

50 år i år – lenge leve turnustjenesten?

Sammendrag

Obligatorisk turnustjeneste for leger feirer i år 50-årsjubileum. Turnuslegen skal gjennom legearbeid under særskilt veiledning få nødvendig erfaring og praktisk rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirksomhet på en forsvarlig måte. Turnustjenesten representerer dermed overgangen mellom studium og selvstendig legearbeid.

Turnustjenesten har vært gjenstand for mangelfull ansvarsforankring, mangelfull målbeskrivelse og vekslende kvalitet og er for tiden under sterkt press. Den største trusselen synes å ligge i manglende kollegialitet og lojalitet fra eldre leger, dårlig økonomi og fravær av evaluering. Antall kandidater som uteksamineres fra norske universiteter og antall kandidater fra utenlandske universiteter som ønsker å ta sin turnustjeneste i Norge, er sterkt økende, noe som har medført ventetid (seks måneder) for enkelte. En økning av antall turnusplasser fra 700 til 800 per år kan medføre at turnustjenestens kvalitet blir for dårlig. Turnustjenesten ivaretar viktige krav til legers grunnutdanning. Det er derfor nødvendig å slå ring om ordningen med obligatorisk turnustjeneste for leger.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2077, 2161

Åse Brinchmann-Hansen

aase.brinchmann.hansen@legeforeningen.no
Medisinsk fagavdeling
Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Tanken om en obligatorisk praktisk tjeneste etter medisinsk embetseksamen er gammel. Allerede i 1911 foreslo en studieplankomité oppnevnt av Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo og ledet av Hjalmar Schiøtz, at studiet burde følges av en obligatorisk kandidat tjeneste (1). Forslaget ble ikke tatt til følge, og den praktiske tjenesten begrenset seg til uketjenester og noen forelesninger av privatpraktiserende leger. I 1948 leverte en studieplankomité ledet av Johan Holst sin innstilling om revisjon av medisinstudiet. Den viktigste endringen var forslaget om forkorting av studietiden med en etterfølgende periode med halvannet års praktisk tjeneste. Dette skulle være en forutsetning for å få autorisasjon som lege. En forutsetning for forslaget om en så lang tjeneste var at Den norske lægeforening godkjente tjenesten som tilstrekkelig for å kunne påbegynne spesialistutdanning. Det ble ikke definert noen målsetting for tjenesten, men det ble slått fast at de som utførte tjenesten, skulle arbeide som leger og få lønn deretter.

Studieplankomiteens innstilling ble i 1950 godkjent som «reglement for medisinsk embetseksamen» (2). En ny studieordning for medisinerere var dermed etablert med ett års obligatorisk tjeneste ved sykehus og et halvt års tjeneste i primærhelsetjenesten. Samme år ble det nedsatt en ny komite for «å nærmere utrede spørsmålene omkring turnustjenesten». Komiteen, der Axel Strøm fra Legeforeningen, var leder, fremmet sin innstilling vinteren 1952 med forslag om at tjenesten skulle foregå ved delte sykehus, dvs. sykehus med medisinsk og kirurgisk avdeling, men ikke ved universitetssykehusene. Det ble også lagt frem retningslinjer om at turnuskandidatene skulle delta både i den praktiske legetjenesten og i offentlig legearbeid i det halve året hos praktiserende offentlig lege.

En forutsetning for ordningen var at turnustjenesten skulle være en del av studiet og ligge under universitetene, men Kirke- og undervisningsdepartementet mente turnustjenesten var departementet uvedkommen-

de. Derfor fremmet Sosialdepartementet en kongelig resolusjon om innføring av turnustjeneste for leger, som ble vedtatt 23. april 1954 (3). Dermed var obligatorisk turnustjeneste innført. Tjenesten skulle være en overgang mellom studium og selvstendig legearbeid. På grunnlag av medisinsk embetseksamen fikk man en midlertidig lisens og rett til å kalle seg lege. Den endelige autorisasjonen ble utstedt etter endt turnustjeneste.

