

# Utdanning av allmennleger – hva kan vi lære av Nederland?

På tross av store endringer i grunnutdanningen for leger og innføring av fastlegeordning har turnustjenesten og spesialistutdanningen i allmennmedisin ikke vært gjenstand for grundig evaluering eller store endringer de siste 20 årene. Vi foreslår en kortere og mer intensiv turnustjeneste og spesialistutdanning.

De første årene etter avsluttet grunnutdanning er svært viktige for læring av kliniske ferdigheter. I Nederland har man tatt konsekvensen av dette og tilbyr unge leger et intensivt veiledningsprogram som gjør det mulig å bli spesialist i allmennmedisin i løpet av tre år (1). Det er ingen turnustjeneste i Nederland, og spesialistutdanningen består av to års veiledet tjeneste i allmennpraksis og ett år på sykehus. Godkjent spesialistutdanning er et krav for å etablere seg som fastlege, og nederlandske allmennleger må, som i Norge, fornye sin spesialitet hvert femte år. I et stadig mer internasjonalt og åpent arbeidsmarked er det grunn til å spørre hvorfor norske leger trenger minst 6,5 års utdanning etter medisinstudiet for å bli spesialister i allmennmedisin, mens nederlandske leger kan oppnå den samme kompetansen på mindre enn halve tiden.

## Den norske utdanningsmodellen

På tross av betydelige endringer i grunnutdanningen for leger og innføring av fastlegeordning i 2001, har verken turnustjenesten eller spesialistutdanningen i allmennmedisin vært gjenstand for grundig evaluering eller gjennomgripende endringer de siste 20 årene. Hovedelementet i utdanningen er fortsatt læring gjennom selvstendig arbeid, mens omfanget av individuell veiledning er begrenset. Sammenliknet med den nederlandske utdanningsmodellen er det flere åpenbare svakheter i det norske utdanningsystemet.

## Turnustjenesten

Obligatorisk turnustjeneste, en ordning som i 2004 feiret 50-årsjubileum, står for tiden under sterkt press (2). Det har vist seg vanskelig å få nok turnusplasser til det økende antallet medisinstudenter, og avvikling av turnustjenesten i flere EU-land skaper også økt usikkerhet om ordningens fremtid

(3). Den norske turnustjenesten i allmennpraksis er på sitt beste svært god, men kvaliteten varierer betydelig. En viktig årsak er at det ikke stilles formelle krav til utdanningspraksis eller veileder for å ta i mot turnusleger.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) og fylkeslegene er ansvarlig for utplasseringen av turnusleger i kommunehelsetjenesten. Utplasseringen er i større grad styrt av ønsket om å tilføre perifere kommuner nødvendig arbeidskraft enn å ville tilby unge leger veiledning av høy kvalitet. Seks av 23 turnusleger i Troms er nå, våren 2005, plassert i kommuner med ustabil legedekning og med mindre enn 2 000 innbyggere, mens bykommunene Harstad og Tromsø med stabil legedekning og et stort antall spesialister i allmennmedisin bare er tildelt én turnusplass hver. I små distriktskommuner med full legedekning kan mangel på pasienter være et stort problem. Et for stort ansvar blir ofte resultatet når en eller flere legestillinger er vakante. Høsten 2004 var flere turnusleger i Troms eneste lege i sin kommune i mer enn en uke i strekk. En rekke distriktskommuner tilbyr imidlertid praksis og veiledning av god kvalitet, og turnuslegene får her vanligvis bedre innsikt i alle ledd av kommunehelsetjenesten enn ved turnustjeneste i de store byene.

Turnuslegene har i dag et formelt krav om tre timers individuell veiledning per uke, og i de fleste fylkene gis det tilbud om tre gruppeveiledningsmøter i løpet av seks måneders tjeneste (4). Det er ingen spesifikke krav til veiledning når turnuslegen arbeider på sykehjem eller helsestasjon. Under legevaktarbeid skal turnuslegen ha bakvakt som kan kontaktes på telefon, men ordningen er ikke etablert i alle kommuner. Fortsatt kastes et urovekkende stort antall leger ut i selvstendig arbeid fra første arbeidsuke med et minimum av sikkerhetsnett. Dette systemet kan gi en bratt læringskurve for sterke og heldige leger, men ta knekken på de uheldige og usikre. Det er vanskelig å forsvare at dette utdanningsystemet er godt nok for unge leger, som burde være ydmyke overfor de vanskelige oppgavene man kan møte i allmennpraksis. Det er lett å forstå at unge leger med interesse og evner for allmennpraksis kan bli skremt inn i sykehusene etter tøffe opplevelser i kommunehelsetjenesten.

