

***Turnustjenesten for leger –
en helhetlig gjennomgang***

**Sosial- og helsedirektoratet
Avdeling helse- og sosialpersonell
15. mars 2008**

Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	7
1.1. Historisk bakgrunn og formål	7
1.1.1. Turnustjenestens formål	8
1.2. Oppdrag og problemstilling	8
1.3. SHdirs anbefaling	9
2. Foreliggende evalueringer	11
2.1. Tidligere utredninger	11
2.2. Pågående evaluering	13
2.3. Andre undersøkelser	15
Del I – EN SAMLET VURDERING	20
3. Gjeldende regelverk og veiledende dokumenter	20
3.1. Helsepersonelloven § 48. Autorisasjon	20
3.1.1. Nordisk overenskomst og EØS-regelverket	20
3.2. Faglig veiledende dokumenter	23
4. Administrative forhold	24
4.1. Kapasitetsproblemer	24
4.2. Likestillingshensyn?	30
4.3. Særlige hensyn	31
5. Strukturelle forhold	33
5.1. Sykehusreformen	33
5.2. Fastlegereformen	33
6. Politiske føringer	38
6.1. Opptrappingsplan for psykisk helse	38
6.2. Opptrappingsplan for rusfeltet	38
6.3. Omsorgsplan 2015	39
7. Utdanning og turnustjeneste	40
7.1. Medisinsk grunnutdanning og turnustjeneste i Norden	40
7.2. Medisinsk grunnutdanning og turnustjeneste i EØS-området	44
7.4. Andre helsepersonellgrupper	48
DEL II – ORGANISERING OG INNHOLD	50
8. Organisering av tjenesten	50
8.1. Erstatte turnustjenesten med annet kvalifiseringsløp	51
8.1.1. Administrative konsekvenser	59
8.1.2. Rettslige konsekvenser	62
8.1.3. Økonomiske forhold	63
8.2. Eksisterende modell – sentral fordelingsmodell	67
8.3. Rendyrke eksisterende modell	68
8.4. Regional fordelingsmodell	69
8.5. Markedsmodell	70
8.6. Regional fordelings-/markedsmodell	71
9. Innhold i tjenesten	72
9.1. Formål og delmål	72
9.2. Tjenestetid og fagsammensetning	73
9.3. Praktiske ferdigheter og prosedyrer	74
9.4. Profesjonalisering	75
9.5. Veiledning	76
9.6. Simulatortrening	78

10. Oppsummering	79
Litteraturliste	81

Sammendrag

Oppdrag

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) har i tildelingsbrevet for 2007 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fått i oppdrag å foreta en samlet vurdering av turnustjenesten for leger og komme med forslag til organisering av samt innhold i tjenesten, basert på foreliggende evalueringer.

Turnustjenesten er belyst med utgangspunkt i rammebetingelser som gjeldende regelverk, administrative forhold, strukturelle- og politiske føringer. Videre har ulike medisinske grunnutdannings-/turnusløp innenfor og utenfor EØS-området utgjort sammenligningsgrunnlag for vurdering av innhold og organisering av tjenesten i Norge.

Anbefaling

SHdir anbefaler en omlegging av turnustjenesten både med hensyn til organisering og innhold, av følgende grunner:

- Turnustjenestens rolle i utdanningsløpet er endret
- EØS-regelverket medfører konkurrerende veiledningsordninger¹
- Rekrutteringssituasjonen for leger totalt sett viser langt større balanse enn tidligere mellom tilbud og etterspørsel
- Rekrutteringssituasjonen i allmenn- og samfunnsmedisin er samtidig kritisk
- Helsereformer som sykehusreformen og fastlegereformen har endret rammebetingelsene for turnustjenesten
- Helsepolitiske satsningsområder innen psykiatri, rus og geriatri fanges vanskelig opp av turnustjenesten
- Undersøkelser viser betydelige mangler i forhold til veiledningen av turnusleger, særlig i sykehustjenesten
- Administreringen av turnustjenesten er svært ressurskrevende og preget av kryssende hensyn

Etter SHdirs vurdering er det hensiktsmessig å se legers kvalifiseringsløp som en helhet - fra studium via introduksjon til yrkeslivet og til fullført spesialistutdanning. SHdir anbefaler at turnustjenesten erstattes av et annet kvalifiseringsløp, nærmere bestemt en *grunnmodul* av tre års varighet som inngår i spesialistutdanningen.

Grunnmodulen omfatter ett år i sykehus med tjeneste i klinisk enhet med akutfunksjon, i hovedsak knyttet til indremedisin og kirurgi, men også andre aktuelle kliniske avdelinger som barneavdeling, anesthesiavdeling samt avdeling for kvinnesykdommer og fødselshjelp. Hvorvidt det er tilstrekkelig med kun ett av fagene eller om det må utføres tjeneste innen minst to fagområder, må vurderes.

Et halvt år skal gjennomføres innen psykisk helsevern/rusfeltet i spesialisthelsetjenesten. Det bør vurderes om barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger (BUP) og distriktpsikiatriske sentre (DPS) også kan benyttes som tjenestesteder.

Et halvt år skal utgjøre valgfri tjeneste innen ønsket spesialisering (inkludert forskning).

¹ EØS-kravet om tre års veiledet tjeneste for å kunne praktisere for trygdens regning.

Norske helsemyndigheters krav om 18 måneders veiledet tjeneste for kandidater som søker autorisasjon i Norge på bakgrunn av medisinsk utdanning fra EØS-land der det ikke stilles krav om praktisk tjeneste/turnustjeneste.

Ett år skal utføres i kommunehelsetjenesten, og det foreslås at det opprettes ettårige utdanningsstillinger i kommunene for gjennomføring av tjenesten. Videre bør det vurderes om psykisk helsearbeid/rusfeltet skal inngå som obligatorisk del av kommunehelsetjenesten.

Legefordeling og distriktspolitiske hensyn skal samtidig ivaretas gjennom kvalifiseringsløpet.

Grunnmodulen tilfredsstillende:

- EØS-kravet om tre års veiledet tjeneste for å praktisere selvstendig for trygdens regning²
- Norske helsemyndigheters krav om 18 måneders veiledet tjeneste for kandidater med utdanning fra EØS-land der det ikke stilles krav om praktisk tjeneste/turnustjeneste³
- Tre års meritterende tjeneste for alle spesialiteter

Generelle konsekvenser:

- Legers kvalifiseringsløp frem til spesialistgodkjenning reduseres med seks måneder
- Innen alle sykehusspesialiteter øker tjenesten innen allmennmedisin med seks måneder, hvilket sikrer erfaring fra allmennmedisinsk legearbeid inkludert helsestasjonstjeneste, skolehelsetjeneste og pleie- og omsorgstjeneste samt deltakelse i legevaksarbeid
- Alle spesialistutdanninger får seks måneders obligatorisk tjeneste innen psykisk helsevern/rusfeltet

Utdanningslegen tildeles begrenset lisens for gjennomføring av grunnmodulen. Etter tre års tjeneste kan en oppnå autorisasjon, samtidig som en oppfylder EØS-kravet til selvstendig legevirkosomhet for trygdens regning. En forenkler dermed ordningene der legen på ulike trinn i kvalifiseringsløpet tildeles økte rettigheter i forhold til å utløse trygdeytelser.

Administrative konsekvenser:

Regional fordeling av kandidatene som starter i utdanningsstillinger i form av treårige grunnmoduler, vil bidra til at distriktene får dekket behovet for legetjenester.

Tre forslag til administrative ordninger for legefordeling:

Alternativ 1)

Kandidatene velger helseregion på bakgrunn av et tilfeldig trekningsnummer. Deretter velger de grunnmodul om lag seks måneder før tjenestestart (15.02 og 15.08) etter trekningsnummer innen helseregionen. Et fordelingsutvalg sammensatt av det regionale helseforetaket og fylkesmennene innen helseregionen, lager en liste over grunnmoduler som kandidatene kan velge mellom.

For kandidater som ønsker å spesialisere seg innen allmennmedisin, vil det være hensiktsmessig om kommunen tilbyr hele tjenesten som inngår i grunnmodulen og i spesialiseringen. Kommunen vil dermed sikre legetjenester over flere år, samtidig som utdanningslegen kan etablere seg i kommunen.

² Hvorav minimum seks måneders tjeneste ved godkjent sykehus og seks måneders tjeneste hos en godkjent allmennpraktiserende lege eller i et godkjent legesenter innen primærhelsetjenesten.

³ Hvorav minimum seks måneders tjeneste i kommunehelsetjenesten og seks måneders tjeneste i sykehus.

Alternativ 2)

Kandidatene rapporterer til det regionale helseforetaket en prioritert preferanseliste over grunnmoduler med tre helseforetak/sykehus med tilhørende kommuner. Kandidatene tildeles deretter grunnmodul av fordelingsutvalget, om lag seks måneder før tjenestestart.

Alternativ 3)

Kandidatene velger helseregion etter trekningsnummer, for deretter å søke direkte på godkjente utdanningsstillinger i sykehus og kommune.

Etter at kandidatene er tildelt grunnmodul eller utdanningsstillinger, inngår de arbeidsavtale med arbeidsgiver om lag to måneder før tjenestestart i henholdsvis sykehus og kommunehelsetjenesten.

Ordningene med særplass, bytte av turnusplass, parplass og barneplass bortfaller. Formålet med særordningen i Sogn og Fjordane og Finnmark må vurderes ivaretatt.

Ved innføring av grunnmodulen vektlegges arbeidsgiver- og arbeidstakerforholdet - med påfølgende rettigheter og plikter for begge parter. Dette medfører at en del statlig administrasjon overføres til arbeidsgiver, samtidig som deler av denne faller bort. I henhold til alternativ 1 og 2 over, overføres også en del administrasjon til de (statlige) fordelingsutvalgene innen helseregionene.

1. Innledning

1.1. Historisk bakgrunn og formål

I 1911 foreslo en fakultetskomité under ledelse av professor H. Schjøtz for Det 14de norske lægelandsmøte at det skulle innføres praktisk tjeneste som kandidat eller assistent hos en praktiserende lege etter avlagt medisinsk embetseksamen (Straume, 2003). En slik tjeneste kom imidlertid ikke i stand denne gangen. I 1946 satte Det medisinske fakultet i Oslo ned en studieplankomité som i 1948 foreslo å avkorte studietiden fra 7 ½ -8 år til 6-6 ½ år etterfulgt av en obligatorisk turnustjeneste. De forutsatte samtidig at selvstendig legevirkosomhet ikke kunne utføres før tjenesten var fullført. Studieplankomitéens innstilling ble vedtatt som ”Reglement for medisinsk embetseksamen” ved Kongelig resolusjon av 20.10.1950. Det ble nedsatt en komité med ett medlem fra Den norske lægeforening, ett fra Det medisinske fakultet ved UiO og ett fra Helsedirektoratet som skulle utrede de praktiske spørsmålene omkring turnustjenesten. Komiteen avga sin innstilling 26.02.1952 og turnustjenesten ble fastsatt ved Kongelig resolusjon av 24.04.1954 og satt i gang fra 1955.

En ny ordning var dermed etablert med ett års obligatorisk tjeneste ved sykehus og et halvt års tjeneste i primærhelsetjenesten⁴. Komiteen foreslo at tjenesten skulle foregå ved sykehus med medisinsk og kirurgisk avdeling, men ikke ved universitetssykehusene. Det ble også lagt frem retningslinjer om at turnuslegene skulle delta både i den praktiske legetjenesten og i offentlig legearbeid i det halve året hos praktiserende offentlig lege.

I 1955 ble det etablert et organ til å overvåke innføringen av obligatorisk turnustjeneste, kalt Turnuskomiteen, med representanter for de medisinske 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 i distrikt. I den samme perioden ble det et legeunderskudd. Helsedirektoratet besluttet derfor i 1964 at turnuskandidater skulle kunne fungere alene i distrikt for å skaffe befolkningen legehjelp. Spørsmålet ble reist om denne type plasseringer var i strid med turnustjenesten intensjoner, og bidrog til å skjule legemangelen. Turnuskomiteens formann, Axel Strøm, ba seg fritatt for vervet fordi han mente beslutningen var i strid med forutsetningen for turnustjenesten. Turnuskomiteen fikk i siste halvdel av 1960-årene mandat til å igangsette 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 Helsedirektoratet. For første gang ble det besluttet å foreta en analyse av turnustjenesten ved innhenting av materiale både fra sykehus og distrikter.

Flere turnuskomiteer 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 medisinske kandidater ble av denne oppfordret til å ta turnustjeneste i Sverige eller andre land utenfor Norge. 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.

⁴ Tidsskriftet Norsk Lægeforening, 2004, Å. Brinchmann-Hansen, ”50 år i år – lenge leve turnustjenesten?”

Frem til 1969 var det opp til sykehusene om de ville ta imot turnuskandidater. 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 som trådte i kraft i 1988.

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). Blant de første sakene rådet behandlet var evaluering av eksisterende turnustjeneste og om sykehus uten akuttfunksjon kunne ha turnuskandidater.

1.1.1. Turnustjenestens formål

Ifølge forskrift av 20.12.2001 nr. 1549 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege, heretter kalt turnusforskriften, § 1, Formål og målbeskrivelse, første ledd, fremgår det at:

... turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring, herunder erfaring med akutte tilstander, samt tilegne seg praktiske rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirksomhet på forsvarlig måte.

Turnustjenesten i sykehus har tradisjonelt bestått av seks måneders tjeneste ved generell indremedisinsk avdeling, seks måneders tjeneste ved generell kirurgisk avdeling etterfulgt av seks måneders tjeneste i kommunehelsetjenesten. Siden 1998 har det ved en del sykehus blitt tilbudt tre-delt tjeneste med fire måneder ved generell indremedisinsk avdeling, fire måneder ved generell kirurgisk avdeling og fire måneder ved avdeling for psykiatri, anestesi, pediatri eller avdeling for kvinnesykdommer og fødselshjelp. Turnuslegene skal dermed gjøre seg kjent både med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Ifølge Helsetilsynets brev av 12.03.2001 – ”Høring: Rapport om turnustjenesten for leger med forslag til forskrifter” – fremgår følgende rangering av hvilke funksjoner tjenesten skal oppfylle:

- Praktisk trening i pasientbehandling, kommunikasjon og klinisk vurdering
- Kunnskap og trening i samhandling med annet helsepersonell, samhandling mellom nivåer, organisering av helsetjenester og kunnskap om offentlig helsetjeneste herunder samfunnsmedisin
- Trening i å møte øyeblikkelig hjelp situasjoner som for eksempel i vaktjeneste
- Ferdighetstrening i visse prosedyrer

Turnustjenesten har samtidig utgjort et viktig legefordelingsverktøy for å sikre distriktene leger.

1.2. Oppdrag og problemstilling

SHdir har i tildelingsbrevet for 2007 fra HOD fått i oppdrag å foreta en samlet vurdering av turnustjenesten for leger og komme med forslag til organisering av samt innhold i tjenesten, basert på foreliggende evalueringer.

Følgende problemstillinger vil bli diskutert:

- Hvordan skaffe nok turnusplasser/praksisplasser og sikre den faglige kvaliteten, samtidig som alle aktørenes behov for forutsigbarhet ivaretas. Hvorvidt helsevesenets kapasitet eller snarere etterspørselen etter plasser skal være førende for fastsetting av *antall* plasser, er her et underliggende spørsmål.
- I hvilken grad bred klinisk erfaring eller snarere trening i å arbeide som lege - profesjonalisering - utgjør hovedformål med den praktiske tjenesten/turnustjenesten.
- Hvorvidt tjenesten bør ses som en sluttutdanning eller som del av den videre kvalifiseringen som lege.
- Om tjenesten (fortsatt) skal utgjøre et viktig legefordelingsverktøy for å sikre distriktene legetjenester.
- Om innholdet i tjenesten bør svare til befolkningsmessige behov for en bestemt kompetanse eller utgjøre de store spesialitetene som generell indremedisin, generell kirurgi og allmenntidrett.

Turnustjenesten vil bli belyst ut fra rammebetingelser som gjeldende regelverk, administrative forhold, strukturelle- og politiske føringer. Videre vil ulike medisinske utdannings-/turnusløp innenfor og utenfor EØS-området utgjøre sammenligningsgrunnlag for vurdering av innhold og organisering av tjenesten i Norge.

1.3. SHdirs anbefaling

SHdir anbefaler at legers kvalifiseringsløp ses som en helhet - fra studium via introduksjon til yrkeslivet og til fullført spesialistutdanning. Turnustjenestens opprinnelige hensikt var å kvalifisere medisinske kandidater til å utføre selvstendig legearbeid. For mange var turnustjenesten slutten på den formelle profesjonsutdanningen og starten på en livslang yrkeskarriere. I dag er spesialistkompetanse et minimumskrav for å få fast overlegestilling 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.

SHdir anbefaler at turnustjenesten erstattes av et annet kvalifiseringsløp, nærmere bestemt en grunnmodul av tre års varighet som inngår i spesialistutdanningen. Grunnmodulen omfatter ett år i sykehus med tjeneste i klinisk enhet med akuttfunksjon, i hovedsak knyttet til indremedisin og kirurgi, men også andre aktuelle kliniske avdelinger som barneavdeling, anesthesiavdeling, avdeling for kvinnesykdommer og fødselshjelp. Et halvt år skal gjennomføres innen psykisk helsevern/rusfeltet i spesialisthelsetjenesten. Et halvt år skal utgjøre valgfri tjeneste innen ønsket spesialisering (inkludert forskning). Ett år skal utføres i kommunehelsetjenesten.

Legefordeling og distriktpolitiske hensyn må samtidig ivaretas gjennom kvalifiseringsløpet.

Etter tre års tjeneste kan en oppnå autorisasjon, samtidig som en oppfylder EØS-kravet til selvstendig legevirkosomhet for trygdens regning. En forenkler dermed ordningene der legen på ulike trinn i kvalifiseringsløpet tildeles økte rettigheter i forhold til å utløse trygdeytelser.

