

Leger i mindretall

Antall medisinstudenter i Norge har økt betydelig de siste årene. Ved Det medisinske fakultet i Trondheim økte studenttallet med 146 % fra 1994 til 2003, mens årsverk i lærerstabene økte med 69 % blant medisinerere og 596 % blant ikke-medisinerere. Veksten var sterkest blant stipendiatene; 84 % for medisinerere og 1 044 % for ikke-medisinerere. Dette viser en endret struktur i sammensetningen av det vitenskapelige personalet ved fakultetet. Tiltak for bedre vilkår for leger i akademisk medisin etterlyses.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Anna Midelfart

anna.midelfart@ntnu.no

Ivar Skjåk Nordrum

Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7006 Trondheim

Jana Midelfart Hoff

Det medisinske fakultet
Universitet i Bergen

Akademisk medisin har i lengre tid vært i en vanskelig situasjon i flere land. Fra Storbritannia rapporteres det om behov for 1 000 kliniske akademiske stillinger i 2006 i forbindelse med en 60 % økning av studieplasser i medisin (1). I 2002 var 20 % av alle lektorater og 10–20 % av alle professorater i medisin i Storbritannia ubesatt, mens antall leger med akademiske kvalifikasjoner i klinisk arbeid falt med 12 % fra 1996 til 2001. Den akademiske medisin omtales som «en haltende maskin» (2).

I Norge ble antall studieplasser i medisin økt kraftig for 10–15 år siden pga. lege-mangel. Fra 1995 til 2003 økte antall medisinstudenter i Norge fra 2 245 til 3 191, en økning på 42 % (Anders Taraldset, Den norske lægeförening, personlig meddelelse). I samme periode økte antall vitenskapelige legestillinger med kun 1,4 % (3). Til sammenlikning var veksten i antall stillinger for overordnede sykehusleger 32 %, underordnede sykehusleger 45 %, turnusleger ved sykehus 42 % og i kommunehelsetjenesten 51 % (3).

En nesten fordobling av antallet medisinstudenter i Norge er således ikke blitt fulgt av en økning i antall leger i akademiske stillinger. Hva skyldes dette? En mulig forklaring er endret rekrutteringsprofil til vitenskapelige stillinger i medisin i de senere år. Flere rapporter har pekt på nedgangen i andelen leger i disse stillingene (4–7). Fra 1991 til 2001 sank legeandelen blant stipendiatene ved de medisinske fakultetene fra 64 % til 40 % (7). Verst var situasjonen innen basalfag der legeandelen sank fra 54 % til 19 %. Også det absolute antall legestipendiater har gått ned. Mens det i 1993 var 290 legestipendiater ved de medisinske fakulteter, var antallet i 2001 kun 244 (7), til tross for at det totale antallet stipendiatstillinger i medisin ble tredoblet fra 240 i 1987 til 743 i 2001 (7). Sammenliknet med andre nordiske land hadde Norge i perioden 1990–98 den laveste andel doktorgrader i medisin (7).

Norsk akademisk medisin er i rekrutteringskrise, noe som på sikt vil svekke relevansen for medisinsk forskning. Situasjonen har utviklet seg til det verre til tross for tiltak som vektlegging av medisinsk utdanning ved tilsetning i stipendiatstillinger og opprettelse av egne forskerlinjer i medisinsk grunnutdanning (8, 9). Flere undersøkelser tyder på at hovedårsaken til denne utviklingen er lav lønnsnivå og dårlige arbeids- og forskningsvilkår (7, 8, 10–12).

Ikke-medisinerere erstatter medisinerere

Hvordan har så sviktende rekruttering av leger, kraftig økning av antall studieplasser og opprettelse av nye stillinger innvirket på sammensetningen av det vitenskapelige personalet ved de medisinske fakultetene? Styret i Leger i vitenskapelige stillinger (LVS) og Forskningsutvalget i Legefor-

eningen ønsket å undersøke dette nærmere. Vi rettet derfor henvendelser til administrasjonen ved de fire medisinske fakulteter i Norge for å få relevante data for vitenskapelig og ikke-vitenskapelig personale i årene 1994, 1999 og 2003. Bare fra fakultetet i Trondheim var det mulig å få inn sikre tall med henblikk på utdanningsbakgrunn og utførte årsverk. På grunn av mange deltidsstillinger ble det registrert årsverk istedenfor stillingsantall.

