

Turnustjeneste er både læring og arbeid

Turnusleger og deres veiledere mener at turnustjenesten gir høy grad av læringsverdi for legen og nyttig arbeidsinnsats for arbeidsgiver.

Dette viser Legeforeningens landsomfattende evaluering av turnustjenesten for leger. Mindre sykehus gir mer allsidig tjeneste og praktisk læring enn større sykehus. En todelt turnustjeneste gir mer praktisk læring innen indremedisin og kirurgi enn en tredelt med både indremedisin, kirurgi og psykiatri.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Ole Tunold

ole.tunold@legeforeningen.no
Forskningsinstituttet
Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Turnustjenesten for leger ble innført i 1955 (1). I løpet av de påfølgende 50 årene har helsevesenet gjennomgått dyptgripende forandringer. De viktigste endringene i rammebetingelsene for turnustjenesten de senere årene har vært økt tilfang av turnusleger, økt funksjonsfordeling mellom sykehus og økt innsats i psykiatri.

Antallet medisinske kandidater som melder seg til turnustjeneste, har økt betydelig (2). Nye turnusplasser er opprettet, også utover et anbefalt nivå. Flere turnusplasser reduserer antallet pasientsituasjoner og øker behovet for større veiledningsressurser. Dette setter kvaliteten på tjenesten under press. Stadig færre sykehus opprettholder kombinerte avdelinger for ortopedisk kirurgi og bløtdelskirurgi (3). Etter sykehusreformen i 2002 har flere helseforetak foretatt funksjonsfordeling mellom sykehus. En stadig økende grad av sentralisert akuttberedskap innen og mellom helseforetak gjør at enkelte sykehus ikke lenger kan tilby turnusplasser med et fullverdig spekter av læringssituasjoner. Dette er en dagsaktuell problemstilling ved flere helseforetak.

Ved de fleste sykehus er turnustjenesten todelt, med seks måneders tjeneste på henholdsvis indremedisinsk og kirurgisk avdeling. Ved enkelte sykehus er tjenesten tredelt, vanligvis med psykiatri som tillegg til indremedisin og kirurgi. Kritikken mot en slik ordning er særlig at turnuslegene får for kort tid på den enkelte avdeling til å erverve tilstrekkelig rutine og sikkerhet i rollen som lege. Det er også uttrykt bekymring for at ressursknapphet i psykiatrien kan gjøre det vanskelig å etablere fullgode turnusplasser (4).

Systematisk evaluering nødvendig

Systematisk veiledning i et en-til-en-forhold mellom turnuslege og veileder betraktes som en viktig pedagogisk forutsetning i turnustjenesten. Veiledningens kvalitet varierer gjennom turnustjenesten. Tidligere studier har vist at veiledningen under turnus er bedre i kommunehelsetjenesten enn i sykehus og bedre i medisinske enn i kirurgiske avdelinger (5). Turnustjenesten er åpenbart ikke den samme i dag som for 50 år siden. Er tjenesten fortsatt hensiktsmessig i forhold til helsevesenets forventninger og behov? Det er mange oppfatninger om dette, men begrenset dokumentasjon. Noen går så langt som til å anbefale å nedlegge ordningen med turnustjeneste for leger (6).

Helsedepartementet har i flere år erkjent behovet for en systematisk oppfølging av turnustjenesten, men har foreløpig ikke formalisert en løpende kvalitetssikring eller evaluering av tjenesten (7). Legeforeningen bestemte i 2005 at det fra våren 2006 skulle etableres en kontinuerlig standardisert landsomfattende evaluering av turnustjenesten basert på spørreskjemaundersøkelser. Det ble utarbeidet fire forskjellige spørreskjemaer – ett for turnusleger i sykehus, ett for turnusleger i kommunehelsetjenesten og ett for deres respektive veiledere. Hoveddelen av spørreskjemaene omhandler turnuslegenes konkrete eksponering for spesifikke læringssituasjoner og er i stor grad basert på kriterier og anbefalinger hentet fra Legeforeningens veiledningshefter for turnus i sykehus (8) og i kommunehelsetjenesten (9). Temaet ble også basert på intervjuer med turnusleger og veiledere ved utvalgte sykehus og legekontor. Undersøkelsen ble gjennomført sommeren 2006, da det ble sendt ut spørreskjema til alle turnusleger som skulle avslutte tjenesten i august 2006 og til deres

veiledere. Resultatene er nylig publisert på Legeforeningens nettsider og i papirformat (10).