SHdir anbefaler at kvalifiseringsløpet igangsettes som et prøveprosjekt i én helseregion i en seks års periode for deretter å evalueres, før det tas endelig stilling til om det skal etableres i alle helseregioner.

2. Foreliggende evalueringer

2.1. Tidligere utredninger

Statens helsetilsyns arbeidsgruppe

Statens helsetilsyn etablerte en arbeidsgruppe i januar 1997 for å vurdere turnustjenesten for leger.⁵ Gruppens mandat var å drøfte hensikt og mål for tjenesten innen gjeldende rettslige rammer. Mulige endringer i innhold og gjennomføring av tjenesten skulle ses i forhold til forventet økning av antall kandidater samt strukturendringer i helsesektoren. Endringene skulle ses i relasjon til studiets innhold og praktisk gjennomføring av tjenesten. Gruppen skulle foreslå ulike organisatoriske modeller og utrede konsekvenser med hensyn til behov for veiledning og undervisningspersonell, økonomiske og administrative forhold, geografisk fordeling samt kandidater utdannet i utlandet. For å løse kapasitetsproblemene foreslo Helsetilsynet å opprette turnusplasser ved regionsykehusene som har lokalsykehusfunksjoner samt øke antall plasser med tre-delt tjeneste.

Sosial- og helsedepartementets arbeidsgruppe

Sosial- og helsedepartementet oppnevnte deretter en arbeidsgruppe i januar 2000 og fremla rapporten "Turnustjenesten for leger" samme år. Gruppens mandat var å beskrive turnusordningen samt peke på utfordringer for de neste 5-10 årene. Målsettingen skulle vurderes samtidig som ordningen skulle analyseres ut fra relevant materiale og prognoser. Arbeidsgruppen hadde i oppdrag å se nærmere på utfordringer knyttet til kapasitet og organisering/administrering, obligatorisk tjeneste i psykiatri, eventuell forlengelse av tjenesten samt rettslig regulering. En modell skulle møte behov og utfordringer knyttet til kapasitet, den ujevne strømmen av turnusleger høst og vår, forutsigbarhet for aktørene, hensiktsmessig geografisk fordeling, tre-delt tjeneste, konkurranseforhold med hensyn til veilederbistand, kvalitet på faglig innhold, turnuslegenes behov for tilrettelegging i forhold til sosiale faktorer samt ansvar for fordeling av turnusplasser.

Ifølge arbeidsgruppen var de største utfordringene knyttet til organisatoriske og administrative forhold, særlig den store veksten i antall turnusleger og variasjon høst og vår. Gruppen gikk ikke inn for forlengelse av tjenesten eller obligatorisk tjeneste i psykiatri på daværende tidspunkt. Med hensyn til kvalitet ble det ansett som sentralt at veiledningen ble styrket og at eksisterende krav til tjenestens lengde, faglig bredde og innhold ble videreført. Innføringen av sjekkpunkter underveis i tjenesten kunne etter gruppens mening vurderes. Videre la de til grunn at antall turnusplasser kunne økes, under forutsetning av at rammevilkårene for veiledning/opplæring ble bedret. De anså det som viktig at tjenesten også i fremtiden ble benyttet som et virkemiddel for geografisk fordeling.

Som alternativ til gjeldende etterspørselbaserte modell, ble en annen modell fremsatt der en har et fast volum av turnusplasser basert på helsetjenestens kapasitet og behov for forutsigbarhet. Med hensyn til fordeling av turnusleger mente arbeidsgruppen at eksisterende ordning med sentral fordeling skulle opprettholdes. Det ble samtidig vurdert to alternative modeller, en "markedsmodell" der turnuslegene søker på et bestemt antall turnusblokker (sykehus og fylke) og hvor arbeidsgiver velger blant søkerne, og en modell med statlig fastsetting av antall turnusblokker i hvert fylke med fylkesvis fordeling av turnusleger. Arbeidsgruppen anbefalte at den sentrale fordelingen ble opprettholdt, da denne best ivaretar likhetsprinsippet og muliggjør geografisk fordeling og rekruttering.

⁵ Sosial- og helsedepartementet, 1-1004 B, 12/00-1550, Turnusrapport "Turnustjenesten for leger"

Sosial- og helsedirektoratets arbeidsgruppe

SHdir opprettet deretter en arbeidsgruppe i 2003 som skulle følge opp tiltak som er foreslått i Sosial- og helsedepartementets rapport. Rapporten ”Behov for endringer i turnustjenesten for leger?” inneholder en presentasjon av arbeidsgruppens tilrådninger med hensyn til tilbud og etterspørsel av turnusplasser⁶. Videre omhandler den spørsmålet om innføring av (obligatorisk eller valgfri) turnustjeneste i psykiatri, og hvorvidt det medfører seks måneders forlenget tjeneste. Det blir deretter presentert ulike modeller for turnustjenesten, inkludert dagens ordning med indikasjon av økonomiske, juridiske og administrative konsekvenser.

Modell A består av seks måneders tjeneste ved indremedisinsk avdeling, tre måneders tjeneste ved kirurgisk avdeling, tre måneders tjeneste ved psykiatrisk avdeling og/eller distriktpspsykiatrisk senter (DPS).

Modell B-1 (og B-2) består av åtte måneders tjeneste ved kirurgisk eller indremedisinsk avdeling samt fire måneders tjeneste i et tredje fag. I Modell B-1 vil det tredje faget være psykiatri – enten ved voksenpsykiatrisk avdeling eller ved DPS. I Modell B-2 vil det tredje faget være pediatri, anestesi, nevrologi eller gynekologi/obsterikk/kvinnesykdommer (når psykiatri ikke kan tilbys).

Modell C består av seks måneders tjeneste ved indremedisinsk avdeling, seks måneders tjeneste ved kirurgisk avdeling, seks måneders tjeneste innen psykiatri (voksenpsykiatrisk avdeling og/eller DPS).

Modell D innebærer opphevelse av turnustjenesten i sin nåværende form samt tilpasning til EU-kravet om tre års veiledet tjeneste for å kunne rekvirere for trygdens regning.

Modell E utgjør eksisterende system med variasjon av to- og tre-delt sykehustjeneste.

Arbeidsgruppen anbefalte at eksisterende turnustjeneste ble opprettholdt og evaluert, samtidig som det gjøres forsøk med modeller som blant annet innebærer fire måneder obligatorisk psykiatri innenfor ett års sykehustjeneste.

Arbeidsgruppen etterspør samtidig muligheten av prioritering ved tildeling av turnusplasser som følge av presset på turnustjenesten. Innenfor EØS-regelverket er prinsippet om fri flyt av arbeidskraft viktig, det er derfor sentralt å utrede hvordan turnuslegens status kan defineres; som arbeidstaker - under nødvendig opplæring/utdanning - eller begge deler. Arbeidsgruppen mener det bør være mulig å prioritere enkelte grupper ved å argumentere for at turnustjenesten utgjør en del av et sammenhengende utdannings- og opplæringsløp. Dette spørsmålet er tidligere drøftet i Sosial- og helsedepartementets rapport, hvor det påpekes at konklusjonen avhenger av om turnustjenesten defineres som arbeid *eller* utdanning. Rettspraksis fra EU-domstolen gir ifølge SHdirs arbeidsgruppe grunnlag for å sette spørsmålsteget ved om dette er en riktig forståelse, da turnuslegen vanligvis anses *både* som arbeidstaker *og* som person under nødvendig utdanning/opplæring. Status som arbeidstaker har som regel forrang, hvilket bør utgjøre hovedregel også med hensyn til tildeling av turnusplass ifølge dem. De anser det allikevel som mulig å gjøre unntak fra hovedregelen basert på turnuslegens status som person under nødvendig utdanning/opplæring i et land der turnustjenesten utgjør et vilkår for autorisasjon.

⁶ Sosial- og helsedirektoratet ved avdeling for personell, Utredning nr. 1, juni 2003, ”Behov for endringer i turnustjenesten for leger?”

Det vil antagelig være juridisk uproblematisk å gå inn for at alle EØS-borgere med like kvalifikasjoner gis prioritet fremfor borgere utdannet utenfor EØS-området.

Dersom det skulle vise seg at det ikke er mulig å prioritere enkelte søkere, bør det etter arbeidsgruppens mening vurderes om dagens ordning med offentlig tildeling av turnusplasser bør endres drastisk. I så fall anser de det som hensiktsmessig å undersøke om modell D kan erstatte dagens ordning.

Agder-rapporten

I 2001 kom rapporten ”Turnusplasser for leger i regionen. Konsekvenser for økningen av antall turnuskandidater i 4-års perioden” (2001-2004)⁷. I rapporten drøftes konsekvenser av økning av turnusleger i sykehus i relasjon til konsekvenser for den enkelte turnuslege, pasienter, veiledningssituasjonen og i forhold til kvaliteten på turnustjenesten. Videre redegjøres det for kostnader for kvantiteten av pasientbehandling, arbeidspresset på avdelingens leger og derav økonomiske konsekvenser. Utredningen foreslår samtidig tiltak som kan forbedre forholdene og peke på hvordan negative konsekvenser kan møtes.

På bakgrunn av erfaringer gjort ved Aust-Agder sentralsjukehus i tre-delt tjeneste med psykiatri for 18 turnusleger årlig, konkluderer arbeidsgruppen med at tjenesten fungerer marginalt ved indremedisinsk og kirurgisk avdeling og bedre ved psykiatrisk avdeling. De tilrår dermed å øke tjenestetiden ved indremedisinsk og kirurgisk avdeling samtidig som psykiatritjenesten forkortes. Intensiv undervisning i en fire måneders tjeneste ved medisinsk/kirurgisk avdeling kan etter deres mening ikke kompensere for tap av nødvendig ferdighetstrening over seks måneder. Turnuslegene oppnår ikke tilfredsstillende mestringsfølelse innen (særlig) de store disiplinene (indremedisin og kirurgi) etter fire måneder. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at en ikke kan utdanne turnusleger adekvat dersom antallet øker. Kritiske faktorer ved økning av turnusplasser er i hovedsak knyttet til for lite pasientgrunnlag og mindre tid til evaluering. Hovedutfordringen er derfor ikke organisering og administrering, men erfaring fra pasientrettede situasjoner.

2.2. Pågående evaluering

Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger

Legeforeningen har fra våren 2006 etablert en fortløpende standardisert evaluering av turnustjenesten basert på spørreskjemaundersøkelser, ”Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger” (Tunold, 2006). Det ble sendt ut spørreskjema til alle turnusleger som avsluttet tjenesten i august 2006, 401 skjema til turnusleger i sykehus og 344 til turnusleger i kommunehelsetjenesten samt tilsvarende antall til deres veiledere. Totalt ble det sendt ut 1490 skjema. Det ble oppnådd en svarprosent på 70. Det ble utarbeidet fire forskjellige skjemaer – ett for turnusleger i sykehus, ett for turnusleger i kommunehelsetjenesten og ett for deres respektive veiledere. Hoveddelen av skjemaene 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 og i kommunehelsetjenesten. Temautvalget ble også basert på intervjuer med turnusleger og veiledere ved utvalgte sykehus og legekantor.

Både turnusleger og veiledere svarte at turnustjenesten gir høy grad av læringsverdi for turnuslegen og verdifull arbeidsinnsats for arbeidsgiver. Videre vurderte turnuslegene

⁷ Prosjektgruppe E5, Regional Helseplan 2001-2004, Kristiansand, November 2001, ”Turnusplasser for leger i regionen. Konsekvenser for økningen av antall turnuskandidater i 4-års perioden.”

veiledningen som mest systematisk ved psykiatrisk avdeling og minst systematisk ved kirurgiske avdelinger. Veiledningens kvalitet varierer gjennom turnustjenesten. Tidligere studier har vist at den er bedre i kommunehelsetjenesten enn i sykehustjenesten og bedre i medisinske enn i kirurgiske avdelinger.

Innholdet i tjenesten var på mange måter i tråd med Legeforeningens veiledere for turnustjenesten, men på en rekke områder var anbefalingene ikke fulgt. For eksempel hadde nesten alle turnuslegene ved kirurgisk avdeling behandlet enkle brudd og luksasjoner. Bare 2 % hadde utført biopsi eller fjerning av overflatiske svulster selvstendig og ofte. De aller fleste turnuslegene ved kirurgisk avdeling 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 veiledere med hensyn til praktiske prosedyrer var oppfylt i varierende grad. Undersøkelsen omfattet blant annet et utvalg av 21 praktiske ferdigheter i allmenntilleggsmedisin og 12 spesifikke allmenntilleggsoppgaver.

Om lag 80 % av turnuslegene som hadde gjennomført ordinær to-delt tjeneste, anså tjenestens varighet ved begge avdelingene som adekvat. Over 40 % av turnuslegene som hadde gjennomført tre-delt tjeneste, mente varigheten av tjenesten ved kirurgisk avdeling var for kort, og nesten 80 % mente det samme om tjeneste 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 turnusleger som hadde tre-delt turnustjeneste. 14 av 15 veiledere mente tjenesten ved kirurgisk og medisinsk avdeling var for kort.

Små sykehus ga noe bredere og mer helhetlig erfaring i pasientbehandling enn store sykehus. For kirurgiske avdelinger var det ingen nevneverdige forskjeller mellom små og store sykehus med hensyn til turnuslegens 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 ved kirurgiske avdelinger enn ved større sykehus. Det samme gjaldt i noen grad for tjenesten ved medisinske avdelinger. Noen større sykehus synes å praktisere stor grad av arbeidsfordeling. Dette vil for noen turnusleger innebære at pasientkontakten stort sett begrenses til innleggelser. De større sykehusene, særlig ved 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 kommunestørrelse. Turnuslegene i mindre kommuner hadde hyppigere vakter enn turnusleger i større kommuner uansett landsdel. Den viktigste forklaringen på variasjon i læring er ifølge Tunold, antagelig at tjenestestedene ikke tilbyr samme type tjeneste.

De turnuslegene som opplevde at turnus i kommunehelsetjenesten hadde gitt høy læringsverdi, var også relativt sterkt motivert for å arbeide med allmenntilleggsmedisin i fremtiden. De som opplevde at tjenesten hadde relativt lav læringsverdi, var tilsvarende mindre motivert til å arbeide i allmenntilleggsmedisin. Tilsvarende gjaldt turnusleger som hadde siste del av tjenesten ved henholdsvis medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk avdeling. Det er altså den mest presente

erfaringen med et fagfelt som gir utslag på motivasjonen for i fremtiden å ha et ønske om å arbeide i feltet. Turnustjenesten synes ifølge Tunold derfor å ha en relativt flyktig motiverende effekt for fremtidig beskjeftigelse med ett spesifikt fagfelt. Han anser dette som et viktig poeng i spørsmålet om flere fagfelt skal inkluderes i tjenesten. Fremtidig rekruttering til et fagfelt er trolig ikke bare et spørsmål om tidligere eksponering (for fagfeltet) ifølge han, men særlig om den kvalitative opplevelsen av slik eksponering.

2.3. Andre undersøkelser

Legers turnustjeneste i kommunene

Svein Steinerts masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Universitetet i Tromsø (UiTø) ”Legers turnustjeneste i kommunene. Får turnuslegene den praktiske erfaringen og veiledningen de trenger?” utgjør også datagrunnlag for denne gjennomgangen (Steinert, 2006). I mai 2005 ble et spørreskjema med 58 spørsmål om praksis og veiledning sendt til alle turnusleger i kommunehelsetjenesten. 246 (77 %) av 318 svarte. 39 % av turnuslegene hadde avlagt embetseksamen i utlandet. Undersøkelsen ble gjennomført midt i turnusperioden.

Undersøkelsen viser at de aller fleste turnuslegene får den praktiske allmennmedisinske erfaringen de trenger. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per kurativ arbeidsdag var 11,6 (SD=3,0) og gjennomsnittlig antall legevakter per måned var 5,5 (SD=2,9). 91 % av turnuslegene hadde arbeid enten på helsestasjon eller sykehjem.

En stor andel turnusleger får derimot ikke den veiledningen de har behov for. Flertallet av turnuslegene hadde ikke veiledning i tråd med legeforeningens veileder. Noen turnuskommuner oppfyller heller ikke turnusforskriftens krav til å ta i mot turnusleger, blant annet hadde 18 % av kommunene ikke etablert bakvaktordning når turnuslegene hadde legevakt. 44 % av turnuslegene hadde aldri hatt veiledningsmøte med sin faste veileder, mens 38 % av turnuslegekantorene aldri hadde internundervisningsmøter. 82 % av turnuslegene var aldri blitt observert av veileder i en hel konsultasjon, og ingen benyttet videokonsultasjon for å vurdere turnuslegens ferdigheter.

Undersøkelsen viser en klar sammenheng mellom praksisstørrelse og kvalitet på veiledningen, og turnuslegene var minst tilfreds med veiledningen i de små praksisene. 61 % av veilederne i 1-2 legepraksisene hadde aldri hatt veiledningsmøte med turnuslegen, mot 29 % i 5-10 legepraksisene. 48 % av 1-2 legekantorene hadde aldri fagmøter, mot 14 % i 5-10 legekantorene. 3-4 legekantorene lå mellom disse ytterpunktene både for veiledningsmøter og fagmøter/internundervisning. Til tross for de påpekte svakhetene svarte 84 % av turnuslegene at de var godt fornøyd eller tilfreds med veiledningen i kommuneturnus, mot 67 % i sykehusturnus. Steinert påpeker at tilfredshet ikke alltid er ensbetydende med kvalitet, og anser at det foreligger et betydelig forbedringspotensiale for mange utdanningspraksiser i kommunene. Undersøkelsen tyder imidlertid på at veiledningen i kommunehelsetjenesten fungerer bedre enn i spesialisthelsetjenesten.