Ved fakultetet i Trondheim var veksten i studentantallet på 146 %, dvs. 240 studenter i 1994 til 590 studenter i 2003. Årsaken var innføringen av fullt medisinstudium og en sterk økning av antall studieplasser. Blant det vitenskapelige personalet økte antallet årsverk fra 77,7 i 1994 til 234,1 i 2003, en økning på 201 %. Det var en relativt svak økning i antall årsverk utført av medisinerere (69 %), fra 58,3 til 98,3 årsverk, og en meget sterk økning av antall årsverk utført av ikke-medisinerere (596 %), fra 19,5 til 135,8 årsverk (fig 1). Antall stipendiatstillinger økte fra 14,6 til 74,9 årsverk i samme periode (413 % økning), og antall postdoktorstillinger fra ingen til 22,6 årsverk.

Antallet årsverk for professor, amanuensis og lektor økte med 101 %, fra 63,2 til 127,1 årsverk, altså svakere enn veksten i studenttallet. Veksten blant medisinerere i slike stillinger var på 57 % (henholdsvis 48,7 og 76,4 årsverk) mot 250 % blant ikke-medisinerere (henholdsvis 14,5 og 50,7 årsverk). For professor I-gruppen var veksten blant medisinerere 82 % (henholdsvis 18 og 32,7 årsverk) og blant ikke-medisinerere 232 % (henholdsvis fem og 16,6 årsverk).

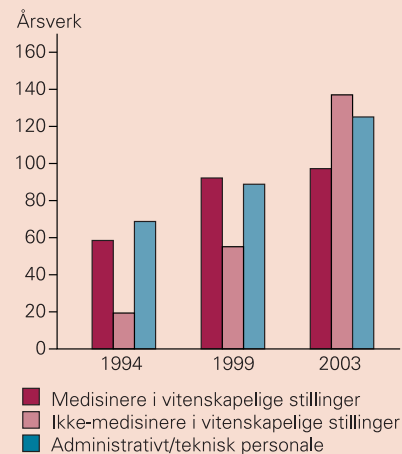
Antall medisinerere i stipendiatstillinger økte fra 9,6 til 17,7 årsverk (84 % økning), mens antallet blant ikke-medisinerere var henholdsvis fem og 57,2 årsverk (1 044 % økning). I 2003 ble det i tillegg registrert 0,5 årsverk blant medisinerere og ni årsverk blant ikke-medisinerere i stillinger som vitenskapelig assistent og 3,7 årsverk blant medisinerere og 8,9 årsverk blant ikke-medisinerere i postdoktorstillinger.

Fakultetet i Trondheim som eksempel

Undersøkelsen viser en betydelig endring i den faglige sammensetning av det vitenskapelige personalet ved Det medisinske

Manuskriptet ble godkjent 10.11.2005.

Figur 1



Ansatte i vitenskapelige stillinger ved Det medisinske fakultet i Trondheim i 1994, 1999 og 2004 omregnet til årsverk og fordelt på utdanningsbakgrunn som medisinerere og ikke-medisinere, samt administrativ/teknisk personale

fakultet i Trondheim i årene 1994–2003. Antallet leger i akademiske stillinger har økt vesentlig mindre enn veksten i studenttallet. Samtidig økte antall ikke-medisinere i vitenskapelige stillinger prosentvis fire ganger mer enn studenttallet. Det er først og fremst realister som har erstattet legene blant professorene ved universitetene i denne perioden, mens det i mellomstillingene er særlig samfunnsvitere og personer med annen utdanning (7).

Det var ikke mulig å få en fullstendig oversikt over utdanningsbakgrunn og stillingsbrøkdeler for alle ansatte fra de andre tre fakultetene i Norge. Mange vitenskapelige stillinger er deltidsstillinger eller bistillinger, spesielt blant medisinerere, og publiserte tall med stillingsantall vil da ofte gi et misvisende bilde (13).

Tallene fra Det medisinske fakultet i Trondheim brukes derfor som illustrasjon av den aktuelle situasjon, men vi har ikke grunn til å tro at situasjonen andre steder er radikalt annerledes. Mulige forskjeller kan skyldes ulikheter i rekrutteringsstrategi og oppbygging av undervisningen i basalfag i Trondheim. Dessuten fører satsing på medisinsk teknologi i Trondheim til rekrutteringen av realister til stipendiatstillinger. På den annen side var dette fakultetet først ute med innføringen av problembasert læring (PBL) i 1993, noe som innebar en større vektlegging av leger som undervisere. Den relativt sterke veksten av antall ikke-medisinere i vitenskapelige stillinger i medisin har resultert i at medisinerere har måttet ta en større andel av undervisningen for å oppfylle studiemodellens målsetting.