I 1955 ble det etablert et organ til å overvåke innføringen av obligatorisk turnustjeneste, kalt Turnuskomiteen, med representanter for fakultetene i Oslo og Bergen, Legeforeningen, Helsedirektoratet og studentene. Turnuskomiteens arbeid i den første femårsperioden besto primært i å utforme turnustjenesten ved de enkelte sykehus og distrikt. I den samme perioden forandret legesituasjonen seg mot et legeunderskudd. Helsedirektoratet besluttet derfor i 1964 at turnuskandidater skulle kunne fungere alene i distrikt. Dette var en måte å skaffe befolkningen legehjelp på. Beslutningen var ikke problemfri. Spørsmålet ble reist om denne type plasseringer var i strid med turnustjenesten intensjoner, og at de bidro til å skjule et problem, nemlig legemangel. Turnuskomiteens formann, Axel Strøm, bad seg fritatt for vervet fordi han mente beslutningen var i strid med forutsetningen for turnustjenesten (4).

Turnuskomiteen fikk i siste halvdel av 1960-årene mandat til å treffe tiltak med sikte på å bedre kvaliteten og den utdanningsmessige verdien av turnustjenesten. I mandatet lå også behandling og fremming av ankesaker ved søknad om særplass overfor

! Hovedbudskap

- Mange av de samme problemstillingene omkring turnustjenesten som ble diskutert i 1950- og 1960-årene er fortsatt uløste
- En målbeskrivelse for turnustjenesten er kommet, men innholdet er fortsatt ikke gjennomført
- Kvaliteten på turnustjenesten er vanskelig å vurdere fordi en grundig evaluering ikke er foretatt
- Kvaliteten på turnustjenesten må alltid være overordnet antall turnusleger som skal ha plass

Helsedirektoratet. For første gang ble det besluttet å foreta en analyse av turnustjenesten ved innhenting av materiale både fra sykehus og distrikter.

Både den første og den andre turnuskomiteen måtte tåle mye kritikk fra turnuskandidatene. Etter deres syn tok ikke Legeforeningen tilstrekkelig godt vare på deres økonomiske interesser, fakultetene hadde en mangelfull sikring av studiets kvalitet, og Helsedirektoratet forsøkte å skjule problemet med legemangel. Misnøyen resulterte i at det i 1965 ble opprettet en egen kandidatforening, og nyutdannede kandidater ble anmodet om å ta turnustjeneste i Sverige eller andre land utenfor Norge. Tidsskriftet ble hyppig brukt som debattforum. Misnøyen gjaldt både arbeids-, lønns- og boligforhold, tjenestens utdanningsverdi og et generelt krav om endringer i tjenesten. Yngre legers forening (Ylf) kjempet frem endringer i turnuskandidatenes lønn og fikk i 1965 på plass minstekrav til boligforhold som ble forpliktende for sykehusene og distriktslegene.

Frem til 1969 var det opp til sykehusene om de ville ta imot turnuskandidater eller ei. Noen ganger skjedde det ved pålegg fra Helsedirektoratet, men med Sykehusloven ble plikten til å ta imot kandidater lovhjemlet i 1989. Tilsvarende plikt ble pålagt kommunene ved innføring om lov om helsetjenester i kommunene i 1982 (5).

Turnustjenesten i 1960-årene

Våren 1966 foretok legene Bodvar Vandvik og Arnt Jakobsen jr. en undersøkelse av turnustjenesten i Norge på anmodning fra Turnuskomiteen og publisert i Tidsskriftet i 1970 (1). Spørreskjemaundersøkelsen, som var landsomfattende, fikk en høy svarprosent: 91% blant sykehusoverlegene, 87% blant distriktslegene og 77% blant turnuskandidater i distrikt, men bare 41% blant dem ved sykehus. Over en tredel av turnuskandidatene hadde funnet sider av studiet svært mangelfulle i relasjon til de praktiske problemene de møtte i turnustjenesten, særlig praktisk ferdighetsutøvelse. 75% mente de hadde behov for systematisert veiledning som supplement til det daglige arbeidet. Overlegene var delt i synet på om det var behov for systematisert veiledning. Få ønsket kateterforelesninger, men foreslo kollokvier og diskusjons- og litteraturgrupper. Forfatterne fremholdt i sin diskusjon at faktorene som virker inn på turnustjenesten er mange og mangeartede, og at samspillet mellom de ulike aktørene gjorde det vanskelig å få et fullstendig overblikk. Det at turnuskandidatens tjeneste var lønnet arbeid, men også utdanning, kunne i seg selv bidra til en interessekonflikt.

