

Kronikk

Bør spesialistutdanningen i allmenntidning effektiviseres?

Sviktende rekruttering til allmenntidning og EØS-reglene om tre års klinisk utdanning før en lege selvstendig kan praktisere for trygdens regning har reist spørsmål om organiseringen av utdanningen i allmenntidning.

Vi foreslår at man fra statens side hurtig vurderer en gjennomgripende reform av allmenntidning. For å sikre rekruttering og kvalitet i fastlegesystemet bør utdanningen av allmenntidningsspesialister intensiveres og ha klare målbare kvalitetskrav.

Det må være et klarere skille i ansvar mellom allmenntidning som er under utdanning og ferdige spesialister. I fremtiden bør alle fastleger være spesialister i allmenntidning.

Kjeld Malde

Skolegaten legesenter

Ole Andreas Bjordal

Ganddal legesenter

Hans Høvik

Dalen legesenter

Sverre Borgen

Molde

Nils Kolstrup

nils.kolstrup@ism.uit.no

Skansen legekantor

Skippergata 7a

9008 Tromsø

I Tidsskriftet nr. 8/2005 er det to artikler av Steinert & Melbye om allmenntidning (1, 2). Den første er en rapport fra et studiebesøk i Nederland, hvor de allmenntidningsinstituttene ved universitetene har ansvar for både grunn- og etterutdanningen av allmenntidning (1). Turnustjenesten er avviklet og spesialistutdanningen i allmenntidning tar tre år, inkludert ett år ved sykehus. Utdanningen er mer intensiv, og en dag i uken møtes utdanningslegene til veiledning og faglig fordypning i grupper. Spesialistutdanningen er dyr, men virker velorganisert og systematisk og av høy kvalitet.

I den andre artikkelen foreslår Steinert & Melbye to gjennomgripende endringer av spesialistutdanningen i Norge på grunnlag av erfaringene som er gjort i Nederland (2). Turnustjenesten foreslås redusert til 12 måneder – seks måneder i sykehus og seks måneder i allmenntidning. Spesialistutdanningen i allmenntidning foreslås redusert til tre år, hvorav to år i allmenntidning og ett år i sykehus. Fire måneders tjeneste i psykiatri eller rusmedisin skal inngå som en obligatorisk del. Endelig foreslår de at kvalitetssikring av utdanningspraksiser og veiledning av utdanningslegene bør vektlegges sterkt.

Nye EØS-regler

Fra 1.1. 2006 kreves det tre års klinisk arbeid før man kan praktisere selvstendig for trygdens regning. På vårt seminar for kurskomiteer i januar 2003 tok vi i spesialitetskomiteen opp dette problemet. Det så ikke ut til at staten, ved Nasjonalt råd, Legeforeningen eller andre hadde reflektert over de nye reglene.

Det ser ut som om departementet vil foreslå en minimumsløsning – leger som skal praktisere for trygdens regning må gjennomgå grunnleggende kurs i allmenntidning og være under formell veiledning i ett år. Dette er en begynnelse, men bør følges opp av en bestemmelse om at alle som ønsker å bli fastlege, skal være spesialist eller godt i gang med spesialistutdanning i allmenntidning. I tråd med det som er tilfellet i Danmark og Nederland bør man i fremtiden kreve at alle fastleger er spesialister i allmenntidning.

Spesialist eller ikke spesialist?

I Norge er spesialiteten i allmenntidning den eneste hvor en spesialist og en som er under utdanning har samme ansvar og samme rettigheter. Dette har historisk bakgrunn, men i 2006 er det et paradoks at allmenntidningsspesialister har et så stort ansvar uten noen form for formell utdanning og uten at det finnes en spesialist i bakvaktstjeneste. Legen kan komme rett fra turnustjeneste og ut i de mest krevende og kompliserte allmenntidningsproblestillinger.

