

Ylf foreslår å begrense utdanningskapasiteten og harmonisere antall studieplasser og turnusplasser. Innen spesialistutdanningen vil foreningen ha endringer i stillingsstrukturen for å styrke medisinsk forskning og fagutvikling. Dette kan oppnås ved å opprette flere stillingskategorier og styrke bemanningen innen visse arbeidsområder.

– Hvordan vil Ylf gå videre med saken?

– Først skal vi følge opp fjorårets vedtak om å fjerne gebyrstipendordningen. Det blir viktig å etablere nye nettverk og alternative jobbmuligheter, selv om mulighetene er blitt betydelig innskrenket med fastlegeordningen og rammeavtalen om avtalepraksis for legespesialister som kom i 1997. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at økt medikalisering kan bli en bivirkning av legeoverskuddet og en dyr ordning for samfunnet, mener Bente Kristin Johansen.

### Medikalisering

«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 vil ha. I et samfunns- og folkehelseperspektiv, er det grunn til å spørre om vi er tjent med flere leger i landet.»

Det skrev fylkeslege i Sogn og Fjordane og forhenværende helsedirektør Petter Øgar

i en kronikk i Tidsskriftet i fjor (1). Han sier historien har vist at behovet for helsetjenester i stor grad er tilbudsstyrt, og han advarer styresmaktene mot å tro at samfunnet er tjent med enda flere leger.

– Det er ingen tvil om at kontrollen med nye legestillinger kombinert med en økt utdanningskapasitet har gitt resultater. På landsbasis er Norge i ferd med å få verdens beste legedekning. Likevel fortsetter vi å utdanne leger som aldri før. Spørsmålet som fremtvinger seg, er hvordan alle disse legene skal kunne få et meningsfullt arbeid uten å sykeliggjøre befolkningen gjennom overdreven diagnostikk, behandling og kontroll, og uten å påføre samfunnet store økonomiske utlegg. Hvis myndighetene ikke tar i bruk andre virkemidler for å regulere legemarkedet, ender vi opp med et medikalisert samfunn. Det er en høy pris å betale for å få fylt opp legestillinger, sier Petter Øgar.

Samtidig peker han på paradokset som ligger i at mens det nasjonale legemarkedet



Petter Øgar

bedrer seg, er det fortsatt legemangel i flere distriktsstrøk. Ikke minst gjelder dette Sogn og Fjordane.

– Sogn og Fjordane er et distriktsfylke som generelt vil måtte slite med rekruttering i sentraliseringstider. Men det er også grunn til å spørre om vi i dette fylket gjør nok for både å rekruttere nye leger og beholde de legene vi har. Et unntak er psykiatrien som har relativt god rekruttering.

– Hvordan kan vi oppnå god legedekning uten å overprodusere leger?

– Det kan skje ved en tilstrekkelig blanding av styrende og stimulerende virkemidler, og ved at både myndighetene og fagmiljøene i sterkere grad reiser debatten om hva som er dokumentert nyttig og godt legearbeid, konkluderer Petter Øgar.

– Tom Sundar, Tidsskriftet  
tom.sundar@legeforeningen.no

### Litteratur

1. www.legeforeningen.no/index.db?id=2628 (2.10.2001).
2. Øgar P. For få leger eller for mange pasienter? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 108–10.

## Snart legeunderskudd i EU?

### Innføring av arbeidstidsdirektivet, tidligere pensjonering og det at yngre leger prioriterer annet enn legearbeid, er de viktigste grunnene til at EU nå forventer et underskudd på leger i de fleste landene.

Det er først og fremst Italia som har et gedigent legeoverskudd med ca. 30 % arbeidsledighet, men også Tyskland har et overskudd. Ca. 8 000 leger er arbeidsledige.

– I landene med legeoverskudd har det ikke fått innvirkning på inntektsnivået. Når man først har jobb som lege, har man relativt sett både en høyere status og en høyere inntekt enn hva leger har i Norge, forteller Grethe Aasved, generalsekretær i Comité Permanent des Médecins Européens. – Så vidt vites, har ikke overskuddet ført til emigrasjon, men det ser ut til at leger pensjonerer seg tidligere nå enn før, fortsetter hun.

Hun kjenner ikke til om overskuddet har ført til medikalisering: – Egentlig er det et kommende legeunderskudd som engasjerer mest her nå. Vi ser at dette har en sammenheng med arbeidstidsdirektivet og at unge leger prioriterer annerledes, de vil bruke tiden til flere ting, ikke bare legearbeid. Bl.a. forventer man i Storbritannia i nær fremtid en

mulig mangel på leger på hele 30 %, og søker aktivt etter leger særlig i Tyskland.

Innføring av arbeidstidsdirektivet i løpet av 2003–05 kan få dramatiske konsekvenser for legearbeidsmarkedet. Direktivet kan sammenliknes med den norske arbeidsmiljøloven.

En dom fra Valencia i Spania konkluderte med at timer på hvilende vakt skulle telle fullt ut (1). Europas største fagforbund for leger, Marburger Bund (2), har nå reist rettsak for at konklusjonen i Valencia-dommen også skal gjøres gjeldende i Tyskland. Foreløpig kjenner man ikke til at de landene som har hatt et legeoverskudd, har hatt dårligere kvalitet på utdanningen.

### Leger over i andre yrker

– Overskuddet på leger har gitt mange negative erfaringer, sier Volker Hirschel, fagredaktør i et av de største generelle medisinske tidsskriftene i Tyskland. Ifølge ham fryktet man at det store antall leger ville føre til tryg-



Grethe Aasved

desystemets sammenbrudd, derfor ble etter hvert takstene i refusjonsordningene for medisinske tjenester redusert. I sykehus merket leger som ikke var «snille» at de hadde problemer med å beholde en underordnet stilling, og kontrakter utover to år fikk man ikke fordi det ville utløse rett til arbeidsavtale av lengre varighet.

På en kongress nylig (3) hevdet Frank Montgomery, formann i Marburger Bund, at av 12 000 uteksaminerte medisinerer hvert år dukker bare 6 000 opp på legearbeidsmarkedet. Likevel øker ikke arbeidsledigheten nå. Det skyldes at leger i stor utstrekning finner veien inn i andre yrker.

– Pål Gulbrandsen, Tidsskriftet  
pal.gulbrandsen@legeforeningen.no

### Litteratur

1. Andersen EJ. Europeisk overlegesamarbeid i siget. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2880.
2. www.marburger-bund.de (2.10.2001).
3. www.thieme.de/viamedici/kongress/mannheim\_2001 (28.9.2001).