Disse generelle konklusjonene er svært like de konklusjonene som trekkes fra nyere undersøkelser av turnustjenesten. Man diskuterer fortsatt turnustjenestens forankring. Selv om målbeskrivelse for turnustjenesten er bedret (6–8), viser det seg at målbeskrivelsen bare delvis og stedvis følges. Admi-

nistreringen av turnustjenesten, som Statens autorisasjonskontor for helsepersonell er ansvarlig for på delegert myndighet fra Sosial- og helsedirektoratet, er vanskelig blant annet fordi antall kandidater som ønsker turnustjeneste er økende. Antallet er blitt en trussel for kvaliteten i tjenesten. Man har heller ikke lyktes å få til en evaluering av hvordan turnustjenesten fungerer lokalt. Ser man på funnene fra turnusundersøkelsen i 1966, er det slående at man der opererer med totalt 211 kandidater, mens man bare i 2004 utplasserer ca. 800 kandidater (1).

Dagens situasjon

I 1990 gjennomførte Åse Vikanes og Viktoria Akre under veiledning av Per Hjordahl en større undersøkelse om hva som skjedde av læring i turnustjenesten (9) og hvordan kandidatene opplevde studiet som forberedelse til en praktisk, klinisk hverdag som turnuskandidat (10). 34% av turnuskandidatene ved sykehus og 57% i distrikt hadde hatt fast veileder, men det å ha fast veileder var ikke det samme som at veiledningen hadde fungert tilfredsstillende. Mange opplevde savn av tilbakemelding på arbeidet de utførte som leger. Mulighetene til å ta opp og få hjelp til å løse medisinsk-faglige problemer i den daglige arbeidssituasjon, ble opplevd som utilstrekkelig av mange. Harde vaktbelastninger og redselen for å gjøre feil dempet gleden ved å arbeide som selvstendig lege for om lag en tredel. Forfatterne fremhevet turnustjenesten som en viktig del av legens profesjonaliseringsprosess, og at undersøkelsen i så måte viste at de fleste turnuskandidater møter et tilfeldig pedagogisk opplegg som ikke fremmer trygghet i legerollen og en integrert profesjonsidentitet.

93% av de 480 spurte kandidatene mente at studiet gav et godt teoretisk grunnlag for turnustjenesten. Bare få mente at studiet hadde vært yrkesrettet. De fleste hadde store forventninger til at tjenesten ville gi gode erfaringer og inspirasjon til videreutvikling i fremtiden som lege. Det er grunn til å merke seg at en firedel av kandidatene hadde angret på valget av yrke i løpet av turnustiden. Over en tredel svarte at de ikke ville eller var usikre på om de ville ha valgt legeyrket på nytt hvis de kunne velge om igjen.

Undersøkelsen tydet på at medisinstudiet ikke forberedte studentene godt nok til arbeidet som lege og at kandidatene opplevde at turnustjenesten ikke gav tilfredsstillende opplæring. Studiet og turnustjenesten syntes å være i utakt med hverandre og med målbeskrivelsen for den medisinske grunnutdanningen. Det viktigste midlet for å styrke turnustjenestens kvalitative innhold er en holdningsendring hos eldre leger. Disse må gi veilederne tid til å ta seg av turnuslegene slik at deres potensial for læring kan frigjøres (11).

Sentralstyret i Legeforeningen opprettet i 1991 turnusrådet. Rådet skal gi råd til sentralstyret i spørsmål om turnustjenestens faglige

innhold og turnuslegenes sosiale situasjon. Yngre legers forening fikk tre representanter, inkludert leder. Dessuten var Alment praktiserende lægers forening, Offentlige legers landsforening, Norsk overlegeforening, de medisinske fakultetene og Norsk medisinstudentforening representert. Turnusrådet hadde sitt første møte i 1992 med Ola Aarseth som leder. Blant de første sakene rådet behandlet var evaluering av eksisterende turnustjeneste og om sykehus uten akuttfunksjon kunne ha turnuskandidater.

