
Legemarkedet i Norden 1980 – 2000

TEMA

EINAR SKOGLUND

Email: einar.skoglund@legeforeningen.no
Utdanningsavdelingen

ANDERS TARALDSET

Email: anders.taraldset@legeforeningen.no
Registerseksjonen
Helsepolitisk avdeling
Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Legetettheten i Norden har økt fra 488 innbyggere per yrkesaktiv lege i 1980 til 315 innbyggere per yrkesaktiv lege i 2000.

Det er en relativt stor legemobilitet mellom de nordiske land. Det er en styrke med fleksibilitet ved endringer i det enkelte land. På grunn av likheter i språk og kultur kan leger lett tilpasse seg arbeid i et naboland. I Island er det en spesiell variant av denne migrasjonen ved at overskuddet av islandske leger til enhver tid finner arbeid i de andre nordiske land og i USA. Dette lar seg gjøre fordi det relativt sett dreier seg om et lite antall leger i forhold til det totale antall yrkesaktive leger i Norden, som nå utgjør ca. 76 000.

Opptaket til medisinstudiet har fluktuert i alle de nordiske land alt etter hvordan man har vurdert fremtidig etterspørsel etter leger. I dag er opptakstallet igjen på vei oppover og utgjør nå totalt ca. 2 900 i de nordiske landene.

Norge skiller seg fra de øvrige landene i 20-årsperioden ved at det kontinuerlig har vært underskudd på leger. Alle de andre landene har hatt perioder med overskudd av leger og arbeidsledighet.

Felles for alle prognoser og fremskrivninger som ble gjort i begynnelsen av 1980-årene, er at de undervurderte veksten i helsevesenet og kalkulerte etterspørselen etter leger for lavt.

De nordiske land utgjør på mange måter en geografisk enhet, og det er mange likhetspunkter mellom dem – kulturelt, økonomisk og politisk. Til tross for dette oppstår det iblant forskjeller som kan være noe overraskende. Når det oppstår endringer i legemarkedet, er likevel de nordiske land så vidt enhetlige og sammenliknbare at man kan hjelpe hverandre, for eksempel når det er legeoverskudd i ett land og underskudd i et annet. Migrasjonen av leger skifter i tråd med utviklingen i arbeidsmarkedet.

Artikkelen beskriver situasjonen i legemarkedet i begynnelsen av 1980-årene, i 1990 og i år 2000, og hvilke fremskrivninger og prognoser som har vært gjort i begynnelsen av 1980-årene og i 1990. Det er hele tiden tatt utgangspunkt i yrkesaktive leger, det vil si leger under den vanlige pensjonsalder i det enkelte land. Med legeoverskudd eller -underskudd menes antall leger i forhold til antall legestillinger (tab 1).

Tabell 1

Antall yrkesaktive leger i hvert av de nordiske landene, overskudd (+)/underskudd (-)

	1982	1986	1990	1996	2000
Danmark	12 600 (- 400)	14 700 (+400)	14 600 (+100)	15 000 (- 300)	17 000 (- 450)
Finland	8 500 (+100)	11 200 (- 420)	12 000 (- 400)	14 400 (+300)	15 700 (- 300)
Island		690 (0)	800 (+10)	870 (0)	960 (0)
Norge	8 500 (- 300)	9 400 (- 100)	11 600 (- 200)	12 700 (- 600)	15 300 (- 800)
Sverige	18 300 (- 1 300)	22 300 (- 1 200)	24 800 (- 900)	27 000 (+500)	27 500 (- 600)
Norden totalt	47 900 (- 1 900)	58 290 (- 1 320)	63 000 (- 1 390)	69 970 (- 100)	76 460 (- 2 150)

Legeforeningene i de nordiske land har siden 1976 hatt en felles arbeidsgruppe for å kartlegge og fremskrive utviklingen i legearbeidsmarkedet i Norden, Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (SNAPS) (1). Det er samlet et omfattende materiale ved at det annethvert år fra 1978 er lagt frem en rapport over status i legemarkedet i de nordiske land, samt en fremskrivning med antatt utvikling basert på kjente og antatte forutsetninger. Dette arbeidet har gitt et grunnlag for å følge utviklingen i legearbeidsmarkedet gjennom snart 25 år. Selv om fremskrivningene ikke alltid har slått til fordi forutsetningene er endret, har vi ved dette arbeidet til enhver tid hatt god oversikt over den faktiske situasjonen i tilbud og etterspørsel av leger.

