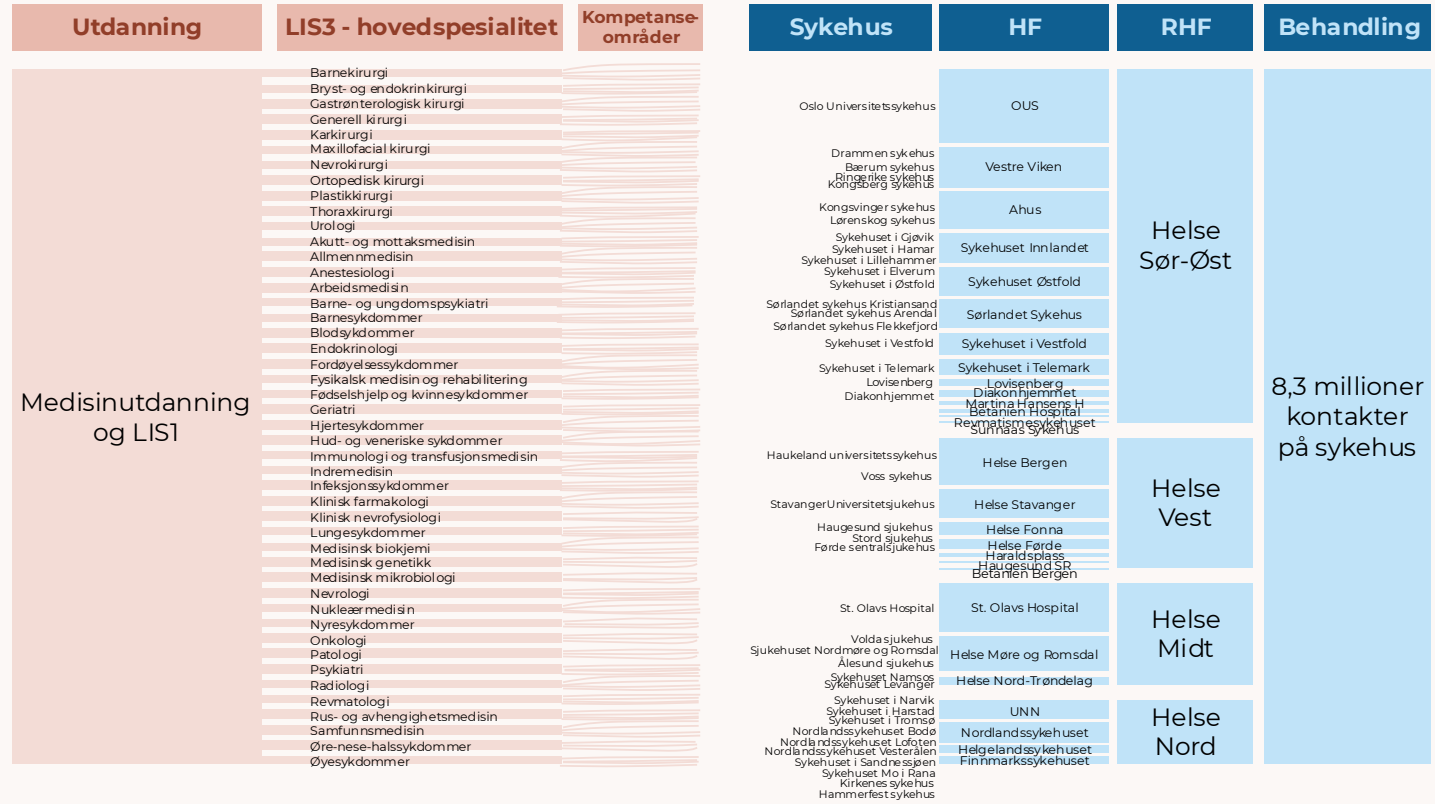
Av både budsjett- og kvalitetsmessige grunner vil ikke mindre sykehus kunne ha den samme arbeidsdelingen som større sykehus, der legene arbeider spesifikt innen avdelinger rettet mot ulike organfunksjoner. For at mindre sykehus skal ha en bemanning som er forholdsmessig til pasientgrunnlaget, må legene jobbe mer bredt. Den interregionale arbeidsgruppen ledet av Helse Vest peker på at en raskere og raskere trend med færre leger som behersker breddekompetanse, vil kunne gjøre at det er et *«spørsmål om tid før flere lokalsykehus ikke kan opprettholde en forsvarlig stabil drift 24/7/365»* (Helse Vest, 2024).

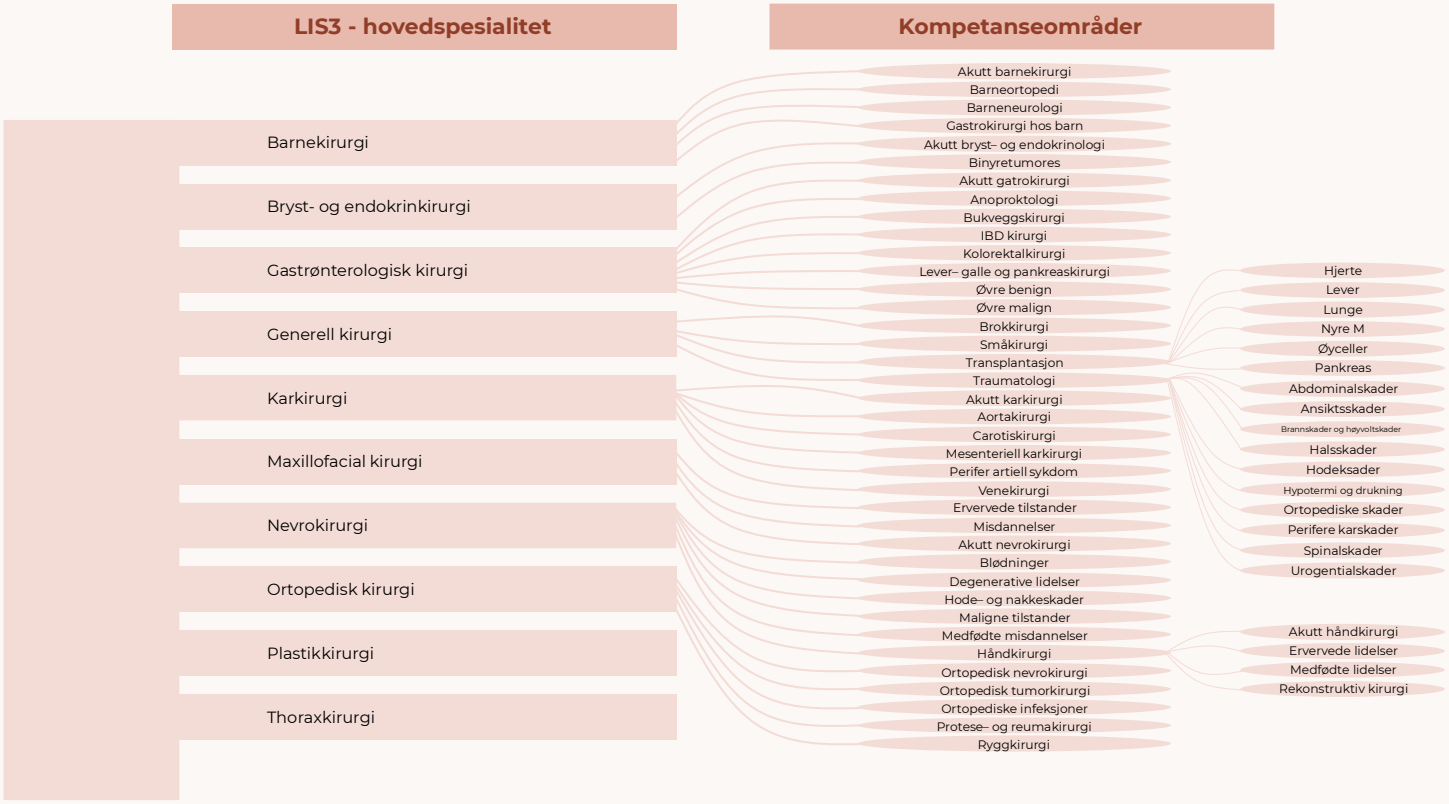
Et viktig spørsmål er hva bruken av hovedsakelig generalistkompetanse ved mindre sykehus gjør med kvaliteten over tid når tjenestene blir mer spesialisert. Særlig bør det stilles spørsmål hvorvidt kvalitetsforskjellen mellom større og mindre sykehus kan forsterkes av at utdanningen blir stadig mer spesialisert, ettersom dette skaper mer og mer knapphet i breddekompetanse.

Med den mer spesialiserte utdanningen vil det over tid kunne være mer krevende å rekruttere leger som har generalistkompetansen særlig de mindre sykehusene har behov for. En arbeidsgruppe i Helse Nord (2023), som utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdene «Akuttfunksjoner i somatiske sykehus» og «Fødeenheter» samt «Planlagt kirurgi», pekte på at det er

«[...] behov for generalistkompetanse i vakt, mens på f.eks. poliklinikk/dagbehandling er det behov for spisskompetanse. [...] Det er tilfeldig hvilken sammensetning de minste 35 sykehusene lykkes med å rekruttere, og ofte er det enespesialister innenfor de ti hovedspesialitetene som utgjør vaktlinjen» (Helse Nord, 2023, pp. 34-35).

Figur 5-1: Antall hovedspesialiteter, kompetanseområder og sykehus





Illustrasjon: Oslo Economics. *Inkluderer kun sykehus med fødeavdeling, akuttfunksjon og lokalsykehustilbud.

Helse Sør-Øst har også vist til at rekrutteringen til LIS-stillinger i indremedisin og generell kirurgi er lav, og at dette gir særlige utfordringer for å opprettholde robuste vaktordninger, spesielt ved mindre sykehus.

Generelt vil utviklingen med mer spesialisering kunne utfordre lokalsykehusenes rolle over tid. Vi finner at problemene kan forsterkes i årene som kommer, etter hvert som at senere årskull gjennomfører den stadig mer spesialiserte utdanningen.

De mindre sykehusene har for eksempel behov for generelle kirurger til å ivareta et bredt elektivt tilbud og akutte kirurgiske tilstander (Norsk Kirurgisk Forening, 2023, p. 7). Hvis ingen utdanner seg innen generell kirurgi, vil en mulig konsekvens være at kirurgibehandling heller vil måtte samles ved større sykehus.

Videre, som påpekt av informanter til denne utredningen, vil vakthavende leger innen indremedisin ofte være avhengige av innspill fra kirurger for å kunne gi en best mulig vurdering av pasienter. Flere pasienter, f.eks. med magesmerter, ønsker ofte vurderinger av kirurg når de kommer inn ufiltrert til et akuttsykehus. Det er med andre ord en mulig synergieffekt ved sykehusene mellom leger i indremedisin og kirurger, som eventuelt bortfaller dersom det ikke er grunnlag for å ha kirurger ved mindre sykehus.

Flere peker på at kirurgi er et særlig utsatt område ved mindre sykehus. Utviklingen med spesialisering av kirurgisk behandling kan gjøre at de mindre lokalsykehusene får færre funksjoner over tid, og følgelig at kirurgi i større grad blir samlet på større regionsykehus. I så fall vil også dette kunne redusere tilgjengeligheten for pasientene i distriktene.

5.3 Mulige løsninger og tiltak

I flere tidligere rapporter pekes det tydelig på behov for tiltak. Arbeidsgruppen i Helse Vest (2024) konkluderer med at *«et nullalternativ (å la dagens utvikling fortsette) ikke er bærekraftig og vil bli langt mer kostbart, krevende og ha langt høyere risiko enn en tydelig, konsistent og modig satsning på breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi, så raskt som mulig.»* (Helse Vest, 2024).

En generell anbefaling, som flere har pekt på, er følgelig at breddekompetansen i tjenesten og/eller i utdanningen bør utvikles. Dette vil kunne innebære en vridning bort ifra tendensen som har vært i senere tid med stadig mer spesialisering. Flere peker på at dette vil være nødvendig også uavhengig av sykehusstruktur, ettersom stadig flere av pasientene er eldre, som ofte er multisyke.