I mars 1994 besluttet turnusrådet å gjennomføre den første evalueringen av den faglige delen av turnustjenesten siden 1966. Resultatene ble publisert i 1995 i Tidsskriftet (12, 13). Undersøkelsen var basert på anonymiserte spørreskjema der turnuskandidatene skulle angi oppnådde ferdigheter i ulike prosedyrer samt mulighet for veiledning og supervisjon. Resultatene avslørte store mangler i tilbud om veiledning, muligheter for systematisk tilbakemelding på arbeidet turnuskandidatene gjorde og formell opplæring i prosedyrer innenfor områdene akuttmedisin og gynekologi.

Diskusjon

Det er fortsatt mange elementer som ikke er på plass i turnustjenesten. De fleste turnusleger – tittelen turnuskandidat ble endret til turnuslege i 1998 (7) – får en adekvat opplæring i ferdigheter og prosedyrer, men erfaringer ved besøk på avdelinger og i allmennlegepraksiser med turnusleger er at det ofte skorter på veiledning og fortløpende supervisjon. Tilbakemelding på klinisk praksis, et viktig læringselement, er dårlig. Dette kan medføre at turnuslegene bevisst eller ubevisst adopterer sider ved vertslagens atferd som kan virke negativt på utviklingen av deres profesjonelle roller.

Profesjonalitet og profesjonsutvikling er sentrale elementer i turnustjenesten. Mange turnusleger uttrykker engstelse og usikkerhet når de debutterer som selvstendige leger. Trygghet i legerollen og strategier for mestring av usikkerhet bør vies større oppmerksomhet i studiet og i løpet av turnustjenesten (14).

Det overordnede mål for turnustjenesten må være å sikre at turnustjenesten holder en god kvalitet, det vil si at gjeldende målbeskrivelse innfris. En for stor grad av funksjonsfordeling mellom sykehusene, seksjonering og fragmentering av store fagområder skaper vansker for en god turnustjeneste. Det samme gjelder press fra sykehuseiere om at flere pasienter skal behandles. Økningen i antall kandidater som vil ut i turnus, kan bidra til at tjenestens innhold blir forringet.

Det er ulike måter å møte disse problemene på. Utgangspunktet er kjent og klart beskrevet. Legeforeningen sendte i 2000 et forslag til daværende helseminister Tore Tønne om hvordan en fortløpende evaluering av turnustjenesten kunne gjennomføres.

Tønne svarte at ideen var god, men var skeptisk til at Legeforeningen, som organiserer turnuslegene, skulle foreta evalueringen. Etter fire år og flere purringer har Helsedepartementet konkludert med at det vil vurdere å bevilge penger til kvalitetsovervåking, men at forslag til ny forskrift og nye modeller for gjennomføring av tjenesten må foreligge først. Forslag til kvalitetsindikatorer til bruk i en evaluering av turnustjenesten for leger er utarbeidet av turnusrådet, men myndighetene har så langt ikke respondert.

Det synes også å være et historisk fenomen at ingen vil ta det fulle og hele ansvar for turnustjenesten. Turnustjenesten faller mellom minst to stoler, og konsekvensen blir at antall kandidater øker uten at utfordringene med tjenesten finner sin løsning. Forslag til konkrete endringer har de siste årene blitt møtt med uttalelser om at endringer må utsettes til resultatene av pågående utredninger foreligger.

I desember 2000 ble en rapport om turnustjenesten for leger med forslag til forskrifter sendt på høring (15). Rapporten reiste mange problemstillinger og gav enkelte anbefalinger, men få konklusjoner. En sentral problemstilling var spørsmålet om prioritering mellom kandidatene som meldte seg til tjeneste, og rapporten åpnet for en differensiering mellom gruppene. På grunnlag av rapporten og en intern utredning (16) vedtok sentralstyret at norske studenter burde tilbys turnusplass uavhengig av studiested og at spørsmålet om prioritering prinsipielt er et myndighetsansvar.

Psykatri som obligatorisk del av turnustjenesten, enten som del av tredelt turnustjeneste eller som en del av en utvidet turnustjeneste på 24 måneder, har også vært diskutert. Fylkeslegen i Oslo, som fra 1994 har vært delegert myndighet til å gi pålegg om å ta imot turnusleger, oppfordret 1998 sykehusene til å øke antall turnusplasser ved å ta i bruk spesialavdelinger i anesthesiologi, kvinnesykdommer og fødselshjelp, barnesykdommer eller psykiatri med fire måneders turnustjeneste for leger.