Som det påpekes i Steinert & Melbyes artikkel (2) synes unge leger at de får et svært stort ansvar som de ofte ikke er kvalifisert til å håndtere. Dette kan være stressende og skremmende, og mange unge kandidater forsvinner ut av allmenntidningen. De unge legene synes det er for vanskelig og risikofullt å være allmenntidningsspesialist alene med pasientansvar. De foretrekker en tryggere tjeneste i sykehus, mer beskyttet av et miljø med eldre, erfarne kolleger. I sykehusene er det i de senere år i tillegg blitt et godt, strukturert undervisningsopplegg. En slik utdanning i sykehusregi er sett på som en helt naturlig del av bemannings- og budsjettplaner.

I Danmark og enda mer i Nederland er det et klart skille mellom en kandidat under opplæring og en ferdig spesialist. Under opplæringen er legen definert til å være under kvalifisering – det er begrenset ansvar, fast lønn og klare rettigheter til opplæring, tilsvarende det man i dag har i norske sykehus. I Danmark og i Nederland skal man være spesialist i allmenntidning for å kunne arbeide selvstendig for trygdens regning. Også her i Norge burde det være slik at man skal ha formell kompetanse utover autorisasjon som lege for å kunne

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

arbeide selvstendig som allmennlege. Allmennlegejobben innebærer et stort medisinsk og samfunnsmessig ansvar – og ikke minst et økonomisk. Allmennlegen er den som overfor samfunnet og pasientene er garantist for at det norske helsevesen virkeliggjør seg av dem som mest trenger hjelp, samtidig som man ikke bruker penger på unødige tjenester. En slik jobb krever erfaring og utdanning. Det er overraskende at man fra samfunnets side aksepterer at et slikt ansvar kan innehas av leger med svært begrenset erfaringsgrunnlag.

Rekrutteringen til allmennmedisin

Tall fra Rikstrykdeverket viser at det skjer en større forgubbing blant allmennleger enn i noen annen spesialitet (3). Dog er det i allmennmedisinen et lavt antall spesialister født før 1949 (4), trolig fordi spesialiteten er så ny at mange «gamle» allmennleger ikke er spesialister. For fem år siden arbeidet 26 % av alle norske leger som allmennleger, i dag er det kun 21 % (A. Taraldset, personlig meddelelse). Det er bekymringsfullt at det samtidig skjer en forgubbing i allmennlegetjenesten, at en mindre andel av alle leger blir allmennleger og at andelen kvinnelige allmennleger ikke øker like fort som andelen nyutdannede kvinnelige leger.

Steinar Hunskaar ønsker seg 1 000 nye fastleger i fastlegeordningen. Han begrunner det med at økningen i antall allmennleger har vært mindre enn økningen i antall sykehusleger (5). Samtidig har allmennlegene fått mer ansvar og flere arbeidsoppgaver. En større andel eldre pasienter vil også gi økt arbeidsbyrde for allmennlegene.

Vi vil de nærmeste årene få en stor økning av nyutdannede leger. Mange av disse vil være kvinner. Erfaringer fra Danmark og Storbritannia viser at få kvinner velger allmennpraksis i distriktene. Samtidig regner man i Storbritannia med at 1 000 pensjonerte allmennleger må erstattes av 1 500 unge leger, fordi yngre leger prioriterer fritid og fleksibilitet høyere enn sine eldre kolleger. Det vil derfor kunne bli rekrutteringsproblemer i distriktene og i mindre byer, mens antall leger i byene og i sykehusene vil kunne øke. Det er legemangel i Danmark og delvis i Sverige, noe som betyr at store deler av det ventede legeoverskuddet i Norge kan forsvinne til andre skandinaviske land. Vi må derfor snarest mulig få i stand en god, trygg og effektiv spesialistutdanning av alle allmennleger i Norge.

