
For få leger eller for mange pasienter?

KRONIKK

PETTER ØGAR

Fylkeslegen i Sogn og Fjordane
6861 Leikanger

Hva er det som gjør at legemangelen oppleves som stadig økende samtidig som legedekningen i Norge er i verdenstoppen? Hva er rimelig legedekning? Ytes helsetjenestene til dem som trenger det mest? Kronikken drøfter disse spørsmålene.

Det største problemet med legene er ikke at det er for få av dem, men at det er for mange jobbmuligheter, og at de ikke velger de jobbene samfunnet ønsker de skal ta. I et samfunns- og folkehelseperspektiv er det grunn til å spørre om vi er tjent med flere leger i landet. Utviklingen skriker etter en styring som kan sikre at politiske og faglige helhetsvurderinger, verdivalg og reelle prioriteringer blir foretatt.

Helsepersonell er den viktigste innsatsfaktoren i helsevesenet. Tilgang på tilstrekkelig helsepersonell med riktig kompetanse er avgjørende for kvalitet og kapasitet. På denne bakgrunn er det urovekkende at man gjennom flere år opplever et stadig økende antall ledige legestillinger i det offentlige helsevesen, økende geografisk skjevfordeling og utstrakt bruk av korttidsvikarer, og at politisk prioriterte fagområder sliter med rekruttering av nødvendig personell. I sum utgjør situasjonen en alvorlig trussel mot sentrale helsepolitiske målsettinger og prioriteringer og realiseringen av vedtatte reformer som fastlegeordning, utbygging av kreftomsorg, psykiatri- og eldresatsing. Troverdigheten til sentrale helsepolitiske myndigheter står på spill.

I perioden 1990 – 94 økte tallet på ledige legestillinger i kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste fra om lag 350 til 450. Etter dette har økningen tiltatt, slik at det per 31.12. 1998 var 885 ledige stillinger, som utgjør 8,2 % av det totale antall stillinger. Det var 680 ledige stillinger i spesialisthelsetjenesten og 205 i kommunehelsetjenesten. Økningen i ledige stillinger har skjedd til tross for at vi har flere leger enn noen gang. Sett i forhold til innbyggertallet hadde vi 320 innbyggere per lege i 1998, mens det i 1970 var om lag 750. Få

land i verden har bedre legedekning enn Norge. Hvor stor legedekning vi trenger, avhenger av en rekke faktorer der verdimeslige og politiske avveininger vil være avgjørende i tillegg til de faglige.

Gapet mellom tilbud og etterspørsel

Tilbud

Tilbudet bestemmes av medisinsk kunnskap og teknologi, tilgjengelige ressurser i form av penger, kompetent personell, bygninger og utstyr, samt organiseringen og fordelingen av disse ressursene geografisk og i forhold til ulike pasientgrupper. Det handler ikke bare om hvor mye penger pasienter og samfunn er villige til å bruke på helsetjenester, men også om at helsetjenester er blitt dyrere gjennom bl.a. redusert normalarbeidstid, krav om bedre vaktordninger, økt lønnsnivå, økende spesialisering, skjerpede faglige krav og økende tidsbruk til ikkeklinisk arbeid.

Når økende spesialisering og skjerpede faglige krav innføres samtidig som strukturelle tilpasninger bare gjennomføres i begrenset grad, forsterkes kravet til personelløkning. I tillegg er den manglende styring og kontroll på opprettelsen av nye stillinger vi inntil nylig har vært vitne til, en viktig forutsetning og forklaringsfaktor for den faktiske utbyggingen av helsetjenesten. Det gjelder både stillinger innenfor den offentlige helsetjenesten, bedriftshelsetjenesten og det økende private legemarkedet.

Etterspørsel

Etterspørselen eller legesøkningsatferden påvirkes som annen atferd av en rekke faktorer, bl.a. opplevd behov, kunnskap om og troen på tilbudets effekt samt tilbudets tilgjengelighet (kapasitet, nærhet, pris) (1, 2). Forekomsten av tilstander som kan behandles, har økt som følge av flere behandlingstilbud og økt forekomst av sykdom. I tillegg har endringer i kulturelle og verdimeslige referanserammer i samfunnet ført til at oppfatningen av hva som bør behandles av helsetjenesten, stadig er blitt utvidet. På mange måter er helsetjenesten blitt en løsningsarena for mange av bivirkningene ved vårt moderne samfunn. Antall kontakter med helsetjenesten er fordoblet i løpet av 15 år, og en økende andel av pasientene som søker helsetjenesten, kommer ikke primært for å få behandling, men for å få avkreftet at de lider av noe alvorlig.