Danmark

Danmark hadde i 1982 12 600 yrkesaktive leger. Dette medførte et underskudd (ubesatte stillinger) på ca. 400. I 1982 beregnet man å ha 18 300 leger i år 2000, mens etterspørselen ble anslått til 16 000. Dette ville bety et overskudd på 2 300 leger.

I 1990 hadde man 14 600 yrkesaktive leger under 70 år, og av disse var ca. 100 arbeidsledige. 2 500 danske leger var sysselsatt i andre land. Da ble det antatt at man ti år senere ville ha en etterspørsel etter 15 700 leger, hvilket kunne bety et overskudd på 100 leger. I 1980-årene var det overskudd av leger i Danmark, bl.a. på grunn av store opptak til medisinstudiet gjennom mange år. Det var også generelt lav gjennomsnittsalder i legepopulasjonen og liten avgang i form av pensjonering. Overskuddet av leger medførte dels arbeidsledighet, dels relativt stor emigrasjon av leger til Sverige, hvor det også var bedre mulighet til å gjennomføre spesialistutdanning raskt. Dette ble møtt med at man reduserte antall studieplasser og den ukentlige arbeidstid for underordnede leger i sykehus. I begynnelsen av 1990-årene endret situasjonen seg gradvis, og i løpet av noen år var det nærmest ingen arbeidsledighet. Det var heller ikke lenger så mange danske leger som drog utenlands.

Antall leger under 70 år var ifølge Sundhedsstyrelsens legeregister per 1.1. 1999, som er de sist foreliggende opplysningene, 18 150. Av disse arbeider 1 462 i utlandet. Det var dermed 16 688 leger under 70 år i Danmark. 35 % av disse var kvinner. I dag er etterspørselen etter leger i Danmark større enn tilbudet, og det er ca. 450 ubesatte legestillinger.

Finland

Finland hadde i 1981 8 500 leger, hvilket var et overskudd på ca. 100. Man beregnet i 1982 å ha 15 100 leger i år 2000, mens etterspørselen ble beregnet til 11 700 leger. Dette ville bety et overskudd på 3 400 leger.

I 1990 hadde man 400 ubesatte legestillinger. Spesielt var det stor mangel i distriktshelsetjenesten i de nordlige deler av landet. Det ble antatt at man i år 2000 ville ha en etterspørsel på 13 600 leger, hvilket tilsa et overskudd på 200. I Finland hadde man fra 1950-tallet kontinuerlig økt opptaket av medisinstudenter. I 1972 ble det opprettet to nye fakulteter, Kuopio og Tammerfors, for å øke antall leger, spesielt til nye helsesentraler. Studentopptaket var ca. 600 i 1970-årene. Legeetterspørselen begynte å bli mett og det gikk mot overskudd, slik at opptaket til studiet i løpet av 1980-årene ble senket til noe under 500. I slutten av 1980-årene var det igjen antydning til mangel på leger ved helsesentralene, spesielt i Österbotten, og opptaket av studenter ble igjen økt til over 500.

I begynnelsen av 1990-årene endret situasjonen seg på grunn av økonomisk lavkonjunktur. Da var det omtrent balanse i legemarkedet, men allerede i 1993 var det over 400 arbeidsledige leger, og nesten 700 i 1994. I slutten av 1990-

årene minsket arbeidsledigheten, og det har de siste årene vært ca. 200 arbeidsledige leger i Finland. Opptaket til de medisinske fakultetene ble igjen redusert i 1993 og 1994 til 350 studenter. Forslaget om dette var reist av en arbeidsgruppe nedsatt av Social- og helseministeriet.

De siste årene har likevel situasjonen endret seg i positiv retning. Finsk økonomi er bedret. Man benytter igjen vikarer i offentlig sektor. Staten har gitt bidrag til arbeidsgiverne for å sysselsette nyutdannede leger. Forskningen har gitt rom for nye legestillinger, og ny arbeidstidslov har økt legeetterspørselen. En større del av de finske legene arbeider nå i utlandet. Antall leger under 63 år (som er den offentlige pensjonsalderen) i Finland var ifølge den finske legeforeningen 1.1. 2000 15 547. 50 % av disse var kvinner. Det er for tiden et underskudd på ca. 300 leger (ca. 150 i sykehus og ca. 150 i helsesentralene) i Finland, og underskuddet er økende. Samtidig er det ca. 150 arbeidsledige leger. I de nærmeste årene antas mangelen på spesialister i sykehus å ville øke kraftig på grunn av økende pensjonering. Det er igjen reist forslag om å øke antall studenter. Studentopptaket er nå 485.