Legger sikrer den kliniske relevans

Samspeillet mellom leger og forskere med en annen utdanningsbakgrunn er viktig for å oppnå en høy kvalitet på medisinsk forskning. For den kliniske relevansen av forskningen er det likevel uheldig at antall leger blir for lavt. Fra Norges forskningsråd har man ved flere anledninger påpekt at den stadig synkende andelen leger i akademiske stillinger er alvorlig (7). Dagens forskningsstrategi legger stor vekt på nødvendigheten av translasjonsforskning, noe som i medisin betyr det å knytte kunnskaper fra basal-forskning til klinisk medisin og på sikt oppnå en helsegevinst. Legers deltakelse i medisinsk forskning er derfor meget viktig for dens relevans.

Det er antakelig en grense for hvor stor andel av undervisningen i medisin som kan ivaretas av andre enn leger uten at kvaliteten på leger grunn- og videreutdanning svekkes. I dag er det forskningsinnsats som belønnes, noe som fremmer satsing på forskergrupper med maksimal publiseringsproduksjon. Undervisning blir en ikke-prioritert oppgave, idet det nærmest ikke finnes belønningsmekanismer for kvalitet og kvantitet av undervisningen (14). Forskere med ikke-medisinsk utdanning kan ofte kun delta i undervisningen av medisinstudenter på teoretisk nivå, og mesteparten av praktisk undervisning må dermed ivaretas av medisinerere.

Omorganiseringen av helsevesenet i Norge de siste årene vil muligens forbedre rekruttering av leger til forskning, idet helseforetakene ønsker å øremerke en bestemt prosentandel av sine budsjetter til dette formålet. Budskapet om slik satsing er likevel ikke entydig, fordi det samtidig fremmes krav om økt effektivitet og innsparing. Legger man kun vekt på produksjonstall, vil forskningen alltid tape.

De fleste vitenskapelige stillinger i medisin er knyttet til de medisinske fakulteter, som dermed har et stort ansvar for utviklingen innen medisinsk forskning. Sammen med Den norske lægeforskningsforening må fakultetene i sterkere grad enn hittil være med på å kartlegge årsaker til den sviktende interesse for akademisk medisin blant leger og styrke rekrutteringen. Våre tall viser at leger nå er i mindretall i vitenskapelige stillinger ved Det medisinske fakultet i Trondheim. Manglende rekruttering er hovedårsaken til dette. Spørsmålet er om denne situasjonen er ønskelig og om den er til det beste for medisinsk forskning og undervisning. Dersom svaret er nei, haster det med radikale tiltak. Nå må det gjøres en aktiv innsats, man kan ikke lenger passivt vente på bedre tider. I Storbritannia har prosessen om å forbedre vilkår for medisinske forskere og undervisere i fremtiden, nettopp startet (15).

Litteratur

- MacDonald R. Survey shows serious shortage of medical academics in the UK. *BMJ* 2002; 324: 446.
- Stewart PM. Academic medicine: a faltering engine. *BMJ* 2002; 324: 437–8.
- Taraldset A. Stadig flere sykehusleger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3103.
- Nerdrum L. Forskerrekruttering til medisin og helsefag. Situasjonsbeskrivelse og behovsanslag mot år 2015. NIFU-rapport nr. 5/1999. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, 1999.
- Røttingen J-A, Thorsby P, Seem C et al. Status for norsk medisinsk forskning. Oslo: Den norske lægeforskningsforening, 1998.
- Nes M, Røttingen J-A. Leger og forskning – når er bunnen nådd? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 344–5.
- Nøkkeltall for medisinsk og helsefaglig forskning 2003. Oslo: Norges forskningsråd, Medisin og helse, 2003.
- Røttingen J-A, Iversen JG, Brodal P. Rekruttering av studenter til medisinsk forskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4111–4.
- Rekruttering av leger til medisinsk forskning. Handlingsplan. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1998.
- Midelfart A. Lønns- og arbeidsvilkår for vitenskapelige mellomstillinger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1725–7.
- Midelfart A, Faxvaag A, Pettersen HB et al. Arbeids- og lønnsvilkår for amanuenser og lektorer i medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112, 3231–4.
- Midelfart A. Rekrutteringskrisen i medisinsk forskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1116.
- Årsrapport 2003. Trondheim: Det medisinske fakultet, NTNU, 2004.
- Pramanik J. Academic medicine: who is it for? We need teachers to train teachers. *BMJ* 2005; 330: 361–2.
- Medically and dentally qualified academic staff: recommendations for training the researchers and educators of the future. London: UK Clinical Research Collaboration, 2005.