Helsepersonell og ledende fagmiljøer har en særlig sterk påvirkningskraft, samtidig som de ofte vil virke på begge sider av bordet, både som behovsdefinerere og leverandører av tjenestene. I Pendletons klassiske allmennmedisinske lærebok *The Consultation* (3) erkjennes dette ved at påvirkning av legesøkningsatferd regnes som en av fire oppgaver i allmennlegens konsultasjon, ved siden av å ta hånd om det aktuelle problem, kroniske problemer og å drive forebyggende helsearbeid. Når påvirkningen i dag bl.a. skjer ved oppfordring til tiltak som ultralydscreening med tanke på aortaaneurisme av menn over 50 og kvinner fra 60 til 80 år og rynkefjerning i hudpleiesalonger, er det ikke rart at etterspørselen tar av (4, 5).

Behov

Behov foreligger når en autorisert instans mener at en person med en tilstand bør få tilbud om behandling. Den autoriserte instansen er ikke entydig definert. Tvert imot er mange med i kampen om definisjonsmakten: helsepersonell, fagmiljøer, ulike offentlige og politiske myndigheter. I de senere år er massemediene blitt en dominerende maktfaktor, både som selvstendig organ og som virkemiddel for andre aktører.

Hvor stor legedekning trenger vi i Norge?

Det finnes ikke ett svar på dette spørsmålet. Som drøftet ovenfor vil svaret avhenge en rekke faktorer og underspørsmål:

- – Hva legen har å tilby
- – Hvilke behov som defineres av den enkelte, samfunnet og andre aktører
- – Økonomisk nivå og villighet til å prioritere helsetjenester
- – Organisering, arbeidstids- og finansieringsordninger
- – Arbeidsdelingen mellom leger og annet helsepersonell
- – Spesialiseringsgrad og spesialiststruktur
- – Krav til faglig kvalitet, tilgjengelighet og andre forhold ved helsetjenestene

Flere av disse faktorene er knyttet til faglige forhold, men de fleste, om ikke alle, er også knyttet til verdimessige og politiske avveininger. I tillegg er faktagrunnlaget om helsetjenestens resultater svært mangelfullt og etterlater et meget stort rom for skjønn.

Samfunnets svar i forhold til primærlegedekningen finner vi i den vedtatte fastlegeordning (6), der Stortinget har fastsatt den normalt øvre grensen til 2 500 pasienter per liste og den nedre til 500. Kommunen kan bare pålegge den enkelte lege en liste på inntil 1 500 pasienter per kurativ uke.

I forhold til annen legetjeneste finnes ikke noe autorisert eller vel underbygd svar, men helsetjenestens relativt beskjedne bidrag til folkehelsen bør mane til en viss edruelighet. Ved at så mye av helse og sykелighet avgjøres utenfor helsetjenesten, vil en fortsatt vekst av helsetjenesten på bekostning av andre gode samfunnsformål få en negativ effekt på folkehelsen. Det tenkes ikke da på en mulig iatrogen effekt av utvidede helsetjenester, men alternativkostnader ved ressursbruk (7).

Valg av spesialiseringsgrad, organisering av tjenestene, utdanningens innhold og arbeidsdelingen mellom leger og annet helsepersonell vil sterkt påvirke legebehovet. Tilpasningen mellom spesialiseringen og faglige krav på den ene side og sykdomspanoramaet, samfunnets sykehusstruktur og inndeling i mange små forvaltningsmessige enheter på den annen er mangelfull og ressurskrevende. Spørsmålet er hvem eller hva som i denne situasjon bør tilpasse seg.

