
Legemangelmysteriet - kan det løses?

REDAKSJONELT

VIGEN T

Legemangelen har i de senere år vært et sentralt tema i offentlig debatt. Dette har gjenspeilt seg både i stortingsdokumenter og i medieoppslag. Særlig interesse har det vært for antall ubesatte legestillinger, spesielt i utkantene og i Nord-Norge (1).

Norge er et av få land i Vest-Europa som har legemangel. I Norge har vi hatt den største økningen i legetetthet i Norden og vi har nå den beste legedekningen målt i antall yrkesaktive leger per 10000 innbyggere (2), likevel øker antall ledige stillinger.

De mest konkrete grepene som er gjort for å redusere legemangelen har vært å øke opptaket til medisinstudiet og å rekruttere leger fra utlandet. Tiltakene har imidlertid ikke bedret den opplevde legemangel. For å hindre geografisk skjevfordeling inngikk Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Legeforeningen i 1988 en avtale om å opprette et utvalg for fordeling av legestillinger. Senere tiltrådte også staten avtalen. Utvalget skulle godkjenne opprettelse av nye legestillinger i den offentlige helsetjeneste. Dessverre har etterlevelsen av denne avtalen vært dårlig. Ved engjennomgang av antall legestillinger i 1997/98 ble det registrert 833 stillinger som var opprettet i strid med avtalen (3). Fra 1. januar 1999 har Sosial- og helsedepartementet overtatt ansvaret for fordeling av nye legestillinger (4).

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Lars Eirik Kjekshus & Aksel Hn Tjora nye innfallsvinkler til legemangeldebatten (5, 6). De søker å forklare fenomenet legemangel ut fra fire forståelseskategorier: *tradisjonell legemangel* - at det er for få leger til å få besatt stillinger i utkantstrøk, *ekspansiv etterspørselsbasert legemangel* - som skyldes at nye behandlingsmåter øker etterspørselen og dermed behovet for flere leger, *lokalt konstruert legemangel* - som skyldes lokale organisatoriske forhold og til slutt *profesjonsdrevet legemangel* - som skyldes at medisinsk spesialisering ikke er forenlig med norsk sykehusstruktur med mange smålokale sykehus (5). Kjekshus & Tjora har benyttet seg av en fenomenologisk metode for å forstå legemangelen, og anvendt metoden på kommunehelsetjenesten og fylkeshelsetjenesten i Møre og Romsdal. Med utgangspunkt i sine konklusjoner beskriver de fire scenarier gjennom presentasjon av fire tenkte fylker, der utgangspunktet er to ulike typologier i forståelsen av legemangelen (6).

Metoden som forfatterne har benyttet, er fremmed for mange leger, selv om argumentene som brukes ikke er nye. Det viktigste ved disse artiklene er at de belyser legemangelproblemet på en annen måte enn det som er vanlig og derved åpner for nye ideer om hvordan problemet kan løses. Særlig viktig er vektleggingen av strukturendring som virkemiddel for å redusere legemangelen. Artiklene setter også søkelys på manglende samarbeid mellom fylker og mellom kommuner.

Hvor lenge skal vi så vente før noen tar ansvar for å initiere de tanker som ligger til grunn for forfatternes positive scenarier? Omorganisering og effektiviserings tiltak så langt i norsk helsevesen synes i hovedsak å ha blitt iverksatt innenfor det enkelte fylke, det enkelte sykehus eller den enkelte kommune, og mye positivt er skjedd. Brukerviljene våre leger godt nok? Et sentralt diskusjonstema i denne sammenheng er politikernes detaljstyring av det enkelte sykehus kontra større grad av fristilling av sykehusene. At det er viktig å ivareta en nasjonal ressursutnyttelse i dette lokale arbeidet, kan synes ukjent. Kan den medisinske-teknologiske utvikling tilpasses vår forvaltningsstruktur med små enheter, men med høye faglige krav? Sammen med manglende evne og vilje til samarbeid både mellom kommuner og mellom fylkeskommuner og mellom disse to forvaltningsnivåene må de beskrevne forhold betraktes som de største hindre for en effektiv utnyttelse av totalressursene.

Det viktige er at vi nå får en grunnleggende debatt om sykehusinfrastruktur og kommune- og fylkesgrenser, ut fra samfunnsmessige og faglige forhold og ut fra de ressurser som står til rådighet. Om en slik debatt skal bli konstruktiv, må vi være villige til å ofre noen hellige kuer.

At vi i Norge har legemangel sammenliknet med våre nordiske naboland, til tross for større legetetthet, må også sees i sammenheng med geografiske forhold og ikke minst forvaltningsenhetenes størrelse. Det mediane folketall i svenske kommuner er 16000, i Norge er det under 5000 (7). I Sverige har de videre en tommelfingerregel om at et sykehus kan utnyttes optimalt når det har et nedslagsfelt på ca. 100000 innbyggere. I Norge har ca. 40% av de 85 somatiske sykehusene et nedslagsfelt med færre enn 40000 innbyggere, og halvparten av disse har under 30000 innbyggere i området de skal dekke. Vi bør derfor, i tillegg til alle komiteer som ser på intern organisering og effektivisering, også få nedsatt en komité som kan vurdere ny sykehusinfrastruktur og kommuneinndeling, for å se om vi dermed kan oppnå en bedre utnyttelse av helsevesenets totalressurser. De regionale helseutvalg har for uklar og dårlig myndighet til å kunne gjennomføre slike oppgaver. Her må nok en gang staten ivareta sitt overordnede ansvar.

Terje Vigen

LITTERATUR

1. Arnesen A. Legene forsvinner fra Nord-Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4061.
2. Taraldset A. Helsefakta. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4575.
3. Halvorsen P. Vil bekjempe grått legemarked med sanksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 277.
4. Skoglund E. Ny ordning for legefördeling. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 287.
5. Kjekshus LE, Tjora AH. Er legemangelen bare et spørsmål om antall leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 541-4.
6. Tjora AH, Kjekshus LE. Legebemanning i 2010 - fire scenarier om legebemanningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 544-6.

7. Nordic Medico Statistical Committee. Primary health care in the Nordic countries in the early 1990's. 41: 1994. København: NOMESCO, 1994.

Publisert: 10. februar 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.