
Er behovet for spesialister ubegrenset?

REDAKSJONELT

SKOGLUND E

I dette nummer av Tidsskriftet publiseres tre artikler som omhandler mangelen på spesialister innenfor henholdsvisgastroenterologisk kirurgi, neurologi og nyresykdommer (1-3).

Den problematiske situasjonen innenfor laboratoriefagene (4) er vel dokumentert. Også for anesthesiologi og radiologier det levert tilsvarende rapporter (5, 6).

Det kunne ha vært publisert 42 slike artikler, fordi vi får signaler fra alle spesialitetskomiteer ogspesialforeninger om at det utdannes for få spesialister, og at spesialistmangelen øker.

Hvis man relaterer mangelen på spesialister til antall ubesatte stillinger (7), finner vi den største mangelen i psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, fysikalsk medisin og rehabilitering og patologi. Andelen ubesatte stillinger har de siste årene økt mest innen patologi, psykiatri, fødselshjelp og kvinnesykdommer og medisinsk mikrobiologi.

Ubesatte stillinger er ikke et godt mål på behovet

Det må være anledning til å reise spørsmålet om antall ubesatte stillinger nødvendigvis er en god parameter påsituasjonen i fagområdet. Når psykiatri topper statistikken på ubesatte stillinger, og også ligger høyt på andelubesatte stillinger i siste femårsperiode, har det sammenheng med at det nettopp i psykiatri har vært stor vekst i antall stillinger. Fra 1990 til 1995 økte antall legestillinger i psykiatri med 127 (fra 710 til 837). Psykiatri er helt klart et fag som må utbygges videre, men situasjonen er ikke ensidig negativ.

Ved utgangen av 1995 var vel 400 overlegestillinger i offentlige sykehus ubesatte (ca. 10%). Man må imidlertid være klar over at det har vært en ikke ubetydelig vekst i antall overlegestillinger. Fra 1990 til 1995 økte antall besatteoverlegestillinger med 645. Antall overlegestillinger økte med 807 i dette tidsrommet. Legestillinger i sykehus totalt økte i perioden med 1023 (fra 5143 til 6166).

Ubesatte stillinger alene gir ikke et tilfredsstillende bilde av situasjonen. Man må heller se på den bemanning som finnes og om den kan dekke oppgavene ved avdelingen. Det er store forskjeller i bemanning på de forskjellige avdelinger. F.eks. kan patologisk avdeling ved ett sykehus være bemannet med fire overleger, mens en annen med samme befolkningsgrunnlag og arbeidsoppgaver har tre overleger og to assistentleger. Den ene avdelingen bidrar altså ikke i spesialistutdanningen. Slike forhold kan man finne eksempler på i alle fagområder. Det er ikke samsvar mellom behovet for spesialister og produksjon av nye ved den enkelte avdeling og heller ikke innenfor det enkelte fylke.

Behovet for et enhetlig nasjonalt system

Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS) (8) har en viktig overordnet oppgave. ULS burde gjennomgå all spesialiteter og alle sykehusavdelinger og gi råd til den enkelte avdeling om riktig stillingsstruktur for å oppnå optimal utdanningskapasitet i spesialistutdanningen. De faglige råd i denne sammenheng må gis av den enkeltes spesialitetskomité. Utredninger og forslag, som de tre artiklene i dette nummer av Tidsskriftet er gode eksempler på, er viktige innspill og godt grunnlagsmateriale for ULS. De eksisterende forhold demonstrerer at vi har 20 sykehuseiere som tenker og planlegger ut fra egen situasjon og ikke med et enhetlig nasjonalt system som siktemål.

Vi vet at det forekommer brudd på stillingsstrukturavtalens forutsetninger (8) idet det opprettes ulovligestillinger uten at noen har sanksjonsmuligheter. Når dette er en overlegestilling, kan det "stjele" en spesialist som kanskje trengs mer i et annet fylke.

Medisinens paradokser

Norge er blant de land som har best legedekning, både vurdert etter antall innbyggere per lege, og antall innbyggere per spesialist. I 1996 har vi noe dårligere dekning enn Island og Sverige, men bedre enn Danmark og Finland. Variasjonene i Norden er imidlertid marginale med variasjoner fra 300 (Island) til 360 (Finland) innbyggere per lege.