En konstant utfordring og balansegang er å ivareta behovet både for spesialisert kunnskap og helhetlig tilnærming til pasientene. I denne sammenheng er det f.eks. et tankekors at mange grenspesialiserte indremedisinere bruker mye av arbeidstiden sin på geriatriiske problemstillinger, og at psykiatere i så liten grad utdannes til å møte den reelle sameksistens av rusproblemer og psykiske lidelser. Livshjelpsutvalgets forslag om å opprette en egen spesialitet i palliativ medisin kan også sees på som et signal om en spesialisering i utakt med det epidemiologiske terreng (8). En beslektet utfordring er å ivareta prinsippet om behandling på det lavest mulige effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), ikke bare i forhold til nivå i helsetjenesten, men også i forhold til bruk av de ulike grupper av helsepersonell.

Et siste poeng som bør sette grenser for legedekningen, er kravet til øvelse for å erverve og opprettholde nødvendige ferdigheter. Blir antall leger i kommunen eller i sykehusavdelingen for høyt, blir det tiltakende vanskelig å etterkomme kravet til nødvendig øvelse.

Ytes helsetjenestene til dem som trenger det mest?

Samfunnets prioriteringskriterier uttrykkes i ventetidsforskriften og den nye pasientrettighetsloven (9, 10). De sentrale kriteriene er sykdommens alvorlighet, inkludert pasientens lidelse, forventet nytte av medisinsk behandling og behandlingens kostnadseffektivitet. Vi vet at praktiseringen av ventetidsgarantien varierer betydelig fra fylke til fylke (11, 12). Derimot vet vi svært lite om det som er det sentrale, nemlig i hvilken grad prioriteringskriteriene faktisk etterleves.

I tillegg til de lovbestemte prioriteringskriteriene gir andre helsepolitiske målsettinger føringer for fordeling av helsetjenester. Mest sentralt er målet om et likeverdig tilbud uavhengig av geografi, kjønn, alder og sosial status. For øvrig foreligger det i ulike skriv og planer uttalt prioritering av så mange pasientgrupper at selv Ole Brumm fremstår som en nøktern figur. De praktiske slutninger blir tilsvarende vanskelige å trekke.

I løpet av de siste år har de fleste sentrale områder av helsetjenesten vært gjenstand for omfattende offentlige utredninger og vurderinger. Utredningene beskriver ulike kvalitets- og kapasitetsproblemer som i varierende grad skyldes svikt i planlegging, utbygging, prioritering og styring. Noen forhold skal kommenteres nærmere.

Sosiale forskjeller

En til dels betydelig oversykkelighet og overdødelighet i lavere sosioøkonomiske grupper er etter hvert godt dokumentert, selv om årsakene fortsatt er ufullstendig kjent (7). Vi vet også at mange av de mest utsatte gruppene er underforbrukere av helsetjenester (13, 14). En konsekvens av denne kunnskapen burde være en systematisk skjevfordeling av helsetjenester i favør av de laveste sosioøkonomiske gruppene. I Oslo har man prøvd å gjøre dette ved å

innføre et kriteriebasert finansieringssystem av de bydelsbaserte helsetjenestene, hvor man legger større vekt på bydelenes sosiale og demografiske kjennetegn enn på antall innbyggere (14).

Kunnskapen om sosiale forhold og helse i Norge er for øvrig begrenset og vanskelig å sammenfatte fordi norsk helsestatistikk ikke angir sosial ulikhet på noen entydig og sammenliknbar måte, slik man f.eks. har gjort i England, der man siden 1911 har benyttet Registrar Generals femdelte inndeling (15, 16).

Kjønn

En nylig avgitt offentlig utredning om kvinners helse i Norge (17) dokumenterer at sykdommer og plager har ulik betydning og ulike konsekvenser for kvinner og menn, og at de må møtes og behandles forskjellig. Det hevdes å være et misforhold mellom de helseproblemer kvinner oftere rapporterer om og holdninger og forståelsesmåter i helsevesenet som skal bistå dem. Målet om et likeverdig tilbud uavhengig av kjønn utfordres når det gjelder forskningsinnsats, ressursbruk, holdninger og kommunikasjonsferdigheter i helsetjenesten.