Island

De første SNAPS-prognosene omfattet ikke Island, derfor omtales ikke situasjonen i 1980-årene.

I Island hadde man i 1990 800 yrkesaktive leger. Ingen var arbeidsledige. Det var 360 islandske leger i andre land. Det var antydninger til problemer med å få besatt allmennlegestillinger utenfor byene. Redusert inntak til studiet hadde også ført til at antall assistentleger var sunket. I 1990 ble det antatt at man ti år senere ville ha etterspørsel etter 930 leger, hvilket var beregnet til å kunne bety et overskudd på 60 leger.

Island har vært i en spesiell situasjon sammenliknet med de andre nordiske landene, fordi så godt som samtlige leger etter at de er blitt autorisert reiser utenlands for å gjennomføre spesialistutdanning. De største mottakerlandene har vært Sverige, USA og de seneste årene Norge. Denne spesielle situasjonen har medført at en stor del av de yngre islandske legene har oppholdt seg i andre land. Dette preger tallene for yrkesaktive leger i Island. Etter avsluttet spesialistutdanning har disse legene stort sett vendt tilbake til Island, men bare etter hvert som aktuelle stillinger er blitt ledige. De andre landene som har stått for spesialistutdanningen, har også ansatt islandske leger i overlegestillinger etter avsluttet spesialistutdanning. Disse spesielle forholdene har derfor medført at det nesten ikke har vært arbeidsledighet blant legene i Island de siste 20 årene. Det kan således hevdes at et islandsk legeoverskudd har befunnet seg i andre land. Til enhver tid oppholder omtrent en tredel av de islandske legene seg utenlands. Dette er en ganske unik situasjon internasjonalt sett.

Antall leger under 70 år (som er pensjonsalderen) i Island var 1.1. 2000 ifølge den islandske legeforeningen drøyt 950. 22 % av disse var kvinner. I tillegg kommer ca. 450 leger som befinner seg utenlands. Ca. 130 av disse er i Norge, og andelen av islandske leger i Norge er økende. Det er for tiden ingen

arbeidsledighet blant yngre leger i Island. Bare enkelte eldre leger har i perioder vært arbeidsledige. Legene forblir vanligvis utenlands til de kan få stilling i hjemlandet.

Norge

I 1981 var det her i landet 8 500 yrkesaktive leger. Dette var et underskudd i form av ubesatte stillinger på ca. 300. I 1982 beregnet man at det ville være 14 200 leger i 2000. Etterspørselen ble beregnet til 11 000 leger i år 2000, eller, med en ev. reduksjon i arbeidstid fra 46 til 38 timer i uken, til 13 300 leger. Det ble beregnet at man med uforandret arbeidstid kunne få et overskudd på 3 200 leger. Hvis arbeidstiden ble redusert, ville overskuddet kunne bli på 900 leger i år 2000. I 1990 var det 11 500 yrkesaktive leger. Ingen var arbeidsledige. Det var ca. 380 ubesatte stillinger, spesielt i Nord-Norge og på Vestlandet. En del leger var oppsagt som følge av nedleggelse og nedskjæringer i institusjonshelsetjenesten i Oslo. Noen av disse hadde problemer med å finne nytt arbeid innenfor sin spesialitet på Østlandet. Den generelle økonomiske nedgangen i Norge i årene 1986 – 89 syntes å ha stabilisert seg. I Norge ble det i 1990 antatt at man i år 2000 ville ha en etterspørsel etter 12 500 leger, hvilket kunne bety et overskudd på 400.

I motsetning til alle de øvrige nordiske landene har det i Norge vært et økende underskudd av leger i 1990-årene. Likevel var det i første halvdel av 1980-årene sterk bekymring for at det ville bli overskudd av leger. Bekymringen hadde sammenheng med den generelle økonomiske situasjonen i Norge. Det ble antatt at det ikke ville være økonomisk grunnlag for så mange leger som utdanningskapasiteten tilsa. I 1980 – 82 var opptaket av medisinstudenter i Norge 370 per år. Dette sank til 300 per år i 1984 – 87. Samtidig var det også en reduksjon i antall medisinstudenter i utlandet.

