

eiere. Bedriftsøkonomisk teori sier hvordan det målet kan nås. Slik tenkning for et sykehus vil være katastrofalt. Her har Haug og samfunnsøkonomer sammenfallende syn. Selv mislykkede forsøk på lindrende behandling hos eldre, uproduktive pasienter er «samfunnsøkonomisk lønnsomt» dersom man verdsetter «følelsen av å bli tatt vare på» høyt nok. Derfor er det meste av det helsetjenesten i Norge gjør «samfunnsøkonomisk lønnsomt». Det forhindrer ikke at den samfunnsmessige lønnsomhet kan økes ytterligere ved en annen anvendelse av ressursene.

Haug refererer et utsagn fra statsråd Tønne: «Det er mange formål som vil være samfunnsøkonomisk lønnsomme, men som vi likevel ikke kan få plass til uten å undergrave stramheten i økonomien.» Dette var hans begrunnelse for å avslå en søknad om en blåreseptordning. I en skikkelig samfunnsøkonomisk kalkyle burde negative følger av «stramhetsproblemet for økonomien» inngå i kalkylen som en kostnad. Tønnes utsagn viser at heller ikke han forstår begrepet «samfunnsøkonomisk lønnsomhet», og det er alvorlig!

Nordbyhagen *Hans Th. Waaler*
Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF)
Sentralsykehuset i Akershus

Litteratur

1. Haug C. Makten flyttes. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2139.

C. Haug svarer:

Hans Th. Waaler påpeker, helt korrekt selv sagt, at «samfunnsøkonomisk teori har som mål å bruke ressursene slik at det er best mulig å være menneske i samfunnet». Problemet er at selv om den generelle definisjonen er grei, er det ikke gitt at det er enighet om hva som er best for menneskene, eller hvordan ressursbruk, kostnader og gevinster skal måles eller måles mot hverandre.

Når den samfunnsøkonomiske teorien skal brukes i praksis, f.eks. til å si noe om hva som representerer samfunnsmessige forbedringer og hva som er mest mulig «lønnsomt» ressursbruk, blir det atskillig vanskeligere. Derfor ender ofte økonomene opp med å bruke et snevrere begrep når de skal beregne «samfunnsøkonomisk lønnsomhet». De setter opp regnestykker som viser kostnader og gevinster, som oftest i kroner, ved ulike tiltak. F.eks. kunne de i eksemplet som var brukt i lederartikkelen, vise at det koster mindre for samfunnet å dekke utgifter til medikamenter mot revmatoid artritt enn dyrere behandling og kanskje tapte skatteinntekter på et senere tidspunkt.

Jeg er helt enig med Waaler at denne måten å beregne «samfunnsmessig lønnsomhet» på er altfor snever. Det var derfor jeg satte betegnelsen i anførselstegn. I en slik snever forstand av begrepet er det lite av

det vi gjør i helsevesenet som er «lønnsomt». Mitt poeng her var at selv når det faktisk var lønnsomt, valgte helseministeren i første omgang å treffe en annen beslutning. Det er fordi helsepolitikk dreier seg om mer enn objektive beregninger – ikke minst verdisyn og prioriteringer.

Waalder peker med sitt innlegg på viktige utfordringer ved hvordan samfunnsøkonomiske beregninger må gjøres for å være meningsfylte. Man kan, som han understreker, sette opp regnestykker som er atskillig mer komplekse enn dem som vanligvis settes opp i dag. Men hvordan livskvalitet eller ekstra leveår skal verdsettes er ikke et spørsmål om avanserte regnestykker, men om preferanser, valg og prioriteringer. Jeg takker for kommentaren og for muligheten til å utdype dette nærmere.

Oslo *Charlotte Haug*

Om spesialistutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer

I Tidsskriftet nr. 18/2001 har Ingrid Petrikke Olsen et innlegg hvor hun blant annet refererer noen av de utsagn foredragsholdere har kommet med ved enkelte av de obligatoriske kursene i fødselshjelp og kvinnesykdommer (1). Som eksempler på hårreisende utsagn nevner hun «Assistentleger skal aldri stå alene med laparoskopier», «fødeavdelinger med mindre enn 1000 fødsler per år er ufor-svarlige» og «man bør følge effekten av østrogenbehandling ved å måle beintettheten» (1).