Ifølge Steinert bør det utarbeides normer for godkjenning av turnussted og veiledere, og etableres et system for å vurdere om turnusstedene oppfyller gjeldende normer. Videre vil faglig samarbeid mellom legekantor trolig styrke kvaliteten på tjenesten, særlig i sårbare kommuner. Den gruppebaserte veiledningen for turnusleger bør ha et særskilt ansvar for å støtte turnusleger og veileder i de små praksisene.

Øvelse gir mestring?

Karin Straumes kandidatoppgave i folkehelsevitenskap ved UiTø ”Øvelse gir mestring? Turnuslegers reaksjon på usikkerhet i pasientbehandlingen – på begynnelsen og slutten av kommunehelsetjenesten” utgjør videre datagrunnlag for dette arbeidet (Straume, 2003). Turnustjenesten for leger er et viktig ledd i profesjonaliseringsprosessen. Den danner overgangen mellom teoretisk preget studium og et yrke som krever en rekke praktiske ferdigheter, så vel som kommunikative og relasjonelle sådanne. De unge legene må samtidig lære å forholde seg til usikkerheten som hefter ved medisinsk praksis. Det settes spørsmålsteget ved hvor godt denne siden ved profesjonaliseringen ivaretas gjennom turnustjenesten. Dette spørsmålet belyses i en undersøkelse der de 156 turnuslegene som var i kommunehelsetjenesten i Finnmark fra våren 1998 til våren 2002 ble tilsendt et skåringsskjema for reaksjon på usikkerhet i pasientbehandlingen - ved begynnelsen og slutten av tjenesten. Skjema fra første og andre skåring kunne sammenlignes for 95 av turnuslegene.

Undersøkelsens hovedfunn er at turnuslegene var klart mindre plaget av usikkerhet i pasientbehandlingen mot slutten av kommunehelsetjenesten enn i begynnelsen. Særlig er det engstelse på grunn av usikkerhet og frykt for alvorlig utfall som bedres betydelig. Det var stor individuell spredning i skår og i endring i skår under tjenesten. De turnuslegene som i utgangspunktet var mest plaget av usikkerhet profiterte mest på tjenesten, samtidig som forskjellene mellom turnuslegene i reaksjon på usikkerhet ble noe utjevnet under tjenesten. Forskjellene lar seg ikke forklare ved gruppekaraktistika som kjønn og utdanningssted, og skyldes mer individuelle (personlighetsmessige) forskjeller og/eller forskjeller i utfordringer. Men til tross for individuelle forskjeller beveger turnuslegene seg i positiv retning, og de som i utgangspunktet er mest plaget av usikkerhet endrer seg mest i positiv retning. Endringen er også forbausende stor i løpet av det korte tidsintervallet mellom første og andre skåring, sammenlignet med den endring som skjer videre i legelivet. Dette bekrefter antagelsen om at turnustjenesten er en spesielt viktig fase i utviklingen av profesjonell mestring.

En gruppe turnusleger (27 %) ble imidlertid mer engstelig på grunn av usikkerhet i løpet av tjenesten. Dette var hovedsakelig turnusleger som var lite engstelige på grunn av usikkerhet i begynnelsen av tjenesten. Disse turnuslegene hadde kanskje nytte av den korreksjon som kommunehelsetjenesten i Finnmark innebar. Det bør allikevel undersøkes hvorfor tjenesten virker negativt på enkelte, og hvilke virkemidler som kan iverksettes for å hindre denne effekten.

Undersøkelsen bekrefter at turnustjenesten er et potent pedagogisk virkemiddel også når det gjelder den mer personlige utviklingen i profesjonaliseringsprosessen. Det konkluderes med at funnene i Finnmark kan generaliseres til hele landet i samme periode. Utslagene er muligens større både i positiv og negativ retning i Finnmark på grunn av de store utfordringene der.

Turnustjenesten i et endret landskap

Grethe Kolloens semesteroppgave ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO, ”Turnustjenesten i et endret landskap. Hvilke endringer og utfordringer står turnustjenesten ovenfor? Sett i lys av fastlegereformen og helseforetaksreformen” (Kolloen, 2003) – danner delvis også grunnlag for rapporten.

Tidligere undersøkelser

Våren 1966 foretok Vandvik og Jakobsen jr. en undersøkelse av turnustjenesten i Norge på anmodning fra Turnuskomiteen⁸. Spørreskjemaundersøkelsen var landsomfattende og fikk høy svarprosent; 91 % blant sykehusoverlegene, 87 % blant distriktslegene og 77 % blant turnuskandidater i distrikt, men bare 41 % blant turnuslegene i sykehus. Over en tredel av turnuskandidatene vurderte sider av studiet som svært mangelfulle i relasjon til de praktiske problemene i turnustjenesten, særlig praktisk ferdighetsutøvelse. 75 % mente de hadde behov for systemisert veiledning som supplement til det daglige arbeidet. Overlegene var delt i synet på om det var behov for systemisert veiledning. Få ønsket kateterforelesninger, men foreslo kollokvier og diskusjons- og litteraturgrupper.

I 1990 gjennomførte Vikanes og Akre en større undersøkelse om hva som skjedde av læring i turnustjenesten og hvordan kandidatene opplevde studiet som forberedelse til en praktisk, klinisk hverdag som turnuskandidat⁹. 34 % av turnuskandidatene i sykehus og 57 % i distrikt hadde hatt fast veileder. Fast veileder var imidlertid 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. Turnustjenesten fremheves som en viktig del av legens profesjonaliseringsprosess, og at undersøkelsen i så måte viser at de fleste turnuskandidater møter et tilfeldig pedagogisk opplegg som ikke fremmer trygghet i legerollen og en integrert profesjonsidentitet.

Hele 93 % av de 480 kandidatene mente at studiet ga 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. En firedel av kandidatene hadde angret på valg 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 ga 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.

Ved hjelp av spørreskjema undersøkte Falck, Bratlebø og Aarseth i 1995 i hvilken grad et kull på 133 turnusleger hadde fått opplæring i de praktiske prosedyrer som målbeskrivelsen for turnustjenesten i sykehus angir¹⁰. De fant at de fleste turnuslegene mente de hadde oppnådd tilstrekkelige ferdigheter i storparten av de 30 grunnleggende indremedisinske og kirurgiske prosedyrene. Mer enn 30 % av turnuslegene hadde ikke fått opplæring i basale laboratoriemedisinske prosedyrer, intubasjon, fremre tamponade ved neseblødning, akuttbehandling av syke barn, initialbehandling ved større blødninger, eller pleurapunksjon ved trykknepneumothorax. Videre rapporterte de at ferdigheter i gynekologiske prosedyrer var svært dårlige. Kvinner oppga å ha oppnådd dårligere ferdigheter enn menn, og det var store forskjeller i resultatene mellom sykehusene.

⁸ Tidsskriftet Norsk Lægeforening, 2004, Å. Brinchmann-Hansen, "50 år i år – lenge leve turnustjenesten?"

⁹ Tidsskriftet Norsk Lægeforening, 2004, Å. Brinchmann-Hansen, "50 år i år – lenge leve turnustjenesten?"

¹⁰ Tidsskriftet Norsk Lægeforening nr. 17, 1995, G. Falck, G. Bratlebø, O. Aarseth

I Lundeby, Trønnes og Falck sin undersøkelse fra 1999 ble det sendt ut spørreskjema til alle kandidater som skulle påbegynne turnustjeneste i perioden juli 1996 til januar 1998¹¹. Undersøkelsen utgjør første del av en større longitudinell studie der man undersøkte det selvrapporterte ferdighetsnivået i praktiske prosedyrer etter endt medisinstudium, etter turnustjeneste i sykehus og etter endt distriktsturnus¹². Kandidatene ble bedt om å angi sitt ferdighetsnivå i 88 praktiske prosedyrer på en visuell-analog skala. 519 av 621 kandidater svarte (84 %), og 89 % av respondentene hadde nylig avsluttet medisinstudiet. Det var betydelig variasjon i ferdighetsnivået blant kandidatene fra samme studiested og mellom studiestedene. I enkelte prosedyrer var det rapporterte ferdighetsnivået lavere enn det som synes forsvarlig. De som hadde studert i Tromsø oppga signifikant bedre ferdigheter enn de som hadde studert i Oslo og Bergen. Menn rapporterte signifikant bedre ferdigheter enn kvinner. Resultatene indikerer at undervisningen av og opplæringen i praktiske prosedyrer ofte er tilfeldig og av utilstrekkelig kvalitet. Systematisk undervisning og opplæring i praktiske prosedyrer samt nasjonal enighet om hvilke prosedyrer som skal læres og beherskes på hvilke nivå, synes ifølge artikkelforfatterne derfor nødvendig.

Gaarder, Eide og Falck fant i sin studie at forskjellene ble utvisket i løpet av sykehustjenesten¹³. Et spørreskjema ble sendt ut til alle turnusleger før og etter sykehusturnus mellom juli 1996 og juli 1999. Turnuslegene ble bedt om å angi sitt ferdighetsnivå i 88 praktiske prosedyrer på en visuell-analog skala. De ble også spurt om veiledningsforhold. 472 av 599 turnusleger svarte (79 %). 430 turnusleger svarte på begge skjemaene (etter medisinstudiet og etter sykehusturnus). Turnuslegene utførte tjeneste ved 52 ulike sykehus. Menn rapporterte signifikant bedre ferdighetsnivå enn kvinner både før og etter sykehustjeneste, men kvinner rapporterte bedre utvikling i mange ferdigheter. De som rapporterte laveste nivå etter medisinstudiet hadde størst forbedring. De turnuslegene som etter studiet rapporterte det laveste nivået økte mer gjennom turnustjenesten enn de som rapporterte det høyest nivået etter studiet. Etter sykehusturnus var det ingen forskjeller mellom turnusleger fra de ulike universitetene når alle prosedyrer ble sett under ett. De fant heller ingen forskjeller i utvikling av ferdighetsnivå med eller uten veileder.

Falck, Brattebø og Brinchmann-Hansen utførte deretter en undersøkelse etter gjennomført distriktstjeneste¹⁴. Hensikten var å se på det selvrapporterte ferdighetsnivået i praktiske prosedyrer under turnustjenesten i distrikt med henblikk på kjønn, studiested og turnussted. De undersøkte i hvilken grad turnusleger fikk oppnevnt personlig veileder og om veiledningsforholdene påvirket utviklingen av ferdighetsnivået. Av 575 turnusleger som ble spurt etter avsluttet distriktsturnus, svarte 439 (76 %) på undersøkelsen. Videre hadde 342 (78 %) av disse respondentene også svar fra sykehusturnus, mens de for 20 respondenter (5 %) kun hadde svar fra distriktsturnus. Det selvrapporterte ferdighetsnivået i praktiske prosedyrer økte signifikant i alle ti prosedyregrupper i løpet av distriktstjenesten. Forbedringen var størst innenfor gynekologi og obsterikk, øre-nese-hals, øye, offentlig helsearbeid og laboratorievirksomhet. Til tross for at utviklingen i det selvrapporterte ferdighetsnivået i løpet av tjenesten i distrikt var noe forskjelling hos den enkelte, var det etter avsluttet tjeneste ingen forskjeller mellom turnuslegene fra de fire universitetene eller mellom menn og kvinner. Utviklingen av ferdighetsnivået under distriktstjenesten var uavhengig av innbyggertall i kommunen eller om vedkommende hadde veileder eller bakvakt. Det var heller ingen

¹¹ Tidsskriftet Norsk Lægeforening nr 19, 1999, T. Lundeby, H. Trønnes, G. Falck

¹² Tidsskriftet Norsk Lægeforening, 2000, K. Gaarder, N. A. Eide, G. Falck

¹³ Tidsskriftet Norsk Lægeforening, 2000, K. Gaarder, N. A. Eide, G. Falck

¹⁴ Tidsskriftet Norsk Lægeforening, 2003, G. Falck, G. Brattebø, Å. Brinchmann-Hansen, M. Ebbing

sammenheng mellom utviklingen i det selvrapporterte ferdighetsnivået og hvor godt turnuslegen bedømte arbeidsforholdene. 88 % av turnuslegene fikk oppnevnt veileder i distrikt, mot bare 73 % ved indremedisinsk og 65 % ved kirurgisk avdeling i sykehus. Veiledningen, tilbakemeldingen og arbeidsforholdene ble rangert som signifikant bedre under tjenesten i distrikt enn i sykehus. Alle turnuslegene rapporterte et signifikant forbedret ferdighetsnivå under tjenesten i distrikt.

Del I – EN SAMLET VURDERING

3. Gjeldende regelverk og veiledende dokumenter

Problemstilling

På hvilken måte EØS-reglene utgjør rammebetingelser for den praktiske tjenesten/turnustjenesten vil bli redegjort for under.

3.1. Helsepersonelloven § 48. Autorisasjon

Det fremgår følgende i Helsepersonellovens § 48, andre og tredje ledd:

Rett til autorisasjon etter søknad har den som:

- a) *har bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitetet, høgskole eller videregående opplæring*
- b) *har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet,*
- c) *er under 75 år*
- d) *ikke er uegnet for yrket.*

Rett til autorisasjon etter søknad har også den som:

- a) *har utenlands eksamen som er anerkjent som jevn god med tilsvarende norsk eksamen,*
- b) *har utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52, eller*
- c) *på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet.*

Turnustjenesten er regulert i Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege, av 20.12.2001 nr. 1549. Nærmere retningslinjer for hvordan forskriften skal praktiseres, finnes i Helsedepartementets merknader av 20.12.2001 til forskriften samt i rundskriv IS-9/2005 fra SHdir.

For søkere utdannet i Norge fremgår vilkårene for autorisasjon av helsepersonelloven § 48 andre ledd bokstav a)-d) og tredje ledd bokstav c). For søkere utdannet i utlandet fremgår vilkårene av andre ledd bokstav b)-d) og tredje ledd.

Tredje ledd bokstav b) viser til helsepersonelloven § 52 som regulerer adgangen til å gi autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning på grunnlag av avtale med annet land om gjensidig godkjenning. Det er i dag to slike avtaler som danner grunnlag for autorisasjon, Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer av 14.06.1993 (Nordisk overenskomst) og Rådskonklusjon 93/16/EØF av 05.04.1993 om fremme av den frie bevegelse for leger og gjensidig anerkjennelse av deres eksamensbeviser, sertifikater og andre kvalifikasjonsbevis (EØS-avtalen).

3.1.1. Nordisk overenskomst og EØS-regelverket

Nordisk overenskomst

Nordisk overenskomst og EØS-avtalen som knytter Norge til EUs systemer og regelsett for gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner ervervet i en annen medlemsstat danner grunnlag for autorisasjon.

I Nordisk overenskomst, Generelle regler om godkjenning av yrkesutøvere i en annen kontraherende stat, artikkel 2, fremgår følgende:

Den som i en av de kontraherende stater har fått offentlig autorisasjon eller lignende form for godkjenning som yrkesutøver nevnt i artikkel 1, vedlegg 1, skal i henhold til de fastsatte vilkår i denne overenskomst ha rett til å få slik godkjenning også i de øvrige stater der bestemmelser om godkjenning gjelder.

EØS-regelverket

Direktiv 93/16/EØF ble opphevet med virkning fra 20.10.2007 innen EU-medlemsstatene og erstattet av direktiv 2005/36/EC - "Godkjenning av yrkeskvalifikasjoner". Det nye "samledirektivet" vil bli implementert i EØS-avtalen i løpet av 2008 og erstatte tidligere sektordirektiver og generelle direktiver som regulerer godkjenning av helsepersonell. Det gamle systemet for godkjenning av leger vil stort sett videreføres som i direktiv 93/16/EØF også etter innføringen av det nye direktivet.

Autorisasjon av leger utdannet i andre land innen EU/EØS-området er nærmere regulert i Forskrift 21.12.2000 nr. 1377 om autorisasjon m.m. av helsepersonell, gitt med hjemmel i helsepersonelloven § 52 og i henhold til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS-avtalen) §§ 4 og 5. Når det nye direktivet er implementert, vil det innføres en ny forskrift som regulerer godkjenning av helsepersonell utdannet i EU.

Smutthullet gjennom Sverige

Nordisk overenskomst var i utgangspunktet ment for nordiske statsborgere med helsefaglig utdanning og godkjenning fra et av de nordiske landene. I brev av 04.12.2000 ba imidlertid Sosial- og helsedepartementet om at avtalen skulle praktiseres slik at det skulle utstedes norsk autorisasjon dersom søker allerede hadde godkjenning fra et av de andre nordiske landene, uavhengig av søkers statsborgerskap og hvilket EU/EØS-land søker hadde sin utdanning fra. Sverige og Danmark stiller ikke samme krav til gjennomført praktisk tjeneste som vilkår for godkjenning etter EØS-regelverket som det Norge gjør. Enkelte medisinske kandidater har dermed søkt om godkjenning - primært i Sverige - for deretter å konvertere denne til norsk autorisasjon. Dette utgjør bakgrunnen for det såkalte smutthullet gjennom Sverige, da kandidater med legitimasjon (autorisasjon) fra Sverige på bakgrunn av utdanning i henhold til EØS-direktiv 96/16 fra land uten krav om praktisk tjeneste, ble innvilget autorisasjon i Norge. I 2006 ble 16 kandidater innvilget autorisasjon på dette grunnlaget.

Overfor medisinske kandidater fra et EU/EØS-land der det ikke stilles krav om turnustjeneste og som har søkt autorisasjon som lege i Norge uten å gå veien om et annet nordisk land, har SAFH etter 01.02.2005 stilt krav om norsk turnustjeneste på bakgrunn av en instruks fra SHdir.