Siden 1980 er tallet på innbyggere per yrkesaktiv lege sunket fra ca. 500 til ca. 340, og innbyggere per yrkesaktiv spesialist (inklusive allmennmedisin og samfunnsmedisin) er sunket fra ca. 1250 til ca. 560. Antall yrkesaktive leger isamme periode er økt fra ca. 8000 til nærmere 13000. Ifølge en oversikt fra WHO (9) 1990 er variasjonene i Europa fra 1220 (Tyrkia) til 210 (Italia) innbyggere per lege. F.eks. har Tyskland 330 og Storbritannia 640. Slike forhold stiller kanskje heller ikke noe godt mål på kvalitet og service i helsevesenet?

Antall sykehusopphold i somatiske sykehus er fra 1980 til 1995 økt fra ca. 583000 til ca. 640000. Antall polikliniske konsultasjoner i somatiske sykehus er i samme tidsrom økt fra en million til nærmere tre millioner per år.

Det er et paradoks at ventelistene øker samtidig som produksjonen øker. Jo flere leger vi får, desto større blir legemangelen (10).

Kvantitet og kvalitet

Det burde kanskje være grunn til å bekymre seg mer over kvaliteten i spesialistutdanningen enn over kvantiteten. Så godt som alle leger utdanner seg til spesialist, enten i sykehus eller i primærhelsetjenesten. Det utdannes generelt sett flere spesialister hvert år enn året før (11). Enkelte uttrykker bekymring for at spesialistutdanningen tar forlang tid. Det tar i gjennomsnitt ni år fra norsk autorisasjon til første spesialistgodkjenning. De som bekymrer seg, synes å tro at dette har stor betydning for legedekningen. Det blir ikke flere leger i landet av korteres spesialistutdanning, og man glemmer at leger under spesialistutdanning hele tiden gjør et kvalifisert arbeid.

Det er tre forhold som er viktige for spesialistutdanningens lengde. Det ene er de faglige krav som gjør det nødvendig med en såvidt lang utdanning. Det er en erfaringsbasert utdanning under supervisjon og veiledning av erfarnespecialister. Denne type utdanning krever modning og innsikt som man skaffer seg over tid gjennom arbeid i faget.

Det annet er de sosiale forhold som medfører at spesialistutdanningen tar tid. Legen har familie, ansvar for barn, og ektefelle som også har et yrkesliv.

Det tredje er rammevilkårene for spesialistutdanningen. Disse er avgjørende for kvaliteten, og er også viktig dersom man skulle ha som mål å forkorte spesialistutdanningen. De siste års effektivisering og krav til produksjon har ført til at overleger er vanskelig tilgjengelige for assistentlegen. Overlege og assistentlege går f.eks. i liten grad visitt sammen, og det er ikke alltid tid til previsitt. Krav til produksjon og effektivitet skaper problemer for gjennomføring av veiledning, et svært viktig element i spesialistutdanningen, ikke minst for den personlige utvikling og de holdningsskapende og etiske sider ved spesialistutdanningen.

Det er grunn til å bekymre seg over kvaliteten på spesialistutdanningen dersom rammevilkårene for utdanning, fagutvikling og forskning ikke bedres i sykehusene. Det er sannsynligvis heller ikke på dette området noen fordel med 20 forskjellige sykehuseiere, hvor ingen synes å kunne ta det totale ansvar for et helhetlig nasjonalt nivå. Ifølge St.meld. nr. 50 (1993-94) (Helsemeldingen) (12), er Norge det nordiske landet som benytter minst til helseformål. Utgiftene per innbygger i Norge var omtrent tilsvarende som i Danmark, men høyere enn i Finland. I OECD-sammenheng ligger Norge omtrent midt på treet når det gjelder utgifter, kapasitet og liggetider ved somatiske sykehus. Offentlige helseutgifter utgjorde i 1992 6,7% av bruttonasjonalproduktet, og ble redusert til 6,4% av bruttonasjonalproduktet i 1995.