Høy læringsverdi – nyttig arbeidsinnsats

Både turnusleger og veiledere svarte at turnustjenesten gir høy grad av læringsverdi for turnuslegen og samtidig verdifull arbeidsinnsats for arbeidsgiver (10). Dette er i samsvar med turnustjenestens ideelle funksjon: jo mer turnuslegene lærer gjennom praktisk utøvelse av legeyrket, desto større nytte har tjenestestedet av innsatsen deres, og vice versa. Det er en viktig påminnelse til dem som ønsker å utvikle tjenesten, særlig hvis de ikke samtidig kommer med troverdige alternativer. Turnuslegene vurderte veiledningen som mest systematisk ved psykiatriske avdelinger og minst systematisk ved kirurgiske avdelinger.

Innholdet i turnustjenesten var på mange områder i tråd med Legeforeningens veiledere for turnustjenesten (8, 9), men på en rekke spesifikke områder var anbefalingene ikke fulgt (10). For eksempel hadde nesten alle turnuslegene ved kirurgisk avdeling behandlet enkle brudd og luksasjoner. Derimot hadde bare 2 % utført biopsi eller fjerning av overflatiske svulster selvstendig og ofte. De aller fleste turnuslegene ved kirurgiske avdelinger hadde foretatt journalopptak og deltatt i diagnostisering. Rundt halvparten hadde sjelden eller aldri assistert ved operasjon, etterbehandling, visittgang og epikriseskriving. Også ved medisinsk avdeling varierte omfanget av erfaring med praktiske prosedyrer, men over 90 % hadde regelmessig deltatt i journalopptak, diagnostisering, behandling, previsit, visittgang og epikriseskriving.

Anbefalingene i Legeforeningens veileder vedrørende praktiske prosedyrer, ferdigheter og allmennlegeoppgaver var oppfylt i varierende grad (10). Undersøkelsen omfattet blant annet et utvalg av 21 praktiske ferdigheter i allmennmedisin og 12 spesifikke allmennlegeoppgaver. Mens turnuslegene gjennomgående hadde fått erfaring i de fleste av de praktiske ferdighetene, syntes allmennlegeoppgavene å være lavere prioritert, spesielt forebyggende helsearbeid. Dette gir grunnlag for å se på spesifikke forbedringstiltak på enkelte felt og vurdere om nivået, som veiledningsheftene spesifiserer, er rimelige og realistiske på alle områder.



Illustrasjon Kari Stai, Patron

Varierende omfang av praktisk læring

Turnusleger med tredelt tjeneste (med indremedisin, kirurgi og psykiatri) hadde i gjennomsnitt noe mindre praktisk erfaring og oppfølging av kirurgiske og indremedisinske pasienter (10). Over 40% av turnuslegene som hadde gjennomført tredelt tjeneste, mente varigheten av tjenesten ved kirurgisk avdeling var for kort, og nesten 80% mente det samme om tjenesten ved medisinsk avdeling. Motsatt mente 34% at varigheten av tjenesten ved psykiatrisk avdeling var for lang. Mange veiledere var kritiske til varigheten av turnustjenesten ved kirurgisk og medisinsk avdeling for de turnusleger som hadde tredelt turnustjeneste. 14 av 15 veiledere mente tjenesten ved kirurgisk og medisinsk avdeling var for kort.

Disse resultatene er ikke overraskende. Når seks måneders tjeneste reduseres til fire, minker antallet pasientsituasjoner tilsvarende. Spørsmålet er om reduksjonen i omfang av praktisk opplæring kan oppveies ved at turnuslegene får innsikt og erfaring i et tredje fagområde. Et like viktig spørsmål er om læringskurven er flat gjennom hele tjenesten eller om den viktigste læringen først finner sted når turnuslegen er innarbeidet

i avdelingens rutiner. I så fall er det ikke et lineært bytteforhold når det fordeles tid ved de enkelte avdelinger.

Små sykehus ga noe bredere og mer helhetlig erfaring i pasientbehandling enn store sykehus (10). For kirurgiske avdelinger var det ingen nevneverdig forskjell mellom små og store sykehus når det gjaldt turnuslegenes praksis i journalopptak og diagnostisering. Derimot var det en stor forskjell for de øvrige nevnte avdelingsrutinene, slik som assistering ved operasjon, etterbehandling, visittgang og epikrise. Ved mindre sykehus syntes disse rutinene i større grad å være en etablert del av tjenesten på kirurgiske avdelinger enn ved større sykehus. Det samme gjaldt i noen grad for tjenesten ved medisinske avdelinger. Det var ingen tilsvarende forskjeller ved psykiatriske avdelinger.

Noen større sykehus ser ut til å praktisere en stor grad av arbeidsfordeling. Dette vil for noen turnusleger innebære at pasientkontakten stort sett begrenses til innleggelser. De større sykehusene, særlig de kirurgiske avdelingene, må legge til rette for at turnuslegene i større grad kan følge pasienten gjennom alle typer rutiner under hele sykehusoppholdet.