Alternativt løp for praktisk tjeneste

I HODs brev av 05.02.2007 bes SHdir sørge for at SAFH endrer praksis med hensyn til bruk av Nordisk overenskomst som grunnlag for autorisasjon, slik at den bare omfatter søkere med utdanning fra de nordiske landene. HOD ber samtidig om at det utarbeides en lisens for de tilfeller der det stilles krav om veiledet tjeneste som et alternativ til turnustjenesten, det vil si for kandidater som søker autorisasjon etter nordisk overenskomst eller EØS-avtalen men som ikke har utdanning fra et land der det kreves praktisk tjeneste/turnustjeneste.

I HODs brev av 24.09 d. å. adressert til SHdir fremgår det videre at den veiledete tjenesten skal være av 18 måneders varighet og bestå av seks måneders tjeneste ved sykehus med offentlig godkjenning, seks måneders tjeneste i kommunehelsetjenesten og seks måneders tjeneste enten ved offentlig sykehus eller i kommunehelsetjenesten. Forskrivningsrett, deltakelse i kommunal legevaktordning m.m. skal utføres på samme vilkår som for dem som velger ordinær turnustjeneste, jf. HODs Rundskriv av 11.01.2008, "Krav til veiledet tjeneste for medisinske kandidater som ikke er forpliktet til å gjennomføre turnustjeneste".

Det har dermed åpnet seg en alternativ vei for gjennomføring av praktisk tjeneste ved siden av den ordinære turnustjenesten. Kandidater utdannet i EU/EØS-land der det ikke stilles krav om praktisk tjeneste/turnustjeneste som for eksempel Ungarn og Tyskland, kan med andre ord søke om lisens og finne seg plass selv for gjennomføring av praktisk tjeneste, eventuelt inngå i den ordinære tildelingen av turnusplasser. Kandidater fra norske universiteter og fra EU/EØS land der det stilles krav om praktisk tjeneste, som for eksempel Polen, må derimot inngå i den sentrale tildelingen av turnusplasser.

Ifølge HODs brev av 05.02.2007 fremgår det at Statens helsepersonellnemnd påpeker i sin høringsuttalelse at "det er viktig at en lisens begrenset til underordnet stilling ikke i realiteten kan oppfattes som en form for turnustjeneste, som departementet jo mener ikke kan pålegges". Nemda uttaler samtidig: "Vi er videre noe usikre på omfanget av tilgjengelige stillinger som foreligger for leger med en slik begrenset lisens. Antagelig bør de faktiske forhold rundt dette undersøkes noe nærmere. En rekke assistentstillinger er dessuten forbeholdt leger under spesialisering. Vi antar at leger med lisens begrenset til underordnet stilling ikke kan gå inn i slike stillinger." Til slutt peker nemda på at det er en viss usikkerhet med hensyn til om leger med begrenset lisens kan ta spesialistutdanning.

Krav om tre års veiledet tjeneste

Kravet om tre års veiledet tjeneste for å kunne praktisere selvstendig for trygdens regning er gjeldende fra 01.01.2006 og reguleres av Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon, fastsatt av HOD 19.12.2005, jf. EØS-avtalen. Tidligere var kravet to års veiledet tjeneste, og ble for norske studenter dekket av seks måneders praksis i studiet samt 18 måneders turnustjeneste. Fra og med 01.01.2006 er det dermed nødvendig med ett år ekstra veiledet tjeneste for å oppfylle kravet.

Det fremgår følgende av EØS-avtalens § 8. Godkjenning som allmennpraktiserende lege:

Sosial- og helsedirektoratet eller den det bemyndiger gis godkjenning som allmennpraktiserende lege til EØS-statsborger som har rett til å kalle seg allmennpraktiserende lege i et annet EØS-land, og som oppfyller vilkårene for slik godkjenning.

For godkjenning som allmennpraktiserende lege kreves:

- 1. at legen har autorisasjon som lege i samsvar med § 4 eller § 5, og*
- 2. at legen fremlegger slikt bevis på tre års praktisk veiledet tjeneste som nevnt i artikkel 37 nr. 1 i direktiv 93/16/EØF som endret ved direktiv 2001/19/EØF som endret ved direktiv 2001/19/EF, eller attest som nevnt i artikkel 37 nr. 2 i nevnte direktiv, eller*
- 3. dersom legen er statsborger i Island eller Luxembourg, at vedkommende fremlegger tilsvarende bevis fra et tredjeland som opplæring som allmennpraktiserende lege som er godkjent av vedkommende myndighet i hjemlandet.*

I henhold til EØS-avtalens artikkel 31 bokstav c, fremgår det at tjenesten skal omfatte minst seks måneder ved godkjent sykehus og seks måneder hos en godkjent allmennpraktiserende lege eller i et godkjent legesenter innen primærhelsetjenesten.

I Norge er det bestemt at alle som skal praktisere selvstendig for trygdens regning i tillegg må gjennomgå to obligatoriske grunnkurs (A og B) som omfatter allmennlegens arbeid, herunder trygdemedisin, takstbruk, legemiddelforskrivning, sykmeldingsregler, drift av praksis, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, pasientbehandling og legevaktsarbeid.

3.2. Faglig veiledende dokumenter

Legeforeningens veiledere

Legeforeningens Turnusråd har laget ”Veileder for turnus i kommunehelsetjenesten” (2005) for oppslag og bruk for turnusleger i kommunehelsetjenesten og deres veiledere, vertslegen, ansvarlig lege i kommunen, fylkeslegekontorene og fylkesveilederne. I ”Veileder for turnus i sykehus” (2005) har de utdypet elementer i den praktiske tjenesten i sykehus til hjelp for veiledere, avdelingsleder, personalavdelinger på sykehus og for turnuslegen. Heftene er ment å være praktisk i bruk med henvisning til aktuelle lover og forskrifter og med forslag til huskelister for veiledere, turnusleger og de som skal administrere ordningen.

4. Administrative forhold

Problemstilling

Hvordan skaffe nok turnusplasser og sikre den faglige kvaliteten, samtidig som alle aktørenes behov for forutsigbarhet ivaretas, har vært den sentrale problemstillingen i de senere år.

Hvorvidt helsevesenets kapasitet eller snarere etterspørselen etter plasser skal være førende for fastsetting av *antall* plasser, er her et underliggende spørsmål. Kapasitet vil igjen avhenge av faktorer som pasientgrunnlag, veiledningsressurser, hvorvidt sykehusenes avdelinger har akuttfunksjoner, i hvilken grad de er spesialiserte samt andelen medisinske studenter og andre helsepersonellgrupper i opplæringsstillinger i sykehus og kommunehelsetjenesten.

Sentrale aktører i feltet er turnuslegene, helseforetakene/sykehusene og kommunene. Bakenforliggende aktører er HOD, SHdir, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH), fylkesmennene, de regionale helseforetakene og universitetene. SAFH er fra 01.01.2001 delegert myndighet til å administrere turnustjenesten for leger.

4.1. Kapasitetsproblemer

Etterspørsel etter norsk turnustjeneste

Det har vært en sterk økning i etterspørselen etter norsk turnustjeneste i de senere år. Kapasitetsproblemene er blitt løst fortløpende ved å opprette flere turnusplasser og benytte tre-delt tjeneste i større grad.

SAFH opprettet 50 nye turnusplasser i sykehus 15.08.2004 og 49 nye 15.08.2007 - totalt 450 plasser. Det var dermed nødvendig å opprette tilsvarende antall plasser i kommunehelsetjenesten for turnusstart 15.08.2005 og 15.08.2008. SAFH er i gang med å opprette 36 nye plasser i kommunehelsetjenesten fra turnusstart 15.08.2008 - totalt 450 plasser.

SAFH kan om nødvendig pålegge regionale helseforetak og kommuner mottak av turnusleger i henhold til turnusforskriftens § 11. I henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 3-5 og kommunehelsetjenestelovens 6-1 har henholdsvis de regionale helseforetakene og kommunene plikt til å bidra til opplæringen av helsepersonell - herunder også turnusleger.

Per i dag har vi totalt sett (årlig) om lag tilstrekkelig antall turnusplasser i sykehus (skjevt fordelt høst og vår), da SAFH har opprettet plasser fortløpende ved behov. Det kan imidlertid tenkes at kapasiteten snart er tatt ut i sykehustjenesten, særlig ved de større sykehusene. Etter SAFHs vurdering er det mulig å opprette flere turnusplasser i kommunehelsetjenesten, særlig i sentrale strøk.

Antall studenter/medisinske kandidater

Det er en viss usikkerhet knyttet til antall kandidater med behov for turnusplass da mange nordmenn studerer medisin i EØS-området. En del nordmenn studerer også i land utenfor EØS-området. Videre søker mange utenlandske kandidater fra EØS-området og utenlandske kandidater med grunnutdanning fra utenfor EØS-området om norsk turnustjeneste. Usikkerheten er primært knyttet til vanskene med å anslå søkere fra EØS-land og land utenfor EØS-området.

Ifølge tall fra Statens lånekasse for utdanning for undervisningsåret 2006-2007 mottar 2311 studenter støtte for medisinstudier i utlandet. Tilsvarende tall for undervisningsåret 2005-2006 var 2212. Medisin er det mest populære faget blant utenlandsstudentene. Om lag 34 % av norske medisinstudenter studerer i Polen, tett etterfulgt av Ungarn med 22 %. Polen har i flere år hatt en sterk økning i antall medisinstudenter fra Norge, og fra studieåret 2005-2006 til 2006-2007 var økningen om lag 19 %. Antallet medisinstudenter i Ungarn har vært stabilt de siste tre årene.

Norske helsemyndigheter har tatt til orde for at Norge skal utdanne 80-90 % av det norske legebehovet i fremtiden¹⁵. Formålet er å sikre høy kvalitet på utdanningen for flest mulig og unngå å bli avhengig av å rekruttere utenlandske leger. De resterende 10-20 % bør støttes i å utdanne seg ute for å sikre den norske helsetjenesten tilgang på leger som er utdannet under andre faglige tradisjoner.

Er det ønskelig å redusere etterspørselen etter turnustjenesten?

Dersom Statens lånekasse for utdanning reduserer støtten til medisinstudier utenfor Norge men innenfor EØS-området, vil etterspørselen etter turnusplasser reduseres parallelt. Spørsmålet er om det er en ønskelig og forsvarlig utvikling at antall leger i neste omgang reduseres. En kan argumentere for at det ikke er nok leger i Norge før alle distriktene har god tilgang til og kontinuitet i legetjenestene.

Hvorvidt medisinske kandidater (som regel nordmenn) utdannet fra EØS-området juridisk sett kan nedprioriteres til norsk turnustjeneste til fordel for kandidater utdannet ved norske universiteter, strides de lærde om. Om det er politisk ønskelig å nedprioritere EØS-utdannede kandidater utgjør et annet spørsmål. Påmeldte til turnustjenesten som er utdannet utenfor EØS-området kan antagelig juridisk sett nedprioriteres, men igjen er det et spørsmål om dette er politisk (etisk) ønskelig. Per i dag har EØS-utdannede og kandidater utdannet utenfor EØS-området som er anerkjent faglig jevn god med norsk cand. med., tilgang til norsk turnustjeneste på lik linje med medisinske kandidater utdannet ved norske universiteter.

Turnustjenesten kan ses som pliktjeneste eller som en relativt godt betalt førstejobb - en slags trainee-stilling tildelt av staten. Turnustjenesten blir av mange sett som inngangen til det norske arbeidsmarkedet. Den største gruppen søkere til turnustjenesten er dog nordmenn utdannet i Norge eller EØS-området for øvrig.

¹⁵ SHdir, 15-1490 Rapport "En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell"

I tabellen under fremgår antall opprinnelig påmeldte studenter/kandidater samt antall turnusplasser i sykehus for perioden 15.02.2003 -15.08.2008¹⁶:

Turnusstart:	Antall påmeldte¹⁷:	Antall turnusplasser:	Venteliste:
15.02.03	306	293	0
15.08.03	506	351	130 på venteliste etter valget, hvorav 34 valgte plass i restplassvalg ¹⁸
15.02.04	480	348	55 på venteliste etter valget, hvorav 44 valgte plass i restplassvalg
15.08.04	555	398	104 på venteliste etter valget, hvorav 43 valgte plass i restplassvalg (5-6 ledige plasser ved turnusstart)
15.02.05	428	394	0 (17 ledige plasser etter valget, 36 ledige plasser ved turnusstart)
15.08.05	553	403	105 på venteliste etter valget

¹⁶ Tabellen er hentet fra SAFH

¹⁷ Antallet omfatter ordinært påmeldte kandidater samt eventuelle ventelistede kandidater fra foregående turnusstart

¹⁸ Turnusplasser frigjøres fortløpende som følge av at studenter/kandidater søker utsettelse av turnustjenesten. Disse turnusplassene legges ut for valg i restplassvalg, normalt tre restplassvalg før turnusstart.

15.02.06	425	393	0 (36 ledige plasser etter valget)
15.08.06	595 ¹⁹	401	192 på venteliste etter valget (1 ledig plass ved turnusstart)
15.02.07	574	392	100 på venteliste etter valget, hvorav 43 valgte plass i restplassvalg (13 ledige plasser ved turnusstart)
15.08.07	726	450	201 på venteliste etter valget, hvorav 60 valgte plass i restplassvalg (1 ledig plass ved turnusstart)
15.02.08	555	434	21 på venteliste etter valget
15.08.08	623	441	239

Venteliste

Venteliste for turnustjenesten ble først aktuelt høsten 2003, men ordningen ble etablert allerede i 2001. Formålet med ordningen var å utjevne forskjellen mellom kullene som påbegynner turnustjenesten høst og vår, da det uteksamineres medisinske kandidater kun én gang i året i Trondheim og Tromsø og to ganger i året i Oslo og Bergen. Det kan samtidig synes som de fleste utenlandsstudentene blir klar for turnustjeneste om høsten. Antall påmeldte for turnusstart 15.08 er derfor langt større enn for turnusstart 15.02. Av hensyn til sykehusenes og kommunenes behov for forutsigbarhet med hensyn til mottak av turnusleger,

¹⁹ SAFH har ikke nøyaktig antall opprinnelig påmeldte, men kun antall studenter/kandidater som ble tildelt trekningsnummer for den aktuelle turnusstart

er det viktig at antall turnusleger høst og vår er så jevnt fordelt som mulig. Ingen kandidater har måttet vente mer enn seks måneder.

Distriktsmessige hensyn

Det fremgår av rundskriv IS-9/2005 fra SHdir at turnustjenesten også utgjør et legefordelingsverktøy, jf. punkt 33, fordeling av turnusplasser, fjerde avsnitt:

Av hensyn til rekrutteringen av leger og stabilisering av legedekning i utkantstrøk kan det av distriktsmessige hensyn ved noen turnustrekninger bli holdt tilbake et visst antall sentrale turnusplasser ved hovedvalget, slik at utkantstrøk er sikret turnuslege. På grunn av et uventet frafall av turnusleger fra påmelding og trekning til turnusstart kan det være nødvendig å gjennomføre dette tiltaket. ... Denne ordningen benyttes ved de trekningene der det kan oppstå et misforhold mellom antall påmeldte og antall turnusplasser, med risiko for at det vil bli stående ubenyttede plasser i utkantområder.

Det er også innført en ordning hvor studenter/kandidater fra og med 10. semester kan søke SAFH om turnusplass i Sogn og Fjordane og Finnmark. Også denne ordningen utgjør et virkemiddel for legefordeling gjennom turnustjenesten.

Utsettelse av turnustjenesten

Nødvendigheten av venteliste skyldes også et stort frafall av ordinært påmeldte studenter/kandidater. I 2007 søkte 242 personer om utsettelse (sykehus og kommunehelsetjeneste eller kun kommunehelsetjeneste), hvorav ingen ble avslått. I 2006 søkte 192 personer om utsettelse av turnustjenesten, hvorav bare én søknad ble avslått. I 2005 søkte 165 personer om utsettelse av tjenesten, hvorav fem søknader ble avslått.

Antall opprinnelig påmeldte reduseres fra påmeldingsfristens utløp til turnusstart hovedsakelig av legitime grunner som svangerskap, forskning, sykdom eller ønske om å samordne tjenesten med ektefelles/samboers tjeneste. Enkelte kandidater gjennomfører også svensk turnustjeneste (eller annen turnustjeneste innen EØS). Det er samtidig en del studenter som ikke består eksamen for cand. med. graden, ikke avlegger endelig medisinsk eksamen i henhold til EØS-direktiv 93/16 eller ikke får sin utenlandske utdanning anerkjent som faglig jevngod med norsk cand. med. ved norsk universitet innen turnusstart. Noen kandidater trekker seg også uten gyldig grunn.

Ventelisten reduseres av samme grunner og som følge av at en del kandidater inngår arbeidsavtaler eller legger andre planer og dermed avslår tilbud om turnusplass nær turnusstart. En del kandidater er også kresne med hensyn til lokalisering av turnusplass.

Den lange påmeldingsfristen som er satt til 9 ½ måned før turnusstart kan også bidra til utsettelser, da en ved påmelding ikke har oversikt over uforutsette hendelser som kan inntreffe senere.

I turnusforskriftens § 8, Utsettelse av påmelding til praktisk tjeneste, fremgår følgende:

*Utsettelse eller avbrudd av praktisk tjeneste etter at påmelding har funnet sted krever at det foreligger særlige grunner.
Søknad om utsettelse må sendes til Sosial- og helsedirektoratet så snart utsettelsesgrunnen foreligger. Dersom utsettelse innvilges, må studenten/kandidaten*

selv melde seg på til ny praktisk tjeneste i henhold til § 6. Studenten/kandidaten vil etter ny påmelding og trekning være sikret å velge turnusplass, jf. § 12 fjerde ledd.

SHdirs myndighet er her delegert til SAFH.

