



En hyllest til turnus i allmennpraksis

LEDER

ANE BRANDTZÆG NÆSS

E-post: ane.b.naess@hotmail.com

Ane Brandtzæg Næss er lege i spesialisering (LIS3) ved Avdeling for psykiatri, Molde sjukehus og medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Fra 2019 blir turnustjeneste, nå LIS1, en obligatorisk del av spesialiseringen for leger. At alle fremtidige spesialister heretter må ha jobbet et halvt år i allmennpraksis er en god ordning.

– Hun er snart ordentlig lege, sier moren til gutten som jeg skal undersøke for ørebetennelse. Der kom den igjen, en sånn bemerkning som jeg har hørt gjentatte ganger gjennom turnustjenesten: «Du er snart ferdig lege, du altså?» eller kanskje enda verre: «Kandidaten skal undersøke først, så kommer legen senere.» En velkjent irritasjon vokser i meg, og jeg får lyst til å påpeke at vi nå faktisk får autorisasjon når vi er ferdige på universitetet. Jeg er allerede ferdig lege!

Turnustjenesten ble innført i 1950-årene som et resultat av at medisinstudiet ble kortet ned fra 7–7,5 til 6–6,5 år (1). Legeforeningen mente da at alle spesialister burde ha jobbet et helt år i allmennpraksis «for i størst mulig grad å forebygge ensidighet i spesialistenes virke» (1). Dette fikk ikke gjennomslag i Stortinget, og i 1953 ble det bestemt at turnustjenesten skulle bestå av et halvår i medisinsk avdeling, et halvår i kirurgisk avdeling og et halvår i allmennpraksis. Til gjengjeld ble turnustjenesten et vilkår for videre spesialistutdanning og for endelig autorisasjon som lege (1). Fra høsten 2017 heter turnustjenesten LIS1-tjeneste og er blitt første del av spesialiseringen til leger (2). Selv om ikke alle pasienter (eller leger) vet dette, har leger utdannet i Norge siden 2013 fått autorisasjon allerede etter fullført studium, i stedet for etter turnustjenesten. Vi kan altså kalle oss «ekte leger» når vi trår ut av universitetet. Dette gjelder også for flere av legene som er utdannet i EØS-land.

Høsten 2013 var det slutt på loddtrekningsordningen for tildeling av turnusplasser, og man måtte i stedet søke på stillingene. I 2016 fikk kun 46 % av rundt 1 000 søkere turnusplass (LIS1-stilling) (3). At det er for få LIS1-stillinger er klart. Da sier det seg selv at det kan være fristende å hoppe over turnus/LIS1 hvis man har muligheten til det. Leger utdannet i flere EØS-land får også autorisasjon etter fullført studium, og frem til nå har man ikke hatt lov til å kreve at de gjennomfører turnustjeneste før de starter spesialisering. Mange av disse velger likevel å søke på slike stillinger, men dukker muligheten for drømmespesialiseringen opp i forløpet, er det kanskje forståelig at noen velger å hoppe av. Det finnes ingen gode tall på hvor mange leger som ikke har hatt turnustjeneste før spesialisering i sykehus eller i allmennmedisin i Norge. Likevel er det grunn til å tro at det kan dreie seg om flere hundre underordnede sykehusleger og flere hundre leger i kommunehelsetjenesten (A. Taraldset, YLF, personlig meddelelse). Fra 2019 blir ikke dette

lenger mulig, da må alle som skal spesialisere seg i Norge ha gjennomført LIS1-tjeneste først.

Dette vil kunne føre til at mangelen på LIS1-stillinger blir enda mer problematisk. På den annen side vil ingen da gå glipp av en viktig del av allmenndanningen til norske leger, særlig den man får i allmennpraksis. Det er positivt. I sykehusdelen av LIS1-tiden hører man ikke sjelden sjokkerte og hånlige kommentarer fra nye leger over til tider svært tynne henvisninger fra ymse fastleger. Epikrisene kan fort bli fulle av beskjeder om all verdens eksotiske blodprøver fastlegen bør rekvirere, selv om disse må tas på sykehus uansett. Og det er lett å glemme at pasienten du har hatt ansvar for i tre dager, faktisk skal følges opp i mange år etter utskrivning fra avdelingen.

Jeg tror de fleste som har hatt turnus i allmennpraksis, raskt skammer seg over eventuelle tidligere tanker om fastlegenes mangelfulle medisiner eller unødvendige MR-henvisninger. De fleste leger som jobber klinisk må forholde seg til allmennleger. Da kan det være nyttig å ha stått i samme situasjon selv, om enn bare i seks måneder. Det er nyttig å ha kjent hvor vanskelig det kan være å stå imot krav om MR-undersøkelse av et kne gang på gang. Det er nyttig å ha opplevd hvor lite informasjon og tid du ofte har før du skal sende en pasient til akuttmottaket med en kortfattet, og helst god, henvisning i hånden. Det er fint å ha blitt minnet om at livene folk lever påvirker sykdomsforløp og behandlingsmuligheter. Og det er nyttig å ha møtt den varierte, ofte komplekse, pasientflokk man møter i allmennpraksis.

Det er i allmennpraksis, og ikke minst på legevakt, du lærer deg å ta egne avgjørelser. Selv om du ikke alltid har tilstrekkelig informasjon og tid, lærer du å stole på deg selv som lege. Sykehusåret gir fantastisk mengdetrening i fullstendig undersøkelse av pasienter med indremedisinske problemstillinger og lange anamneseopptak, men det er i allmennpraksis man virkelig må stole på eget skjønn og egen kunnskap.

Det var først etter disse siste seks månedene at jeg følte meg som en «ekte lege». Pasientene hadde nok rett, igjen.

LITTERATUR:

1. Haave P. Turnustjeneste og spesialistutdanning – en nervøs romanse. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131:1563-7. [PubMed][CrossRef]
2. Helsedirektoratet. Spesialistutdanning for leger (oppstart etter mars 2017). <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistgodkjenning/lege/spesialistutdanning-for-leger#overgangsregler-for-leger-som-har-startet-turnus-eller-spesialisering> (22.5.2018).
3. Billdal DC, Økland T. Vi trenger flere turnusstillinger for nyutdannede leger. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137.doi: 10.4045/tidsskr.17.0421. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 21. august 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0462

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no