Hva har nytte? Hva er legearbeid?

Selv om det rike norske samfunn godt kunne bruke mer penger på helsetjenester, og kunne prioritere mer til helse istedet for andre sektorer, må det også være tillatt å stille spørsmål ved om helsetjenester bare skal vokse og utgiftene kontinuerlig øke (13). Har alle undersøkelser og alle former for behandling like stor nytteverdi? Burde vi finne ut hva som er unødvendige tjenester, og satse på de helt primære helsetilbudene som vi vet pasientene har nytte av? Representanter for de 49 medlemsstatene i WHO i Europa møttes i Ljubljana i sommer. Resultatet ble The Ljubljana Charter on Reforming Health Care (14). Charteret er basert på det prinsippet at helsetjenester først og fremst skal føre til bedre helse og livskvalitet for befolkningen.

Burde vi nøye gå igjennom og se hvilke oppgaver de forskjellige kategorier helsepersonell har? Gjør leger bare legearbeid? Må alt det sykepleiere gjør, utføres av sykepleiere? Noen er så dristige at de også spør om mange av de oppgavene sykepleiere og hjelpepleiere har, kan delegeres til pasientene og deres pårørende. Kan pasientene læres til å ta mer ansvar for egen helse? Må rollene og arbeidsoppgavene omfordes slik at ressursene kan utnyttes bedre?

Et eksempel på vellykket opplæring av pasienter og pårørende er diabetesbehandlingen. Dette har sannsynligvis spart samfunnet for mange kostbare sykehusdøgn.

Tilbud og etterspørsel når det gjelder helsetjenester følger ikke de vanlige mekanismer for tilbud og etterspørsel i samfunnet. Det synes også å ha blitt lavere terskel for å kreve helsetjenester. Selv om man ikke har en sykdom, kan man oppsøke helsetjenesten for å få pyntet på sitt friske legeme eller man gjennomgår grundige undersøkelser for å få bekreftet eller avkreftet at man er så frisk som man føler seg.

Konklusjonen er klar: Vi trenger uten tvil flere leger og spesialister. Det er imidlertid et ubegrenset behov for helsetjenester hvis samfunnet tar seg råd til det. Tilbud skaper etterspørsel. Utfordringen ligger i å finne nivået for nødvendige helsetjenester og behandling som gir nytteeffekt. Det må kunne trekkes klarere grenser for hva som er legearbeid, og hva andre kan utføre.

Einar Skoglund

LITTERATUR

1. Schlichting E, Solhaug JH. Spesialistmangel innen gastroenterologisk kirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3352-3.
2. Bovim G, Gilhus NE. Neurologi - kan rekrutteringen dekke behovet? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3354-8.
3. Nordal KP, Hartmann A, Leivestad T, Halvorsen S, Iversen BM, Widerøe T-E et al. Bemanningskrise i nefrologien. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3348-51.
4. Laboratoriemedisin i Norge, 8-94. Oslo: Statens helsetilsyn, 1994.
5. Brattebø G, Wisborg T. Hvordan monitorere utviklingen i en spesialistpopulasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1618-22.
6. Rapport om bemanning og stillingsstruktur. Oslo: Norsk radiologisk forening, 1995.
7. Årsmeldinger fra Legefordelingsutvalget og Det rådgivende utvalg for legers stillingsstruktur. Oslo: Statens helsetilsyn, 1993, 1994.

8. Stillingsstrukturavtalen. I: Årbok 1996-1997. Lysaker: Den norske lægeforening, 1996: 136-9.
9. Haffner J, Vigen J, red. Reports from National Medical Associations. Budapest: European Forum of Medical Associations with WHO, 1994.
10. Haug C. Mer helse for hver lege? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1990-1.
11. Skoglund E. Godkjente spesialister 1995. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1160-1.
12. St.meld. nr. 50 (1993-94). Samarbeid og styring.
13. Richards T. European health policy: must redefine its raison d'être. BMJ 1996; 312: 1662-3.
14. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. BMJ 1996; 312: 1664-5.

Publisert: 20. november 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. februar 2026.