Arbeidsgruppen i Helse Nord peker på at det er få LIS3-stillinger i generell indremedisin og at dette vil resultere i at det utdannes få med denne spesialiseringen de neste årene. Den interregionale arbeidsgruppen i Helse Vest vurderer at det bør gjøres en bred gjennomgang av læringsmål i utdanningen og at helseforetakene bør få oppdrag om å styrke breddekompetansen innenfor dagens utdanningsløp. Andre anbefalinger som tidligere er pekt på, er å vurdere endringer i organisering og faginndeling i sykehusene, f.eks. ved å etablere eller styrke generelle indremedisinske og kirurgiske enheter og overføring av oppgaver til disse.

Andre mulige tiltak, som er relatert til driverne beskrevet over, er å legge til rette for en tydelig karrierevei for spesialister innen indremedisin og generell kirurgi samt å styrke av de akademiske fagmiljøene innen breddekompetanse. Arbeidsgruppen i Helse Vest (2024) understreker at det er helt sentralt at det opprettes attraktive stillinger for spesialister i indremedisin og generell kirurgi.

Spesifikt innen kirurgi har det også blitt pekt på mulige tiltak. Norsk Kirurgisk Forening har blant annet anbefalt en revisjon av læringsmål i generell kirurgi, at det skal være obligatorisk å tilby spesialisering i generell kirurgi ved alle sykehus og at det bør innføres flere overlegestillinger for spesialister i generell kirurgi (Norsk Kirurgisk Forening, 2023).

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumentet for 2025 bedt RHF-ene om å legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi. Med tanke på de mange ulike driverne beskrevet over, er det imidlertid uklart om denne henstillingen er tilstrekkelig til å bremse utviklingen med stadig høyere spesialiseringsgrad.

6. Referanser

(Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2026. *UEMS Examinations & Conferment of Fellowship to the European Board of Surgery.* [Internett]
Available at: https://uemssurg.org/whatwedo/ebsq-examinations/

Den norske legeforeningen , 2025 . *Legforeningens perspektivmelding for spesialisthelsetjensten* , s.l.: s.n.

Den norske legeforeningen , 2026. *Spesialister.* [Internett]
Available at: https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/spesialister/

Den norske legeforeningen, u.d. *Om LIS1 (tidligere turnustjensten).* [Internett]
Available at: https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/student/norsk-medisinstudentforening/lis1/LIS1/#Kilder

Hagen, T. P., 2025. *Helseforetaksreformen* , s.l.: Store Norske leksikon.

Helse Nord, 2023. *Akutte og elektive funksjoner,* s.l.: Arbeidsgruppe 1 i Helse Nord, oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. *Spesialistforskriften med kommentarer. Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger..* s.l.:Det.

Helse- og omsorgsdepartementet,

Helse- og omsorgsdepartementet, 2025. *Regjeringen setter ned Helsereformutvalget.* [Internett]
Available at: https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-setter-ned-helsereformutvalget/id3117261/

Helse Sør-Øst HF , 2024. *Svar på oppdrag om framskriving av behov for legespesialister og vurdering av utdanningskapasitet i breddespesialitetene generell.* s.l.:s.n.

Helse Vest, 2024. *Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg,* s.l.: Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Interregional arbeidsgruppe under ledelse av Helse Vest RHF.

Helsedirektoratet, 2014. *Etablering av en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin,* s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2014. *Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold,* s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2021. *Spesialistutdanning for leger - LIS1,* s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2024. *Dagbehandling (somatikk), behandlingssted.* [Internett]
Available at: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/dagbehandling-somatikk-behandlingssted

Helsedirektoratet, 2024. *Legespesialiteter.* [Internett]
Available at: https://www.helsedirektoratet.no/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-og-godkjenning-for-leger/legespesialiteter

Helsedirektoratet, 2025. *Arbeidet med allmennlegetjenesten. Årsrapport 2024 - Inklusive status per mai 2025.* s.l.:s.n.

Helsedirektoratet, 2025. *Leger i spesialisering del 1 (LIS1). Statusrapport nr. 24 - søknadsrunden høsten 2024,* s.l.: Helsedirektoratet.

Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven) , 2001. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).* s.l.:Lovdata .

Lovdata, 2024. *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).* s.l.:Lovdata .

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre , 2026. *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre*. [Internett]
Available at: https://www.kvalitetsregistre.no/

Norsk Forening For Akutt- og Mottaksmedisin, u.d. *Spesialiteten Akutt- og Mottaksmedisin : Hva er AMM?*. [Internett]
Available at: https://mottaksmedisin.no/amm/

Norsk Kirurgisk Forening, 2023. *Rapport fra Norsk Kirurgisk Forening sin arbeidsgruppe om generellkirurgiens rolle i forhold til gastroenteriologisk kirurgi og de øvrige organspesifikke kirurgiske spesialitetenes roller i fremtidens spesialisthelsetjeneste,* s.l.: Arbeidsgruppe.

NOU 2016:25, 2016. *Organisering og styring av spesialisthelsetjensten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? ,* s.l.: s.n.

NOU 2023:4, 2023. *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste,* s.l.: s.n.

OECD, 2024. *Health at a glance: Europe 2024,* s.l.: s.n.

Oslo universitetssykehus, u.d. *Et nytt hjerte,* s.l.: s.n.

Prop. 81 L (2014-2015), 2015. *Endringer i helsepersonellloven og helsetilsynloven (spesialistutdanningen m.m.),* s.l.: s.n.

Ramsay, A. et al., 2025. Centralisation of specialised healthcare services: a scoping review of definitions, types, and impact on outcomes. *National Institute for Health and Care Research*, Volum 43, pp. 21-90.

spesialisthelsetjenesteloven § 1, 1999. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven),* s.l.: s.n.

SSB , 2025. *13954: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter utdanning, statistikkvariabel, år, region og tjenesteområde,* s.l.: SSB.

SSB tabell 11418, u.d. *11418: Yrkesfordelt månedslønn, etter yrke, statistikkvariabel, år, statistikkmål og kjønn,* s.l.: SSB.

St.meld.nr.47 (2008-2009) , 2009. *Samhandlingsrefomren. Rett behandlig - på rett sted - til rett tid ,* s.l.: s.n.

St.meld.nr.9 (1974-1975), 1974. *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen,* s.l.: s.n.

Tidsskrift for den norske legeforeningen, 2025. *Ny lønnskalkulator for sykehusleger.* [Internett]
Available at: https://tidsskriftet.no/2025/01/aktuelt-i-foreningen/ny-lonnskalkulator-sykehusleger

Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2015. *European Training Requirements for Breast Surgery. European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training,* s.l.: s.n.

Vedlegg – Deskriptive analyser av utvikling i spesialisering

Vedlegg 1: Andel av nye spesialistgodkjenninger etter spesialitet

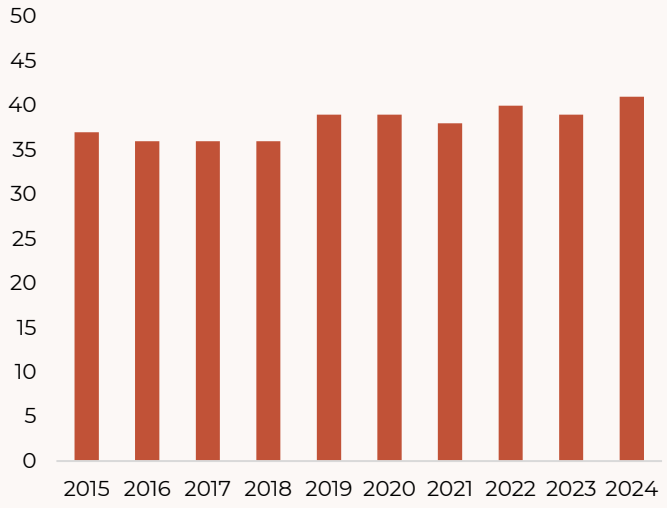
Spesialitet	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Akutt- og mottaksmedisin (2019)	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	1,85 %	1,33 %	1,37 %	0,51 %	0,83 %	0,74 %
Allmennmedisin (ikke resertifiseringer)	17,05 %	17,37 %	18,72 %	18,78 %	21,66 %	23,50 %	23,99 %	18,99 %	25,30 %	29,69 %
Anestesiologi	7,76 %	7,70 %	5,91 %	6,71 %	7,02 %	6,65 %	5,39 %	6,05 %	4,78 %	6,23 %
Arbeidsmedisin	1,25 %	0,47 %	1,06 %	0,76 %	0,81 %	0,67 %	0,91 %	0,96 %	0,57 %	0,79 %
Barne- og ungdomspsykiatri	1,92 %	3,57 %	1,89 %	3,14 %	1,77 %	2,22 %	2,58 %	2,29 %	1,85 %	2,27 %
Barnekirurgi	0,29 %	0,09 %	0,06 %	0,00 %	0,15 %	0,15 %	0,00 %	0,13 %	0,00 %	0,00 %
Barnesykdommer	2,78 %	3,10 %	3,78 %	3,65 %	2,59 %	2,51 %	2,96 %	2,93 %	2,55 %	2,89 %
Blodsykdommer	0,57 %	0,47 %	0,53 %	1,02 %	0,67 %	0,15 %	0,84 %	0,76 %	0,64 %	0,57 %
Bryst- og endokrinkirurgi (2008 g)	0,19 %	0,47 %	0,35 %	0,25 %	0,44 %	0,59 %	0,30 %	0,32 %	0,51 %	0,28 %
Endokrinologi	0,48 %	0,94 %	0,24 %	0,59 %	0,81 %	0,30 %	0,84 %	0,89 %	0,51 %	0,85 %
Fordøyelsessykdommer	0,86 %	1,60 %	1,18 %	0,85 %	1,77 %	0,89 %	1,29 %	1,72 %	1,08 %	1,02 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	0,96 %	1,22 %	0,83 %	0,93 %	1,03 %	0,74 %	0,68 %	1,66 %	0,83 %	0,68 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	3,26 %	3,47 %	3,54 %	3,23 %	3,77 %	4,07 %	3,57 %	3,82 %	3,12 %	2,61 %
Gastrønterologisk kirurgi	1,15 %	2,44 %	2,24 %	1,02 %	1,26 %	1,48 %	1,06 %	1,53 %	1,59 %	1,25 %
Generell kirurgi	5,75 %	5,63 %	4,43 %	2,72 %	4,66 %	2,96 %	3,11 %	4,02 %	2,87 %	2,27 %
Geriatri	1,34 %	1,03 %	0,71 %	1,19 %	0,52 %	1,26 %	1,59 %	1,47 %	0,96 %	0,85 %
Hjertesykdommer	2,30 %	2,54 %	2,24 %	3,82 %	2,59 %	2,73 %	3,34 %	2,42 %	3,00 %	3,23 %
Hud- og veneriske sykdommer	0,96 %	0,66 %	1,24 %	0,93 %	1,40 %	0,74 %	0,68 %	0,70 %	0,89 %	0,96 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	0,19 %	0,28 %	0,35 %	0,25 %	0,37 %	0,37 %	0,46 %	0,38 %	0,06 %	0,11 %
Indremedisin	10,25 %	6,95 %	7,68 %	10,62 %	7,98 %	9,83 %	10,63 %	9,11 %	5,80 %	3,51 %
Infeksjonssykdommer	0,57 %	0,66 %	0,95 %	0,85 %	0,74 %	1,18 %	0,76 %	1,02 %	1,34 %	0,51 %
Karkirurgi	0,67 %	0,38 %	0,47 %	0,59 %	0,52 %	0,52 %	0,53 %	0,32 %	0,19 %	0,45 %
Klinisk farmakologi	0,38 %	0,19 %	0,47 %	0,25 %	0,22 %	0,37 %	0,38 %	0,32 %	0,45 %	0,34 %
Klinisk nevrofysiologi	0,19 %	0,00 %	0,18 %	0,08 %	0,07 %	0,22 %	0,23 %	0,32 %	0,13 %	0,11 %
Lungesykdommer	1,34 %	1,13 %	0,83 %	0,93 %	0,89 %	1,92 %	1,52 %	0,96 %	0,64 %	1,19 %
Maxillofacial kirurgi (tidl. kjevekirurgi og munnhulesykd.)	0,19 %	0,00 %	0,00 %	0,25 %	0,15 %	0,15 %	0,00 %	0,13 %	0,06 %	0,06 %
Medisinsk biokjemi	0,00 %	0,28 %	0,35 %	0,76 %	0,44 %	0,52 %	0,30 %	0,51 %	0,13 %	0,28 %
Medisinsk genetikk	0,29 %	0,47 %	0,30 %	0,08 %	0,22 %	0,30 %	0,30 %	0,32 %	0,13 %	0,11 %
Medisinsk mikrobiologi	0,77 %	0,56 %	0,83 %	0,59 %	0,81 %	0,67 %	0,30 %	0,89 %	0,51 %	0,57 %
Nevrokirurgi	0,38 %	0,28 %	0,53 %	0,25 %	0,30 %	0,30 %	0,38 %	0,25 %	0,83 %	0,11 %