Mangelen på leger i distriktene i slutten av 1980-årene førte til forslag om måter å møte dette problemet på. Det ble blant annet foreslått å innføre beordring av leger, men det ble i stedet gjennomført en strengere statlig regulering av legearbeidsmarkedet. Denne reguleringen bidro til at en stor del av veksten i nye legestillinger i perioden 1990 – 95 kom i distriktene. Dette gjorde det vanskelig å fylle alle de nye legestillingene.

Utdanningskapasiteten i Norge økte ikke nevneverdig igjen før i 1990, da opptaket ble 345 per år. Deretter ble opptaket økt til 415 i 1993 og 490 i 1996. Fra og med 1998 er opptaket i Norge 590 per år, men dette inkluderer også studenter som tas opp ved det sentrale opptaket i Norge for studier i utlandet med særlig gunstig studiefinansiering (tab 2). Hensikten er at stadig flere av disse studieplassene skal erstattes med studieplasser i Norge. Parallelt med økningen i opptaket i Norge har det vært en meget kraftig vekst i antall norske medisinstudenter i utlandet. Antall utenlandsstudenter med støtte fra Statens lånekasse for utdanning har økt fra 579 i 1995 til 1 658 i 2000. Det er beregnet at ca. 790 nordmenn per år fra og med 1998 og ca. 840 i år 2000 startet på medisinstudiet, enten i Norge eller i utlandet.

Tabell 2

Medisinstudiet 2000

Land	Antall innbyggere	Antall fakulteter	Studentopptak	Studentopptak per mill. innbyggere
Danmark	5,30 mill.	3	965	182
Finland	5,17 mill.	5	485	94
Island	0,28 mill.	1	40	143
Norge	4,48 mill.	4	590	132
Sverige	8,86 mill.	6	831	94

Antall ubesatte legestillinger har vært økende i 1990-årene, fra 120 ubesatte stillinger/avtalehjemler i kommunehelsetjenesten og 267 ubesatte stillinger i spesialisthelsetjenesten i 1990 til 222 ubesatte stillinger/avtalehjemler i kommunehelsetjenesten og 693 ubesatte stillinger i spesialisthelsetjenesten ved utløpet av 1999. I de aller nyeste tallene kan det imidlertid se ut til at antall ubesatte legestillinger kan være i ferd med å gå ned som følge av strengere praksis når det gjelder opprettelse av nye stillinger, spesielt ved sykehusene. Det totale antallet ubesatte legestillinger har gått ned fra 984 ved årsskiftet 1998/99 til 915 ved årsskiftet 1999/2000.

Etter 1995 har stillingsveksten ved sykehusene vært enda sterkere enn tidligere, og det har ikke lenger vært slik at en stor del av veksten i nye legestillinger er kommet i distriktene. Tvert imot ser det ut til at vi i perioden 1995 – 2000 har hatt en sterk tendens til sentralisering i legearbeidsmarkedet. Dette gjelder både sykehusene og allmennlegetjenesten. Kombinert med en relativt svak vekst totalt sett i allmennlegetjenesten har dette ført til en reduksjon i antall leger i de minst sentrale kommunene.

Per 1.1. 2000 var det ifølge Den norske lægeforening ca. 15 300 leger under 67 år (som er den vanlige pensjonsalderen) i Norge. 31 % av disse var kvinner. Ca. 2 300 av legene var utenlandske statsborgere, av disse har ca. 1 300 annet nordisk statsborgerskap, 734 er svenske. Det vil si at migrasjonen mellom Norge og de andre nordiske land er helt avgjørende for balansen i legearbeidsmarkedet i Norge.

Sverige

Sverige hadde i 1981 18 300 leger. Dette var et underskudd på ca. 1 300. I 1982 beregnet man å ha 32 000 leger i 2000, mens etterspørselen ble beregnet til 25 000. Dette kunne bety et overskudd på 7 000 leger.