På grunnlag av de innkomne høringsuttalelsene til rapporten fra 2000, ble det satt ned en partssammensatt arbeidsgruppe for å vurdere enkelte spørsmål omkring turnustjenesten for leger. Arbeidsgruppen avgav nylig sin første delutredning (17) og ytterligere en delutredning er bebudet. Gruppen slo fast at turnustjenestens formål er et vilkår for å få autorisasjon som lege. Turnustjenesten har ifølge målbeskrivelsen fra 1998 som hovedmål at tjenesten skal gi turnuslegen, gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon, nødvendig erfaring og praktisk rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirksomhet på forsvarelig måte. Dette er en viktig presisering, fordi begrepet selvstendig legevirksomhet løftes frem og understreker turnuslegenes behov for selvstendiggjøring gjennom turnustjenesten. Arbeidsgruppen foreslår eva-

luering av flere ulike modeller for gjennomføring av turnustjeneste for leger før endelig vedtak om fremtidens tjeneste blir fattet. Resultatet av høringene foreligger ikke.

Avsluttende kommentarer

Turnustjenestens fremtiden er uvis. Enkelte spør seg om turnustjenesten kommer til å bestå. De administrative problemer knyttet til et sterkt økende antall turnusleger som skal ut i tjeneste, kan medføre at obligatorisk turnustjeneste for leger i Norge opphører som et myndighetsansvar. For oss som har fulgt debatten gjennom flere tiår, synes det å være et sterkt ønske om å bevare en turnustjeneste med solid kvalitet. – Vi trenger ikke bare leger, vi trenger dyktige leger, sa president Hans Kristian Bakke i en kommentar ved turnustjenestens 50-årsjubileum (18). De som tror på turnustjenesten, må derfor slå ring om turnustjenesten.

Litteratur

1. Vandvik B, Jakobsen A. Turnustjenesten og turnuskandidatene fra et utdanningsmessig synspunkt. Tidsskr Nor Lægeforen 1970; 90: 1319–51.
2. Innstilling fra Det medisinske fakultets studieplankomité. Stensil. Oslo: 1948.
3. Stortingsproposisjon nr. 1. Tillegg nr. 19 (1950): Om ny permanent ordning av det medisinske studium ved Universitet i Oslo. Vedlegg: Det medisinske fakultets innstilling til ny permanent ordning av det medisinske studium.
4. Aasved H. Spesialistutdanning av leger i Norge. Bestemmelser og komiteinnstillinger. En historisk oversikt. Rapport. Bergen: 2001; 21–2.
5. Strøm A. Brev til Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 11. januar 1965.
6. Rundskriv IK-27/89 Målbeskrivelse for medisinske kandidater og Retningslinjer for praktisk gjennomføring av målbeskrivelsen for medisinske kandidater. Oslo: Helsedirektoratet 1989.
7. Rundskriv 17/98 Turnustjenesten for leger. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
8. Rundskriv IK-17/98 Turnustjenesten for leger. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998. Oppdatert 1.7.2001.
9. Vikanes Å, Akre V. Medisinsk grunnutdanning i utakt. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2541–5.
10. Akre V, Hjortdahl P. Profesjonalisering uten styring? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2546–51.
11. Måseide H. Lærer studentene å takle usikkerhet? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3235–41.
12. Aarseth O, Falck G, Brattebø G. Får medisinske kandidater den veiledningen de har krav på? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2087–90.
13. Falck G, Brattebø G, Aarseth O. Er turnuskandidatens opplæring i praktiske prosedyrer god nok? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2091–5.
14. Straume K. Øvelse gir mestring? Turnuslegers reaksjon på usikkerhet i pasientbehandlingen – på begynnelsen og slutten av kommunehelsetjeneste. Kandidatoppgave i folkehelsevitenskap. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2003.
15. Turnustjenesten for leger. Turnusrapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
16. Ebbing M, Brinchmann-Hansen Å, Grytten N et al. Utredning om turnustjenesten. Oslo: Den norske lægeforening, 2000. Oslo 17. mars 2000. Manuskript.
17. Behov for endringer i turnustjenesten for leger? Utredning nr.1, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
18. Feiring E. Turnustjenesten 50 år. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1562.