Alder

I Rutles analyse av legekontakter i primærhelsetjenesten fra 1983 (18) påvises det at tallet på direkte kontakter øker med pasientens alder, bortsett fra hos personer over 75 år, der det er en reell nedgang. Dette er tilfellet også etter at det er tatt hensyn til dem som bor på helseinstitusjon. Ut fra de eldres høye sykkelighet er det ikke lett å akseptere dette fallet i antall kontakter som riktig. Helsevesenet synes ikke å ha tatt de gamle alvorlig nok, bl.a. er ikke organisering og arbeidsrutiner godt nok tilpasset de eldre.

Det er mistanke om at sykehjemslegedekningen er mangelfull. En kartleggingsundersøkelse vil foreligge i løpet av kort tid og forhåpentligvis gi svar. I Norge er det i dag omtrent 80 godkjente spesialister i geriatri, men bare halvparten av disse innehar geriatristillinger, og 16 av disse arbeider i Oslo. Tre fylker har ikke geriater (19, O.C. Rø, personlig meddelelse). Dette samsvarer dårlig med det behov som foreligger.

Når det gjelder barn og unge, vet vi at særlig skolehelsetjenesten er et forsømt felt.

Psykiatri

Det mangelfulle tilbudet til mennesker med psykiske lidelser er godt beskrevet og dokumentert i St.meld. nr. 25 (1996 – 97) (20). Behandlingskjeden har brister i alle ledd: Det forebyggende arbeidet er for svakt. Tilbudene i kommunene er for få. Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester er for dårlig. Opphold i institusjon blir ofte for kortvarige, og oppfølgingen er ikke god nok.

Akutte versus kroniske sykdommer

Selv om det er dokumentert vesentlige mangler i den akuttmedisinske behandlingskjede, bl.a. når det gjelder legedekning i primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten (21), er det en utbredt oppfatning at akutt syke blir vesentlig bedre ivaretatt enn de med kroniske lidelser. Behandling av kroniske

sykdommer krever andre holdninger, tilnærmingsmåter og ferdigheter enn behandling av akutte sykdommer. Dette er i altfor liten grad erkjent og tatt konsekvensen av i helsetjenesten.

Geografisk likeverdig tilbud

Når det gjelder det geografiske likeverd, var det i Oslo 285 innbyggere per legespesialist i 1997, i Finnmark 2 184. Landsgjennomsnittet var 532. I kommunehelsetjenesten er bildet noe vanskeligere å tolke. Antall legeårsværk per 10 000 innbyggere i et fylke som Sogn og Fjordane er f.eks. høyt i landsmålestokk. I vurderingen av dette skal man imidlertid huske på at det i sentrale strøk av landet er et betydelig innslag av andre leger som dekker det samme behovet (avtaleløse praksiser, personallegeordninger, stort privat spesialisttilbud). Man må også ta med i vurderingen de geografiske forhold og de mange små kommunene som gjør det nødvendig med et visst antall leger for å få lovlige og levelige vaktordninger. Siden 1995 har Nord-Norge mistet erfarne leger til Sør-Norge og fått igjen turnusleger og utenlandske leger, ofte som korttidsvikarer. Situasjonen er ikke helt ulik i Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Utviklingen er uttrykk for en klar sentralisering.

”The inverse care law” og sykdommers prestisje

I sum ser det ut til at Julian Tudor Harts *The inverse care law* (22), loven om at helsetjenesten er dårligst der behovet er størst, også i stor grad gjelder i Norge. Vi har en helsetjeneste som er best tilpasset middelaldrende menn i midtre og øvre sosiale lag med somatiske sykdommer der det finnes et medisinsk-teknisk behandlingstilbud. Dette sammenfaller med legers rangering av prestisjen til ulike sykdommer og medisinske spesialiteter (23). En sykdom eller skade med høy prestisje har sete høyt oppe i kroppen, aller helst i hjertet. Den rammer brått og dramatisk, men kan ved hjelp av høyteknologisk medisin behandles slik at pasienten ganske kort tid etter er frisk og før igjen. Sykdommen rammer tilfeldig, men mest ungdommer og middelaldrende menn fra gode kår.