Nevrologi	1,53 %	2,72 %	1,77 %	2,21 %	2,73 %	1,70 %	1,90 %	3,44 %	1,85 %	1,98 %
Nukleærmedisin (1997)	0,10 %	0,19 %	0,35 %	0,34 %	0,30 %	0,37 %	0,38 %	0,38 %	0,13 %	0,17 %
Nyresykdommer	0,86 %	0,66 %	0,59 %	0,85 %	1,11 %	0,67 %	0,84 %	0,89 %	0,83 %	1,19 %
Onkologi	1,63 %	1,41 %	2,24 %	1,44 %	2,14 %	1,48 %	2,05 %	1,72 %	1,78 %	1,87 %
Ortopedisk kirurgi (hovedspes. 1997)	4,50 %	3,66 %	5,20 %	3,48 %	4,80 %	3,40 %	2,73 %	4,08 %	2,68 %	4,19 %
Patologi	1,34 %	1,31 %	1,59 %	1,36 %	1,40 %	1,40 %	0,61 %	0,96 %	1,15 %	1,08 %
Plastikkirurgi	1,44 %	0,66 %	1,18 %	0,76 %	0,96 %	1,03 %	0,84 %	0,76 %	0,64 %	0,68 %
Psykiatri	8,91 %	8,26 %	8,56 %	8,41 %	5,25 %	5,62 %	6,53 %	5,67 %	7,01 %	8,67 %
Radiologi	7,28 %	6,20 %	6,85 %	7,14 %	5,62 %	4,73 %	5,01 %	5,23 %	3,95 %	4,87 %
Revmatologi	1,05 %	0,56 %	0,59 %	0,93 %	1,11 %	1,03 %	0,84 %	1,40 %	0,83 %	0,62 %
Rus- og avhengighetsmedisin (2015)	2,59 %	4,41 %	3,19 %	0,25 %	0,30 %	0,22 %	0,99 %	1,21 %	1,40 %	1,42 %
Samfunnsmedisin	0,38 %	2,25 %	1,59 %	2,63 %	1,11 %	2,07 %	2,28 %	3,57 %	2,55 %	3,12 %
Thoraxkirurgi	0,10 %	0,09 %	0,18 %	0,42 %	0,15 %	0,00 %	0,15 %	0,13 %	0,06 %	0,28 %
Urologi	1,05 %	0,75 %	1,12 %	1,19 %	1,48 %	1,03 %	1,06 %	1,15 %	1,08 %	1,30 %
Øre-nese-halssykdommer	1,44 %	1,22 %	1,42 %	1,36 %	1,85 %	1,48 %	1,44 %	1,78 %	1,91 %	1,30 %
Øyesykdommer	1,72 %	1,69 %	1,65 %	2,04 %	2,22 %	2,37 %	2,05 %	1,91 %	1,98 %	2,72 %

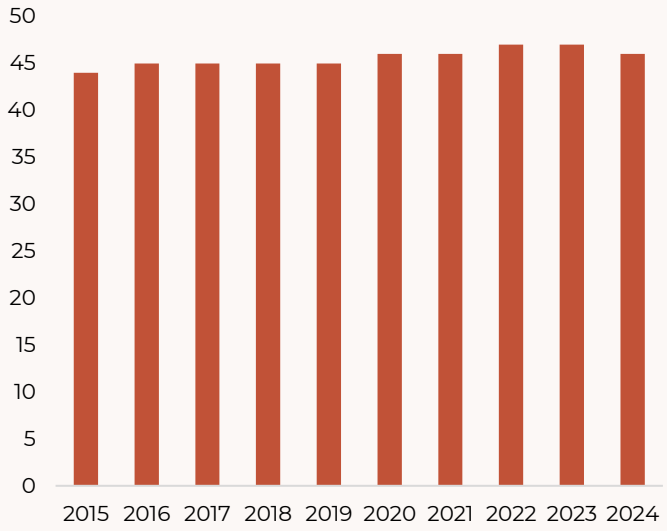
Kilde: Den norske legeforening (2026). *Psykologi regnes også som en godkjent spesialitet, selv om det er ikke er en legespesialitet.

Vedlegg 2: Utvikling i antall spesialiteter det siste tiåret per helseforetak – somatisk behandling

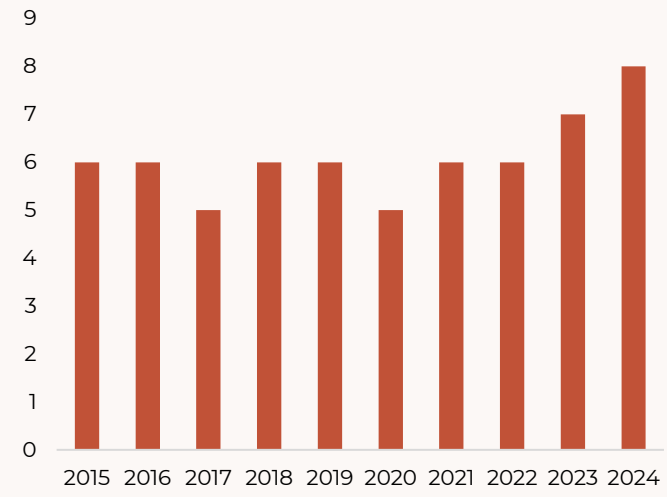
Panel A: Akershus universitetssykehus HF



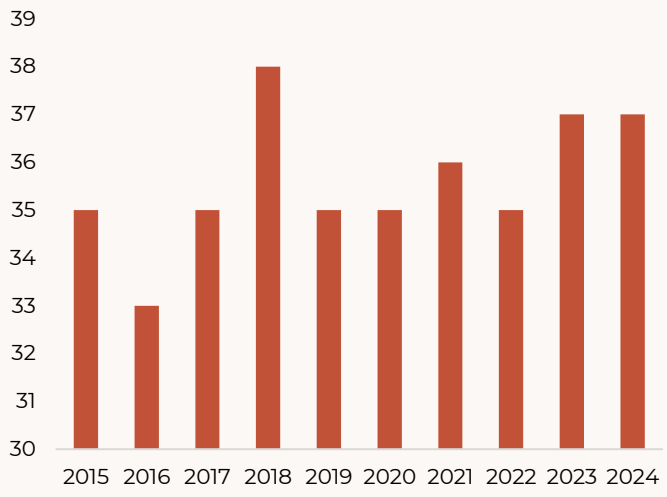
Panel B: Oslo Universitetssykehus HF



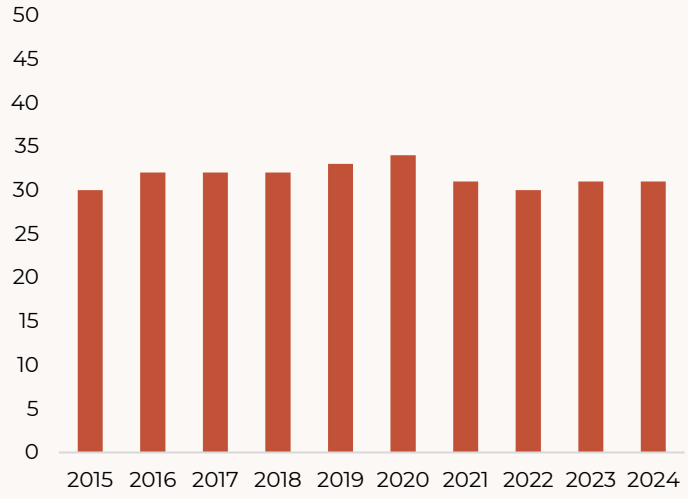
Panel C: Sunnaas sykehus HF



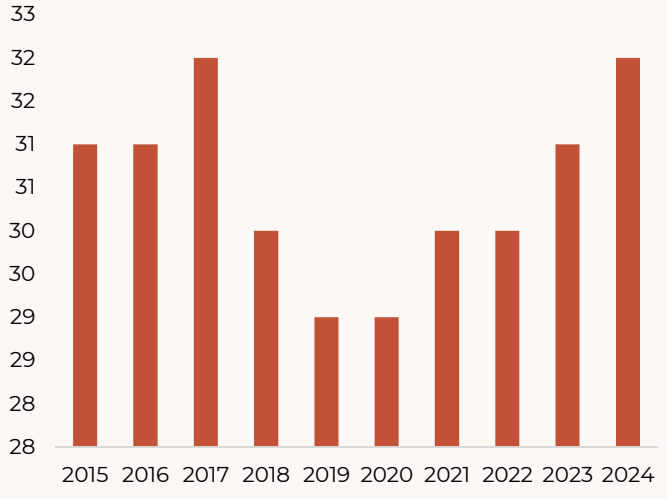
Panel D: Sykehuset Innlandet HF



Panel E: Sykehuset Telemark HF

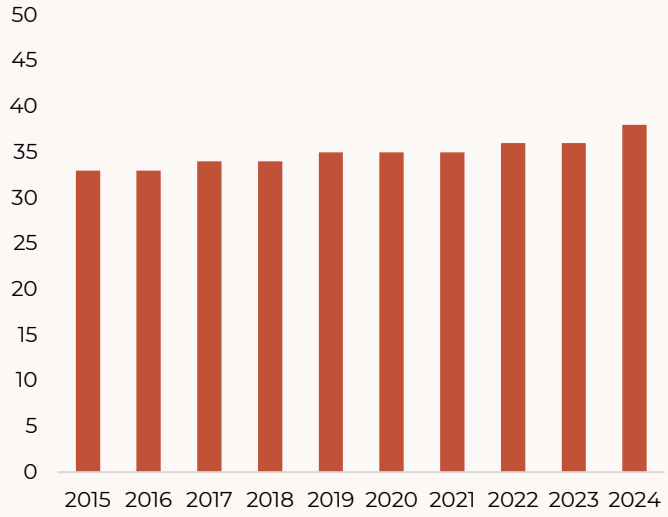


Panel F: Sykehuset i Vestfold HF

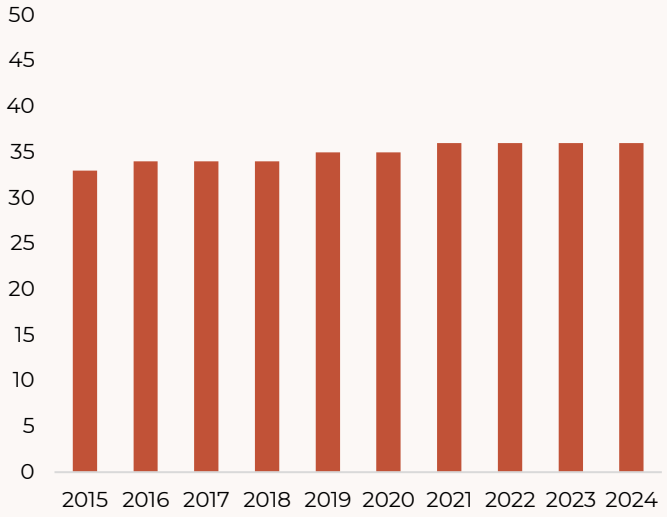


Kilde: SSB, tabell 14080. For somatisk behandling. Merk: utgåtte spesialiterer telles. *Psykologi regnes også som en godkjent spesialitet, selv om det er ikke er en legespesialitet.