I 1990 hadde man 24 843 leger under 65 år. I tillegg kom et ukjent antall svenske leger som arbeidet i andre land. Det var ca. 1 000 ubesatte legestillinger. Dette gjaldt særlig i allmenntidisin og i utkantområder. For å stimulere legerekutteringen til Norrland besluttet Riksdagen i 1989 å øke opptaket ved Universitetet i Umeå med 20 plasser. Dermed var totalinntaket ved de medisinske fakultetene 865 per år. I Sverige antok man i 1990 at det i år 2000 ville være etterspørsel etter 28 900 leger, hvilket tilsa et underskudd på 500 leger.

Legemarkedet begynte å bli mettet i løpet av 1980-årene. Lavkonjunkturen i begynnelsen av 1990-årene førte til høy arbeidsledighet blant leger. Av Läkarförbundets medlemmer var ca. 300 arbeidsledige i 1994. Ifølge arbeidsformidlingen var antall arbeidsledige leger i Sverige ca. 1 000 i 1994. Mange utenlandske leger som hadde kommet til Sverige på grunn av uroligheter i hjemlandet (f.eks. Jugoslavia, Bosnia), ble rammet av arbeidsledighet. Samtidig fjernet sykehuseierne utdanningsstillinger. Først i 1998 endret situasjonen seg, og da var det ikke tilstrekkelig med spesialister, blant annet på grunn av at utdanningsstillinger i løpet av 1990-årene var fjernet. Arbeidsmiljøet i sykehusene ble ansett som dårlig, og mange svenske leger flyttet til Norge, samtidig som danske leger i Sverige vendte tilbake til Danmark. Også andre utenlandske leger vendte tilbake til sine respektive hjemland.

I Sverige hadde man i hele 1970-årene og frem til 1983 tatt opp 1 026 studenter per år. I 1984 og 1985 ble dette redusert til 936 og deretter til 845 i perioden 1986 – 89. Etter dette har opptaket økt langsomt igjen, slik at man i 1993 – 94 hadde et opptak på 1 046. I 1990-årene har opptaket variert mellom 828 og 1 046. Så ble det bestemt at opptaket til medisinstudiet igjen skal økes fra og med 2001, med det mål at ytterligere 200 leger skal uteksamineres hvert år. Høsten 1999 startet flere landsting aktiv rekruttering av leger fra EU-land og Polen.

Antall leger i Sverige under 65 år (som er den vanlige pensjonsalderen) kan i dag anslås til ca. 30 000 ifølge Sveriges Läkarförbund. 39 % er kvinner. Per 1.1. 2000 var det ifølge Socialstyrelsens register 30 726 leger under 65 år, men hvor mange av disse som var yrkesaktive i Sverige, var ukjent. I tillegg kommer ca. 2 000 personer med medisinsk embetseksamen som mangler svensk "legitimation", dvs. autorisasjon. Mellom 100 og 350 utenlandske leger får svensk autorisasjon hvert år. Det er for tiden knapt 100 arbeidsledige medlemmer av Sveriges Läkarförbund, mens det totale antallet arbeidsledige leger ifølge arbeidsformidlingen er ca. 400, hvorav nær 200 heltidsledige. Samtidig anslås det å være minst 1 000 ubesatte legestillinger i Sverige.

Norden

For Norden totalt var det i 1981 et underskudd på 1 900 leger, og fremskrivningene fra Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (SNAPS) viste at man i år 2000 ville få et overskudd på 13 700 leger ut fra de daværende forutsetninger.

I 1990 var det i Norden en mangel på 1 390 leger (ubesatte stillinger). Samnordisk Arbetsgrupp for Prognos- og Specialistutbildningsfrågor antok for ti år siden at man i år 2000 ville ha en etterspørsel etter 71 600 leger, hvilket totalt for Norden ville bety et beregnet overskudd på ca. 300.

I dag er det 76 460 yrkesaktive leger i de nordiske land, hvilket betyr et underskudd på 2 150. Det er Norge som har det relativt største antallet ubesatte stillinger, men samtlige land, unntatt Island, har underskudd. Island har en rimelig balanse fordi de overtallige legene befinner seg i andre land.

Som det fremgår av tabell 3 var det Finland og dernest Norge som hadde dårligst legedekning i 1980 regnet i innbyggere per yrkesaktiv lege. Best legedekning hadde den gang Sverige og Island. I 1990 hadde Island best legedekning, med Danmark og Sverige på delt annenplass. Det var fremdeles Finland og deretter Norge som hadde dårligst legedekning. I 2000 er det Island og Norge som har best legedekning i Norden. Finland har fremdeles den laveste dekningen, men forskjellene mellom de nordiske land er ikke lenger så store. Som man ser, har gjennomsnittet i Norden endret seg fra 1980 med 488 innbyggere per yrkesaktiv lege til i 2000 å være 315 innbyggere per yrkesaktiv lege.

