

Hvem er spesialist på hva?

Michael 2026; 23: 219–222

doi: 10.5617/michael.13585

Økende spesialisering i helsetjenesten har gitt store gevinster, men har også utfordret breddekompetansen og beredskapen. Spesialisttittel gir status og makt, og det finnes spesialister også i kommunehelsetjenesten. Kanskje ville betegnelsene primær- og sekundærhelsetjeneste eller første- og annenlinjetjeneste bidratt til en bedre balanse mellom nivåene i helsetjenesten?

«En spesialist er en som studerer eller arbeider med en bestemt gren av et fag, det vil si en person med særlig gode kunnskaper på et område» (1).

Spesialisering av leger har vært omstridt fra begynnelsen. Dagens legerolle ble skapt som en fusjon av teoretisk skolerte medisinerer og håndverkere med bakgrunn som bartsjærere. På 1800-tallet var enhetstanken sterk blant de medisinske professorene ved Det kongelige Frederiks universitet. De mente at medisinen var en helhet som måtte bevares (2). Kunnskapsutviklingen utfordret denne holdningen, og mot slutten av århundret begynte leger å betegne seg som spesialister i ulike medisinske disipliner.

I 1918 vedtok Den norske lægeforening å opprette de første 13 godkjente legespesialitetene. Det ble utarbeidet utdanningsregler, og spesialistgodkjenning kunne bare gis til medlemmer av foreningen (3).

Hensikten var først og fremst å regulere hvem som kunne markedsføre seg som spesialist. Den reguleringen gjelder fortsatt. «Kun tittel knyttet til godkjente norske spesialiteter og kompetanseområder kan benyttes» heter det i dagens etiske regler for leger (4).

Antall spesialiteter har økt. I 1980 var det 38 godkjente legespesialiteter i Norge. I 2026 er det 46, og flere er foreslått. Særlig kontroversielt var spesialisering i primærhelsetjenesten. Kunne man bli spesialist på det generelle? Etter en lang prosess vedtok Legeforeningen i 1983 å opprette spesialiteter også i allmennmedisin og i samfunnsmedisin (3).

Spesialiseringens dilemmaer

De medisinske spesialitetene er inndelt langs flere akser: etter pasientens alder, sykdomsårsak, organ, teknologi eller konteksten faget utøves i. Spesialitetene er utviklet for å løse bestemte typer problemer og oppgaver. Mange legeoppgaver passer likevel ikke naturlig inn i én spesialitet.

Spesialiseringen i helsetjenesten har økt i tråd med den medisinske og teknologiske utvikling, pasientenes forventninger og økonomiske muligheter. Siden 2015 har antall legespesialister i sykehus økt med 27 %, mens det har vært 15 % økning i årsverk totalt (5). I tillegg til de formelle spesialitetene er det også blitt flere mer eller mindre veldefinerte kompetanseområder innen den enkelte spesialitet. Denne ekspertisen er særlig viktig for sjeldne sykdommer, men spesialiseringen kan samtidig svekke behandlingen av pasienter med sammensatte lidelser. I en aldrende befolkning har mange pasienter helseproblemer på tvers av de medisinske spesialitetene, og koordinering av behandlingen mellom ulike spesialister er krevende.

Spesialiseringen gjør det også vanskelig å organisere helsetjenesten. Mangel på leger med breddekompetanse skaper bemanningsproblemer ved små og mellomstore sykehus der vaktplanene ikke lenger går opp. Det vil i neste omgang påvirke hele sykehusstrukturen. Beredskapsmessig er dette en stor utfordring.

Helsepersonellkommisjonen advarte mot en utvikling der stadig smalere spesialiteter gjør tjenestene sårbare, og påpekte at helsetjenesten må organiseres slik at færre ansatte kan håndtere flere typer oppgaver (6). Regjeringen fulgte opp disse anbefalingene i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* der det står at man vil «legge mer vekt på breddekompetanse» og utvikle hensiktsmessig oppgavedeling mellom personellgrupper» (7). Det illustrerer spesialiseringens paradoks: Jo mer spesialisert helsetjenesten blir, desto større blir behovet for breddekompetanse.

I *Helsepersonellplan 2040* problematiseres ikke spesialiseringen i helsetjenesten i særlig grad (8). Tvert imot innføres det en ny offentlig spesialistordning for sykepleiere og psykologer. Planen slår riktignok fast at man vil «styrke breddekompetanse i spesialistutdanningen for leger innen indremedisin og kirurgi», men lite om hvordan det skal gjøres. Intensjonene er der, men det gjenstår å se om de lar seg realisere.

Spesialisthelsetjeneste eller sekundærhelsetjeneste?

Norsk helsetjeneste er basert på LEON-prinsippet, prinsippet om at problemer skal tas hånd om på det laveste effektive omsorgsnivået (9).

Et økende antall henvisninger fra fastlege til sykehusspesialist (10) utfordrer dette prinsippet; enten det skyldes press fra pasienter eller usikkerhet

hos legen. Pasienter med helseforsikring utgjør en spesiell utfordring (11), og det hevdes endatil at innvandrere forlater Norge, fordi de ikke får spesialisthenvisning (12).

Forholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er asymmetrisk. Det viser seg særlig i pasientforløp der sykehusene bestemmer hvem som skal innlegges, og ikke minst om en pasient er utskrivningsklar. Grimsmo og medarbeidere viser i dette nummeret av *Michael* hvordan maktfordelingen preger samhandlingen når sykehuspasienter skal tilbakestilles til hjemkommunen (13).

Språk er makt (14), og spesialistbetegnelsen avspeiler ikke bare kompetanse, men også makt. «Spesialisthelsetjenesten» ble formelt innført som juridisk og forvaltningsmessig begrep med spesialisthelsetjenesteloven i 2001. Før dette ble «spesialisthelsetjeneste» brukt mer uformelt om sykehus og ulike spesialiserte behandlingstilbud. Betegnelsen er første gang registrert på norsk i 1980 (15).

Under Agderkonferansen i Kristiansand i januar 2026 problematiserte fastlege Kristian Jong Høines betegnelsen spesialisthelsetjeneste. Den kan gi inntrykk av at helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er «ikke-spesialister». De fleste fastleger er godkjente spesialister i allmennmedisin, og mange kommuneleger er spesialister i samfunnsmedisin. Helsesykepleiere er spesialister på sine områder, og det samme er jordmødre og andre kommunale helsearbeidere. Generalistkompetansen og lokalkunnskapen i kommunehelsetjenesten representerer en egen form for ekspertise. Samtidig blir ansvarsområdene i sykehusene stadig smalere. Det styrker ekspertisen, men gjør helhetlig pasientbehandling og organisering mer krevende.

«Pasientens helsetjeneste» var Bent Høies (H) hovedvisjon som helse- og omsorgsminister. Jan Christian Vestre (Ap) snakker om «vår felles helsetjeneste». Selv vil jeg foretrekke en «helhetlig helsetjeneste».

Kanskje tiden er inne for å snakke om *primær- og sekundærhelsetjenesten* snarere enn kommune- og spesialisthelsetjenesten. *Første- og annenlinjetjenesten* er også et godt alternativ. Det ville understreke at spesialistkompetanse finnes på begge nivåer – og at en helhetlig tjeneste trenger både generalister og spesialister. Forslaget oversendes helsereformutvalget som skal «skal utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i Norge» (16).

Litteratur

1. *spesialist* i Store norske leksikon. <https://snl.no/spesialist> (20.7.2026)
2. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. *Michael* 2014; 11: Supplement 15. <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/15> (20.7.2026)

3. Skoglund E. Spesialistutdanningens historie. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2009; 129: 1124–1127. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0432>
4. *Etske regler for leger III §4*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etske-regler-for-leger/> (20.7.2026)
5. *Endring i spesialiseringsgrad i sykehusene de siste ti årene*. Rapport 2026–18. Oslo: Oslo Economics, 2026. <https://www.ks.no/contentassets/ad504d18d0ee4e6da-ce13568e7d58fb7/OE-rapport-2026-18-Endring-i-spesialiseringsgrad-i-sykehusene.pdf> (20.7.2026)
6. Norges offentlige utredninger. *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. NOU 2023; 4. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> (20.7.2026)
7. Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/> (20.7.2026)
8. Meld. St. 11 (2025–2026). *Helsepersonellplan 2040*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20252026/id3164917/> (20.7.2026)
9. St. Meld nr. 9. (1974–1975). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. <https://www.nb.no/items/499c3a02dd45dc6865dd9306c0a8d495?page=0> (20.7.2026)
10. Ringberg U, Fleten N, Deraas TS et al. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC Health Services Research* 2013; 13: 147. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-147>
11. Breivold J, Rø KI, Nilsen S et al. Gatekeeping and referral of patients holding private health insurance: a survey among general practitioners in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2024; 42: 695–703. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2380923>
12. Kristiansen N. Hvorfor forlater folk Norge? En av grunnene er misnøye med helsevesenet. *Forskning.no* 18.11.2025. <https://www.forskning.no/flyktninger-helsetjenester-innvandring/hvorfor-forlater-folk-norge-en-av-grunnene-er-misnoye-med-helsevesenet/2573720> (20.7.2026)
13. Grimsø A, Løhre A, Svinvik M et al. Hvordan skape sammenhengende pasientforløp for utskrivningsklare pasienter? *Michael* 2026; 23: 223–237. <https://doi.org/10.5617/michael.13587>
14. Blakar RM. *Språk er makt*. Oslo: Pax, 1973. <https://www.nb.no/items/0ca746f5d2db79aee8995e5b8695a243?page=0> (20.7.2026)
15. Høltedahl KA. Spesialister på feil hylle. *Dagbladet* 30.9.1980; s. 16. <https://www.nb.no/items/c0fbeb4ae7b83a0a3fcee0781b7ce3b?page=15> (20.7.2026)
16. Helsereformutvalget. *Mandat*. <https://nettsteder.regjeringen.no/helsereformutvalget/mandat/> (5.8.2026)

Magne Nylenna
 magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin og redaktør i Michael.