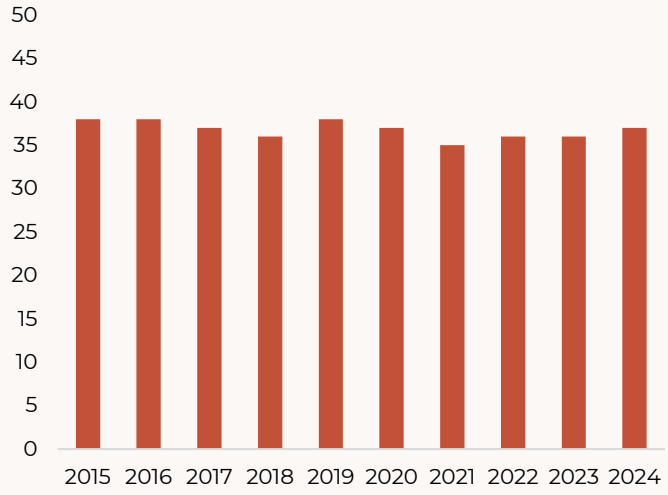
Panel G: Sykehuset Østfold HF



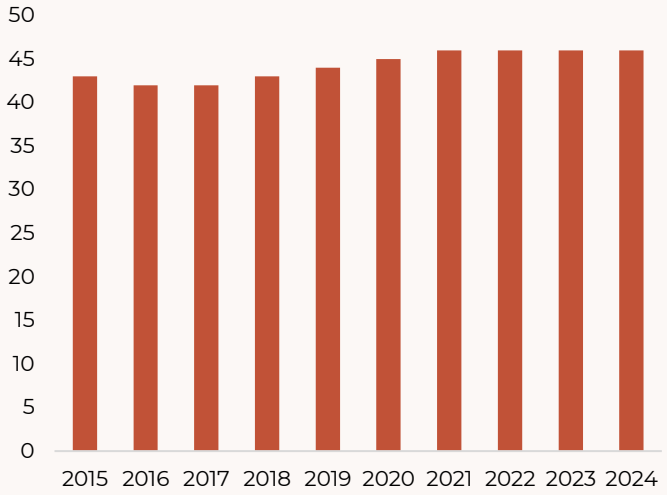
Panel H: Sørlandet sykehus HF



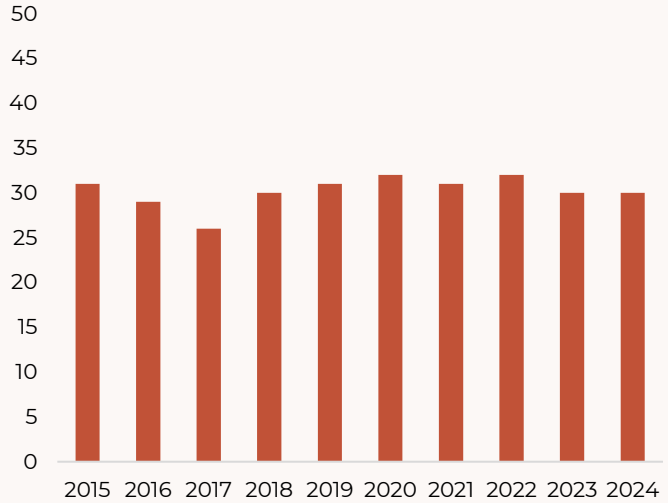
Panel I: Vestre Viken HF



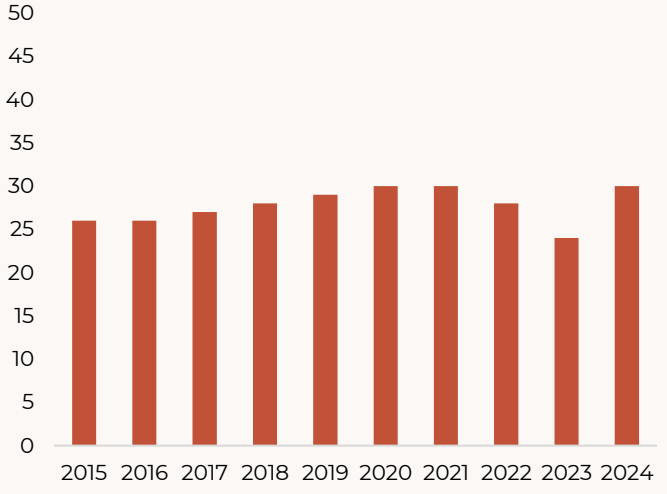
Panel J: Helse Bergen HF



Panel K: Helse Fonna HF

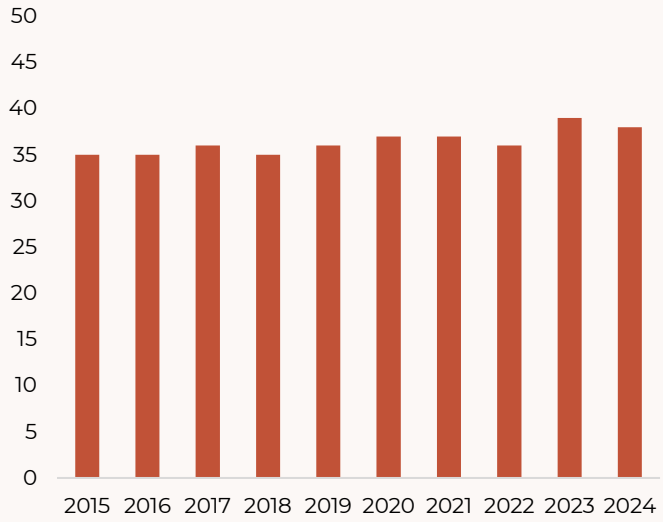


Panel L: Helse Førde HF

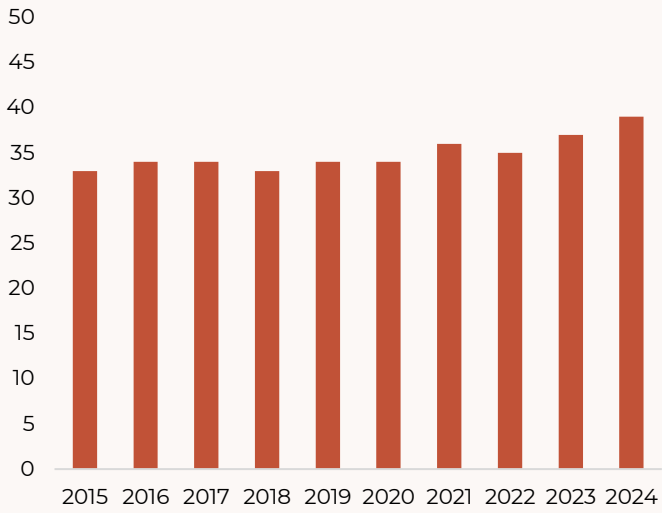


Kilde: SSB, tabell 14080. For somatisk behandling. Merk: utgåtte spesialiterer telles. *Psykologi regnes også som en godkjent spesialitet, selv om det er ikke er en legespesialitet.

