

Ny kunnskap gir spesialisert medisin

Gjennombruddet for medisinsk forskning på slutten av 1800-tallet var starten for spesialisering av legeyrket. Leger skaffet seg ny kompetanse og averterte som spesialister. Lægeforeningen mente kunnskapen ofte var mangelfull og etablerte i 1918 regler for 13 spesialistutdanninger, innenfor «indremedisin, lungesykdomme og lungetuberkulose, fødselshjelp, hud og kjønnsykdomme osv.». I dag har norsk medisin 30 hovedspesialiteter og 14 såkalte grenspesialiteter.

Siden 1900 og frem til 2006 har antallet leger i Norge økt fra 890 til 19 800. I forhold til folketallet er dette en utvikling fra 2 517 innbyggere per lege til 235 innbyggere per lege. Samtidig har det blitt etablert en rekke spesialistutdanninger, en utvikling som har lagt grunnlaget for fremvekst og struktur av dagens høyspesialiserte sykehus.

Gjennombrudd for medisinsk forskning

Det medisinske faget var på begynnelsen av 1800-tallet preget av en holistisk tankegang. Utgangspunktet var helheten i stedet for summen av delene. Legene tok da utgangspunkt i pasientens sykehistorie som omfattet pasientens livsstil, moralske stilling og miljø, og utviklet fra denne en behandling som skulle gjenopprette kroppens likevekt (Bury 2001).

I første halvdel av 1800-tallet oppdaget forskere i Tyskland at levende materiale er bygget opp av cellestruktur. Mot slutten av 1800-tallet ble det et betydelig vendepunkt i medisinsk kunnskap. Uavhengig forskning på mikronivå, utført av tyskeren Robert Koch og franskmannen Louis Pasteur, viste at stavlignende bakterier var årsaken til sykdommen miltbrann. Dette medisinske gjennombruddet (1876) resulterte i at en klarte å identifisere årsaken til alvorlige sykdommer som gonoré, tuberkulose, tyfus og kolera. Identifisering av mikroorganismer som årsak til sykdom krevde konsentrasjon om avgrensede deler av kroppen. Denne nye tilnærmingen la grunnlaget for spesialisering innenfor det medisinske faget (Berg 1987).

Spesialistutdanning blir etablert i Norge

Spesialiseringen av medisinen i Norge begynte først ved at enkelte leger på egen hånd utviklet særinteresser eller skaffet seg mer spesialisert kompetanse på kontinentet (Berg 1987). Etter hvert begynte leger å annonsere sin virksomhet som spesialister. I løpet av 1890-årene ble det påpekt at leger fremsto som spesialister uten tilstrekkelig kompetanse. Enkelte leger averterte seg som spesialist få uker etter embetseksamen.

«Der bliver stadig færre av de begyndende læger i hovedstaden, der slaar sig ned som 'common practitioners'; stadig flere af dem averterer en eller anden 'specialitet', fordi de som specielt 'sagkyndige' kan vente at faa et præ fremfor de ældre læger, der ikke prætenderer at besidde nogen speciel sagkyndighed i en enkelt branche.

Anne Mundal

Spesialistutdanninger etablert av Den norske Lægeforening i 1918:

- Indremedicin
- Kirurgi
- Lungesykdomme og lungetuberkulose
- Fødselshjelp
- Kvindesykdomme
- Nervesykdomme
- Sindssykdomme, nervøse sindslidelser
- Barnesykdomme
- Hud og kjønnsykdomme
- Øre-, næse- og halssykdomme
- Øiensykdomme
- Massage, sygegymnastik og ortopedisk behandling
- Røntgenbehandling



Anne Mundal er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (anne.mundal@ssb.no)



... Den ene læge efter den anden slaar sig ned som specialist selv i de mest omfattende discipliner uden at besidde andre kvalifikationer til at kalde sig med dette navn end den: i nogle maaneder at have opholdt sig ved en eller flere kliniker i udlandet, ...

... Saa meget urimeligere bliver det at udgive sig for 'specialist' paa dette grundlag, naar de 'studiereiser til udlandet', som skulde berettigge hertil, ofte endog indskrænker sig til deltagelsen i saa brøstfældige 'hurtigkurser' som dem, der gaar under navnet 'feriekurser' i Berlin.»

Kilde: Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 1986.