I kommunehelsetjenesten hadde praktisk

læring sammenheng med vakthypighet, som igjen hang sammen med kommunistørrelse. Turnuslegene i mindre kommuner hadde hyppigere vakter enn turnusleger i større kommuner uansett landsdel. Forskjellen var størst i kommunene i Helseregion Nord, der turnuslegene i små kommuner i gjennomsnitt hadde mer enn dobbelt så mange vakter som dem i større kommuner.

Det var ingen tydelig sammenheng mellom turnuslegenes arbeidserfaring, utdanningssted, trekningsnummer og kjønn og spredningen på de enkelte evalueringspunktene (10). De aller fleste veilederne hevdet at turnuslegenes teoretiske kompetanse, praktiske evner, motivasjon og modenhet hadde hatt en positiv eller avgjørende positiv betydning for turnustjenesten. Det var ingen sammenheng mellom disse «objektive» vurderte forutsetningene hos turnuslegene og opplevd utbytte av turnustjenesten.

De store variasjonene i mengde og bredde av praktisk læring i sykehus og kommunehelsetjenesten kan i svært liten grad forklares som en konsekvens av individuelle forskjeller mellom turnuslegene, i hvert fall for de forhold som ble tatt med i undersøkelsen (10). Det kan ikke utelukkes at slike systematiske forhold eksisterer. Den

viktigste forklaringen på variasjon i læring er nok at tjenestestedene ikke tilbyr samme type tjeneste. Regelmessig evaluering av tjenesten med løpende tilbakemelding til tjenestestedene vil være et viktig virkemiddel for generell kvalitetsheving.

Motivasjon for karrierevalg

De turnuslegene som opplevde at turnus i kommunehelsetjenesten hadde gitt høy læringsverdi, var også relativt sterkt motivert for å arbeide med allmennmedisin i fremtiden (10). De som opplevde at tjenesten hadde relativt lav læringsverdi, var tilsvarende mindre motivert for å arbeide i allmennmedisin. Tilsvarende gjaldt turnusleger som hadde siste del av turnustjenesten ved henholdsvis medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk avdeling. Det er altså den mest presenterte erfaringen med et fagfelt (og bare den) som gir utslag på motivasjonen for i fremtiden å arbeide i feltet. Turnustjenesten synes derfor å ha en relativt flyktig motiverende effekt for fremtidig beskjeftigelse med ett spesifikt fagfelt. Dette er et viktig poeng i spørsmålet om flere fagfelt skal inkluderes i turnustjenesten. Fremtidig rekruttering til et fagfelt er trolig ikke bare et spørsmål om tidligere eksponering (for fagfeltet), men særlig om den kvalitative opplevelsen av slik eksponering.

Spørsmålet om turnustjenesten er blitt kvalitativt bedre eller dårligere i løpet av de 50 årene som har gått siden ordningen ble etablert, lar seg ikke besvare på grunnlag av disse dataene. Undersøkelsen bidrar likevel til å belyse sider ved tjenestens hensiktsmessighet. Den har også gitt grunnlag for å få frem forskjeller mellom tjenestestedene i nye evalueringer der de enkelte tjenestestedene er identifisert. Den første av disse ble gjennomført av Legeforeningen i januar/februar 2007 og en ny undersøkelse ble sendt ut i juni 2007.

Litteratur

1. Ebbing M, Brinchmann-Hansen Å, Grytten N et al. Utredning om turnustjenesten. Oslo: Den norske lægeforening, 2000.
2. Gjersvik P. Bedre turnustjeneste – bedre leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2077.
3. Bakke HK. Turnustjenesten – quo vadis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2061.
4. Bakke HK. Turnustjenesten – hva skal innholdet være? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1575.
5. Falck G, Brattebø G, Brinchmann-Hansen Å et al. Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter turnustjeneste i distrikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2265–7.
6. Vik T. Turnustjenesten står for fall. Aftenposten 21.3.2007.
7. Brinchmann-Hansen Å. 50 år i år – lenge leve turnustjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2110–2.
8. Veileder for turnus i sykehus. Oslo: Den norske lægeforening, 2005.
9. Veileder for turnus i kommunehelsetjenesten. Oslo: Den norske lægeforening, 2003.
10. Turnusrådet. Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger. Oslo: Den norske lægeforening, 2006. www.legeforeningen.no/index.gan?id=100901&subid=0 [25.6.2007].

Manuskriptet ble mottatt 23.1.2007 og godkjent 28.6.2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.