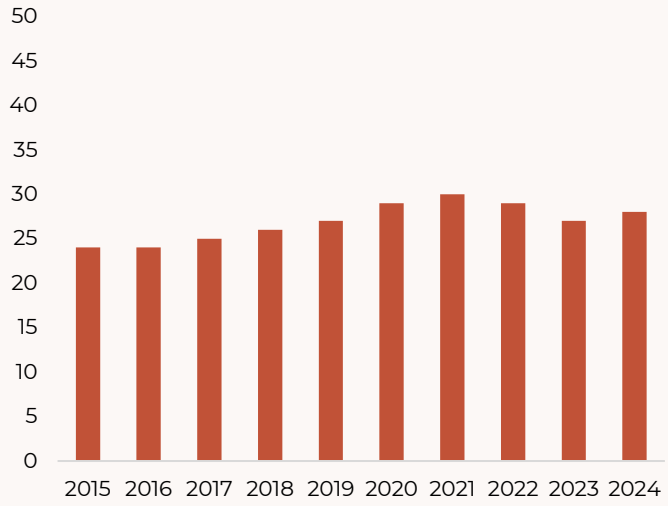
Panel M: Helse Stavanger HF



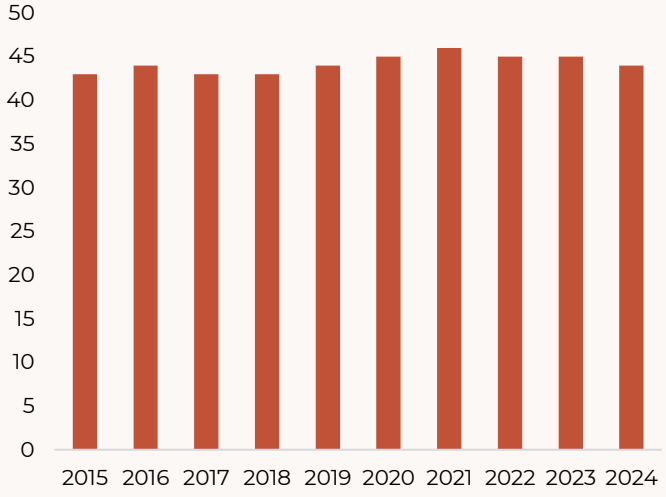
Panel N: Helse Møre og Romsdal HF



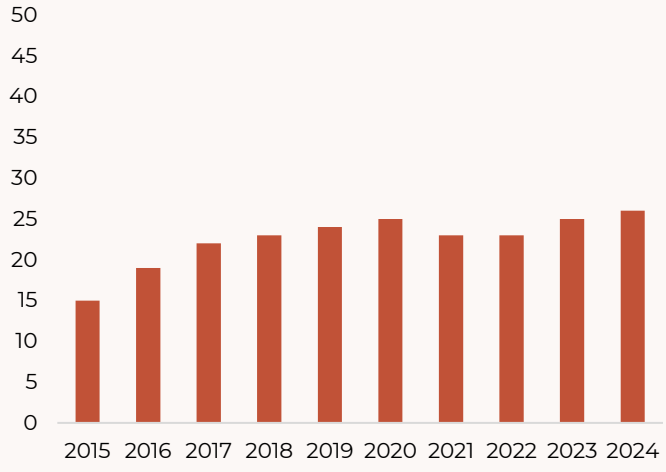
Panel O: Helse Nord-Trøndelag HF



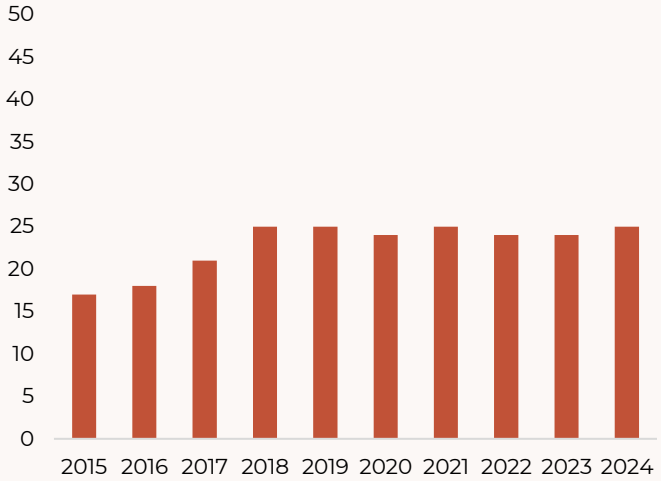
Panel P: St. Olavs Hospital HF



Panel Q: Finnmarkssykehuset HF

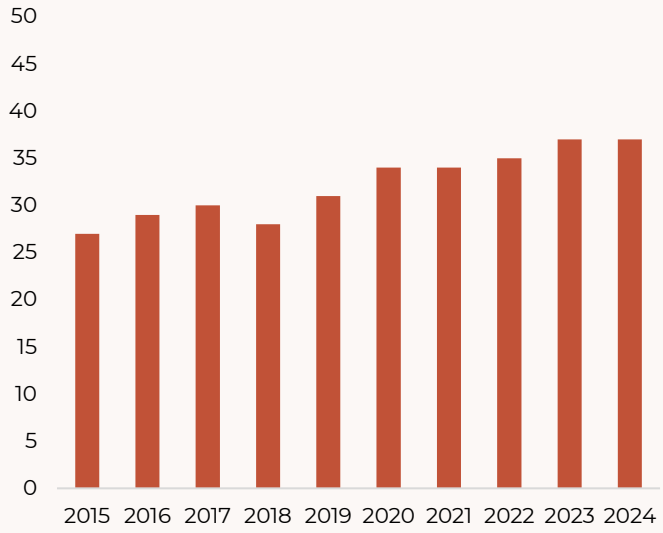


Panel R Helgelandssykehuset HF

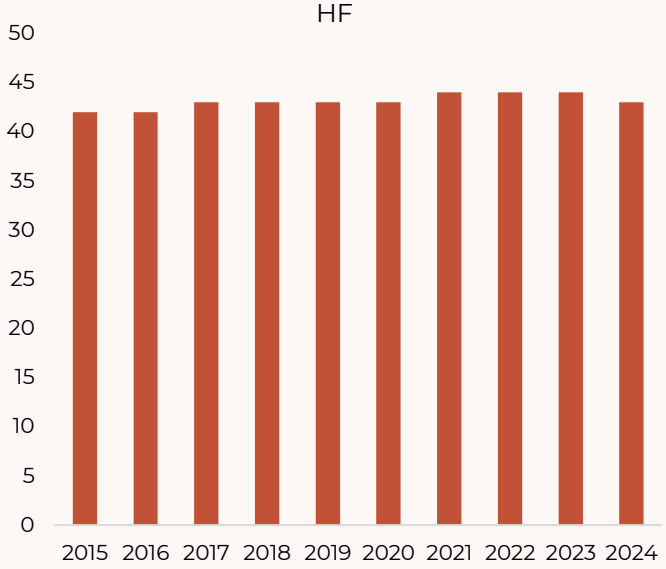


Kilde: SSB, tabell 14080. For somatisk behandling. Merk: utgåtte spesialiterer telles. *Psykologi regnes også som en godkjent spesialitet, selv om det er ikke er en legespesialitet.

Panel S: Nordlandssykehuset HF

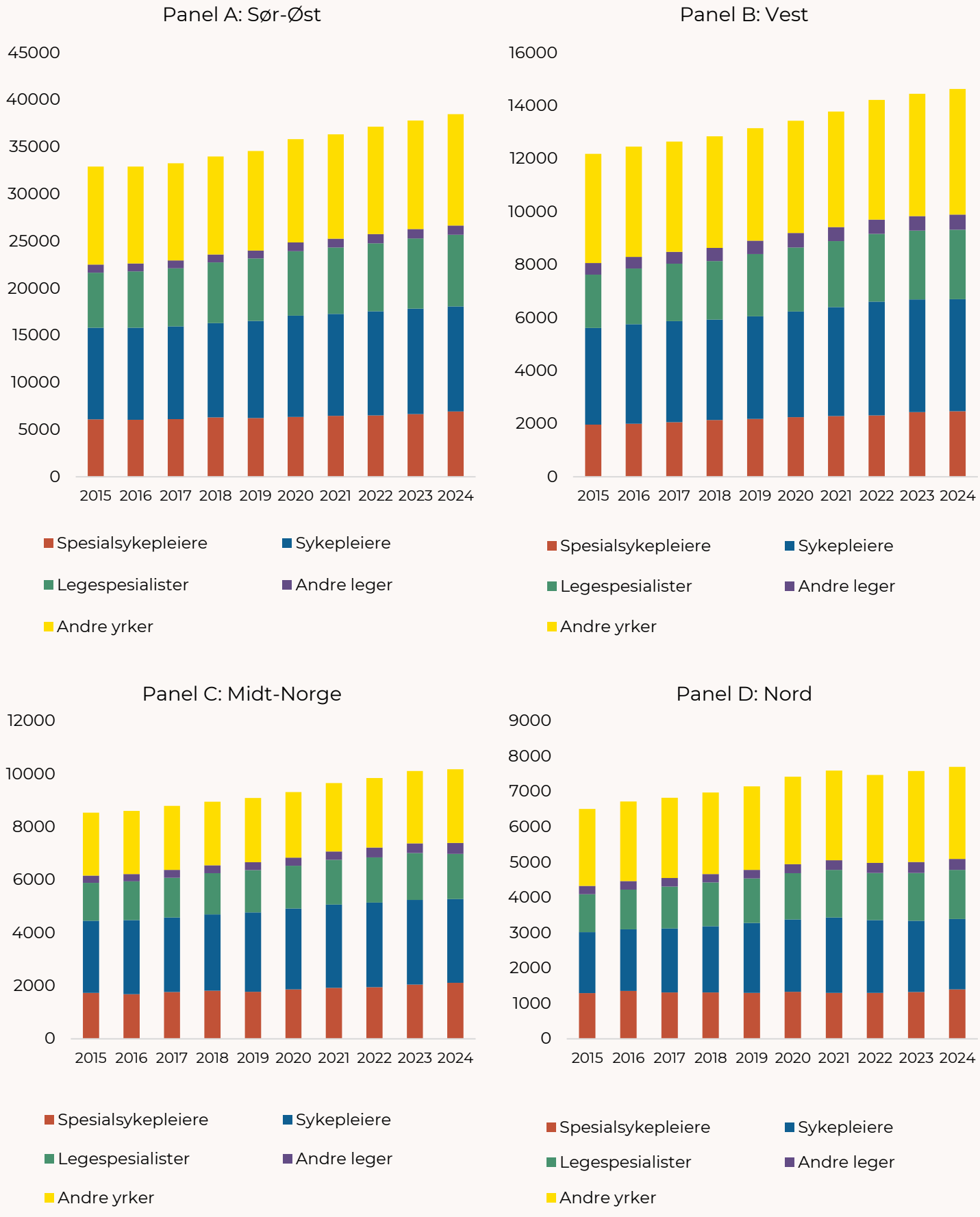


Panel T: Universitetssykehuset Nord-Norge HF



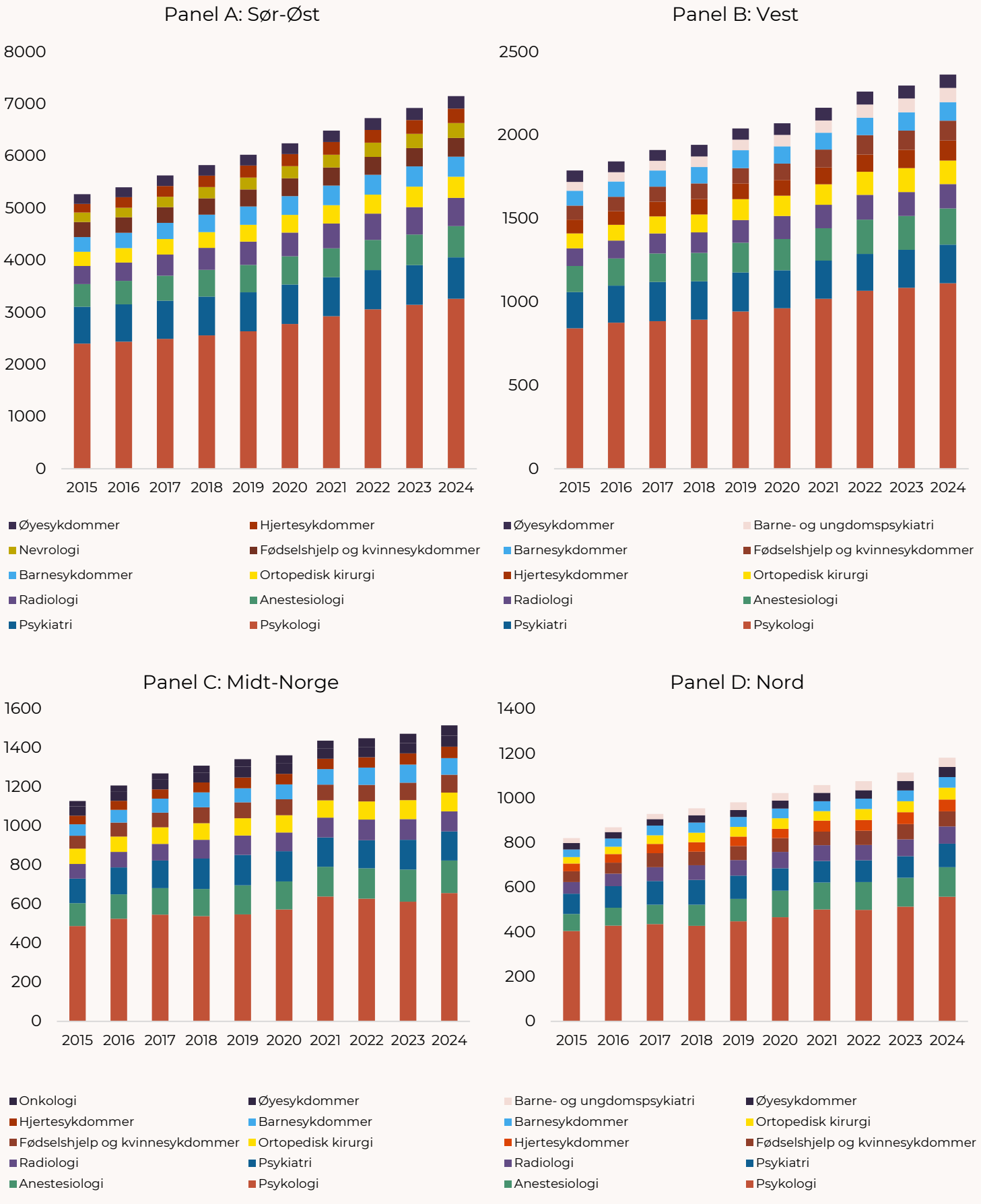
Kilde: SSB, tabell 14080. For somatisk behandling. Merk: utgåtte spesialiterer telles. *Psykologi regnes også som en godkjent spesialitet, selv om det er ikke er en legespesialitet.

Vedlegg 3: Avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten – somatisk behandling