En sykdom med lav prestisje vil derimot gjerne ha sete lenger nede i kroppen, kanskje ikke i noe spesielt organ i det hele tatt. Årsakene er uklare, men kan ofte settes i forbindelse med klanderverdig livsførsel. Den utvikler seg relativt langsomt, og diagnostikken er vanskelig. Behandlingstilbudet er sparsomt. Sykdommen varer lenge, og forverring er sannsynlig. Den rammer særlig eldre og kvinner fra lavere sosiale lag, og gjør ofte pasientene krevende og utakknemlige.

Det er ikke mange tegn i tiden som tyder på en positiv endring av disse forhold, kanskje snarere tvert imot. I en tid der solidariteten er på hell, individuell rettighetsfesting er in og betalingsevne heller ikke er noe minus, vet vi hvem som er flinkest til å kreve sin rett. Det er grunn til å frykte at økende vektlegging av stykkprisfinansiering retter søkelys mot områder der produktiviteten er lettere å måle, mens områder som psykiatri, kroniske sykdommer og ikke minst forebyggende tiltak ikke oppnår prioritet i samsvar med erklærte helsepolitiske mål.

Innføring av en fastlegeordning vil tydeliggjøre allmennlegenes populasjonsansvar, men er ingen garanti for en bedre realisering av helsepolitiske målsettinger. Det vil fortsatt i stor grad være avhengig av at ordningen fylles av leger som internaliserer disse målsettingene i arbeidet sitt.

Avslutning

Det største problemet med legene er ikke at det er for få av dem, men at det er for mange jobbmuligheter, og at de ikke velger de jobbene samfunnet ønsker de skal ta – verken med hensyn til geografisk fordeling eller faglige innsatsområder. I et samfunns- og folkehelseperspektiv er det grunn til å spørre om vi er tjent med flere leger i landet.

Historisk erfaring viser at behovet for helsetjenester er tilbudsstyrt. Utviklingen skriker etter sterkere politisering og styring, der den viktigste oppgaven blir å få inn politiske og faglige helhetsvurderinger, verdivalg og reelle prioriteringer i et samfunn som er for dominert av det fragmenterte, spesialiserte fagstyre. I tillegg vil det være viktig å få en bedre tilpasning mellom spesialiseringsgrad og faglige krav på den ene side og helsetjenestens organisering på den annen.

LITTERATUR

1. Mæland JG, Aarø LE. Atferdsteori og forebyggende helsearbeid i praksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 51 – 5.
2. Martinussen W. Sosiologisk analyse. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
3. Pendleton D. The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford; Oxford University Press, 1984.
4. Farner B. En snikende fiende. Volvat Doktor 1999; 8: 19.
5. Leger inntar hudpleiesalongen. Bergens Tidende 13.4.1999.
6. Ot.prp. nr. 99 (1998 – 99). Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).
7. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine De Gruyter, 1994.
8. Norges offentlige utredninger. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uheldbredelig syke og døende. NOU 1999: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
9. Forskrift om ventetidsgaranti av 27. juni 1997.
10. Ot.prp. nr. 12 (1998 – 99). Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

11. Guldvåg B. Meningsløse ventetidsgarantier. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 329.
12. Kristoffersen M, Piene H. Ventelisteordningen. Variasjon i andel som får ventelistegaranti. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 361 – 5.
13. Rognerud M, Stensvoll I. Byhelseutredning for Oslo. Oslo: Klinikk for forebyggende medisin, 1997.
14. Brekke M. Fordeling av velstand er fordeling av helse. Aktuelle forklaringsmodeller og eksempler fra Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 76 – 8.
15. Dahl E. Sosial ulikhet og helse. En analyse av norske undersøkelser. Rapport nr. 7/88. SIFF Avdeling for helsetjenesteforskning. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1988.
16. Westin S. Sosial klasse – dimensjonen som forsvant? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2821 – 3.
17. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
18. Rutle O. Pasienten fram i lyset – analyse av legekontaktar i primærhelsetenesta. Rapport nr. 1/1983. SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1983.
19. Straand J, Nygaard HA. Eldre og norsk geriatri i eldreåret. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3401.
20. St.meld. nr. 25 (1996 – 97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
21. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster . . . Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1999: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998.
22. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405 – 12.
23. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2127 – 33.

Publisert: 20. januar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. mars 2026.