Det fremgår følgende av HODs brev av 03.02.2006, punkt 2, *Departementets vurdering*, tredje og fjerde avsnitt – adressert til Likestillingsombudet:

... Departementet legger til grunn at med begrepet "utsettelse" i § 8 første ledd menes i første rekke utsatt oppstart av den praktiske tjenesten, enten hele tjenesten eller turnustjenesten i kommunen. Bestemmelsen i § 8 gjelder dermed direkte for turnusleger som etter påmelding og eventuelt valg av turnusplass, går ut i permisjon før de rekker å påbegynne praktisk tjeneste i sykehus eller i kommunehelsetjenesten.

Selv om det ikke fremgår klart av ordlyden i § 8 eller av merknadene til denne bestemmelsen, legger departementet til grunn at § 8 også omfatter utsettelse av deler av turnustjenesten i sykehus eller kommuneturnustjenesten, det vil si ved avbrudd av allerede påbegynt turnustjeneste. ...

SAFH har erfart at en del gravide turnusleger velger turnusplass i hovedvalget selv om de er langt på vei i svangerskapet, for deretter å søke utsettelse av tjenesten innen turnusstart. I henhold til SAFHs forvaltningspraksis er det opp til personen selv å avgjøre når utsettelsesgrunnen foreligger ved svangerskap. I henhold til § 8 vil vedkommende være sikret å velge plass ved påfølgende trekning, og etter SAFHs praksis også kunne beholde valgt turnusplass ved aktuell turnusstart. Mange turnusleger forespør SAFH om muligheten av å kunne melde seg opp til turnustjeneste, for deretter å søke utsettelse grunnet for eksempel forskning eller svangerskap.

Kommunehelsetjenesten

SAFH har betydelige problemer med å opprette tilstrekkelig antall turnusplasser i kommunehelsetjenesten, fordi mange kommuner ikke ønsker å opprette plasser. En del turnusleger har fra og med turnusstart 15.08.2004 måttet velge plass i sykehustjenesten med foreløpig åpent fylke for gjennomføring av kommunehelsetjenesten. Disse kandidatene blir normalt tildelt fylke noen måneder etter påbegynt sykehustjeneste.

Kommunenes ofte manglende interesse for å opprette turnusplasser i kommunehelsetjenesten skyldes at turnuslegene velger kommune om lag seks måneder²⁰ før turnusstart, for deretter ofte å søke utsettelse av tjenesten. Hovedgrunnen til at mange utsetter kommunehelsetjenesten er svangerskap, da de som andre arbeidstakere etter seks måneders arbeidsforhold har opparbeidet rett til svangerskapspengene. Etterspørselen etter turnusplasser i kommunehelsetjenesten er dermed langt større under selve valget enn det reelle behovet for plasser ved turnusstart. Da SAFH ikke har venteliste før kommunehelsetjenesten, står mange kommuner uten turnuslege ved turnusstart. SAFH kan pålegge kommunene mottak av turnusleger, mens kommunene ikke kan pålegge fastlegene det samme. Kommunene kommer dermed i en vanskelig økonomisk forhandlingssituasjon i forhold til fastlegene, noe som øker deres misnøye med å opprette turnusplasser.

²⁰ Turnuslegen trenger forutsigbarhet for å kunne overholde barnehagefrist i valgt kommune

Tilskudd til turnustjeneste i kommunene er kroner 115 000 per kandidat per halvår. Tilskuddet utbetales til den enkelte kommune etterskuddsvis på bakgrunn av krav fylkesmannen mottar fra kommunene, attesterer og videresender til SAFH innen nærmere fastsatte frister. SAFH utbetaler betydelige statlige tilskudd til kommuner for turnusplasser som blir stående ledige ved turnusstart.

4.2. Likestillingshensyn?

Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at 461 personer fullførte cand. med. graden i studieåret 2005/2006, hvorav 173 var menn og 288 kvinner²¹. Samtidig planlegger antagelig mange småbarnsfamilier svangerskapspermisjon etter å ha opparbeidet rett til svangerskapspengene, det vil si etter seks måneders sykehusturnus.

Ved svangerskapspermisjon under sykehustjenesten har turnuslegen rett til å fortsette tjenesten ved samme tjenestested etter endt permisjon, jfr. § 8.3.3 i Overenskomst mellom daværende NAVO Helse (nå arbeidsgiverforeningen Spekter) og Den norske legeforening. Det foreligger imidlertid ingen tilsvarende arbeidsrettslig avtale for kommunehelsetjenesten.

I henhold til gjeldende forvaltningspraksis vedrørende utsettelse av kommunehelsetjenesten velger turnuslegene ny turnusplass på bakgrunn av opprinnelig tildelt trekningsnummer i omregnet form, det vil si i forhold til antall ordinært påmeldte ved den aktuelle turnusstart. Dersom turnuslegen har påbegynt kommunehelsetjenesten og gjennomført minst to måneder, gjenstår han/hun med resttjeneste og skal i utgangspunktet finne seg en godkjent turnusplass selv ved å kontakte Fylkesmannen i ønsket fylke. SAFH kan også være behjelpelig med oversikt over ledige plasser. Turnuslegen som gjenstår med resttjeneste kan som et alternativ forespørre et legekantor som ikke mottar turnusleger om de vil utgjøre turnussted for vedkommende i en begrenset periode. Turnusstedet vil imidlertid ikke motta støtte, da SAFH til enhver tid har ledige turnusplasser som mottar støtte. Det er samtidig en forutsetning at Fylkesmannen godkjenner legekantoret som turnussted for gjennomføring av resttjenesten i den aktuelle perioden. Dersom turnuslegen ønsker å inngå i den ordinære tildelingen og tildeles turnusplass av SAFH, må han/hun - av hensyn til kommunenes behov for forutsigbarhet - påregne seks måneders tjeneste. Turnuslegenes rett til svangerskapspermisjon og gjennomføring av resttjeneste av kortere varighet etter endt permisjon, kan komme i konflikt med kommunens behov for forutsigbarhet med hensyn til mottak av turnuslege av seks måneders varighet fra ordinær turnusstart.

Ifølge brev av 03.02.2006 fra HOD adressert til Likestillingsombudet, punkt 1, Problemstilling, andre avsnitt, fremgår følgende:

Likestillingsombudet anfører at praktiseringen av regelverket ved tildeling av turnusplass i kommunene etter endt fødselspermisjon er i strid med Likestillingslovens bestemmelser om indirekte diskriminering fordi det stiller kvinner dårligere enn menn, og ber om departementets syn på saken.

²¹ Fullførte høyeregradsstudier, etter antall fullførte år og antall år siden studenten første gang var registrert i høyere utdanning, studieåret 2005/2006. Antall studenter og prosent

Videre fremgår det at HOD svarer følgende, jf. punkt 2.2, Tildeling av turnusplass i kommunene etter endt fødselspermisjon, åttende avsnitt:

Hensynet til turnuslegens situasjon bør i prinsippet gå foran hensynet til å unngå administrativt merarbeid for turnusmyndighetene. Departementet legger til grunn at utgangspunktet bør være at en turnuslege som ønsker å gjennomføre/fullføre kommunehelsetjenesten etter endt fødselspermisjon, kan få tildelt turnusplass/få fortsette turnustjenesten i den samme kommunen. Det presiseres at dette ikke vil være en "rettighet" for turnuskandidaten, men et tilbud så langt det er mulig for kommunen å tilrettelegge turnustjenesten for den enkelte. ...

Dersom en legger til grunn av kjønn ikke er bestemmende for hvem av foreldrene som skal ta ut hvor stor andel av permisjonstiden, kan ikke gjeldende forvaltningspraksis sies å være i strid med Likestillingsloven.

4.3. Særlige hensyn

Særplass

Personer som mener å ha særlige behov har anledning til å søke særplass. Det fremgår følgende av turnusforskriftens § 9, Særplass:

Student/kandidat kan søke Sosial- og helsedirektoratet om å få utføre praktisk tjeneste på et bestemt sted (særplass). Søknad om særplass skal som hovedregel fremsettes samtidig med påmelding til praktisk tjeneste.

Særplass kan tildeles dersom vedkommende:

- a) er enlig forsørger til barn under 12 år.*
- b) har barn under 12 år og ønsker å utføre praktisk tjeneste på samme sted eller i rimelig nærhet av ektefelle/samboer som avtjener militær førstegangstjeneste eller siviltjeneste,*
- c) er samisktalende og ønsker å utføre den praktiske tjenesten i områder med samisktalende befolkning,*
- d) oppgir andre særlige grunner som etter en helhetsvurdering tilsier av vedkommende bør få utføre turnustjenesten på et bestemt sted.*

I 2005 søkte 107 personer om særplass, hvorav 69 søknader ble avslått. Tilsvarende tall for 2006 var 112, hvorav 66 søknader ble avslått. I 2007 søkte 114 personer om særplass, hvorav 61 ble avslått.

Barneplass og parplass

Turnusforskriften har ingen bestemmelser om rett til barneplass eller parplass. Ordningene er basert på praksis og administreres av Studentenes turnuskomité/Kulletts turnuskomité (STK/KTK). Turnusleger som har daglig eller delt omsorg for barn som før eller under turnustjenesten når skolepliktig alder, får barneplass. Dette innebærer at de velger turnusplass før de øvrige. Parplass innebærer at ektepar/samboere trekker samme nummer og gis turnusplass ved samme helseforetak/sykehus i samme fylke.

Underkjennelse av turnustjenesten

Når turnustjeneste blir underkjent skyldes det som regel en kombinasjon av mangelfulle faglige ferdigheter og kunnskaper samt språk- og kommunikasjonsproblemer. I 2005 ble det underkjent turnustjeneste for 10 turnusleger. Tilsvarende tall for 2006 var 15. I 2007 ble det underkjent turnustjeneste for 17 turnusleger. Det er uvisst om tallene avspeiler en reell

økning, eller om turnusstedene snarere er blitt mer bevisst problematikken. Økningen i antall underkjente turnusleger de senere år vil samtidig avspeile økningen i antall turnusleger totalt sett.

Dersom tjenesten blir underkjent må turnuslegen gjennomføre tilleggstjeneste, under forutsetning av at dette vurderes som faglig forsvarlig. Pasientenes sikkerhet er overordnet jf. Helsepersonellovens § 1, samtidig som turnuslegens rettssikkerhet må ivaretas i systemet. Ved tilleggstjeneste vil SAFH anmode turnusstedet om å gi turnuslegen særlig veiledning og oppfølging, samt be om rapport hver tredje måned der problemområder konkretiseres og tjenesten evalueres. Ved tildeling av nytt turnussted for gjennomføring av tilleggstjeneste vil SAFH også informere turnusstedet om bakgrunnen for tidligere underkjent tjeneste.

Dersom det er tvil om turnuslegens egnethet for yrket, kan SAFH fremstille vedkommende for en sakkyndig undersøkelse hos psykiater. SAFH benytter da i utgangspunktet de samme sakkyndige som Helsetilsynet.

5. Strukturelle forhold

Problemstilling

På hvilken måte de store helsereformene som sykehusreformen og fastlegereformen legger føringer for den praktiske tjenesten/turnustjenesten, vil bli redegjort for under.

5.1. Sykehusreformen

Sykehusreformen som ble satt i verk 01.01.2002 innebar statlig overtakelse av eierskapet til sykehusene og andre virksomheter innen spesialisthelsetjenesten i en foretaksmodell.

Funksjonsfordeling

Funksjonsfordeling ved stadig flere helseforetak kan føre til at turnustjenesten mister kontinuitet når turnuslegene må flytte mellom avdelinger, faglig og fysisk, i løpet av seks eller fire måneders periode. Sentralisert akuttberedskap innen og mellom helseforetak gjør at enkelte sykehus ikke lenger kan tilby turnusplasser med et fullverdig spekter av læringssituasjoner.

Stadig flere helseforetak informerer SAFH om arbeids- og funksjonsfordeling for at dette kan fremgå av valglistene over turnusplasser. Mange turnusleger velger dermed turnusplass på helseforetaksnivå heller enn sykehusnivå.

SAFH er informert om at den kirurgiske aktiviteten ved Sykehuset Innlandet HF, Hamar og Elverum er seksjonert slik at bløtkirurgi er lagt til Hamar og ortopedi til Elverum. Dette medfører at turnuslegene tjenestegjør begge steder. Den kirurgiske delen av tjenesten er inndelt slik at de første tre månedene er ved det valgte turnusstedet (Hamar eller Elverum), de resterende tre månedene ved det andre stedet. Videre har Akershus Universitetssykehus HF (Nordbyhagen og Stensby) og Sykehuset Østfold HF (Moss og Fredrikstad) meldt om arbeids- og funksjonsfordeling. Lærdal sjukehus tilbyr seks måneder indremedisin i Lærdal, tre måneders kirurgi ved Førde sentralsjukehus og tre måneders ortopedisk tjeneste i Lærdal. Nordfjord sjukehus tilbyr seks måneders indremedisin i Nordfjord, to måneder kirurgi ved Førde sentralsjukehus og fire måneder ortopedisk tjeneste i Nordfjord. Turnuslegene ved Helgelandssykehuset Mosjøen må påregne seks uker ved St. Olavs Hospital HF (Trondheim), som del av turnustjenesten i kirurgi. Ved Sykehuset Vestfold HF må turnuslegene utføre tjeneste både i Tønsberg, Sandefjord og Larvik.

5.2. Fastlegereformen

Ifølge Forskrift om fastlegeordningen i kommunene av 14.04.2000 er formålet følgende:

... å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

Helsetilsynet påpeker i brev av 12.03.2001 – ”Høring: Rapport om turnustjenesten for leger med forslag til forskrifter” - at turnuslegesystemet kan synes å bryte med noe av prinsippet for fastlegeordningen, da pasientene kan komme til å møte en ny turnuslege i stedet for sin faste lege. Helsetilsynet regner imidlertid med at behovet for kontinuitet i pasientkontakten ivaretas ved at pasienten benytter samme legekantor som de pleier, og at turnuslegen står i kontakt med sin veileder der dette synes nødvendig. Stedfortrederordningen er dessuten en forutsetning for ordningen når fastlegene er på kurs, ferie, sykehusjeneste med mer.

Kvaliteten på dagens turnustjeneste kan ifølge Grethe Kolloen bli redusert som følge av at pasienten foretrekker sin egen fastlege, slik at turnuslegen får et redusert antall og gjerne selektert utvalg av pasienter (Kolloen, 2003). Hun hevder at fastlegeordningen har gjort dette mer synlig, men at den ikke er hovedårsaken til at pasientene ofte ikke vil behandles av en turnuslege.

Økende krav om effektiv pasientbehandling og nye finansieringsordninger for legetjenesten både på sykehus og i kommunene, kan ifølge Steinert komme i konflikt med turnuslegenes behov for relevant praksis og veiledning (Steinert, 2006). Han mener at innføringen av fastlegeordningen på de fleste områder har vært positiv for pasientene, allmennlegene og samfunnet men hevder at vi vet lite om hvordan denne reformen har påvirket turnustjenesten i kommunen. Tettere bånd mellom fastlege og pasient, økt privatisering av allmennlegetjenesten og redusert interesse for samfunnsmedisin blant allmennleger kan slik han ser det ha påvirket turnustjenesten i negativ retning.

Privat praksis eller fast lønn

Tidligere var allmennlegetjenesten organisert ved at legene var kommunalt ansatte på fast lønn, eller hadde driftsavtale med kommunen og refusjonsrett overfor Folketrygden. I tillegg var det i enkelte kommuner privatpraktiserende leger uten driftsavtale. Flertallet av disse legene hadde refusjonsrett.

Forskrifter og avtaleverk om fastlegereformen bestemmer at privat praksis er hovedmodellen i kurativ virksomhet.²² Men kommunen og legen kan også avtale fastlønn. En privatpraktiserende lege får sin inntekt alt vesentlig som næringsinntekt, mens den fastlønnede legen får sin inntekt som lønn. Lønnen fastsettes som for andre kommunale arbeidstakere ved tiltredelse, regulering skjer i medhold av forhandlingsbestemmelsene i HTA.

Offentlig legearbeid

Kommunen kan ikke pålegge den privatpraktiserende legen oppgaver (deltidsstilling) i samfunnsmedisin, verken ved utlysning av fastlegehjemmel eller senere. Kommunen må inngå avtale med legen om samfunnsmedisinsk stilling i kommunen. På dette området er kommunene ifølge Kommunenes Sentralforbund (KS) dårligere stilt enn før fastlegereformen, da legens plikt til syv og en halv time også omfattet samfunnsmedisin. Det kan likevel avtales at fastlegehjemmelen skal kombineres med deltidsstilling i samfunnsmedisin. Dersom slike avtaler inngås er det KS sitt standpunkt at deltidsstillingen i samfunnsmedisin ikke kan sies opp uten at dette får følger også for fastlegehjemmelen.

Kommunen kan derimot pålegge den privatpraktiserende legen deltidsstilling i offentlig allmennmedisin med inntil syv og en halv time per uke. Pålegget kan gis både ved avtaleinngåelse og på et senere tidspunkt, men i sistnevnte tilfelle først etter kunngjøring. Oppgavene knytter seg primært til helsestasjon, skole, sykehjem og fengsel. KS mener at aldershjem og helsestasjon for ungdom også bør kunne inngå i det som kommunen kan pålegge, noe som praktiseres i flere kommuner.

I ovennevnte brev fra Helsetilsynet påpekes det at fastlegeordningen ikke har gitt det løft for offentlig allmennlegetjenesteoppgaver som det er lagt til rette for ved muligheten til å forplikte fastlegen til slikt arbeid i syv og en halv time per uke. Der kommunen ikke har benyttet seg av muligheten, vil det bli en spesiell utfordring å gi turnuslegen innblikk i og erfaring fra denne

²² Generell informasjon fra KS, "Legetjenestene i kommunene herunder fastlegeordningen – KS' kommentarer"

delen av primærhelsetjenesten. Videre må det legges til rette for at samfunnsmedisinske oppgaver, så som miljørettet helsevern og smittevern, inngår i det feltet turnuslegen skal gis innsikt i.