Etter lang tids diskusjon i Den norske Lægeforening om problemet vedtok foreningen i 1918 å opprette 13 legespesialiteter med fastsatte regler for utdanning og praksis som tilfredsstilte kravet til godkjenning. I tillegg til de 13 godkjente opprettede spesialitetene var det åpning for å godkjenne andre spesialiteter i hvert enkelt tilfelle (se tekstboks).

Disse første spesialistreglene ble vedtatt av Legeforeningen og kunne derfor bare kreves av Legeforeningens medlemmer. Reglene ble imidlertid lagt til grunn for fastsettelse av refusjonstakster for spesialistpraksis i 1925 og dermed godkjent av myndighetene (Skoglund 2002a).

Etter at de første spesialitetene innenfor det medisinske faget ble etablert, har økt kunnskapsmengde og nye behandlingsmuligheter ført til at stadig flere legespesialiteter er blitt opprettet i løpet av 1900-tallet.

30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter

En medisinsk spesialitet ble av Eldjarnkomiteens innstilling i 1973 definert som følgende:

«En medisinsk spesialitet er en avgrenset del av det medisinske fagområdet. Avgrensningen er foretatt fordi det anses som nødvendig for å oppnå en adekvat forebygging, diagnostikk og behandling av de gitte sykdomsgrupper innenfor rammen av den planlagte utvikling av vårt helsestell.»

Spesialistutdanningen

Utdanningen for legespesialister kom til å bestå av en generell del, i tillegg til utdanning innenfor det aktuelle fagområdet. Den generelle delen av utdanningen omfattet fire måneders praksis ved kirurgisk avdeling, fire måneder ved medisinsk avdeling og ett års tjeneste i alminnelig praksis. Den andre delen av utdanningen bestod av tjeneste ved avdelinger som kunne gi utdannelse innenfor den aktuelle spesialitet.

Lengden på utdanningen varierte fra to til fire år, med unntak av røntgenbehandling hvor kravet kun var ett år. Lengst tjenestetid ble krevd for spesialisering innenfor kirurgi og indremedisin. Praktisk tjeneste i et mester-svenn- eller mester-lærling-forhold ble den viktigste delen av utdanningen. Det ble opprettet en bedømmelseskomité i hver spesialitet som avga innstilling overfor Legeforeningens sentralstyre. En lege kunne dermed bare avterere som spesialist dersom han hadde godkjenning fra Legeforeningen (Skoglund 2002a).

Det har vært en utvikling hvor det også har skjedd en spesialisering innenfor de «store» spesialitetene. Innenfor indremedisin og generell kirurgi er det opprettet såkalte grenspesialiteter. For å få godkjenning innenfor grenspesialitet må en også ha godkjenning innenfor hovedspesialiteten. I dag har vi i alt 30 hovedspesialiteter og 14 grensespesialiteter. Dersom en for eksempel vil bli spesialist i hjertesykdommer, endokrinologi eller lungesykdommer, må en også ha godkjent spesialistutdanning i indremedisin.

Det forekommer ytterligere faglige differensieringer innenfor de ulike spesialitetene som ikke medfører godkjenningsordninger og formaliserte krav, såkalte subspesialiseringer. Dette er kompetanse som fins på universitetssykehus og ved forskningsinstitutter uten at det nødvendigvis fører til opprettelse av nye legespesialiteter.

Allmennlegens rolle blir styrket

Spesialistutdanning for allmennmedisinere ble opprettet på 1980-tallet. Det ble gjort for å styrke kompetanse og faglig posisjon til allmennlegene. En spesialist i allmennmedisin fordyper seg ikke i en avgrenset del innenfor det medisinske faget, men kan sees på som en høyt kvalifisert generalist. Selv om allmennmedisineren er spesialist, er det fortsatt hun, som pasientens primære kontakt, som eventuelt vil henvise videre til spesialist.

Samfunnsmedisinere og arbeidsmedisinere er heller ikke spesialister i tradisjonell forstand, men arbeidet deres er rettet mot grupper av pasienter eller hele populasjoner.

