

Turnustjenestens rolle i utdanningsløpet er endret. Det bør få konsekvenser for innhold og organisering

Turnustjenesten – tid for nytenkning

Turnustjenesten står under press, og saken vekker hissige debatt blant medisinstudentene (1). Stridens aktuelle kjerne er kapasitetsproblemene i turnustjenesten, der det store skillet går mellom studenter i Norge og utenlandsstudentene. Bør studenter ved norske universiteter prioriteres foran studenter ved utenlandske universiteter? Og: bør turnusplasser tildeles etter loddtrekning, slik dagens ordning er, eller etter søknad som i Sverige?

I mange land, bl.a. Finland, Nederland, Polen, Tsjekkia, Tyskland og Ungarn, er fullført medisinsk embetseksamen tilstrekkelig for legeautorisasjon, til tross for at studietiden ikke er lengre enn i Norge. EU- og EØS-avtaler gir rett til overføring av legeautorisasjon fra et medlemsland til et annet, slik at det er mulig å få norsk autorisasjon uten å ha gjennomført turnustjeneste. De siste årene har flere utenlandsstudenter benyttet denne muligheten istedenfor å vente på turnusplass. Til turnusstart i august 2006 var det oppmeldt 595 kandidater til 401 plasser (2), så turnustjenesten er i ferd med å bli en betydelig flaskehals i legers utdanningsløp.

Turnustjenestens opprinnelige hensikt var å kvalifisere medisinske kandidater til å utføre selvstendig legearbeid (3). For mange var turnustjenesten slutten på den formelle profesjonsutdanningen og starten på en livslang yrkeskarriere. I dag er relevant spesialistkompetanse et minimumskrav for å få en fast stilling ved de fleste sykehusavdelinger, og ved universitetssykehus kreves det i praksis ofte grenspesialitet og doktorgrad. Kompetansekravene i kommunehelsetjenesten er foreløpig lavere. Frem til 31.12. 2005 var det tilstrekkelig med norsk autorisasjon for å søke en ledig fastlegehjemmel, mens det fra 2006 er krav om tre års veiledet tjeneste for å arbeide selvstendig for trygdens regning – i tråd med EØS-direktivet. Det norske allmennmedisinske fagmiljøet arbeider for å få innført krav om fullført spesialistutdanning i allmennmedisin for å drive selvstendig fastlegepraksis, slik det er i Danmark og Nederland (4).

Turnustjenestens rolle ser altså ut til å endres fra å være en sluttutdanning til å bli et viktig trinn på veien til fullført spesialistutdanning. I dette perspektivet blir det for snevert å vurdere kvaliteten på turnustjenesten isolert; oppmerksomheten må rettes mot turnustjenestens plass i utdanningsløpet og mot sluttproduktet, dvs. den ferdige spesialisten. For pasientene er det viktig at legeutdanningen gir gode spesialister og at tilstrekkelig mange er utdannet innenfor prioriterte fagområder som allmennmedisin, geriatri og psykiatri.

I Nederland og Canada har staten delegert hovedansvaret for både grunn- og videreutdanningen til universitetene (5, 6). Det er neppe aktuell politikk i Norge, men en forenkling av den norske utdanningsmodellen bør være mulig. I dag har universitetene hovedansvaret for grunnutdanningen, mens Sosial- og helsedirektoratet, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, Fylkesmannens helseavdeling og Legeforeningen deler det operative ansvaret for turnustjenesten. Legeforeningen har hovedansvaret for spesialistutdanningen. Alle parter er i tillegg avhengig av et komplisert samarbeid med helseforetakene og kommunene for å skaffe tilstrekkelig antall praksisplasser. I en mer helhetlig modell bør universitetene og Legeforeningen etter mitt syn få et klarere ansvar for innhold og organisering av hele utdanningsløpet med felles ansvar for godkjenning av praksisplasser og veiledere på alle nivåer.

Hvilke konsekvenser vil dette få for turnustjenesten? I Bergen har medisinstudentene foreslått at legeautorisasjon gis etter fullført grunnutdanning og at turnustjenesten legges inn som første trinn i spesialistutdanningen. Legeforeningens evaluering av turnustjenesten (7) gir viktig informasjon om hva som bør vektlegges i en ny «grunnmodul». Omfang og kvalitet på veiledning og supervisjon spiller en viktig rolle for praktisk læring. Turnuslegene er mer fornøyd med veiledningen i allmennpraksis enn i sykehus, men det er store variasjoner mellom tjenestestedene. For å redusere forskjellene bør det utarbeides spesifikke krav for godkjenning av utdanningssteder og veiledere.

Seks måneders tjeneste i allmenn- og samfunnsmedisin bør være obligatorisk i all spesialistutdanning, bl.a. fordi kunnskap om lokal samfunn og kommunehelsetjenesten er nødvendig for å styrke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Sykehusene har større kapasitetsproblemer pga. stort undervisningsansvar for mange personellgrupper på flere nivåer. Læringsmålene i en grunnmodul bør derfor ses i sammenheng med at alle leger senere skal utføre deler av sin spesialistutdanning i sykehus. Økt kompetanse i behandling av livstruende tilstander og forbedring av generelle praktiske ferdigheter bør stå sentralt. Klare læringsmål og god individuell og gruppebasert veiledning vil etter mitt syn gjøre det mulig å redusere sykehustjenesten fra 12 til seks måneder uten tap av kvalitet i det totale utdanningsløpet.

Tiden er antakelig moden for gjennomgripende endringer i legeutdanningen, men det må skje uten å svekke sårbare distriktskommuner og småsykehus. Disse må benyttes aktivt som utdanningssteder, og veilederkompetansen må styrkes. Sykehusavdelinger med svært spesialiserte funksjoner bør som hovedregel ikke være praksissteder i grunnmodulen. Det må sikres en god balanse mellom antall utdanningsstillinger og befolkningsmengde i distriktskommuner, bl.a. for å styrke legerrekrutteringen til disse områdene.

Svein Steinert
svein.steinert@ism.uit.no

Svein Steinert (f. 1953) er spesialist i allmennmedisin og master i folkehelsevitenskap. Han er tidligere leder av fastlegeforsøket i Tromsø og Appls fagutvalg. Han er turnusveileder i Troms fylke og prosjektleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Hansen TS. Turnus: Krise har blitt til katastrofe. *Æsculap* 2007; 2: 17.
2. Haugum P. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Årsrapport for 2006. www.safh.no/publikasjoner/aarsrapport2006.pdf (1.6.2007).
3. Brinchmann-Hansen Å. 50 år i år – lenge leve turnustjenesten? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2110–2.
4. Kristoffersen JM. Intern høring: Prosjektrapport om det skal stilles krav til spesialitet i allmennmedisin for å arbeide selvstendig som lege. www.legeforeningen.no/index.gan?id=120743&subid=0 (1.6.2007).
5. Steinert S, Melbye H. Utdanning av allmennleger – hva kan vi lære av Nederland? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1040–1.
6. Krupa LK, Chan BTB. Canadian rural family medicine training programs – growth and variation in recruitment. *Can Fam Physician* 2005; 51: 853–61.
7. Legeforeningens turnusråd. Rapport: Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger. www.legeforeningen.no/index.gan?id=100901&subid=0 (19.6.2007).