Rammeavtale mellom KS og DLF

Ifølge Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening (DLF) om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene - perioden 1. juli 2006 – 30. juni 2008, Del IV Legens oppgaver, punkt 11.1 Avtale om mottak og veiledning av turnuslege, fremgår følgende:

Kommunen har ansvaret for mottak av turnusleger i kommunen, jf bl a. Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege. Kommune og lege kan inngå avtale om mottak og veiledning av turnuslege. Det skal legges til rette for at turnuslegen kan utføre sin tjeneste i henhold til forskrift om og målbeskrivelse for turnustjenesten for leger. Ved inngåelse av slik avtale skal denne være for minimum tre år. Ved fornyelse skal det inngås avtale for minimum to år om gangen. Etter tre (to) år kan hver av partene si opp avtalen med 6 måneders varslingsfrist, dog slik at eventuelt påbegynt turnusveiledning fullføres.

Et forhold som kan bli bestemmende for antall turnuslegestillinger i kommunehelsetjenesten er hvor mange fastleger som har kontrakt med kommunen om turnuslege. Det er i kontraktsprosessen dette forholdet må ivaretas.

Kolloen (2003) påpeker at innpassing av turnuslege hos fastlegene med privat praksis i en del tilfeller har blitt svært kostbart for kommunene. Kommunene har kommet i en vanskelig situasjon når innpassing i privat praksis er eneste alternativ.

Som tidligere påpekt kan SAFH pålegge kommunene mottak av turnusleger, men kommunene kan ikke pålegge fastlegene det samme. Kommunene kommer dermed i en vanskelig forhandlingssituasjon i forhold til fastlegene.

For veilederlegene kan det bli problematisk dersom deres pasientlister er for korte (Kolloen, 2003). Når en liste er på under 1000 innbyggere blir det økonomisk lite regningssvarende for legen å ta i mot turnuslege. Ved inngåelse av kontrakt med kommunen om mottak av turnuslege har fastlegen inngått avtale om en større pasientliste enn vedkommende hadde før kontrakten om mottak av turnuslege ble inngått. Når turnuslegen uteblir får dette den konsekvens for fastlegen at det blir en vesentlig større arbeidsbyrde for vedkommende. Turnuslegen arbeider på fastlegens liste og deltar aktivt i legevakt og allmennmedisinske offentlige oppgaver. Enkelte fastleger opplever dette så anstrengende at de må ta inn vikar for turnuslegen.

For å sikre veiledning av turnusleger i et system hvor allmennlegene i hovedsak er ment å være privatpraktiserende med fastlegeavtaler, kan kommunen stille som vilkår at fastlegen deltar i veiledningen. Turnuslegen skal ikke ha egen pasientliste, men arbeide på veileders liste og eventuelt listen til andre fastleger i en gruppepraksis. Fastleger som skal veilede turnusleger bør dermed ha en liste av en viss størrelse, som sikrer at turnuslegen får nødvendig tilfang av pasienter.

I rammeavtalens punkt 11.2, Økonomiske forhold knyttet til turnuslege, fremgår videre følgende:

Kommunen dekker dokumenterte økte driftsutgifter i praksisen (leie av lokaler, utstyr og hjelpepersonell m.v.). Kompensasjonen for økte driftsutgifter fastsettes i lokal avtale mellom kommunen og legen, og utbetales også ved avbrudd, uteblivelse og sykdom. Veiledning av turnuslegen godtgjøres i form av 3 timers deltidsstilling som kommunelege per uke i den tiden turnuslegen ordinært er i praksisen, jf for øvrig punkt 12.4-5. Turnuslegens lønn betales av kommunen. Trygderefusjon og egenandeler som turnuslegen inntjener i sitt kurative arbeid tilfaller kommunen.

Etter Legeforeningens ønske reguleres turnuslegens lønn i særavtalen (SFS 2305)²³. Turnuslege omfattes derfor ikke av forhandlingsbestemmelser som gjelder for andre akademikere i kommunen, se kap 5 i HTA.

Rekruttering til allmennmedisin

Allmennmedisin holder seg ganske stabilt med 100 nye godkjente spesialister i snitt per år fra og med 2001 til og med 2006 - etter norske regler²⁴. I tillegg er det i 2006 439 spesialister som har fått fornyet sin spesialistgodkjenning i allmennmedisin for nye fem år.

Årlig resertifisering i allmennmedisin har i perioden 2001 til 2006 vært i snitt 431 per år. Antall yrkesaktive spesialister i allmennmedisin under 70 år er 2 456 per 01.01.2007, hvorav 1 974 er privatpraktiserende og 114 fastlønte fastleger. Kvinneandelen er 27,5 %. Totalt er det 3 459 privatpraktiserende og 335 fastlønte fastleger. Det betyr at 57,1 % av de privatpraktiserende fastlegene og 34 % av de fastlønte fastlegene er godkjente spesialister i allmennmedisin. I tillegg er det noen av fastlegene som har godkjenning i andre spesialiteter.

Siden fastlegeordningen ble etablert har sykehusene hvert år rekruttert rundt 400 av de nye legene, mens knapt 40 har gått til primærhelsetjenesten²⁵. I tillegg har mange fastleger under 50 år søkt seg over i sykehusspesialiteter, særlig psykiatri.

Mangelen på fastleger er størst i Nordland og delvis Sogn og Fjordane. Distriktene hadde sin beste og mest stabile legedekning da kommune fikk sine fastlønnstilskudd og allmennlegene en lønn som var sammenlignbar med leger i sykehus. Inntjening i fastlegeordningen er svært avhengig av legens listestørrelse, noe som igjen avhenger av hvor praksisen ligger. Fastlegeordningen synes derfor å være best tilpasset større kommuner. Fastlegens tilgjengelighet og kontinuitet er blitt bedre. Det er imidlertid vanskelig å rekruttere leger til distriktene samtidig som det skjer en forgubbing av allmennlegene. Videre utgjør kvinnelige leger bare 31,3 prosent av fastlegene, og andelen stiger ikke som i spesialisthelsetjenesten der kvinneandelen nå er 38,7 prosent. Kommunene utnytter heller ikke de muligheter de har til å få utført de allmennmedisinske oppgavene i offentlig legearbeid.

Det bør bemerkes at spesialisthelsetjenesten i større grad enn primærhelsetjenesten har opprettet stillinger utenfor det lovbaserte stillingsreguleringssystemet. Etter at fastlegeordningen fikk satt seg har det vært få intensiver for kommunene og legene til å opprette nye fastlegehjemler. Kommunene har derfor søkt om få hjemler ved behov og har fått disse innvilget.

²³ Informasjonen er hentet fra KS

²⁴ Tidsskriftet Den norske lægeforening, nr. 4/2007, E. Skoglund, "Godkjente spesialister i 2006"

²⁵ SHdir, Rapport 2007, IS-1443, "Utviklingsrekke i helse- og sosialsektoren"

Det foreligger et forslag om et flerårig program for å styrke allmennlegetjenesten i kommunene, som kan åpne for muligheten for oppretting av utdanningsstillinger i kommunehelsetjenesten.

6. Politiske føringer

Problemstilling

Hvorvidt innholdet i den praktiske tjenesten/turnustjenesten bør svare til befolkningsmessige behov for en bestemt kompetanse eller utgjøre de store spesialitetene som generell indremedisin, generell kirurgi og allmennmedisin, er en sentral problemstilling.

Regjeringens satsningsområder som Opptappingsplan for psykisk helse, Opptappingsplan for rusfeltet samt Omsorgsplan 2015 avspeiler reelle behov i befolkningen, som vil bli redegjort for under.

6.1. Opptappingsplan for psykisk helse

I HODs tildelingsbrev for 2002 fikk SHdir i oppdrag å vurdere behovet for endringer i turnustjenesten for leger, herunder å vurdere om det er behov for å stille krav om obligatorisk turnustjeneste i psykiatri. Arbeidet ble delt i to, og den første delen av utredningsarbeidet ble utført av en arbeidsgruppe ledet av SHdir som er redegjort for tidligere.

Opptappingsplan for psykisk helse er en økonomisk forpliktende plan som ble vedtatt i Stortinget i 1999, og skal vare frem til 2008. Nedbyggingen av de store sentralinstitusjonene startet på 1960-tallet i tråd med utviklingen i andre vestlige land. Opptappingsplanen innebærer en styrking og omstrukturering av tjenestene til et mer desentralisert hjelpetilbud. Det bygges opp et desentralisert hjelpenettverk bestående av distriktpsikiatriske sentre (DPS), ambulante team, omsorgsboliger med nødvendig bistand og andre kommunale tjenester slik at folk får tilbud om hjelp og behandling nær der de bor.

Målet er at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et mest mulig vanlig og selvstendig liv, og kunne mestre tilværelsen på best mulig måte. De dreier seg om kompetanseheving, økt antall polikliniske konsultasjoner for voksne og for barn, økt antall kvalifisert personell, flere døgnplasser ved DPS, flere omsorgsboliger og tiltak for arbeid og aktivisering. De siste årene vil innsatsen i hovedsak dreie seg om kvaliteten og innholdet i tjenestene. I denne satsingen har kommunen en sentral plass i utviklingen av de psykiske helsetjenestene. Målet er at kommunens ansvar for å gi behandling, pleie og omsorg skal gjelde for mennesker med psykiske sykdommer som for alle andre.

Opptappingsplanen la opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden for å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med vekt på brukerperspektivet. Visjonen var en planmessig utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser gjennom forutsigbare økonomiske rammebetingelser og klare mål for kommuner og fylkeskommuner/regionale helseforetak.

6.2. Opptappingsplan for rusfeltet

I et tilleggsoppdrag fra HOD i brev av 06.03.2003 blir SHdir bedt om å vurdere en eventuell turnustjeneste i rusomsorg i maks fire måneder innenfor 12 måneders sykehustjeneste. Det vises for øvrig til Rusreform 1, jf Ot prp nr 3 (2002-2003).

Årsskiftet 2006/2007 la Regjeringen fram en nasjonal opptappingsplan på rusfeltet. Planen fastslår at russpørsmål skal være en integrert del av helse- og sosialtjenesten i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten. Regjeringens politikk på rusfeltet har som overordnet mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet. Det overordnede målet deles opp i fem hovedmål:

- Tydelig folkehelseperspektiv
- Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- Forpliktende samhandling
- Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

6.3. Omsorgsplan 2015

I oppdragsbrev fra HOD av 21.09.2006 bes SHdir om å bidra til å styrke det geriatriske fagfeltet innen turnustjenesten og spesialistutdanningen for leger. Videre bes SHdir om å utarbeide et forslag til endring(er) i turnusforskriften og målbeskrivelsen som innebærer en styrking av det geriatriske fagfeltet, slik at praksis i sykehjem sikres. Oppdraget er en del av SHdirs oppfølging av sosialkomitéens merknad i S nr 11 (2005-2006) hvor det fremgår at: ”Komiteen mener at psykiatri, geriatri og hele det aldersmedisinske området er viktige fagområder hvor det er nødvendig å styrke fagkompetansen både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Komiteen mener at disse fagområdene må vurderes tatt inn i turnustjenesten for leger, og ber Regjeringen ta initiativ til dette”.

I St.meld. nr. 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer” legger Regjeringen frem strategier for å møte de framtidige omsorgsutfordringene. Regjeringen hovedstrategi er å utnytte den demografisk sett stabile perioden vi har foran oss til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og til å planlegge for å forberede den raske veksten i omsorgsbehovet som forventes fra rundt 2020. Enkelte kommuner vil også møte de demografiske utfordringene tidligere enn dette. Regjeringen har på denne bakgrunn utformet Omsorgsplan 2015 med konkrete tiltak, basert på fem langsiktige strategier for framtidas omsorgstjenester:

- kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- kapasitet og kompetanseheving
- bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg
- partnerskap med familie og lokalsamfunn

Det forutsettes langsiktig kompetanseutvikling, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå, og forutsetter et tett samspill mellom statlige fagmyndigheter og kommunesektoren.

Omsorgsplan vil være grunnlaget for de statlige satsningene i de kommunale omsorgstjenestene i årene som kommer. Følgende delementer inngår: Demens, Kompetanseløftet 2015, Kvalitetsavtalen, Forebyggende tjenester for eldre, Undervisningssykehjem og tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

7. Utdanning og turnustjeneste

7.1. Medisinsk grunnutdanning og turnustjeneste i Norden

Norge

Medisinsk grunnutdanning i Norge er av seks års varighet etterfulgt av 18 måneders turnustjeneste. Kandidatene velger turnusplass, det vil si sykehus, fylke og deretter kommune, på bakgrunn av et tilfeldig trekningsnummer. SAFH er delegert myndighet til å administrere turnustjenesten. Tjenesten i sykehus skal utføres ved avdeling med akutfunksjon og bestå av fire måneder ved generell kirurgisk avdeling, fire måneder ved generell indremedisinsk avdeling og fire måneder ved enten psykiatrisk avdeling, barneavdeling, anesthesiavdeling eller avdeling for kvinnesykdommer og fødselshjelp, eller seks måneder ved generell kirurgisk avdeling og seks måneder ved generell indremedisinsk avdeling. Tjenesten i kommunehelsetjenesten skal utføres i klinisk allmenntjeneste som innbefatter allmenntjenestens offentlige legeoppgaver. Turnuslegene har turnuslisens under turnustjenesten.

Sverige

Svensk medisinsk grunnutdanning er av 5 ½ års varighet etterfulgt av minimum 18 måneders praktisk tjeneste/turnustjeneste, såkalt "Allmenntjänstgöring" eller AT-tjeneste. Tjenesten består av 12 måneder i sykehus, hvorav minst ni måneder i indremedisin og kirurgi med minst tre måneder i hvert fagområde²⁶. Tjenesten skal utgjøres av minst tre måneder psykiatri. De siste seks månedene av tjenesten er i allmenntjeneste.

Kandidatene må selv finne seg plass for gjennomføring av tjenesten. Landstingene (fylkene) har det overordnede ansvar for utlysning av turnusblokkene, som består av sykehus og allmenntjeneste²⁷. Sykehusene utlyser og kvalitetssikrer stillingene, det vil si sørger for at de er i overensstemmelse med målbeskrivelsen. Etter gjennomført tjeneste ved hvert tjenestested må virksomhetssjefen signere i en tjenestegjøringsbok om at tjenesten er tilfredsstillende utført.

Det eksisterer ingen "begrenset" offentlig godkjenning i form av lisens for gjennomføring av AT-tjenesten. For å oppnå legitimasjon (autorisasjon) etter medisinsk utdanning, kreves gjennomført AT-tjeneste og godkjent resultat av "AT-provet".

I henhold til "Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare" § 8, fremgår det at arbeidsgiver skal utforme en generell handlingsplan for AT. Målbeskrivelse jf. ovennevnte forskrifter skal ligge til grunn for handlingsplanen. Handlingsplanen skal garantere at målbeskrivelsen oppfylles. Når AT-legen er ansatt skal hovedveileder i samråd med AT-legen utforme en individuell skriftlig veilednings- og tjenestegjøringsplan.

AT-tjenesten ble innført i 1969 og var vesentlig helsepolitisk motivert, da det var behov for legetjenester i psykiatrien og primærhelsetjenesten²⁸. Da AT-tjenesten ble etablert utgjorde den seks måneder medisin, seks måneder kirurgi, tre måneder psykiatri og deretter seks måneder allmenntjeneste. Ordningen fungerte tilfredsstillende på 70- og 80-tallet da økonomien i helsetjenesten var relativ god. Forverring av den økonomiske situasjon på begynnelsen av 1990-tallet med krav om innsparing førte blant annet til at det ble vanskelig å

²⁶ Informasjonen er hentet fra SAFH

²⁷ Informasjonen er hentet fra Socialstyrelsen

²⁸ Sosial- og helsedepartementet, I-1004 B, 12/00-1550, Turnusrapport "Turnustjenesten for leger"

fremskaffe tilstrekkelig antall plasser. Delvis som en følge av dette opphørte ordningen med sentral fordeling av plasser i 1992. Rekruttering av AT-leger har senere vært markedsstyrt ved at kandidatene selv må skaffe seg plasser.

AT-provet

Alle AT-leger må avlegge en prøve kalt "At-provet" som har en muntlig og en skriftlig del²⁹. Prøven skal gjennomføres etter avlagt medisinsk eksamen eller etter utenlandsk eksamen som Socialstyrelsen har foreskrevet AT-tjeneste som vilkår for legitimasjon. En må samtidig ha gjennomført minst 13 måneder av AT-tjenesten, hvorav minst én måned i allmennmedisin. Prøven består av emneområdene kirurgi, medisin, psykiatri og allmennmedisin – det vil si emner som inngår i AT-tjenesten. Den 01.07.1991 ble ansvaret for prøven overført fra Socialstyrelsen til høgskolemyndighetene, og Karolinska Institutet påtok seg ansvaret for administrasjonen. De seks universitetene som har rett til å avholde medisinsk eksamen har satt sammen en nemd som representerer emneområdene i AT-tjenesten og som organiserer prøven. Nemden har ansvar for at prøven gjennomføres og bedømmes samt fastsetter regler og retningslinjer. Ansvaret for den praktiske gjennomføringen av eksamen går på omgang mellom universitetene. Karolinska Institutet har ansvar for nemdens administrative og økonomiske støtte.

AT-eksaminasjonen tilstreber å prøve den kliniske kompetansen i sentrale situasjoner. Den skal samtidig teste om kunnskapsmålene for AT-tjenesten i sin helhet er nådd. Dernest skal den styre legene mot relevante læringsmål samt gi dem tilbakemelding på deres kunnskapsnivå. Videre skal den sørge for nasjonal standardisering, garantere visse standarder over tid samt tilby undervisning. Den skal også gi leger på klinikken samt de medisinske fakulteter tilbakemelding på AT-legenes kunnskapsnivå. Testen skal samtidig bidra til å forbedre legeutdanningen. Den baserer seg først og fremst på kliniske kunnskaper som skal være ervervet gjennom AT-tjenesten, men delvis også fra grunnutdanningen. Prøven utgjør en kvalitetssikring for svensk legitimasjon som lege.