Nye utfordringer

I Norge risikerer vi i nær fremtid å få inn utenlandske leger med begrenset kompetanse i allmennmedisin. Det er i prinsippet fri bevegelighet innenfor hele EØS-området for spesialister i allmennmedisin. I Dan-



Fastlegens hverdag er rik på faglige utfordringer som krever solid allmennmedisinsk utdanning. Fra bilder fra klinisk praksis, laget av Torgeir Gilje Lid, lege, og Rune Eraker, fotograf, til bruk i veiledningsgruppene i allmennmedisin. Foto Rune Eraker

mark har man begynt å få problemer med leger fra land i EU hvor det er svært lett å bli spesialist i allmennmedisin. Disse «spesialistene» reiser da til Danmark og krever å få arbeide for trygdens regning. I og med at det er fri bevegelighet av arbeidskraft, er det vanskelig å hindre at spesialister fra land med svært annenledes utdanning slår seg ned i Danmark. Etter hva vi forstår, foregår det i øyeblikket i Tyskland en kamp for å hindre at leger med svært begrenset allmennmedisinsk utdanning får kalle seg spesialister i allmennmedisin. Slike «spesialister» vil kanskje i fremtiden kreve å få rettigheter i Norge. Det er nok lite vi kan gjøre med det, men for å sikre at utenlandske leger hurtigst mulig får den kompetanse som vi mener allmennleger må ha, bør vi holde fast på kravet om at de gjennomgår kurset i nasjonale fag og språk før de kan praktisere som leger i Norge. For å sikre at slike «spesialister» fra utlandet hurtigst mulig får de samme kvalifikasjoner som allmennleger utdannet i Norge, er det også svært viktig at vi opprettholder kravet om at spesialiteten resertifiseres hvert femte år.

Spesialistutdanning på tre år?

De to største utfordringer vi står overfor i fremtiden, er å sikre ensartet god og høy kvalitet på våre spesialister og god rekruttering av unge, dyktige kolleger til norsk allmennmedisin. Disse to utfordringene henger nøye sammen med allmennlegeutdanningen.

Det må være et mål å sikre god og lik kvalitet på spesialistutdanningen, slik at befolkningen kan føle tillit til allmennlegene i Norge. I Nederland har man redusert spe-

sialitetsutdanningen i allmennmedisin til tre år. Man har intensivert utdanningsaktiviteten i de tre årene, og hevder at kvaliteten er økt. Dette er gjort ved å stille spesifikke og etterprøvbare kvalitetskrav til en spesialist og kutte bort mye av dødtiden i utdanningen. Man har satset på nitid oppfølging og svært effektiv og velplanlagt utdanning, med klar definering av hva som trengs for å bli en god allmennmedisiner. Vil man i Norge kunne klare det samme uten at det går utover kvaliteten på spesialiteten? Umiddelbart kan det synes å være noe bekymringsfullt med en reduksjon av spesialistutdanningen til tre år. Kan man sikre god kvalitet ved å redusere utdanningen ned nesten 50 %?

I et land med 14 millioner innbyggere på et areal som er mindre enn Nordland fylke og med atskillig enklere geografiske forhold vil det være mye greiere kommunikasjon. Da spesialiteten ble innført og obligatoriske gruppesamlinger ble foreslått, var det en sterk føring at det skulle være møter hver 14. dag i to år. Dette er de aller fleste steder av praktiske årsaker blitt til månedlige møter. Det ville kreve mye å innføre en nederlandsk modell i Norge. Veiledere måtte utdannes og lønnes. Man måtte sikre seg geografisk spredning av veiledere så reiseavstandene for utdanningskandidatene ikke skulle bli for store.