## Spesialistutdanningen i allmennmedisin

Er så leger som velger å satse på en yrkeskarriere i allmennmedisin, sikret god veiledning? Mange får det, men ikke alle. Det foreligger ingen krav om individuell veiledning eller krav til legekontolets utrustning for å få fire års hovedtjeneste i allmennpraksis godkjent som tellende i spesialistutdanningen (5). En nyutdannet lege kan i dag påta seg fullt fastlegeansvar i solopraksis og få tjenesten tellende uten å ha blitt sett i kortene.

I Norge er det mulig å bli spesialist i allmennmedisin uten å få annet en gruppebasert veiledning åtte timer per måned i to år. Personlig veiledning får vedkommende kanskje bare i sykehustjenesten. Fra 1.1. 2006 kreves det imidlertid tre års klinisk arbeid under veiledning for å bli fastlege. Dette kravet er en del av EØS-avtalen (6). Det foreligger ennå ingen redegjørelse for hvordan man skal sikre god veiledning dersom tjenesten skal gjennomføres i allmennpraksis.

## Fastlegeordningen

Innføringen av fastlegeordning 1.6. 2001 gav allmennlegene et definert populasjonsansvar (7). Dette stiller store krav til legens faglige bredde og evne til prioritering. De omfattende administrative endringene av allmennelegetjenesten er i liten grad blitt fulgt opp av en tilsvarende faglig opprustning (8). På grunnlag av den foreløpige evalueringen av fastlegeordningen har Helse- og omsorgsdepartementet gitt signaler om at de ønsker å satse mer på kunnskapsutvikling og faglig kvalitetsutvikling i allmennelegetjenesten (9).

## ! Hovedbudskap

- Turnustjenesten foreslås redusert til 12 måneder – seks måneder i sykehus og seks måneder i allmennmedisin
- Spesialistutdanningen i allmennmedisin foreslås redusert til tre år – to år i allmennmedisin og ett år på sykehus
- Fire måneders tjeneste i psykiatri eller rusmedisin forslås som en obligatorisk del av spesialistutdanningen i allmennmedisin
- Kvalitetssikring av utdanningspraksiser og veiledning av utdanningslegene vektlegges sterkt

## Forslag til endring av spesialistutdanningen

Sammenliknet med den nederlandske utdanningsmodellen (1) legger det norske utdanningsprogrammet for allmennleger i større grad opp til at læring skal skje gjennom prøving og feiling. Det er dessverre grunn til å tro at leger som tidlig i karrieren gjør mange feil, kan fortsette med dette lenge uten å få hjelp til å endre sin praksis. Vi mener derfor det er behov for å utvikle en ny utdanningsmodell som gjør det mulig for unge leger å vokse inn i en krevende allmennlegerrolle med et tilstrekkelig faglig sikkerhetsnett. Hovedelementene i modellen bør være en målrettet og mer intensiv læringsperiode, samt bedre dokumentasjon av oppnådde utdanningsmål og ferdigheter. Liknende synspunkter ble også drøftet i dokumentet Utdanningsstillinger i allmennmedisin, som ble utarbeidet våren 2001 av en bredt sammensatt gruppe allmennleger fra Alment praktiserende lægers forening, Norsk selskap for allmennmedisin og de fire medisinske fakultetene (10).

Vi mener at turnustjenesten for alle leger kan reduseres til 12 måneder, hvorav seks måneder avtjenes på sykehus og seks måneder i allmennpraksis. Denne tjenesten kan også ses på som første grunnmodul i all spesialistutdanning, slik som i Finland (11). Tjenesten i sykehus bør ha hovedvekt på akuttmedisin, med arbeidssted i avdelinger for anestesi, kirurgi eller indremedisin. Redusert sykehustjeneste i denne utdanningsfasen vil gjøre det mulig å heve kvaliteten på veiledningen og forhindre ventetider på tross av store turnuskull. Tjenesten i allmennpraksis bør gjennomføres i godkjente undervisningspraksiser og gi en bred innføring i kommunal helsetjeneste. En stor del av turnuslegene bør gjennomføre tjenesten i Distrikts-Norge, men man må i større grad ta i bruk praksiser i sentrale strøk med god kompetanse. Alle turnusleger bør ha en personlig veileder, og refleksjon over kliniske erfaringer bør prioriteres fremfor et høyt antall behandlede pasienter. Den gruppebaserte veiledningen av turnusleger, som er blitt svært positivt evaluert, bør bli månedlig og obligatorisk (12).