Den skriftlige delen av AT-prøven gjennomføres fire ganger hvert år. Under AT-tjenesten har AT-legen mulighet til å utføre en muntlig prøve kalt "medsittningsprov" (tidligere "sit ins"), der man i nærvær av en veileder med spesialistkompetanse tar anamnese og status av en pasient for deretter å diskutere behandlingen. Vurderingen av prøven gjøres i henhold til en fastsatt mal og ut fra en fem graders skala der godkjent er to og underkjent en. Fire godkjente muntlige delprøver – en for hver tjenestegjøringsdel – kan medføre at kandidaten får dispensasjon for muntlig AT-prøve, under forutsetning av at resultatet av den skriftlige prøven er klart godkjent. Den muntlig prøven skal imidlertid gjennomføres av alle som ikke har fire godkjente muntlige delprøver, eller bare så vidt har bestått den skriftlige delen (uavhengig av resultat på muntlige delprøver). Etter to underkjente skriftlige prøver skal den muntlig prøven gjennomføres etter endelig godkjent skriftlig prøve, uavhengig av tidligere resultat på muntlige delprøver. Ved underkjent muntlig prøve skal ny muntlig prøve avlegges etter at vedkommende har avlagt ny skriftlig prøve. AT-nemdens ledermøte utnevner eksaminatorer innen hvert fakultet, helst like mange innen hver spesialitet.

Danmark

Dansk medisinsk utdanning er under omlegging fra 13- til 12-semestermodell. Den praktiske tjenesten/turnustjenesten er per i dag av 18 måneders varighet. 12 måneder i sykehus fordeles

²⁹ Hentet fra "Regler for AT-examinationen. Utformade av Nämnden för prov efter läkares allmänntjänstgöring (AT-nämnden)"

på minimum to avdelinger og maksimalt tre, med minst tre måneders tjeneste ved hver avdeling. De siste seks månedene av tjenesten er i allmennpraksis.

For å øke antallet spesialister er det besluttet å omlegge deler av den medisinske videreutdannelsen. De nye reglene trer i kraft fra 01.02.2008 med virkning fra med turnusstart 01.08.2008 eller senere. Turnusordningen endres da fra 18 måneders turnus til 12 måneders *klinisk basisuddannelse*, samtidig som flere emner inkorporeres i tjenesten. I fremtiden vil ikke alle turnusleger, nærmere bestemt *basisleger*, utføre tjeneste i allmennmedisin.

I Danmark har man offentlig godkjenning kalt "autorisasjon" på medisinsk kandidat-nivå. Etter fullført og godkjent turnustjeneste får man utstedt tilleggsgodkjenning som benevnes "Tillatelse til selvstendig virke". "Autorisasjon" og "Tillatelse til selvstendig virke" tilsvarer vår norske autorisasjon.

Sundhedsstyrelsen har ansvaret for turnusordningen og fastlegger antall plasser som deretter fordeles ut på de tre videreuddannelsesregionene (Videreuddannelsesregion Øst, Videreuddannelsesregion Syd og Videreuddannelsesregion Nord)³⁰. I fremtiden er det videreuddannelsesregionene som skal opprette nødvendig antall plasser. Sundhedsstyrelsen tildeler trekningsnummer til hver kandidat, og på bakgrunn av dette nummeret velger kandidaten mellom 22 sykehusområder samt Færøyene. Prioriteringen har hittil foregått elektronisk i Sundhedsstyrelsen. Når kandidatene er tildelt sykehusområder er det opp til de tre regionale videreuddannelsesregionene å fordele konkrete turnusforløp. Kandidaten må fortsatt melde seg på turnusordningen i Sundhedsstyrelsen, og det vil fortsatt være Sundhedsstyrelsen som tildeler trekningsnummer og gir dispensasjon fra den ordinære fordelingen.

Alle oppmeldte kandidater forventes å få opplyst turnusforløp senest tre måneder før turnusstart. Med den nye strukturen forkortes tidsforløpet fra påmelding til turnusstart. Påmelding skal skje i siste semester eller seks måneder før tidligst mulig turnusstart.

Det foreligger en muntlig avtale om at ingen kandidat må vente mer enn seks måneder på turnustjeneste. Enkelte steder har det imidlertid ikke vært mulig å overholde denne fristen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vurdering skyldes det primært at flere kommer tilbake fra permisjon enn forventet. Med de nye bestemmelsene om klinisk basisuddannelse er det bestemt at ventetiden ikke må overstige tre måneder fra henholdsvis 01.02 og 01.08.

Per i dag har alle leger som er utdannet ved et dansk universitet (uavhengig av statsborgerskap) rett til turnusplass i Danmark³¹. I henhold til reglene kan en utenlandsk utdannet kandidat ikke melde seg på turnusordningen.

Det finnes dispensasjonsordninger der studentene kan tildeles amt på bakgrunn av en konkret vurdering. Videre kan ektefelle og samboere oppnå turnusforløp i samme amt, men ikke nødvendigvis ved samme sykehus. De deltar imidlertid i trekningen og tildeles samme nummer.

Turnusordningen med fordeling av turnuskandidater på bakgrunn av loddtrekning har eksistert siden 1984³², og ble innført for å demme opp for negative konsekvenser ved det

³⁰ Ifølge informasjon fra Sundhedsstyrelsen i Danmark

³¹ Ifølge informasjon fra Sundhedsstyrelsen i Danmark

tidligere systemet. Tidligere søkte den enkelte øremerkede stillinger for turnus på det sykehuset hvor de allerede var ansatt eller ved et annet sykehus. Denne ordningen bevirket at det sto ledige stillinger i de mer avsideliggende deler av landet langt fra universitetsbyene, samtidig som det var lange ventelister for å komme i turnus på sykehus i og tett ved universitetssbyene. Turnusordningen er blitt løpende justert.

Det største problemet etter Sundhedsstyrelsen vurdering er frafall fra turnus. Særlig i distriktene opplever man at flere kandidater ikke møter opp til tildelt turnusforløp. Nordjylland har hatt store problemer med frafall. For å komme problemet til livs har man strammet inn reglene for bytte av turnusforløp – og så vidt mulig kun aksepterer bytte når man er sikker på at kandidaten skal påbegynne tjenesten.

Ny målbeskrivelse for klinisk basisutdannelse

Sundhedsstyrelsen har nettopp utformet ny målbeskrivelse for klinisk basisuddannelse³³, som beskriver den kompetansen som skal være oppnådd etter endt tjeneste. Målbeskrivelsen skal ledsages av avdelings-/praksisspesifikke utdannelsesprogrammer og av individuelle utdannelsesplaner. Læringsmålene utgjør minimumskrav og refererer til de syv rollene i spesiallegeutdannelsen: medisinsk ekspert, kommunikatør, helsefremmer, samarbeider, leder/administrator, akademiker og profesjonell.

Formålet med klinisk basisutdannelse er at den skal fungere som en læringsramme for den nyutdannede leges overgang fra universitetsutdannelse til klinisk arbeide. Videre skal legen få et bredt kjennskap til helsevesenets oppbygning. Det er derfor vesentlig at basislegen tilegner seg kjennskap til ivaretagelse av langvarige pasientkontakter og kroniske sykdomsforløp. Ved siden av at basislegens identitet som lege styrkes og de faglige læringsmål opparbeides, fungerer den kliniske basisutdannelsen som en forberedelse til spesialistlegeutdannelsen.

Finland

Grunnutdanningen er en seks-årig universitetsutdanning. Den finske "autorisasjonen" som på svensk kalles "legitimation" er tottrinns: Etter grunnutdanning får en godkjenning som "legitimerad läkare under någon annans ledning och tillsyn", altså en slags godkjenning til å praktisere yrket under ledelse og veiledning av en lege som enten er allmennpraktiserende eller spesialist. Denne første godkjenningen gir legen adgang til å påbegynne den spesifikke treningen ved finsk universitet innen allmennmedisin og/eller spesialistutdanning.

En må gjennomføre tre års veiledet tjeneste for å få rett til å arbeide selvstendig som allmennpraktiserende lege (jf. 2005/36/EC). Dersom en er utdannet ved finsk universitet får en imidlertid godskrevet ett av de tre årene gjennom praksis fra grunnstudiet. Etter denne første spesifikke treningen innen allmennmedisin ("Tilläggsutbildningen inom primärvården") kan finske helsemyndigheter gi adgang til å praktisere yrket selvstendig som allmennpraktiserende lege. I Finland er det universitetene som godkjenner og koordinerer den spesifikke medisinske treningen innen allmennmedisin samt utsteder sertifikat/eksamen. Finske helsemyndigheter gir deretter godkjenning/registrering som "Legitimerad allmennläkare". Deretter følger eventuell spesialisering.

³² Hentet fra "Sundhedsstyrelsen. Redegørelse om den nuværende og en mulig fremtidig ny turnusordning – internt arbeidsdokument", 15.11.2004

³³ Hentet fra "Sundhedsstyrelsens målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse", av 05.11.2007

7.2. Medisinsk grunnutdanning og turnustjeneste i EØS-området

Storbritania

Britisk medisinstudium er normalt av fem års varighet og har vært etterfulgt av en ett års turnustjeneste ("internship")³⁴. Systemet er nylig lagt om fra en ett-årig turnustjeneste til et to-årig introduksjonsopplegg kalt "foundation programme". Kandidatene mottar fremdeles "full registration" (tilsvarende autorisasjon) etter det første året, slik at "foundation year 1" på mange måter tilsvarer den gamle ett-årige turnustjenesten. Forskjellen er at man nå, selv om man har oppnådd "full registration", må fortsette ett år til med "foundation year 2" før man kan påbegynne sin spesialitet eller utdanning som allmennpraktiker.

En søker plasser i "foundation programme" gjennom et sentralt opptakssystem. Plasser fordeles etter kandidatenes ønske sammenholdt med et system som rangerer søkere etter et poengsystem basert på visse kriterier.

I Storbritannia kalles offentlig godkjenning "registration", og man har to nivåer: "Provisional registration" som utstedes etter fullført medisinsk utdanning men før man skal avtjene turnustjeneste / "foundation year 1" - tilsvarer omtrent turnuslisens. "Full registration" utstedes etter fullført og godkjent turnustjeneste / "foundation year 1" - tilsvarer omtrent vår autorisasjon.

Irland

Den medisinske grunnutdanningen i Irland er normalt fem-årig etterfulgt av 12 måneders turnustjeneste/"internship". Innenfor disse 12 månedene er det en viss grad av frihet til å velge bestemte sykehusspesialiteter eller allmennpraksis. En må ha minimum tre måneder innen generell kirurgi og tre måneder innen generell indremedisin.

Etter fullført grunnutdanning kan det utstedes såkalt "internship registration" for avtjening av 12 måneders turnustjeneste, og etter fullført og godkjent turnustjeneste utstedes "full registration".

Tyskland

Tyskland hadde tidligere et system som lignet det norske. Man hadde en seks års medisinstudium, etterfulgt av 18 måneders obligatorisk praktisk tjeneste, såkalt "Arzt in praktikum" eller "AiP". Etter fullført og godkjent AiP fikk en innvilget såkalt "Approbaton" som er tilnærmet vår autorisasjon. Fra 01.10.2004 la tyskerne ned AiP-tjenesten. Tyske medisinske kandidater får dermed innvilget "Approbaton" allerede etter seks år, mot tidligere syv og et halvt år. En starter dermed direkte på sin spesialistutdanning etter fullført seks års utdanning.

Polen

Polen har en seks års medisinsk utdanning etterfulgt av 13 måneders turnustjeneste. Etter fullført turnus må man bestå en statseksamen.

Ungarn/Tsjekkia/Slovakia/Nederland/Sveits/Belgia

Disse landene kjennetegnes ved seks års medisinsk grunnutdanning uten etterfølgende obligatorisk praktisk tjeneste/turnustjeneste. Man går etter fullført grunnutdanning inn i stillinger som underordnet lege og starter sin spesialisering.

³⁴ Informasjonen om de ulike medisinske utdanningsforløpene innen EØS er hentet fra SAFH

I Nederland utgjør femte og sjette studieår utplassering i praksis. Oversatt til engelsk kaller nederlenderne gjerne disse to årene for "internship". Det kan derfor være fruktbart å snakke om "post-graduate internship", slik britene gjør.

Belgia har syv års grunnutdanning uten etterfølgende turnustjeneste. Det sjette og syvende året er først og fremst utplassering i ekstern praksis.

Frankrike

Etter seks års grunnutdanning får man et diplom. Deretter har man en slags statseksamen og en svært hard konkurranse om plasser i spesialistutdanningen. I Frankrike er veien videre til ferdig spesialist (eller allmennlege) forankret i universitetene og avsluttes med et endelig diplom. Man oppnår endelig "legevitnemål" fra universitetet etter å ha brukt 10-12 år på veien frem til ferdig spesialist.

Tabell 1: Sammenligning av godkjeningsnivåer i noen EØS/EU-land³⁵

Norge	Sverige	Danmark	Finland	UK/Irland	Tyskland
Turnuslisens		Autorisasjon (som underordnet lege)	Legitimerad läkare under nogon annans ledning och tillsyn	Provisional registration (internship registration)	
Autorisasjon	Legitimation	Tillatelse til selvstendig virke	Legitimerad allmännläkare	Full registration	Approbation
Allmennlege med rett til trygderefusjon	Spesialist i allmennmedisin	Spesialist i allmennmedisin	Legitimerad allmännläkare	General Practitioner	Spesialist (Facharzt) i allmennmedisin
Godkjent spesialist	Godkjent spesialist	Godkjent spesialist	Godkjent spesialist	Godkjent spesialist	Godkjent spesialist

³⁵ Tabellene er hentet fra SAFH

Tabell 2: Oversikt over veien frem til påbegynt spesialisering (tilsvarer lege i spesialisering):

	Norge	Sverige	Danmark	Finland	UK/Irland	Tyskland/Ungarn/ Tsjekia/ Nederland m. fl.	Polen
Grunn- utdanning	6 år	5 ½ år	6-6 ½ år	6 år	5 år	6 år	6 år
Turnus- tjeneste	18 mnd.	18 mnd.	12 mnd. ³⁶	Nei (3 år for å bli allmennlege)	12 (24) måneder	Nei	13 mnd.
”Stats- eksamen” (etter turnus)	Nei	AT- provet	Nei		Nei		Ja

³⁶ Redusert fra 18 til 12 mnd. fra august 2008

Tabell 3: Oversikt over turnustjeneste – oppbygning/innhold/varighet:

	Norge	Sverige	Danmark	UK	Irland
Total varighet	18 mnd.	18 (-24) mnd.	18 mnd. (12 mnd. fra 08/08)	12 mnd. (24 mnd. FP) ³⁷	12 mnd.
Andel i sykehus	12 mnd. (6 mnd. indremedisin og 6 mnd. kirurgi eller 4 mnd. indremedisin, 4 mnd. kirurgi og 4 mnd. psyk. eller annet fag ³⁸)	min. 12 mnd. (min. 9 mnd. indremedisin og kirurgi, med minst 3 mnd. hver, min. 3 mnd. psykiatri)	12 mnd. (minst 2 og maks 3 avd., min. 3 mnd. per avdeling)	Gammel modell: min. 6 mnd. - hvorav min. 3 mnd. indremedisin og 3 mnd. kirurgi	minst 3 mnd. indremedisin og min. 3 mnd. kirurgi – for øvrig valgfritt innen visse rammer
Andel i allmennpraksis	6 mnd.	min. 6 mnd.	6 mnd. (kan bortfalle for noen etter innføring av nye regler i 2008)	Mulig, men ikke obligatorisk i gammel modell	Mulig med inntil 3 mnd. men ikke obligatorisk
Må finne plass selv	Nei	Ja	Nei	Delvis ³⁹	Ja

7.3. Medisinsk grunnutdanning og turnustjeneste utenfor EØS-området

Canada

Tittel etter endt grunnutdanning er *Doctor of Medicine*⁴⁰, og utgjør normalt en fire-årig medisinsk grunnutdanning etter fullført bachelorgrad (fire-årig). Det er obligatorisk å være registrert hos "Medical Council of Canada" for å praktisere som lege, men det er "Provincial Licensing Authority" i hver enkelt provins som utsteder lisens.

I Canada har universitetene ansvar for grunn-, videre og etterutdanningen av leger⁴¹. Grunnutdanningen består av en bachelorgrad innen relevante basalfag etterfulgt av en

³⁷ UK har lagt om fra 1 års "internship" til 2 års "foundation programme", men "foundation year 1" tilsvarer i realiteten den "gamle" turnustjenesten og "full registration" (autorisasjon) gis fremdeles etter 1 år

³⁸ Evt. andre fag i pediatri, anestesi, kvinnesykdommer og fødselshjelp

³⁹ Man søker plass i "foundation programme" gjennom et sentralt opptakssystem. Plasser fordeles etter ønske sammenholdt med et system som rangerer søkere etter visse kriterier

⁴⁰ Informasjon hentet fra Sekretariatet for Utenlandsmedisinere, UiO

⁴¹ Informasjon hentet fra Svein Steinert

mastergrad på Medical School. Studentene får MD-godkjenning etter fullført mastergrad. De har ikke turnustjeneste i Canada.

Northern Ontario School of Medicine (NOSM) er den sist etablerte legeutdanningen i Canada og har den mest radikale distriktsmedisinske utdanningsprofilen. En stor del av undervisningen skjer på allmennlegekontor og i lokalsykehus. I hele tredje studieår oppholder studentene seg i en distriktskommune, og den teoretiske delen av utdanningen er internettbasert.