Umiddelbart vil vi tro at man som allmennlege trenger et visst antall konsultasjoner for å opparbeide seg det erfaringsgrunnlag og den rutine i de forskjellige situasjoner som en allmennlege skal kunne mestre. Dette vil være en parallell til kravet om at en kirurg skal ha utført et visst antall opera-

sjoner for å oppnå den rutine som kreves for å gjøre kirurgiske inngrep på tilfredsstillende måte. Nederlenderne vil til dette hevde at nitid oppfølging, klar og god planlegging, etterprøvbare måloppnåelse og reduksjon av dødtid fullt ut kompenserer for mer løst definert erfaring. Dette er verdt å overveie nærmere for oss her i Norge, ikke minst fordi vi på den måten fortore vil kunne skape den yrkestrykgheten som er så viktig for rekrutteringen til allmenntidmedisin.

Spesialitetskomiteen i allmenntidmedisin har vært interessert i hva som rører seg i andre land innen videreutdanning av allmenntidleger. Derfor besøkte vi Danmark i 2002 og Storbritannia i 2005.

Spesialistutdanningen i Danmark og i Storbritannia

I Storbritannia må de som velger å bli spesialist i allmenntidmedisin først gjennomføre to «foundation years», hvor det er mulig å velge fire måneder i allmenntidpraksis. Man går deretter inn i et treårig utdanningsopplegg som er en kombinasjon av rotasjon ved ulike sykehusavdelinger som «Senior House Officer» samt minimum 12 måneder i allmenntidpraksis under veiledning som «GP registrar». Etter at man har avlagt en flervalgseksamen, vist tilfredsstillende «consulting skills» (oftest en konsultasjonsvideo), har fått en attest på at man har forbedret sine praktiske ferdigheter og en rapport fra veileder får man et «Certificate of satisfactory completion». Heretter avlegger de fleste en nasjonal eksamen og blir spesialister i allmenntidmedisin (MRCGP) (6).

I Danmark har man valgt en annen modell – en femårig utdanning. Turnustjenesten er på 18 måneder, inkludert seks måneder i allmenntidpraksis, som etterfølges av en 42 måneder lang utdanning. Av disse 42 månedene må man være 36 måneder i sykehus, med obligatorisk utdanning innenfor indremedisin, kirurgi, gynekologi og obstetikk og psykiatri. Etter dette er legen seks måneder i allmenntidpraksis før det er mulig å praktisere selvstendig for trygdens regning (7, 8).

Vi har i Norge en god tradisjon for å utdanne allmenntidleger utenfor sykehus. Derfor er vi skeptiske til sykehusavhengigheten i både den britiske og den danske modellen. En svakhet ved den britiske modellen er at den ikke er obligatorisk, det betyr at man har fått et førstelag (spesialister) og et annenlag (ikke-spesialister) blant britiske allmenntidleger.

Den danske modellens styrke er at den sikrer ensartet kvalitet blant allmenntidlegene og at ingen allmenntidleger praktiserer selvstendig før de er spesialister. Den britiske utdanningen avsluttes med en eksamen, og

dette ser vi som en styrke for å sikre god kvalitet.

Vi har med interesse merket oss at spesialistutdanningen i Storbritannia og i Danmark er blitt forlenget. I Danmark er en del av argumentasjonen at den skal ha samme lengde som de andre spesialitetene. I Nederland har man valgt en helt annen strategi, i og med at de har kortet ned på utdanningslengden, men samtidig intensivert oppfølging og veiledning og definert klare og målbare kvalitetskrav i langt større grad enn i Storbritannia og i Danmark. I Nederland er det krav om resertifisering, i Storbritannia er det slike krav for dem som er spesialister, i Danmark er man imot tvungen videreutdanning.

Spesialitetskomiteen mener at det fra Nederland kommer spennende og revolusjonerende tanker. De bryter radikalt med utdanningsfilosofien i andre europeiske land med gode utdanninger i allmenntidmedisin.

Vil vi ha verdens beste allmenntidleger?

