



Hudleger går til helprivat praksis

DEBATT

PETTER GJERSVIK

petter.gjersvik@medisin.uio.no

Petter Gjersvik er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, professor emeritus ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, og tidligere leder i Norsk forening for dermatologi og venerologi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Flere og flere hudspesialister slutter ved universitetssykehusene og går over til helprivate helsesentre i de største byene. Vi har fått et todelt helsevesen for pasienter med hudsykdommer.

Pasienter med hudsykdom som trenger spesialisttilsyn, kan henvises av sin fastlege til hudleger i avtalepraksis og offentlige poliklinikker. Men ventetiden er ofte lang. Mange pasienter velger derfor å søke hjelp ved helprivate helsesentre i Oslo-området og andre store byer, der ventetiden er kortere og betalingen mye høyere.

Norge har rundt 260 yrkesaktive hudleger under 70 år (inkludert leger i spesialisering), altså vesentlig færre enn antall øyeleger (rundt 550) og øre-nese-hals-leger (rundt 460) (Anders Taraldset, personlig meddelelse). Tilsvarende er antall sykehusavdelinger henholdsvis 8, 16 og 19 (1). Spesialistutdanningen i hudfaget foregår i all hovedsak ved universitetssykehusene i Oslo, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø, i tillegg har Haugesund, Førde og Ålesund noen få utdanningsstillinger (1). Rekrutteringen er god. Hudavdelingen ved Oslo universitetssykehus er landets største og *den eneste* i hele Helse Sør-Øst (med unntak av en liten poliklinikk i Elverum) og skal utdanne hudspesialister til hele regionen.

Økende lekkasje fra sykehusene

En spådom for noen år siden om at faste stillinger for leger i spesialisering kunne føre til en «propp» i spesialistutdanningen i hud- og veneriske sykdommer (2), har ikke slått til. Til gjengjeld har flere og flere hudleger ved sykehusene sluttet for å gå over i privatpraksis, ofte ved helprivate helsesentre i nærområdet. Dette har særlig rammet Oslo universitetssykehus, men også universitetssykehusene i Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø, og gjelder både erfarne overleger, hvorav flere med doktorgrad, og ferske

spesialister. Antall hudleger i helprivat praksis i Oslo og Akershus har på få år blitt mer enn fordoblet til rundt 35 (Jan C. Sitek, personlig meddelelse). Få søker seg til andre deler av landet (2,3).

«Pasientene får lengre ventetid på sykehusene, der det blir vanskeligere å gi forsvarlig pasientbehandling og å drive god fagutvikling og forskning»

Nå kan leger som ennå ikke har fullført sin spesialitet, få tilbud om å begynne på helprivate helsesentre. Andre blir konstituert i overlegestilling, og noen overlegestillinger blir stående ubesatt. Også øyefaget rapporterer om en lekkasje av spesialister ut av sykehusene (4). Vil flere fag følge etter?

Sykehusene mister på denne måten erfarne leger nettopp når legene har opparbeidet seg spesialkompetanse og er midt i sin spesialistkarriere. Gevinsten av det sykehusene har investert i dem, flyttes fra det offentlige til det helprivate. Pasientene får lengre ventetid på sykehusene, der det blir vanskeligere å gi forsvarlig pasientbehandling og å drive god fagutvikling og forskning.

Mange og ulike årsaker

Årsakene til at hudleger forlater en arbeidsplass med givende og utfordrende oppgaver, varierer, og det dreier seg ikke bare om lønn. Et sykehussystem oppleves ofte som komplisert, rigid og med lange beslutningsprosesser, og noen leger i spesialisering forteller at de savner en tydeligere karriereplanlegging. Prestisjen ved å ha en fast overlegestilling på et universitetssykehus er ikke den samme som før.

I det helprivate helsevesenet forteller hudleger om mer autonomi, mer fleksibilitet og større gjennomslag for sine forslag til bedre organisering. De melder om meningsfylte arbeidsoppgaver og pasienter med utslett og hudlesjoner som burde blitt tatt hånd om i det offentlige helsevesenet. Dette dreier seg ikke om banaliteter og kosmetikk. Flere helprivate sentre har blitt veletablerte og robuste fagmiljøer der legene opplever å ha god kollegial og faglig støtte.

«Legers mobilitet er ikke lenger hva den engang var. Hudleger er som folk flest og vil nødig flytte på seg»

Legers mobilitet er ikke lenger hva den engang var. Hudleger er som folk flest og vil nødig flytte på seg. De vil helst fortsette å bo der de kommer fra eller har fått sin spesialistutdanning (2). Der har de slått seg ned, ofte med ektefelle i stedbundet jobb og barn i skole. Overlegestillinger og avtalepraksiser i andre deler av landet blir dermed stående ledige eller besatt av leger med spesialistutdanning fra utlandet (2,3). Spesialisthelsetjenesten for pasienter med hudsykdommer har et distriktsproblem.

Skjev geografisk rekruttering

Ansettelse i utdanningsstillinger skal skje på grunnlag av kvalifikasjoner og ikke geografisk tilhørighet (5). Mye av rekrutteringen ser ut til å skje blant unge leger med en tilhørighet til universitetssykehusenes omegn (2,3). Dette kan være med på å forklare hvorfor så få hudleger søker stillinger eller avtalepraksis i andre deler av landet.

Helse Sør-Øst har skjønnet at regionen har et problem og nedsatte nylig en prosjektgruppe for å se hva som kan gjøres. Gruppen anbefalte å opprette offentlige hudpoliklinikker ved sykehus i Agder og Innlandet som på sikt kan ha stillinger for leger i spesialisering (3). Et

forsøk på å tilsette en hudlege ved Sørlandet sykehus som en forsiktig start, lyktes likevel ikke.

Mange politikere sier de er imot at vi skal få et todelt helsevesen der de som kan og er villig til å betale mer, kan få raskere spesialisttilsyn fra helprivate helsetjenester. Men der er vi allerede: I Oslo og Akershus er det nå rundt 35 hudleger i helprivat praksis, 23 hudleger i avtalepraksis og 12 overleger på sykehuset (Jan C. Sitek, personlig meddelelse). Hvis utviklingen fortsetter uendret, kan sykehusavdelingene for hudsykdommer bli redusert til opplæringsarenaer og mellomstasjoner i legers spesialistkarriere, hudlegedekningen i distriktene vil forbli svak, og pasientbehandling, fagutvikling og forskning vil bli dårligere.

Petter Gjersvik er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Han har ikke deltatt i den redaksjonelle behandlingen av artikkelen.

REFERENCES

1. Godkjent og registrerte utdanningsvirksomheter. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/godkjente-og-registrerte-utdanningsvirksomheter> Lest 26.10.2022.
2. Gjersvik P, de la Rosa Carrillo D, Grimstad Ø. Hudleger vil helst bo i Oslo. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 519–20. [PubMed][CrossRef]
3. Styrking av behandlings- og utdanningstilbudet innen hudsykdommer. Oslo: Helse Sør-øst, 2021.
4. Kongsrud A. Rekrutteringsutfordringer i øyefaget. Overlegen 2022; 22: 6–7.
5. Eikeland J. Den best kvalifiserte. <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/temaartikler/den-best-kvalifiserte/> Lest 7.11.2022.

Publisert: 12. desember 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0688

Mottatt 27.10.2022, første revisjon innsendt 8.11.2022, godkjent 8.11.2022.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. februar 2023.