Spesialitetskomiteen ønsker at utdanningskandidatene på kursene skal få oppøvd sin kritiske faglige vurderingsevne. Vi skal utdanne gynekologer som skal kunne fungere som generelle gynekologer i overlegestillinger på store og små norske sykehus (2). Disse må selvstendig kunne vurdere den faglige informasjonsflommen. En målsetting med kursene er å oppøve den evnen. Kunnskapsbasert medisin er gullstandarden, både når det gjelder holdning til kunnskap og hva som skal formidles.

Det er en målsetting at de obligatoriske kursene skal bringe kandidatene i kontakt med de faglige spissmiljøene i landet innen en del sentrale emner. «Spissmiljøer» i denne sammenheng er de miljøene som gjennom forskning tilfører oss ny kunnskap og sørger for fagutvikling, enten de er knyttet til universitetsklinikker eller ikke.

At foredragsholdere fremmer synspunkter som er kontroversielle, må være helt riktig – det skaper diskusjon. Gjennom kurs-evalueringen bidrar deltakerne til å forbedre kursene. Spesialitetskomiteen har ett medlem i hver kurskomité, og vet at kurskritikken blir lagt merke til. Synspunktene til foredragsholderne er ikke autorisert, verken av

Norsk gynekologisk forening eller av Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Vi er enige med Olsen i at kompetente utdanningskandidater selvfølgelig må laparoskopere alene når tilstrekkelig trening er opparbeidet, at fødeavdelinger godt kan drive forsvarlig med mindre enn 1000 fødsler i året og at det ikke er grunn til rutinemessig å gjøre beintetthetsmålinger hos kvinner som får østrogen.

Spørsmålet om subspecialisering er komplisert. Generalforsamlingen i Norsk gynekologisk forening besluttet i 1999 med stort flertall å foreslå grenspesialitet innen gynekologisk onkologi. Denne saken er ikke avgjort. Den norske lægeforening har vært meget restriktiv når det gjelder opprettelse av grenspesialiteter og nye spesialiteter, og Nasjonalt råd har lagt seg på samme linje. I den europeiske takorganisasjonen av medisinske spesialistorganisasjoner (UEMS) er det et mer nyansert syn. Innen vår spesialitet har UEMS vedtatt tre grenspesialiteter (gynekologisk onkologi, endokrinologi/infertilitet og perinatal medisin). Etter vårt syn er det lite aktuelt i Norge å foreslå ytterligere to grenspesialiteter innen fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Trondheim/Ålesund *Oddvar Sviggum*
Norsk gynekologisk forening

Bjørn Backe
Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer

Litteratur

1. Olsen IP. Spesialistutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2205–6.
2. Målbeskrivelse for spesialiteten Fødselshjelp og kvinnesykdommer. <http://www.legeforening.no/index.db2?id=1297> (22.8.2001).

I.P. Olsen svarer:

Det er betryggende å lese at representanter for Spesialitetskomiteen og Norsk gynekologisk forening er enige med undertegnede når det gjelder innholdet i det jeg kaller hårreisende utsagn. At foredragsholdere fremmer kontroversielle synspunkter, som igjen skaper diskusjon, er jeg en stor tilhenger av. Også fra et pedagogisk synspunkt vil det være en fordel å aktivisere tilhørerne. Men å tro at utdanningskandidater, med ulik fartstid, skal tore å tale den fremste ekspertisen midt imot, blir dessverre litt for naivt. Mitt forslag til løsning er å inkludere en generell gynekolog i gjennomføringen av hvert obligatoriske kurs. Slik kan man få de diskusjonene Oddvar Sviggum & Bjørn Backe finner å være et helt riktig element i de obligatoriske kursene. Forslaget ble på forsommeren oversendt til Spesialitetskomiteen for fødselshjelp og kvinnesykdommer. Av Sviggum & Backes svar synes jeg å lese mellom linjene at dette kanskje ikke er et umulig forslag?