Tabell 3

Innbyggere per yrkesaktiv lege og prosentvis endring

	1980	1990	1980 - 1990	2000	1990 - 2000
Danmark	474	367	23 %	313	15 %
Finland	544	428	21 %	329	23 %
Island	467	321	31 %	292	9 %
Norge	505	392	22 %	293	25 %
Sverige	462	369	20 %	322	13 %
Norden totalt	488	383	22 %	315	18 %

Fra 1980 til 1990 var det Island som hadde den største veksten.

Det siste tiåret er det Norge og Finland som har hatt størst vekst i antall leger i forhold til folketallet.

Diskusjon

Legearbeidsmarkedet skiller seg fra deler av det øvrige arbeidsmarkedet for akademisk arbeidskraft ved å være lukket i den forstand at det er fullt samsvar mellom stillingenes innhold og den utdanning som kreves, og at personer med medisinsk utdanning i meget liten utstrekning har annet arbeid enn legearbeid. Det gjør det både mulig og viktig å gjøre fremskrivninger for arbeidsmarkedet for leger, i større grad enn for mange andre grupper av akademisk arbeidskraft.

Det var i begynnelsen av 1980-årene generell enighet om, både hos myndigheter og legeforeninger i Norden, at utviklingen ville føre til overskudd av leger. Man mente i flere av de nordiske landene at det var nødvendig å redusere studiekapasiteten.

I Norge kom en interdepartemental arbeidsgruppe, Willumsen-utvalget (2), frem til denne konklusjonen. Resultatet ble at man i løpet av 1980-årene reduserte opptaket til medisinstudiet i Norge fra 370 i 1982 til 300 i årene 1984 – 87. Etter initiativ fra Helsedirektoratet ble det i 1980 nedsatt en arbeidsgruppe med oppgave å belyse sammenhengene i helsepolitikken. I arbeidsgruppens utredning, Helseplan for 1980-årene, sies det: ”For å unngå en alvorlig overproduksjon av leger, foreslår vi: Reduksjon av utdanningskapasiteten i Norge for leger allerede fra 1982 med 10 – 15 %, det vil si ca. 50 plasser. Reduksjon i antall utenlandsstudenter med i hvert fall 40 – 50 %” (3). Denne utredningen kom frem til at Norge i 1990 ville ha et overskudd på 900 – 2 000 legeårsverk. Nordiska samarbets- och planeringsgruppen för hälso- och sjukvårdsforskning initierte i 1980 en undersøkelse av helsepersonelldekningen i de nordiske land. Rapporten forelå i 1983, og viste at i flere av landene og for flere personellgrupper planla utdanningsmyndighetene i begynnelsen av 1980-årene å produsere flere fagfolk enn helsemyndighetene regnet med at det ville bli arbeid til.

Som følge av disse utredningene ble studieopptaket redusert i Danmark, Finland, Norge og Sverige i 1980-årene. I hele Norden undervurderte man etterspørselen, dels ble tilbudet av leger noe overvurdert. Likevel var det til en viss grad en riktig vurdering, siden man både i Finland og Sverige fikk økonomiske nedgangstider, noe som reduserte etterspørselen. Man fikk i slutten av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene en nedskjæring av antall stillinger, ledige stillinger ble ikke utlyst og arbeidstiden ble forkortet. Norge er det eneste landet som i hele 20-årsperioden har hatt kontinuerlig underskudd på leger (tab 1).

Det totale studentopptaket i Norden er nå 2 911 (tab 2).

Sterkest regulering i Norge

Det paradoksale er at ingen av landene har hatt en sterkere sentral regulering av legestillingene enn Norge. I de øvrige landene har det stort sett vært overlatt til sykehuseierne (landsting, amt) å styre utviklingen av legestillinger, det vil si et markedsstyrt system innenfor de økonomiske rammer. I Norge derimot har man forsøkt å styre utviklingen av legestillinger gjennom både lover og avtaler: midlertidig lov om adgang til regulering av legetjenester (1979 – 83), lov om stillingsstopp (1988 – 89), avtale om tiltak for å bedre legedekningen i utkantstrøk (1989 – 98), stillingsstrukturavtalen (1985 – 2000) og Ot.prp. nr. 4 (1998 – 99) (4), gjeldende fra 1.1. 1999. Alle disse forsøkene på styring har tydeligvis ikke klart å begrense utviklingen i etterspørsel etter leger i Norge. Medisinens utvikling, befolkningens behov for legetjenester og god økonomi har virket sterkere enn reguleringsmekanismene.

