

Skal fremtidens behov for legetjenester utenfor sykehus dekkes, må strategien legges nå. Og det må koste penger.

Vi må utdanne de legene samfunnet trenger

Hvorfor ønsker så mange dyktige og dedikerte unge mennesker å studere medisin? Når jeg opp gjennom årene har spurt studentene om dette, har jeg fått to svar: interesse for naturvitenskap og/eller ønske om å jobbe med mennesker. Som leger kan de realisere begge deler. På hjemmesiden til Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet kan vi lese at «Medisin er studiet av den menneskelige organisme, fra den minste celle til større organer. Du vil lære om hvordan kroppen fungerer optimalt og hva som skjer ved sykdom. For å bli lege må du kjenne kroppsmaskineriet helt inn til den minste celle» (1). De fleste vil nok oppdage at å bli en god lege krever atskillig mer enn reduksjonistisk kunnskap om «rusk i kroppsmaskineriet».

Samhandlingsreformen, stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste* og ny folkehelselov dreier søkelyset fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Man legger vekt på gode pasientforløp, samhandling, sterkere brukermedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid. Medisinerutdanningen må ta denne utviklingen inn over seg. Vi må utdanne de legene samfunnet trenger ved å sikre at en tilstrekkelig andel ønsker å jobbe i allmenn- og sykehjemsmedisin. Ved våre fire medisinske fakulteter arbeider man for å møte denne utfordringen. Universitetet i Tromsø har kommet lengst – der skal 12 studenter tilbringe femte og sjette studieår knyttet til helsesentre og sykehus i Finnmark, etter modell fra «rural clinical schools» i andre land (2).

Flere faktorer har vist seg å påvirke studenters tanker om fremtidig spesialisering (3). De to viktigste er fagenes status og forestillinger om arbeidsbetingelser, økonomi og muligheter for et liv utenom jobben. Der hvor studentene tilbringer det meste av sin tid – i universitetssykehusene – har primærhelsetjenesten tradisjonelt verken hatt en naturlig plass eller prestisje. I England har man for tiden store rekrutteringsproblemer i allmennpraksis, og Department of Health anbefaler at så mye som halvparten av medisinstudentene sikter seg inn mot dette yrkesvalget (4). Studentenes syn på allmennleger har vært ett av hindrene for dette: «They are seen as being overworked, unhappy people in drab buildings who have no professional pride in their specialty.» (5).

Hvordan kan vi vise studentene at det både er spennende og givende å arbeide utenfor sykehus? For det første må de selv erfare dette så tidlig som mulig. Ved flere fakulteter legger man nå opp til «tidlig pasientkontakt» hos allmennleger allerede et par uker ut i første semester, med gjentatte besøk i løpet av de tre første studieårene. «Kroppen som maskin»-tankegangen får seg dermed tidlig et skudd for baugen! Dernest må allmennmedisin være et klinisk hovedfag i studiet, med definert pensum, egne lærebøker og eksamener. Uansett hvilken sykdom som står på timeplanen – det være seg isjias, depresjon eller hjerteinfarkt – må søkelyset være pasientsentrert: Pasienten presenterer et symptom, nesten alltid i en situasjon utenfor sykehus. I noen tilfeller vil pasientforløpet gå videre inn i sykehus – deretter som regel ut igjen. Å undervise på denne måten krever at allmennleger og relevante sykehusspesialister gjør dette sammen – utfordrende for lærerne og utvilsomt nyttig for studentene (6).

Allmennleger utøver faget i en situasjon der pasientene presenterer udifferensierte symptomer og som regel flere helt ulike problemer på en gang. Vi ser det banale, men må også forholde oss til kompleks, kroniske tilstander og multimorbiditet som krever tverrfag-

lighet og samhandling. Den lave sannsynligheten for alle alvorlige sykdommer – som likevel ikke skal overses – gjør at vi må leve med usikkerhet. I en slik kontekst skal vi dagen igjennom fatte vettuge medisinske beslutninger, hvor vi også tar hensyn til pasientens preferanser og en bærekraftig bruk av ressurser. Dette er sagt å være den intellektuelt mest krevende situasjonen man kan sette seg i som lege (7). Studentene må ha praksisperioder utenfor sykehus som er lange nok til at de erfarer denne måten å arbeide på: Minst 6–8 uker hos en fastlege, i tillegg til praksis på allmennlegevakt og sykehjem må til. Praksis hos fastlege innebærer studiets i særklasse lengste mester-svinn-situasjon der én student lærer av én lege. Slike «mestere» vil være viktige rollemodeller og i de fleste tilfeller motvirke negative forestillinger om allmennleger.

En nylig publisert systematisk oversiktsartikkel viser at studentene opplever høy tilfredshet med både prosessen og læringsutbyttet i praksis utenfor sykehus – men at dette likevel ikke ser ut til å påvirke senere karrierevalg (8). Det ble ikke påvist negative effekter for pasientene, mens de involverte allmennlegene opplevde større faglig tilfredshet, men også økt arbeidsbyrde og redusert produktivitet. Slik unik mester-svinn-læring samt praksis i sykehjem og på kommunal legevakt koster penger. Hittil har bevilgende myndigheter ikke tatt inn over seg at å involvere kommunehelsetjenesten i fremtidens medisinerutdanning umulig kan gjøres i et nullregnskap. Vi må dessuten sikre et tilstrekkelig antall akademiske allmennleger. Disse skal lede undervisningen i et klinisk hovedfag, utvikle pensum, lage lærebøker, undervise og gjennomføre eksamener – i tillegg til å drive og veilede forskning og helst holde sin kliniske kompetanse ved like. Vi kjeder oss ikke, men vi må bli flere! Nå har vi en uakseptabel ubalanse i investeringene i akademisk medisin innenfor og utenfor sykehus. Studentene må se at å utøve medisin i primærhelsetjenesten er en fullverdig karrierevei som også kan omfatte en akademisk løpebane.

Mette Brekke

mette.brekke@medisin.uio.no

Mette Brekke (f. 1953) er professor ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo og fastlege.

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

Litteratur

1. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Profesjonsstudium medisin – om studieprogrammet. <http://ntnu.no/studier/cmed/medisin> [6.5.2016].
2. Stensland P. Et studieår i primærhelsetjenesten – reisebrev fra Australia. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 155–6.
3. Aasland OG, Røvik JO, Wiers-Jenssen J. Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1833–7.
4. Everington S, Roland M. NHS England provides a major boost for general practice. BMJ 2016; 353: i2357.
5. Rimmer A. Can more undergraduates be encouraged to become GPs? BMJ Careers 22.9.2015. http://careers.bmj.com/careers/advice/Can_more_undergraduates_be_encouraged_to_become_GPs%3F_ [22.6.2016].
6. Frich JC, Middelthon IM, Os I. Integreerte studieplaner – organisatorisk krevende. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 831.
7. Loxterkamp D. What a doctor is good for. BMJ 2014; 349: g6894.
8. Turkeshi E, Michels NR, Hendrickx K et al. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. BMJ Open 2015; 5: e008265.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no