

---

## Primærlegedekninga - har vi den rette skeivfordelinga?

---

REDAKSJONELT

HAGESTAD K

---

Primærlegetenesta er ein hjørnestein i norsk helsevesen. Dette er gjentatte gonger slått fast i faglege og politiskedokument, sist i Helsemeldinga frå 1994 (1). Regjeringa understrekar der den sentrale verdien av primærlegearbeidet, - det samfunnsmedisinske så vel som det kurative. Det blir lagt fram som ei nasjonal helsepolitisk målsetting at primærlegetenesta skal vere eit lett tilgjengeleg lågterskeltilbod.

---

### Likeverd krev variasjon

Egalitetsprinsippet er eit anna sentralt element i norsk helsevesen (1). Norma om likeverdig tilbod for alle står framleis sterkt, trass i ideologiske vindar i retning av marknadsstyring og deregulering (2). Geografiske og befolkningsmessige tilhøve i vårt langstrekke land tilseier at likeverdig tilgang til primærlegetenester for alle innbyggjarane må innebere noe heilt anna enn lik legedekning, uttrykt som innbyggjarar per lege i kvar kommune. Deistore variasjonane i sosiale og demografiske forhold, busettingsmønster, klima, kommunikasjonar, vaktbelastning, avstandar både innan kommunen og vidare til sjukehus og andre spesialisttenester; - alt dette har store konsekvensar for bemanningsbehovet. I tillegg kjem verknadene av geografiske variasjonar i helsetilstand og sjukdomsmønster.

Statistikken viser at primærlegedekninga varierer sterkt frå kommune til kommune, frå fylke til fylke og frå landsdel til landsdel. Eit sentralt spørsmål blir da kor vidt desse skilnadene avspeglar ulikskapar i behov, eller omandre forhold som f.eks. kommunal og privat økonomi er avgjerande. Gunnar Rongen & Jostein Grytten presenterer iartikkelen sin i dette nummeret av Tidsskriftet (3) ein analyse av primærlegedekninga i norske kommunar i perioden 1986-92. Dei karakteriserer konklusjonane som oppmuntrande; legedekninga er statistisk sett relatert til forhold som alderssammansetning, sosialhjelpsutgifter og kommunestorleik; medan økonomi ikkje slår tydeleg ut. Forfattarane kjem

medei tillitserklæring til det kommunale sjølvstyret si evne til å tilpasse legedekninga etter nasjonale målsettingar utifrå lokale behov. Resultata av Rongen & Grytten sin sosialøkonomiske modellanalyse representerer eit interessant bidrag til beskriving og tolking av variasjonane i primærlegedekninga. Samstundes har analysen klare begrensingar som grunnlag for ei totalforståing av situasjonen.

---

## Lokal eller nasjonal styring?

Forfattarane vektlegg den lokale styringa med legemarknaden. Dei går ikkje inn på kva nasjonale tiltak har å seie. Da kommunehelsereforma blei innført i 1984, hadde vi ei relativt god legedekning i Distrikts-Noreg. Denne situasjonen var resultat av ei bevisst statleg satsing frå 1970-åra av med oppretting av ei rekkje nye distriktslegestillingar ogeit gunstig fastlønnsalternativ (4). Dette utgangspunktet utgjorde basisgrunnlaget for den primærlegefordelinga viseinare har hatt i distrikta.

Frå mai 1988 har nyoppretting av offentlege legestillingar og -avtaleheimlar vore regulerte, først med heimel imellombels lov om stillingsstopp for legar, frå juli 1989 basert på avtale mellom partane. Det sentralelegefordelingsrådet/-utvalet har framvist ein distriktsvennleg profil, særleg gjennom dei første verkeåra (I. Sønbo Kristiansen, personleg melding). Trass i dette skjedde det i perioden 1988-92 ei tydeleg utjamning av skilnadene ilegedekning mellom sentrale austlandsfylke på eine sida og dei to nordlegaste fylka på andre sida (1): Talet auka på landsbasis, veksten var særleg sterk i sentrale austlandsstrok, medan tilgangen i Troms og Finnmark var liten.

Det er elles kjent at utdanningsstad er viktig for kor legar søker arbeid. Medisinarstudiet i Tromsø har vore med på å sikre legetilgangen i Distrikts-Noreg (5). Sett på denne bakgrunnen er det grunn til å sjå kritisk på forslag som blei lanserte i Tidsskriftet tidlegare i år om å satse på Aker-Lørenskog eller Sverige for å auke kapasiteten for utdanning av legar i Noreg (6).

---

## Statistikk versus realitetar

Kommunehelsestatistikken frå Statistisk sentralbyrå (7), har usikre og svake sider. For dekning av primærlegar og beslektede tenester gir den truleg eit for gunstig bilete av Distrikts-Noreg samanlikna med sentrale strok. Statistikkener basert på kommunevis utfylte skjema, som går til byrået via fylkeslegen. Kommunane har nedlagt sterkt varierende innsats i utfyllinga, og har til dels tolka spørsmål ulikt. Fylkeslegane har hatt varierende tid, oversikt og kompetanse til å kvalitetssikre svara. Generelt sett er det slik at dess større kommunen er, dess vanskelegare er det å ha full oversikt både for kommunen sjølv og for fylkeslegen.

Registrering av årsverk seier mest om oppretta stillingar/heimlar, mindre om reell dekning og ingen ting om stabilitet. Ei kommunelegestilling som har stått ledig i månadsvis, og som elles har vore dekt av tilfeldige vikarar, kan bli



---

Publisert: 10. mai 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

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