Vi mener at en kombinasjon av klare kvalitetskrav til spesialisten, krav om allmenntidmedisinsk spesialkompetanse for å innha en fastlegehemmel, resertifiseringskrav og en fastlegeordning vil kunne danne grunnlag for at Norge får det best utdannede allmenntidlegekorps i verden. Dette vil kunne sikre at allmenntidlegen blir flinkere og tryggere i sin rolle som portvakt og koordinator i en mer og mer oppsplittet og uoversiktlig annenlinjetjeneste. Ved en slik oppgradering av allmenntidlegene vil det være mulig å sikre trygg og god pasientbehandling hvor mer gjøres i det billigste ledd, dvs. hos allmenntidlegen, og hvor allmenntidlegen i høyere grad enn nå er pasientens advokat og koordinator inn i annenlinjetjenesten. En slik omlegging av utdanningen vil ikke være gratis – staten vil måtte betale. Harald Hauge, tidligere leder av Nasjonalt råd, sa på et seminar for ledere for spesialitetskomiteene i april 2005 på Soria Moria at en utdanningskandidat i sykehus koster staten (sykehusene) 150 000 kroner i året. Umiddelbart ville det være rimelig å tenke at staten burde kunne betale et liknende beløp for å utdanne en allmenntidlege.

Vi er overbevist om at et høyt utdannet korps av gode allmenntidleger vil kunne bidra til å sikre befolkningen en god, trygg og rimelig helsetjeneste. Investering i utdanning av allmenntidleger vil gi minst like stor uttelling som et tilsvarende beløp investert i annenlinjetjenesten, i form av mindre utgifter og større trygghet for befolkningen. Vi mener at det i fremtiden vil tvinge seg frem reformer i allmenntidlegeutdanningen og at man snarest må iverksette prøveprosjekter for å utrede og evaluere en slik

reform. En vei å gå kunne være å overføre deler av erfaringene fra Nederland, Danmark og eventuelt Storbritannia til Norge.

Hvordan en slik endring skal gjennomføres i detalj, vil kreve grundige forstudier. Vi mener at følgende elementer fra Nederland, Danmark og Storbritannia bør stå sentralt:

- Nitid og velplanlagt oppfølging av utdanningsleger, muligens organisert fra universitetsmiljøene og med et korps av universitetsansatte veiledere.
- Hvis man skal avkorte utdanningen, må det stilles betydelige krav til etterprøvbare kvalitetsmål i alle ledd.
- Eventuelt obligatoriske fag i sykehusutdanningen.
- Eksamen etter endt spesialistutdanning.
- Klart skille mellom utdanningskandidater på fast lønn og ferdigutdannede spesialister som kan være fastleger og praktisere for trygdens regning.

Man kunne tenke seg et godt planlagt prøveprosjekt i et begrenset område. Vi har gode erfaringer med et slikt prøveprosjekt i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen. Så det er vel bare å sette i gang? Utfordringen ligger hermed hos staten. Det blir spennende å høre hva helsebyråkrater og politikere mener.

Manuskriptet ble godkjent 21.2. 2006.

Forfatterne er medlemmer av spesialitetskomiteen i allmenntidmedisin 2002–05.

Litteratur

1. Melbye H, Steinert S. En annerledes modell for allmenntidlegeutdanningen Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1030–2.
2. Steinert S, Melbye H. Utdanning av allmenntidleger – hva kan vi lære av Nederland? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1040–1.
3. Feiring E. Forgubbingstendens blant fastlegene. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1467.
4. Taraldset A. Høyest pensjonsavgang i små spesialiteter Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3538.
5. Hunskaar S. Eg ønsker meg 1 000 nye fastlegar til jul. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3518.
6. A career in general practice: education, training and professional development. www.rcgp.org.uk/information/publications/information/PDFInfo/9_FEB05.pdf (20.2.2006).
7. Fremtidens spesiallæge. www.im.dk/publikationer/speciallaege/index.htm (20.2.2006).
8. Målbeskrivelse for spesiallægeuddannelsen i almen medicin. www.sst.dk/publ/div/Maalbesk_pdf/almenmed/Almenmed_0104_101.pdf (20.2.2006).