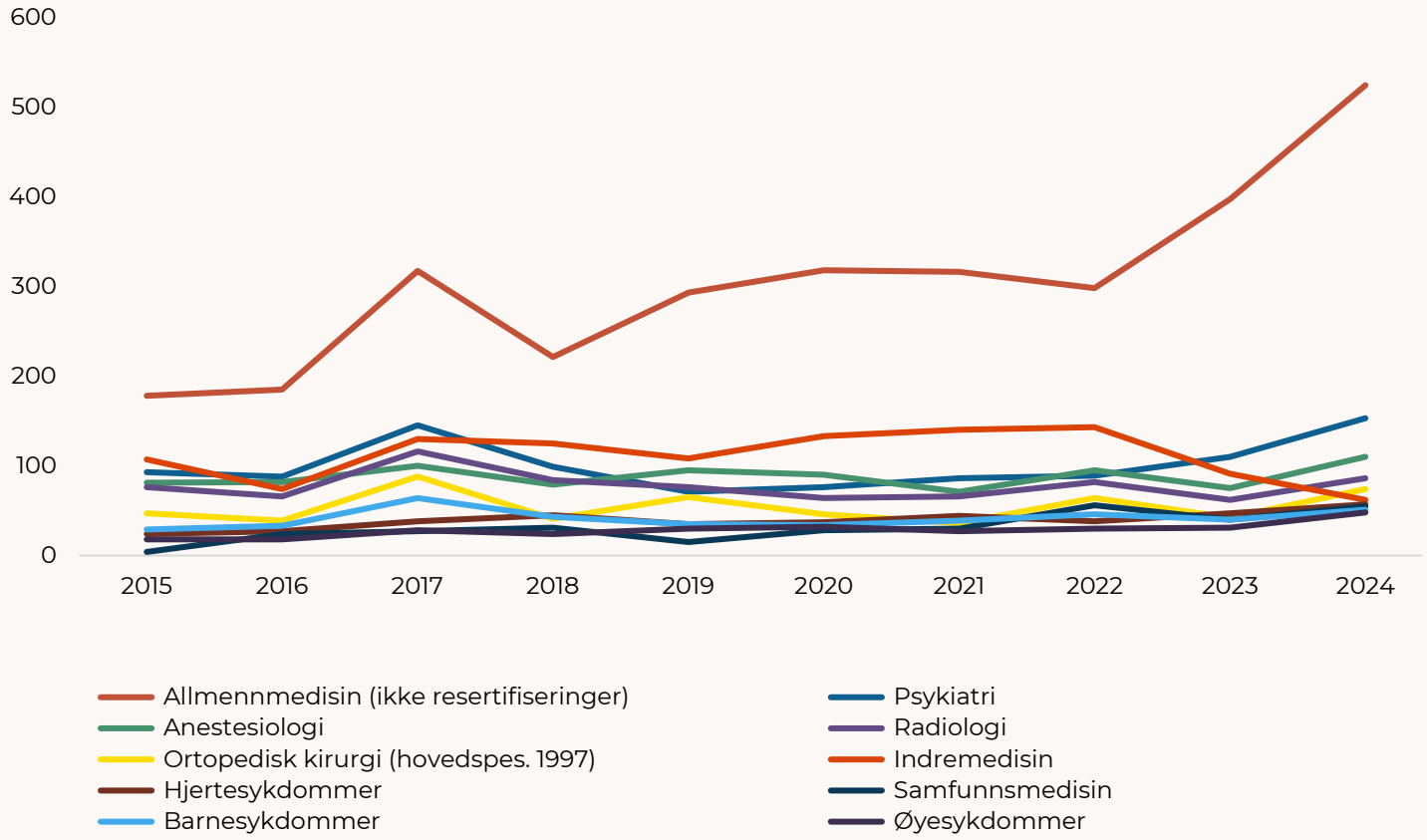
Kilde: SSB, tabell 13593

Vedlegg 4: Utviklingen i årsverk for de ti mest utbredte spesialistene per RHF



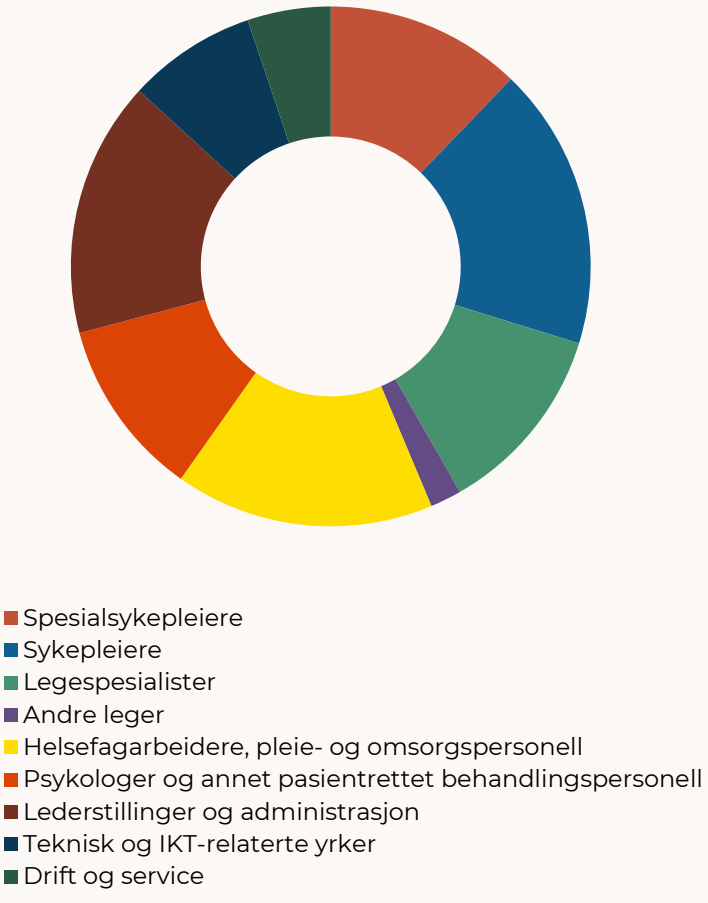
Kilde: SSB, tabell 14080. Utviklingen i årsverk for de ti mest utbredte spesialitetene (i 2024) i hver av de fire helseregionene. *Psykologi regnes også som en godkjent spesialitet, selv om det er ikke er en legespesialitet.

Vedlegg 5: Utviklingen i topp ti spesialistgodkjenninger



Kilde: Den norske legeforeningen (2026). Basert på topp ti flest spesialistgodkjenninger fra 2024.

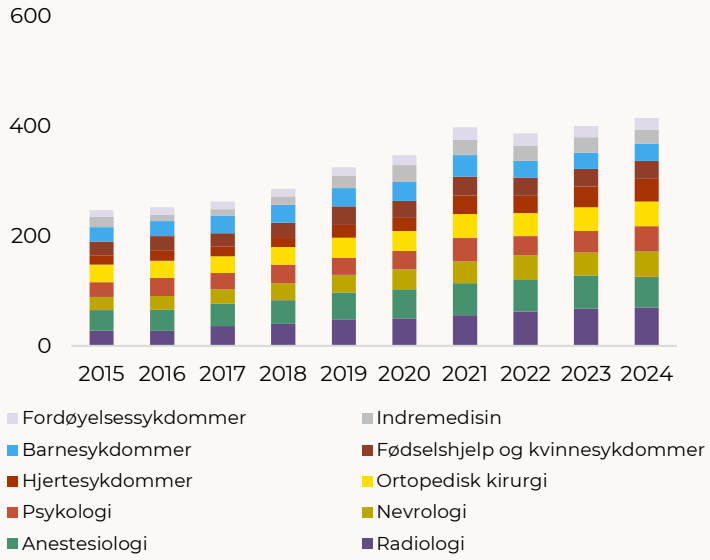
Vedlegg 6: Årsverk i spesialisthelsetjenesten i hele landet 2024



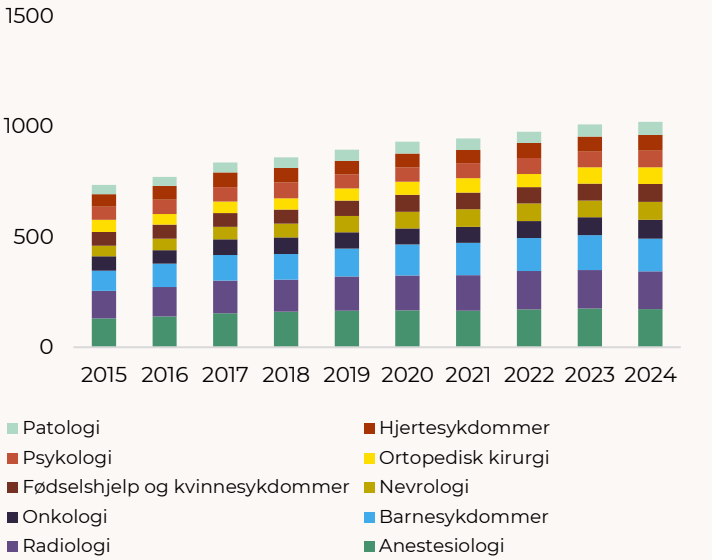
Kilde: SSB, tabell 13593

Vedlegg 7: Spesialiteter det siste tiåret per helseforetak

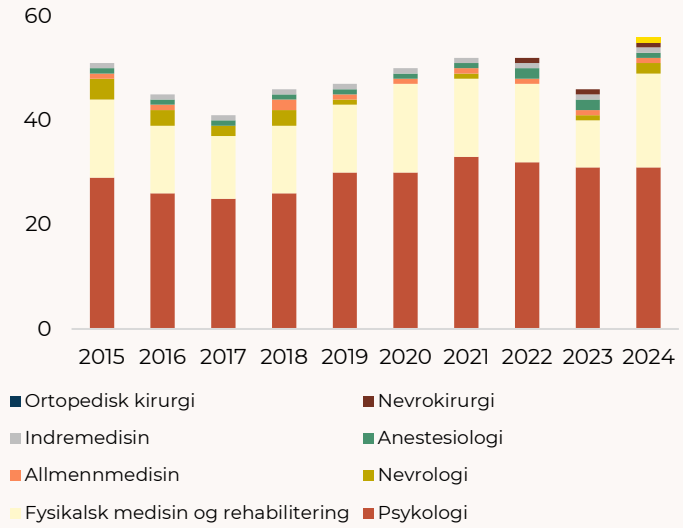
Panel A: Akershus universitetssykehus HF