De økonomiske problemene i Finland og Sverige i begynnelsen av 1990-årene førte til en periode med til dels dramatisk nedgang i etterspørselen etter leger. Også i Norge var det økonomisk nedgang i 1986 – 89, hvilket førte til lavere

økonomiske overføringer til kommuner og fylkeskommuner. Selv om man forsøkte å beskytte helsetjenestene, ble det lavere tilvekst. Særs uttalt ble Oslo og andre større byer i disse årene, med til dels store nedskjæringer. Økonomi synes således å ha vært den viktigste regulerende faktor. Spesielt gjennom 1980-årene var etterspørselen etter leger atskillig større enn myndighetene forventet i hele Norden. Hofoss og medarbeidere sier i en rapport i 1988: "De nordiske lands legekorpser vokste kraftig i første halvdel av 1980-årene. Statistikken viser ikke nevneverdige tegn til at legene arbeider mindre enn før. Både legedekningen og mengden utført legearbeid har altså økt. Økningen har vært betydelig sterkere enn det mange holdt det for realistisk å vente ved utgangen av 1970-årene" (5).

Medisinske og tekniske fremskritt er en sterk vekstkraft i helsetjenesten. Nye behandlingsmetoder utvikles og nye køer oppstår. Befolkningen aksepterer ikke at behandlingsmuligheter som finnes, ikke er tilgjengelige. Muligheter og tilbud utløser forventninger. Plager som folk var villige til å leve med før, ønsker man nå behandlet.

Veksten i antall stillinger i helsevesenet er i prinsippet styrt av de sentrale helsemyndigheter, som setter rammer, gir retningslinjer og godkjenner lokale planer og tiltak. I Norge er dette endog fastsatt ved lov, slik at Sosial- og helsedepartementet gir rammer for stillingene til de regionale helseutvalg, som igjen skal fordele stillingene innenfor regionen på sykehus, kommuner og spesialiteter. Samtidig styres stillingsveksten i praksis også av fylkeskommuner og kommuner, som driver helsetjenesten. Det synes tydelig at de driftsansvarlige, nemlig fylkeskommunene (landsting, amt) og kommunene, har sett seg tvunget til en atskillig høyere vekst enn noen har kunnet forutse.

Hvorfor så gale beregninger?

Det interessante er hvordan man kan feilberegne etterspørselen etter leger så vidt sterkt. Det er også en overbevisende enstemmighet i de gale beregningene. Både profesjonsorganer, helsemyndigheter, forskere og utredere i alle de nordiske land gjorde de samme feilvurderingene. I etterspørselsberegningene som ble gjort i begynnelsen av 1980-årene, synes det å ligge et ønske om begrensninger. Som det heter i Willumsen-utvalgets utredning: "Hvis den reelle veksten i de økonomiske rammene til legearbeid totalt blir 2 % per år, hvis den reelle veksten i de økonomiske rammene til legearbeid utenfor institusjonen blir 5 % per år, hvis de reelle utgifter per arbeidstime forblir konstante, kan den årlige tilgangen reduseres slik at den blir mellom 125 og 280 kandidater per år . . . Arbeidsgruppens beregninger viser at ved alle rimelige forutsetninger om framtidig tilbud og etterspørsel etter legearbeid, bør tilgangen på leger reduseres for å unngå ubalanse på arbeidsmarkedet med de uheldige konsekvenser dette kan ha for den enkelte og for samfunnsøkonomien" (2).

Når det gjelder beregning av etterspørselen etter leger, synes både Willumsen-utvalget og gruppen som stod bak *Helseplan for 1980-årene* (3) å ha undervurdert helsemessige behov, helsepolitiske normer og trendfremskrivning. Hovedvekten ble lagt på økonomiske rammer. Begge utvalgene valgte å bruke metoden "beregning ut fra økonomiske rammer" til å anslå framtidig etterspørsel etter leger. "Dette er den eneste metoden som

knytter personellanalysene direkte sammen med økonomien i helsetjenesten” (2). Nettopp denne konklusjonen synes å ha vært den største svakheten ved metoden.