Færre spesialiteter enn i EU

Nye legespesialiteter er ment å sikre høy kvalitet på behandlingstilbudet til pasientene. I Norge har myndighetene etter 1960 likevel vært mer restriktive med å innføre nye spesialiteter enn i flere andre vesteuropeiske land. Det betyr ikke at nye kompetanseområder mangler, men at de kan finnes innenfor eksisterende spesialiteter. Som tidligere nevnt har vi i dag 44 spesialistutdanninger i Norge.

Rådsdirektiv 2005/36 lister opp 52 spesialiteter hvor noen er overlappende. De 4 norske spesialitetene som ikke er inkludert i direktivet er medisinsk genetikk, onkologi, allmennmedisin og bryst-og endokrinkirurgi. 10 spesialiteter i Rådsdirektivet som Norge ikke har er radiologi (elektro radiologi), klinisk biologi, biologisk hematologi, stomatologi, nevro-psykiatri, dermatologi, venerologi, tropemedisin, allergologi og akuttmedisin.

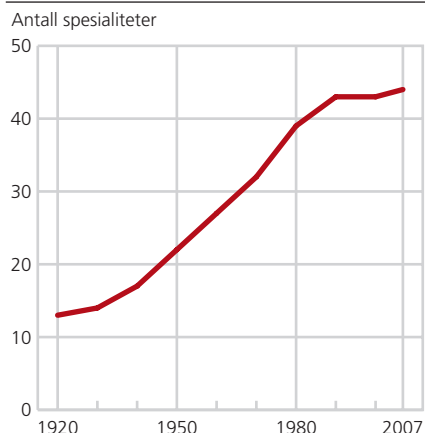
«Laveste forsvarlig faglig nivå» – nær bostedet

Grunner til en mer restriktiv holdning til nye spesialiteter her i landet er befolkningens størrelse, bosettingsmønsteret og økonomiske forhold.. Det såkalte LEON-prinsippet ble viktig for planlegging og utbygging av helsetjenesten. Pasienten skulle behandles på laveste effektive omsorgsnivå (ref.). Det ble sett på som best ressursutnyttelse å gi behandling på laveste faglig forsvarlige nivå og sikre behandling i nærheten av pasientens og pårørendes bosted.

Myndighetene satset på en regional utbygging av helsevesenet, slik at pasienter ikke unødige skulle henvises til et høyere nivå. På grunn av spredt bosettingsmønster har det også

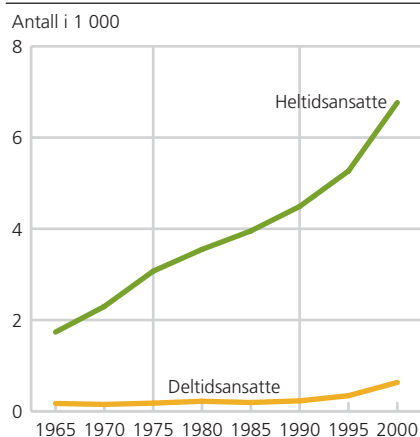


Figur 1. Antall spesialistutdanninger for leger. 1920-2007



Kilde: Den norske Lægeforening.

Figur 2. Antall leger ved somatiske sykehus. 1965-2000



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

av beredskapshensyn vært nødvendig med desentralisering av helsetjenesten. Med et lite befolkningsgrunnlag ble det svært kostbart å opprette spesialiteter innenfor smale medisinske fagområder. Man har likevel hatt muligheter for å satse på en mer uformell spesialisering ved regionssykehus og forskningsinstitusjoner, såkalt subspecialisering, som nevnt tidligere. Mangel på leger i distriktene og innenfor allerede etablerte spesialiteter har også bidratt til en mer restriktiv holding til innføring av nye legespesialiteter.

Staten overtar ansvaret i 1980

Den norske Lægeforening etablerte spesialistutdanning for leger i 1918 og har videreutviklet og drevet utdanningen i størstedelen av det forrige århundret. Ved lov om leger av 13. juni 1980 overtok staten ansvaret for spesialistutdanningen, men delegerte oppgavene med å godkjenne spesialister og utvikle utdanningen til Legeforeningen. Samarbeid med helsemyndighetene skjedde ved representasjon i spesialistrådet. Fra 1984 fikk Helsedirektoratet ansvaret for spesialistutdanningen av leger, men det er i dag fremdeles Legeforeningen som godkjenner spesialister (se figur 1).