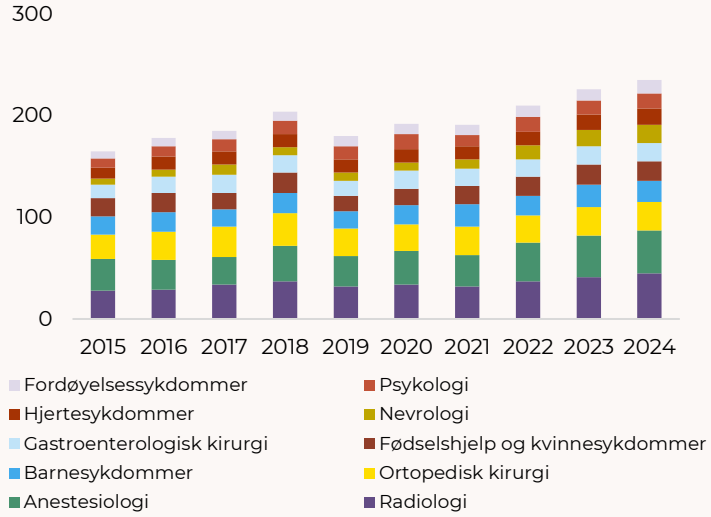
Panel B: Oslo Universitetssykehus HF



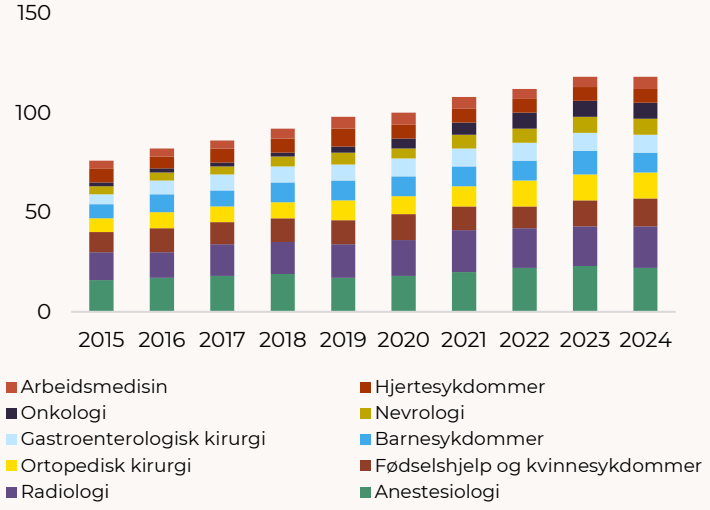
Panel C: Sunnaas sykehus HF



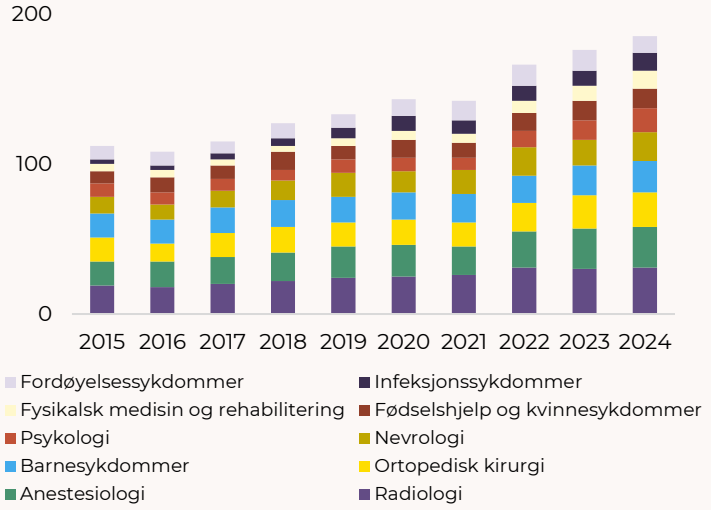
Panel D: Sykehuset Innlandet HF



Panel E: Sykehuset Telemark HF

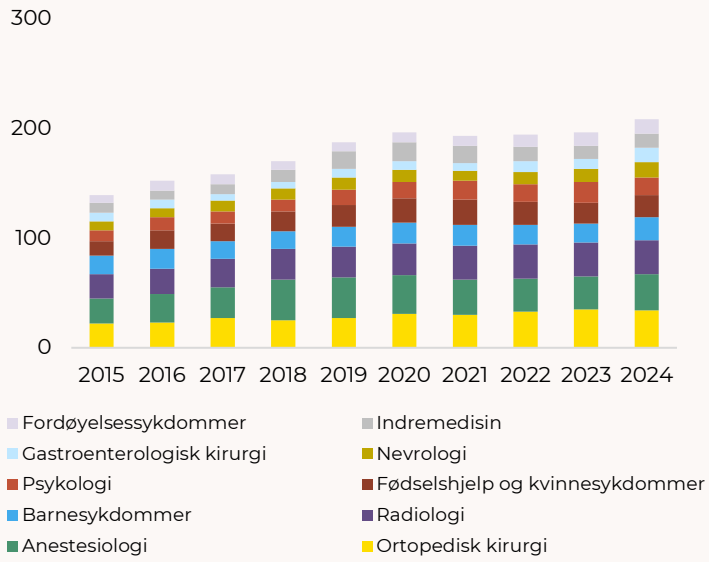


Panel F: Sykehuset i Vestfold HF



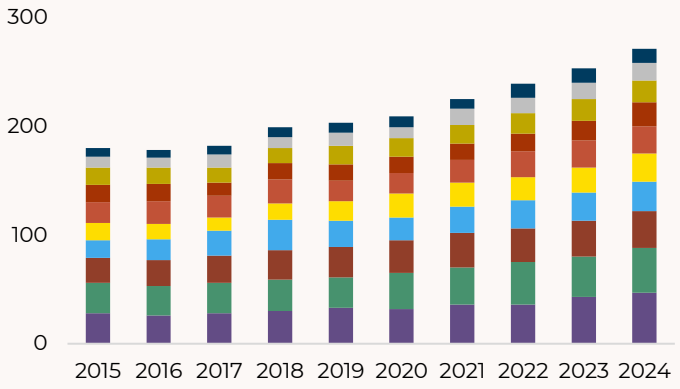
Kilde: SSB, tabell 14080. Sunnaas sykehus har kun 8 spesialiteter. *Psykologi regnes også som en godkjent spesialitet, selv om det er ikke er en legespesialitet.

Panel G: Sykehuset Østfold HF



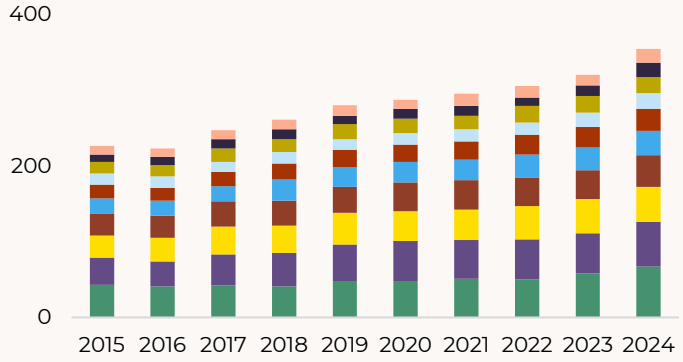
Fordøyelsessykdommer
Indremedisin
Gastroenterologisk kirurgi
Nevrologi
Psykologi
Fødselshjelp og kvinnesykdommer
Barnesykdommer
Radiologi
Anestesiologi
Ortopedisk kirurgi

Panel H: Sørlandet sykehus HF



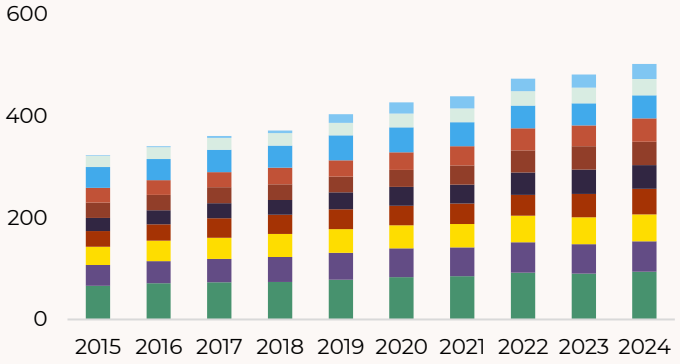
Lungesykdommer
Indremedisin
Nevrologi
Hjertesykdommer
Psykologi
Ortopedisk kirurgi
Barnesykdommer
Fødselshjelp og kvinnesykdommer
Anestesiologi
Radiologi

Panel I: Vestre Viken HF



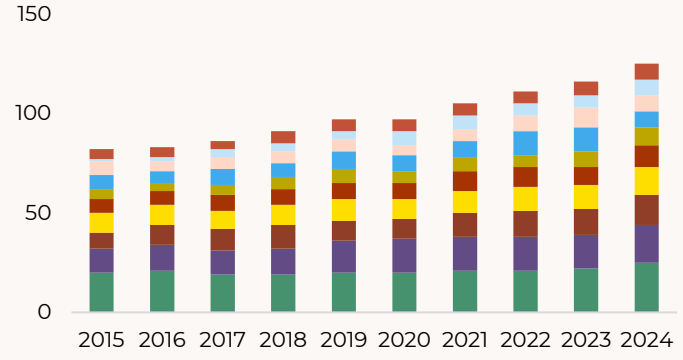
Urologi
Onkologi
Nevrologi
Gastroenterologisk kirurgi
Hjertesykdommer
Barnesykdommer
Fødselshjelp og kvinnesykdommer
Ortopedisk kirurgi
Radiologi
Anestesiologi

Panel J: Helse Bergen HF



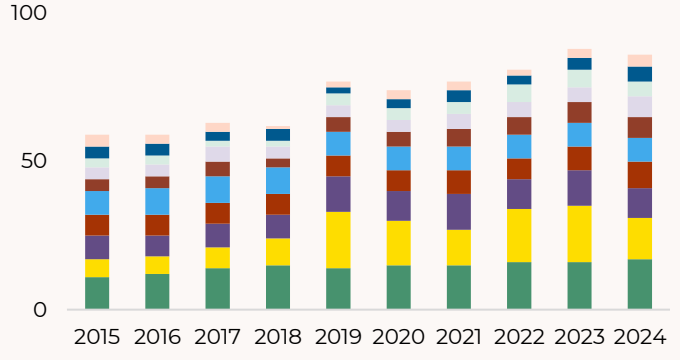
Barne- og ungdomspsykiatri
Patologi
Barnesykdommer
Psykologi
Fødselshjelp og kvinnesykdommer
Onkologi
Hjertesykdommer
Ortopedisk kirurgi
Radiologi
Anestesiologi

Panel K: Helse Fonna HF



Psykologi
Gastroenterologisk kirurgi
Generell kirurgi
Barnesykdommer
Nevrologi
Hjertesykdommer
Ortopedisk kirurgi
Fødselshjelp og kvinnesykdommer
Radiologi
Anestesiologi

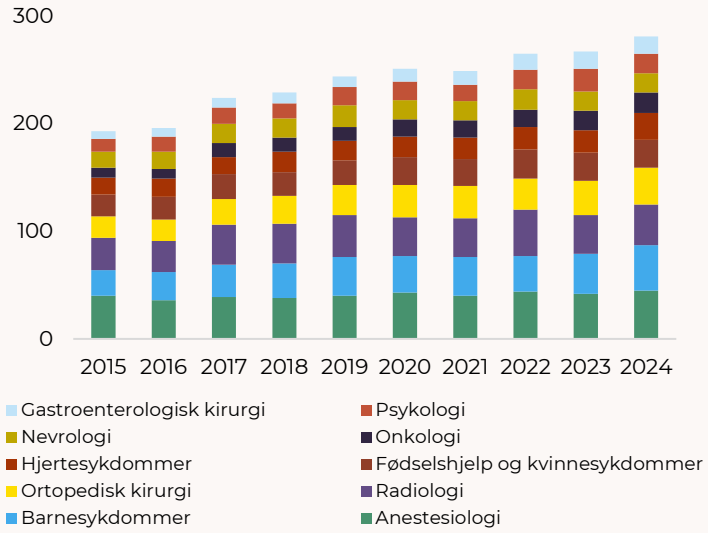
Panel L: Helse Førde HF



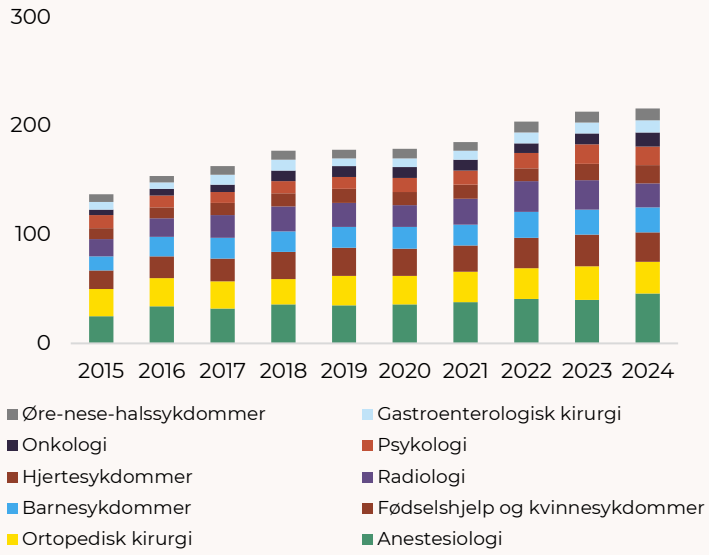
Generell kirurgi
Øyesykdommer
Patologi
Fordøyelsessykdommer
Fødselshjelp og kvinnesykdommer
Barnesykdommer
Hjertesykdommer
Radiologi
Ortopedisk kirurgi
Anestesiologi

Kilde: SSB, tabell 14080. *Psykologi regnes også som en godkjent spesialitet, selv om det er ikke er en legespesialitet.