Spesialistutdanningen i allmennmedisin kan reduseres til tre år, hvorav to år i allmennpraksis og ett år på sykehus. Det første året i allmennpraksis bør avtjenes i en godkjent utdanningspraksis med fast lønn, og hovedvekten bør legges på kommunikasjon og håndtering av akutte tilstander. Utarbeiding av individuell læringsplan bør påbegynnes i løpet av de første månedene (13). Etter dette året bør det foretas en grundig evaluering av utdanningslegen slik at det kan tas stilling til videre læringsbehov. Sykehustjenesten bør innholde fire måneders obligatorisk utdanning i psykiatri eller rusmedisin, enten ved en behandlingsavdeling eller en poliklinikk (14). Åtte måneder kan avtjenes innen andre fagområder avhengig av interesse og tilgjengelige utdanningsstillinger. Utdanningslegen bør ha regelmessig kontakt med en allmennmedisinsk veiledningsgruppe under hele sykehusåret. Det siste utdanningsåret i allmennpraksis bør ha hovedvekt på kroniske sykdommer og flerfaglig kommunalt helsearbeid. Sykehjemmene, som sårt trenger faglig opprustning, bør brukes aktivt som utdanningssteder (15). Refleksjon omkring populasjonsansvaret og prioritering av egen arbeidskraft og ressursbruk bør stå sentralt i denne fasen av utdanningen. Det bør også tilrettelegges for deltakelse i allmennmedisinsk fagutvikling og forskning (8).

Pasientrettet arbeid i praksis bør honoreres etter normaltariffen, og legen gis rett til å etablere egen praksis fra starten av det tredje utdanningsåret dersom det finnes ledige fastlegehemler. Også det siste året bør utdanningslegene delta regelmessig i gruppeveiledning. Det bør være mulig å velge redusert arbeidstid i hele utdanningsperioden, med den konsekvens at utdanningstiden forlenges tilsvarende. Spesialistgodkjenning oppnås når kravene til utdanningstid, veiledning, kurs og andre elementer i utdanningen er fullført. Ordningen med fornying av spesialiteten hvert femte år bør beholdes for å sikre livslang læring.

Dersom staten og Legeforeningen er villig til å satse mer på veiledning og utvikling av egnede utdanningsarenaer, mener vi det er mulig å utdanne bedre allmennleger på kortere tid også i Norge. En utdannings-

modell med god veiledning og fast lønn de første årene etter grunnutdanningen vil også være attraktiv for unge leger som ønsker å prøve seg i allmennmedisin. De foreslåtte endringene vil tilfredsstille EØS-kravet om tre års veiledet tjeneste før leger gis rett til selvstendig arbeid for trygdens regning, et krav som trer i kraft fra 1.1. 2006.

### Svein Steinert

steinert@online.no

### Hasse Melbye

Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø  
9037 Tromsø  
og  
Skansen legekontor

### Litteratur

- Melbye H, Steinert S. En annerledes modell for allmennlegeutdanningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1030–2.
- Brinchmann-Hansen Å. 50 år i år – lenge leve turnustjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2110–2.
- Behov for endringer i turnustjenesten for leger? Utredning nr. 1, Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2003. ([www.legeforeningen.no/index.gan?id=21752&subid=0](http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=21752&subid=0) (14.2.2005).)
- Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2002. ([www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf-20011220-1549.html](http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf-20011220-1549.html) (14.2.2005).)
- Spesialistreglene i allmennmedisin. www.legeforeningen.no/index.gan?id=1124&subid=0 (14.2.2005).
- Legedirektivet (Rdir 93/16/EØS). <http://odin.dep.no/europaportalen/norsk/eos/p30005486/p30005489/032001-990510/hov005-bn130005489.html> (14.2.2005).
- Brekke M, Gudin HB, Hansen TE et al. Populasjonsansvaret i fastlegeordningen – blir vi annerledes leger etter 1.6.? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1725–7.
- Hunskår S, Røttingen JA. utfordringer for fagutvikling og forskning i allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2637–9.
- Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2004.
- Steinert S, Brekke M, Eikås A et al. Utdanningsstillinger i allmennmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 2001. ([www.legeforeningen.no/index.gan?id=1796&subid=0](http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=1796&subid=0) (14.2.2005).)
- Øien IJ, Skoglund E. Spesialistutdanningen i Norden. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2035–7.
- St.prp. nr.1 2004–2005. Statsbudsjettet.
- Andersen FR. Leif-pilot. Metode for gjennomføring av en formalisert, dokumenterbar etterutdanning. Sluttrapport. Oslo: Forskningsinstituttet, Den norske lægeforening, 2002.
- Legeforeningens 10-punktsprogram. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1152.
- Nygaard HA. Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 823–5.