I 1999 ble Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording etablert (NR). Det skal være rådgivende instans overfor helsemyndighetene i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføringen av og kvaliteten på all spesialistutdanning av leger. Det er også det organ som departementet delegerer beslutningsrett til, i alle overordnede spørsmål som berører gjennomføring av og kvaliteten i legers spesialistutdanning.

I andre nordiske land overtok myndighetene flere tiår tidligere ansvaret for spesialistutdanningen av leger.

Populært å ta spesialistutdanning

Det har vært svært populært for leger å ta spesialistutdanningen. I 1920 var det 115 godkjente spesialister i Norge. I 2005 var antallet økt til 16 800 (se figur 2). Av disse var 9 900 yrkesaktive i Norge. Den store differansen i tallene

skyldes at en rekke utenlandske leger har søkt spesialistgodkjenning i Norge, men arbeider i utlandet. Samtidig kan en lege ha flere spesialistgodkjenninger. Av spesialistutdanningene ble om lag 11 500 tatt innenfor somatisk spesialisert medisin, 1 600 innenfor psykiatri, 2 900 innenfor allmenntilleggsmedisin og 570 innenfor samfunnsmedisin.

Med kunnskapsutviklingen innenfor det medisinske faget har sykehus utviklet seg fra å være oppbevaringssteder for fattige på 1800-tallet til dagens høyspesialiserte sykehus. Antall sykehusleger har økt sterkt. Fra 1965 til 2000 økte antall heltidsansatte leger fra om lag 1 700 til nesten 6 800 (se figur 2).



Les mer i
På liv og død – Helsestatistikk i 150 år
 – en artikkelsamling om helsestatistikk og helsetilstanden i tidligere tider, og analyser av utviklingen fra 1800-tallet og frem til i dag.

(<http://www.ssb.no/emner/03/00/sa94/>)



Flest leger i somatiske sykehus

Til tross for stor etterspørsel etter leger innenfor kommunehelsetjenesten og psykiatrien, viser utviklingen i absolutte tall at antall leger i somatiske sykehus øker mest. I 1985 var om lag 4 000 legeårsverk knyttet til somatiske sykehus, vel 2 900 årsverk var knyttet til kommunehelsetjenesten, og nesten 600 årsverk var knyttet til psykiatriske institusjoner. I 2005 har antall legeårsverk ved somatiske sykehus økt til 8 200, omtrent 4 200 i kommunehelsetjenesten og om lag 1 400 ved psykiatriske institusjoner.

Somatisk medisin er det mest populære arbeidsområdet for legene. De somatiske sykehusene er på toppen av kunnskapspyramiden innenfor medisin, og her har det blitt gjort store medisinske fremskritt. Her er det muligheter for forskning, og innføring av nye diagnostiserings- og behandlingsmetoder skjer først her. Den medisinske utviklingen, sammen med økonomiske muligheter og prioriteringer, har ført til stadig vekst i antall spesialiteter knyttet til somatisk medisin og en økning i antall leger som er knyttet til somatiske sykehus.

Referanser

Berg, O. (1987): *Medisins logikk. Studier i medisins sosiologi og politikk*, Universitetsforlaget, Oslo.

Bury, M. (2001): *Illness narratives: fact or fiction? Sociology of Health & Illness*, Vol. 23 No 3.

Skoglund E. (2002a): *Legers videre- og etterutdanning. Fra kollegiale annonseringsregler til lovbasert spesialistutdanning*, *Ylf-forum*, 2002; nr. 8/9: 12– 4.

Litteratur

Den norske Lægeforening (1973): *Retningslinjer for opprettelse av nye spesialiteter og grenspesialiteter*, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, Nr. 9, 1973.

Mundal, A. (2002): «Personell ved somatiske sykehus: Sterk vekst og økt kompetanse», i *Sosialt utsyn 2002*, Statistisk sentralbyrå.

Skoglund, E. og A. Taraldset (2000): *Legemarkedet i Norden 1980–2000*, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, Nr. 17, 2000.

Skoglund E. (2002b): *Legers spesialistutdanning: et historisk tilbakeblikk*, *Ylf-forum*, 2002; nr. 10: 14– 7.

Skoglund E. (2003): *Legers spesialisering: Spesialisering av leger – Legeforeningens rolle frem til i dag*, *Ylf-forum*, 2003; nr. 1: 10– 3.