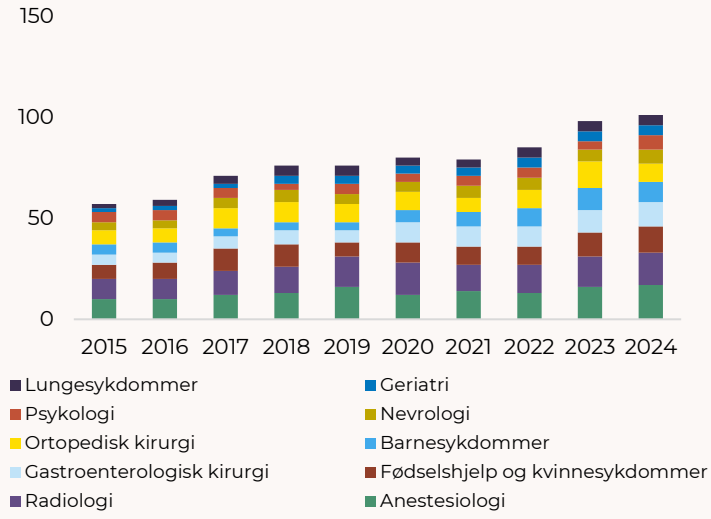
Panel M: Helse Stavanger HF



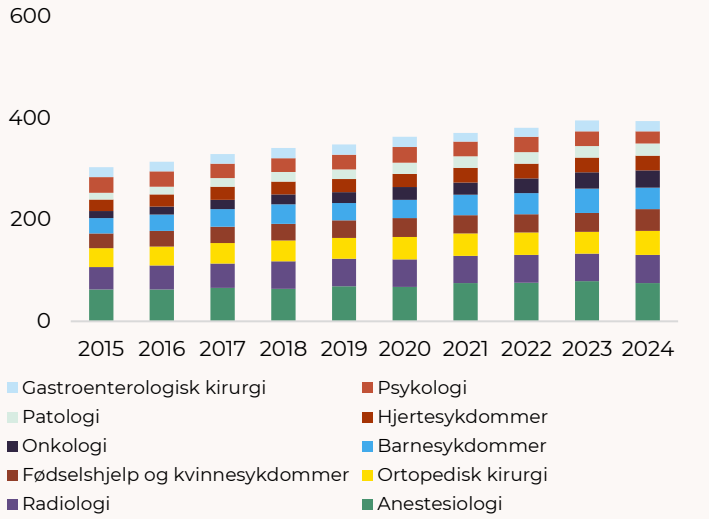
Panel N: Helse Møre og Romsdal HF



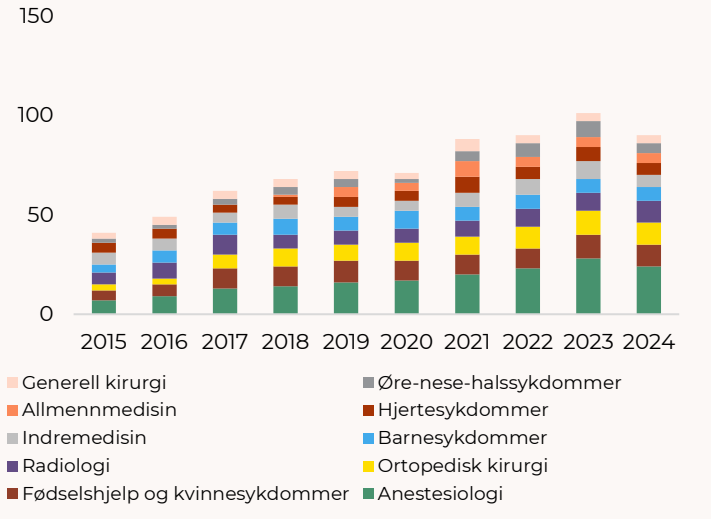
Panel O: Helse Nord-Trøndelag HF



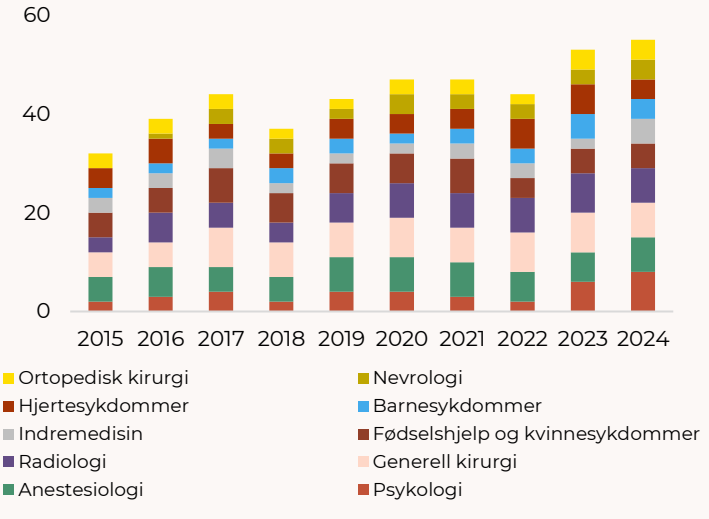
Panel P: St. Olavs Hospital HF



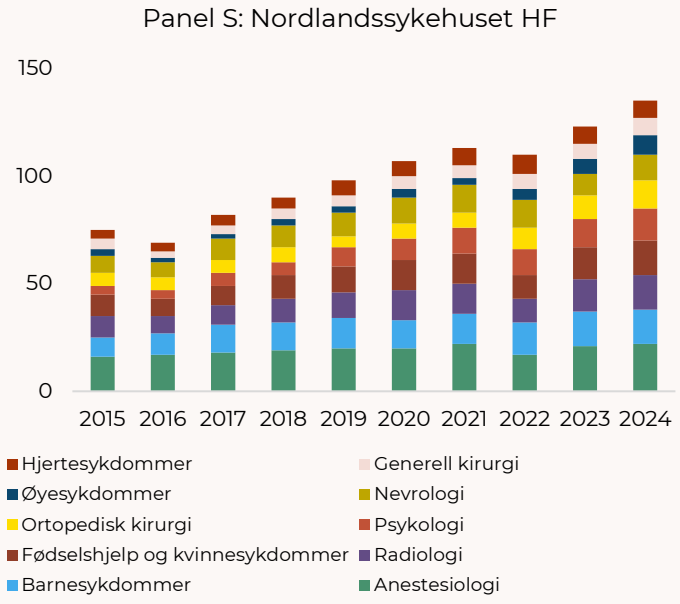
Panel Q: Finnmarkssykehuset HF

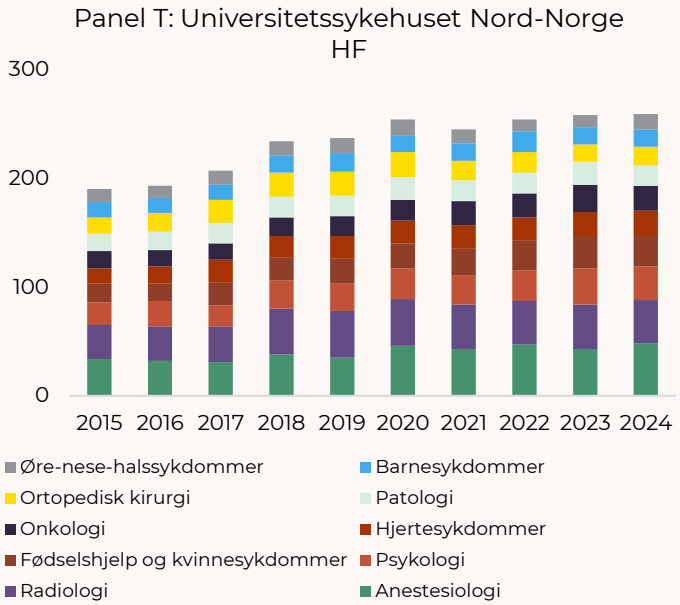


Panel R: Helgelandssykehuset HF



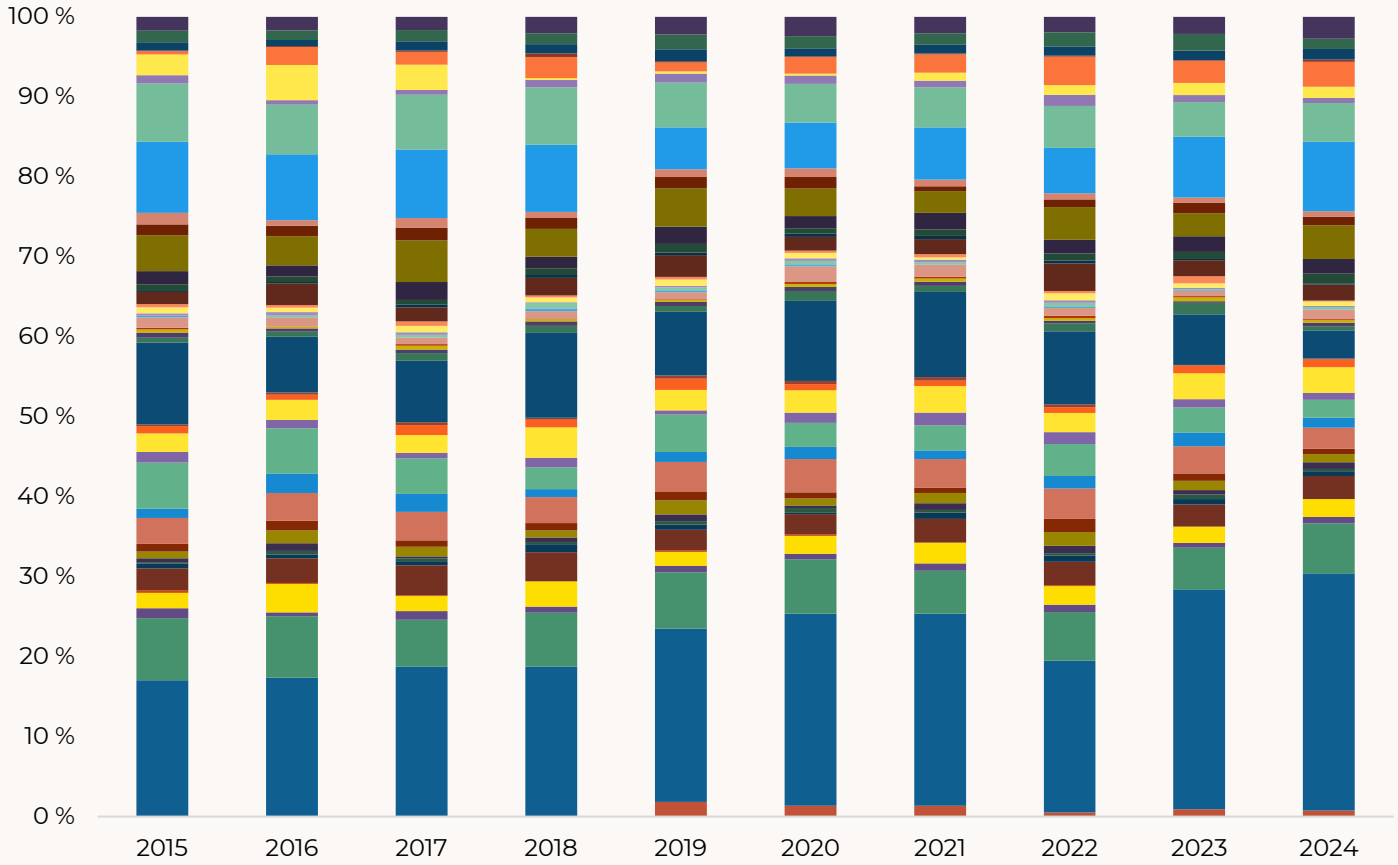
Kilde: SSB, tabell 14080. *Psykologi regnes også som en godkjent spesialitet, selv om det er ikke er en legespesialitet.





Kilde: SSB, tabell 14080. *Psykologi regnes også som en godkjent spesialitet, selv om det er ikke er en legespesialitet.

Vedlegg 8: Andel nye spesialister per år fordelt på spesialitet



- Akutt- og mottaksmedisin (2019)
- Allmennmedisin (ikke resertifiseringer)
- Anestesiologi
- Arbeidsmedisin
- Barne- og ungdomspsykiatri
- Barnekirurgi
- Barnesykdommer
- Blodsykdommer
- Bryst- og endokrinkirurgi (2008 g)
- Endokrinologi
- Fordøyelsessykdommer
- Fysikalsk medisin og rehabilitering
- Fødselshjelp og kvinnesykdommer
- Gastrønterologisk kirurgi
- Generell kirurgi
- Geriatri
- Hjertesykdommer
- Hud- og veneriske sykdommer
- Immunologi og transfusjonsmedisin
- Indremedisin
- Infeksjonssykdommer
- Karkirurgi
- Klinisk farmakologi
- Klinisk nevrofysiologi
- Lungesykdommer
- Maxillofacial kirurgi (tidl. kjevekirurgi og munnhulesykd.)
- Medisinsk biokjemi
- Medisinsk genetikk
- Medisinsk mikrobiologi
- Nevrokirurgi
- Nevrologi
- Nukleærmedisin (1997)
- Nyresykdommer
- Onkologi
- Ortopedisk kirurgi (hovedspes. 1997)
- Patologi
- Plastikkirurgi
- Psykiatri
- Radiologi
- Revmatologi
- Rus- og avhengighetsmedisin (2015)
- Samfunnsmedisin
- Thoraxkirurgi
- Urologi
- Øre-nese-halssykdommer
- Øyesykdommer

Kilde: Den norske legeforening (2026)

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562
Vika
0118 Oslo