Norge skiller seg ut med kontinuerlig underskudd på leger og dermed ubesatte stillinger. Selv konjunkturedgangen i slutten av 1980-årene skapte ikke legeoverskudd og arbeidsledighet, slik man så i Finland og Sverige i begynnelsen av 1990-årene. Det er vanskelig å finne noen annen forklaring på dette enn den gjennomgående gode økonomien i det norske samfunn hele 20-årsperioden. God økonomi og lavere opptak til medisinstudiet i 1980-årene er sannsynlig årsak til at man i Norge hele perioden har hatt mangel på leger. Den økonomiske krisen var mer reell og fikk langt større konsekvenser i de andre landene.

De lange perspektivene som er nødvendige for beregningen av legebehov, er utfordrende. Det tar ofte 16 – 17 år fra første dag som medisinstudent til spesialistgodkjenning. Store endringer i utdanningsdimensjoneringen skaper problemer for universitetene og kan gi skjev aldersstruktur innen spesialitetene.

Det kan synes som om utviklingen har vært preget av for kortsiktig tenkning i dimensjoneringen av medisinerutdanningen og at det har vært tatt for stort hensyn til endringer i de økonomiske konjunktorene. Dette avsløres i avsnittet om Finland, med stadige ad hoc-justeringer av studentopptaket. På samme måte som lavkonjunkturen i 1980-årene bidrog til reduksjon i opptaket av medisinstudenter, eksisterer muligheten for at den økonomiske høykonjunkturen i dag kan føre til et for stort opptak. For Norges del må man også trekke inn det store antallet norske medisinstudenter i utlandet. Den nyeste SNAPS-prognosen 2000 (1) viser at med dagens restriksjoner på veksten i antall legestillinger, kan det bli et moderat overskudd av leger innen 2005. Dagens dimensjonering kan likevel være nødvendig for å dekke behovet for leger på lang sikt. Årsaken til denne forskjellen i den beregnede situasjonen på relativt kort sikt og på lang sikt er at pensjonsavgangen vil bli langt større etter 2010 enn i dag, som følge av de store etterkrigskullene i dagens legepopulasjon.

En annen faktor som gjør fremskrivningene i dag spesielt usikre for Norges vedkommende, er det store antall leger fra andre nordiske land samt Tyskland som i dag arbeider i Norge. En eventuell reduksjon i antall utenlandske leger i Norge som følge av større grad av balanse i legearbeidsmarkedet i Norge og økende legemangel i de andre nordiske landene, kan føre til at det fortsatt vil være noe underskudd på leger i Norge i mange år fremover. Trolig bidrar migrasjonen mellom de nordiske landene til at legearbeidsmarkedet i hvert av landene på lang sikt vil nærme seg en større grad av balanse enn det fremskrivningene for hvert enkelt land skulle tilsi. Nettopp derfor er det viktig at det gjøres fremskrivninger av legearbeidsmarkedet for de nordiske landene som gir et grunnlag for å vurdere den fremtidige situasjonen i legearbeidsmarkedet for hele Norden under ett.

LITTERATUR

1. Den framtida läkararbetsmarknaden i Norden. Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor. Stockholm: Sveriges Läkarförbund/de nordiske legeforeninger, 1982, 1986, 1990, 1996, 2000.
2. Willumsen E, Grund J, Kjelberg A, Sletner IJ, Syrrist O-P, Haugen Ø. Utdanningskapasiteten for leger og fysioterapeuter. Utredning avgitt til sosialministeren, kultur- og vitenskapsministeren og finansministeren 12. november 1982. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1982.
3. Grund J, Hjort PF, Lerche C, Mork T, Normann T, Quivey M et al. Helseplan for 1980-årene. Oslo: Gyldendal, 1982.
4. Skoglund E. Ny ordning for legefording. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 287 – 8.
5. Hofoss D, Gertz J, Lehtimäki L, Enrum VS, Magnusson G. Fra for mange til for få. Helsepersonellsituasjonen i Norden på slutten av 1980-tallet. SIFF-rapport nr. 9 – 1988. Oslo: Statens institutt for folkehelse, Avdeling for helsetjenesteforskning, 1988.

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.