Studentene velger spesialitet i siste (fjerde) studieår og får spesialistlisens etter avsluttet utdanning. Man må ha spesialistkompetanse for å søke fast legestilling i Canada. Utdanningstiden varierer innen de forskjellige spesialitetene.

Spesialistutdanningen i allmennmedisin består av to år strukturert videreutdanning i rotasjonsstilling. Canada har krav om resertifisering for spesialister i allmennmedisin, slik som i Norge.

Australia

Tittel etter endt utdanning er *Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery*. Medisinsk grunnutdanning varer fire til seks år. Den fire-årige grunnutdanningen bygger på en fullført bachelorgrad. Det er krav om 12 måneder turnus (internship) før man kan bli registrert som lege. For å kunne praktisere som lege i Australia må man være registrert hos en av de åtte "State and Territory Medical Boards".

New Zealand

Tittel etter endt utdanning er *Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery*. Medisinsk grunnutdanning varer i seks år. For å kunne praktisere som lege i New Zealand må man være registrert hos "Medical Council of New Zealand". Etter at man er registrert stilles det krav om arbeid i 12 måneder under veiledning.

USA

Tittel etter endt utdanning er *Doctor of Medicine*. En fire-årig grunnutdanning bygger normalt på en annen fullført bachelorgrad. For å kunne praktisere som lege i USA må man være registrert hos en "Medical Board" i en av statene. Krav for registrering varierer fra stat til stat. I alt 70 "Medical Boards" er samlet i en organisasjon kalt "Federation of State Medical Boards".

7.4. Andre helsepersonellgrupper

Odontologi

Grunnutdanning i odontologi er i Norge et fem-årig masterprogram og er ikke etterfulgt av praktisk tjeneste/turnustjeneste. I tannlegeutdanningen utgjør de to siste årene omfattende klinisk praksis på universitetsklinikk (i Tromsø ett år i offentlig tannhelsetjeneste og ett år på universitetsklinikk). Kandidatene anses dermed å ha tilstrekkelige praktiske/kliniske kvalifikasjoner til å kunne arbeide selvstendig som tannlege etter fullført utdanning.

I Sverige og Danmark er studiet i hovedsak organisert på samme måte. Det er heller ikke i disse landene krav om turnustjeneste for å få autorisasjon som tannlege.

Regjeringen har imidlertid vurdert et forslag om innføring av ett års turnustjeneste for odontologiske kandidater for å få norsk autorisasjon⁴². Hovedbegrunnelsen for å innføre turnustjeneste for tannleger må etter Regjeringens vurdering være hensynet til faglige kvalifikasjoner. Det er ikke fremmet argumenter som tilsier at tannlegeutdanningen i dag ikke gir nødvendige praktiske/kliniske kvalifikasjoner til selvstendig arbeid. Regjeringen kan dermed ikke se at faglige kvalitetshensyn alene skulle tilsi innføring av turnustjeneste. De økonomiske og administrative konsekvensene vil dessuten bli betydelige. Regjeringen tilrå derfor ikke innføring av turnustjeneste for tannleger.

Fysioterapi

Studiet i fysioterapi utgjør i Norge et bachelorgrad av tre års varighet, etterfulgt av seks måneders tjeneste i helseinstitusjon ved somatisk sykehus eller spesialavdeling/spesialinstitusjon (spesialisthelsetjenesten) og seks måneders tjeneste i kommunehelsetjenesten.

Kiropraktikk

Det utdannes ikke kiropraktorer i Norge. De fleste som søker turnustjeneste i Norge har fem-årig mastergrad fra Storbritannia eller Danmark, mens enkelte har mastergrad fra Australia og USA. I Danmark kreves det ett års turnustjeneste etter oppnådd mastergrad. I Storbritannia er det derimot ikke krav om turnustjeneste, da praksis i stor grad inngår i studiet. Mange søker allikevel turnustjeneste i Norge etter anbefaling fra kiropraktorforeningen.

Autorisasjon gis til søkere som har bestått utdanning som kiropraktor ved utdanningsinstitusjon sertifisert av ECCE (European Council on Chiropractic Education) eller CCEI (The Councils on Chiropractic Education International), og som har fullført nødvendig turnustjeneste. Turnustjenesten av 12 måneders varighet må utføres under faglig veiledning og tilsyn av autorisert kiropraktor. Kandidaten må selv skaffe tjenestested og dokumentere at vedkommende gis veiledning av autorisert kiropraktor. Det utstedes turnuslisens for gjennomføring av tjenesten.

Ortopediingeniør

Studiet til ortopediingeniør utgjør i Norge en tre-årig bachelorgrad. Kandidatene må godtgjøre å ha utført to års sammenhengende praktisk tjeneste (turnustjeneste) ved ortopedisk verksted. Høgskolen i Oslo er ansvarlig for å skaffe kandidater plass i verksted for gjennomføring av den praktiske tjeneste.

Turnustjenesten for *jordmødre* har falt bort i de senere år.

⁴² Stortingsmelding nr. 35, 2006-2007

DEL II – ORGANISERING OG INNHOLD

8. Organisering av tjenesten

Organisatoriske utfordringer

Turnustjenesten har både administrative og arbeidsrettslige aspekter. Administreringen av turnustjenesten er preget av kryssende hensyn - som arbeidslivet for øvrig. Eksempelvis står turnuslegens rett til svangerskapspermisjon og gjennomføring av resttjeneste av kortere varighet etter endt permisjon, i motsetning til sykehusenes og kommunens behov for forutsigbarhet med hensyn til mottak av turnuslege av seks måneders varighet fra ordinær turnusstart. Ved svangerskapspermisjon under sykehustjenesten har turnuslegen rett til å fortsette tjenesten ved samme tjenestested etter endt permisjon, jfr. § 8.3.3 i Overenskomst mellom NAVO Helse og Den norske legeförening. Det foreligger imidlertid ingen tilsvarende arbeidsrettslig avtale for kommunehelsetjenesten.

Ved å styrke arbeidsgiver- arbeidstakerrelasjonen og svekke den statlige administreringen av tjenesten parallelt, vil en del av problemene med dagens turnustjeneste vise seg å være ordinære arbeidsrettslige forhold som ivaretas av partene i arbeidslivet. Arbeidsgiver- arbeidstakerrelasjonen med tilhørende rettigheter og plikter for begge parter, vektlegges i det nye kvalifiseringsløpet. Arbeidsrettslige regler vil dermed avgjøre hvilke kryssende interesser og hensyn - arbeidstakers eller arbeidsgivers - som skal veie tyngst i konkrete saker.

Mange aktører bidrar til gjennomføringen av turnustjenesten, nærmere bestemt HOD, SHdir, SAFH, regionale helseforetak, fylkesmenn, helseforetak/sykehus og kommuner. Systemet er komplisert og ansvarsforholdene til tider uklare og ikke alltid formaliserte. Gjeldende regelverk, det vil si turnusforskriften og rundskriv IS-9/2005, fremstår til tider som uklart i forhold til stadig nye problemstillinger som må løses fortløpende i konkrete saker. Ved å benytte et allerede foreliggende system for legefördeling - Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling - blir systemet mer enhetlig.

Det nye kvalifiseringsløpet skal også ivareta distriktenes behov for legetjenester. Regional fördeling av kandidater som starter i utdanningsstillinger i form av treårige grunnmoduler, vil i utgangspunktet ivareta dette formålet. Av distriktsmessige hensyn kan det også opprettes flere moduler og spesialiseringløp i distriktene enn i sentrale strøk. Distriktene kan samtidig gjøres mer attraktive ved å tilby moduler og spesialiseringløp bestående av populære fag og gode arbeidsvilkår for øvrig. Interkommunalt samarbeid for eksempel om legevaktstjenesten, kan gjøre vaktbelastningen mindre i små distriktskommuner og kommunene dermed mer attraktive.

Statlig beordring vs. markedsregulering utgjør to ytterligheter med hensyn til tildeling/valg av turnusplass. Mange turnusleger har ektefelle/samboer med fast jobb og barn i barnehage og/eller skole, og kan dermed ikke uten videre flytte hvor som helst i landet på kort varsel. Stabilitet over tid og dermed forutsigbarhet for turnuslegen og turnusstedet, vil følgelig være sentrale faktorer for en vellykket organisering av den praktiske tjenesten i fremtiden.

Etter at grunnmodulen som del av spesialiseringen er presentert under både med hensyn til organisering og innhold, vil det i punkt 8.2. til 8.6. bli redegjort for andre mulige modeller for organisering av eksisterende turnusordning – som vektlegger statlig styring vs. arbeidsrettslige forhold forskjellig.

8.1. Erstatte turnustjenesten med annet kvalifiseringsløp

Beskrivelse av grunnmodulen

Turnustjenesten foreslås erstattes av en treårig grunnmodul som inngår i et samlet kvalifiseringsløp for leger. Grunnmodulen sørger for at utdanningslegene i løpet av de tre første årene får kontakt med de store spesialitetene.

Grunnmodulens utforming:

- Utdanningslegen starter med ett års tjeneste i somatisk sykehusavdeling med akuttfunksjon
- Deretter gjennomføres seks måneders tjeneste i psykisk helsevern/rusfeltet i spesialisthelsetjenesten og seks måneders valgfri tjeneste (inkludert forskning) innen ønsket spesialisering
- Grunnmodulen avsluttes med ett års tjeneste i fastlønnet utdanningsstilling i kommunehelsetjenesten

Det første året i sykehustjenesten i klinisk enhet med akuttfunksjon er i hovedsak knyttet til indremedisin og kirurgi, men også andre kliniske avdelinger med akuttfunksjon som pediatri, anestesi eller kvinnesykdommer og fødselshjelp kan være aktuelle. Hvorvidt det er tilstrekkelig med kun ett av fagene eller om det må utføres tjeneste innen minst to av fagområdene, må vurderes.

De små fagene/grenspesialitetene, laboratoriefagene og de billeddiagnostiske fagene bør ikke inngå i det første året av grunnmodulen, men eventuelt som seks måneders valgfritt fag i det andre året.

Seks måneders tjeneste innen psykisk helsevern/rusfeltet gjennomføres ved psykiatrisk sykehusavdeling i det andre året av grunnmodulen. Det bør vurderes om barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger (BUP) og distriktpsikiatriske sentre (DPS) også kan benyttes som tjenestesteder.

Videre bør det vurderes om psykisk helsearbeid/rusfeltet skal inngå som obligatorisk del av kommunehelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten bør av faglige grunner påbegynnes etter gjennomført sykehustjeneste, da utdanningslegene arbeider mer selvstendig i kommunehelsetjenesten. Også av rekrutteringshensyn til allmennlegetjenesten bør kommunehelsetjenesten først påbegynnes etter sykehustjenesten. Videre tilsier sosiale og praktiske forhold at sykehustjenesten bør gjennomføres før utdanningslegene påbegynner kommunehelsetjenesten, for å unngå unødig flytting.

For en utdanningslege som ønsker å bli spesialist i spesialisthelsetjenesten utgjør grunnmodulen dermed to år i sykehus etterfulgt av ett år i kommunehelsetjenesten, med påfølgende spesialisering. Dersom en ønsker å bli spesialist i allmennmedisin utgjør grunnmodulen ett og et halvt år i spesialisthelsetjenesten etterfulgt av ett og et halvt år i kommunehelsetjenesten, med påfølgende spesialisering.

Et viktig argument for at kommunehelsetjenesten bør gjennomføres etter kun ett års spesialisthelsetjeneste, er at det i en overgangsfase ellers vil bli stor mangel på leger i kommunehelsetjenesten.

Grunnmodulen tilfredsstill:

- EØS-kravet om tre års veiledet tjeneste for å praktisere selvstendig for trygdens regning (minst seks måneder ved godkjent sykehus og seks måneder hos en godkjent allmennpraktiserende lege eller i et godkjent legesenter innen primærhelsetjenesten)
- Kravet om 18 måneders tjeneste (minimum seks måneder i kommunehelsetjenesten og seks måneder i sykehus) for leger med utdanning fra EØS-land uten praktisk tjeneste
- Tre års meritterende tjeneste for alle spesialiteter

Det bør vurderes om seks måneders praksis fra grunnstudiet for kandidater utdannet ved norsk universitet ikke lenger skal telle i henhold til EØS-kravet.

Generelle konsekvenser:

- Legers kvalifiseringsløp til spesialistutdanning reduseres med seks måneders tjeneste
- Innen alle sykehusspesialiteter øker tjenesten innen allmennmedisin med seks måneder
- Alle spesialistutdanninger har seks måneders obligatorisk tjeneste innen psykisk helsevern/rusfeltet

Eksempel 1:

Turnustjeneste og spesialisering indremedisin: Grunnmodul og spesialisering:

Spes. indremedisin (1 år)
Spes. indremedisin (1 år)
Spes. indremedisin (1 år)
Spes. indremedisin (1 år)
Spes. indremedisin (1 år)
Spes. indremedisin (1 år) (evt. forskning/ relevante spes./helseadm./ samfunnsmed./allmennmed.)
Turnus - kommune (6 mnd.)
Turnus - sykehus (1 år)

Spes. indremedisin (1 år)
Spes. indremedisin (1 år)
Spes. indremedisin (1 år)
Spes. indremedisin (1 år)
Spes. indremedisin (1 år)
Grunnmodul - valgfritt (6 mnd.)
Grunnmodul - psyk./rus (6 mnd.)
Grunnmodul - kommune (1 år)
Grunnmodul - sykehus (1 år)

Dagens spesialisering innen indremedisin:

Seks års tjeneste ved indremedisinsk avdeling. Inntil ett år kan erstattes av:

- a) forskningstjeneste
eller
- b) tjeneste i relevante spesialiteter
eller
- c) tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenntjeneste

Vedrørende bokstav b) over – med tjeneste i relevante spesialiteter menes anesthesi- og intensivmedisin, barnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi (med grenspesialitetene), hudsykdommer, nevrologi, psykiatri, radiologi, revmatologi, onkologi, yrkesmedisin, øre-nese-halssykdommer og øyesykdommer, institusjon for laboratorium for allergologi, dialyse, endokrinologi, gastroenterologi, hematologi, hormon/isotoplaboratorium, immunologi og transfusjonsmedisin, kardiologi, klinisk farmakologi, klinisk fysiologi, klinisk kjemi, klinisk nevrofysiologi, medisinsk genetikk, mikrobiologi, nevrokjemi, nuklærmedisin, patologi/anatomi, respirasjonsfysiologi, vevstypelaboratorium.

I tillegg kommer diverse kurs.

Eksempel 2:

Turnustjeneste og spesialisering generell kirurgi: Grunnmodul og spesialisering:

Spes. generell kirurgi (1 år)
Spes. generell kirurgi (1 år)
Spes. generell kirurgi (1 år)
Spes. generell kirurgi (1 år)
Spes. generell kirurgi (1 år)
Spes. generell kirurgi (1 år) (evt. forskning/relevante spes./helseadm./samf.med./allmenmed.)
Turnus - kommune (6 mnd.)
Turnus - sykehus (1 år)

Spes. generell kirurgi (1 år)
Spes. generell kirurgi (1 år)
Spes. generell kirurgi (1 år)
Spes. generell kirurgi (1 år)
Spes. generell kirurgi (1 år)
Grunnmodul - valgfritt (6 mnd.)
Grunnmodul - psyk./rus (6 mnd.)
Grunnmodul - kommune (1 år)
Grunnmodul - sykehus (1 år)

Dagens spesialisering innen generell kirurgi:

Seks års tjeneste ved generell kirurgisk avdeling. Inntil ett år kan erstattes av:

- a) forskningstjeneste
eller
- b) tjeneste i relevante spesialiteter
eller
- c) tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenmedisin

Vedrørende bokstav b) over – med tjeneste i relevante spesialiteter menes andre kliniske spesialiteter enn generell kirurgi (for eksempel indremedisin eller psykiatri), i kirurgiske grenspesialiteter, ved laboratorium for allergologi, dialyse, endokrinologi, gastroenterologi, hematologi, hormon/isotoplaboratorium, immunologi og transfusjonsmedisin, kardiologi, klinisk farmakologi, klinisk fysiologi, klinisk kjemi, klinisk nevrofysiologi, mikrobiologi, nevrokjemi, nuklærmedisin, patologi/anatomi, respirasjonsfysiologi, vevstypelaboratorium.

I tillegg kommer diverse kurs.

Eksempel 3:

Turnustjeneste og spesialisering psykiatri: Grunnmodul og spesialisering:

Spes. psykiatri (1 år)
Spes. psykiatri (1 år)
Spes. psykiatri (1 år)
Spes. psykiatri (1 år) (evt. barn- og ungdomspsykiatri)
Spes. psykiatri (1 år) (evt. forskning/ relevante spes./helseadm./ samfunnsmed./allmenmed.)
Turnus - kommune (6 mnd.)
Turnus - sykehus (1 år)

Spes. psykiatri (1 år)
Spes. psykiatri (1 år)
Spes. psykiatri (1 år)
Grunnmodul - valgfritt (6 mnd.)
Grunnmodul - psyk./rus (6 mnd.)
Grunnmodul - kommune (1 år)
Grunnmodul - sykehus (1 år)

Dagens spesialisering innen psykiatri:

Fem års tjeneste i psykiatri. Tjenesten må være variert og dekke alle sentrale psykiatriske arbeidssituasjoner, diagnostisk og behandlingsmessig, og være minst to år i psykiatrisk sykehusavdeling og minst ett år i åpen allmenpsykiatrisk poliklinikk. Det forutsettes veiledning i psykoterapi og godkjent veileder én time per uke i minst tre år, minimum 105 timer, samt én times ukentlig klinisk veiledning gjennom hele utdanningstiden. Inntil ett år kan erstattes av:

- a) forskningstjeneste eller
- b) tjeneste i relevante spesialiteter (bl.a. barne- og ungdomspsykiatri) eller
- c) tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller allmenmedisin

I tillegg kan ytterligere inntil 1 år erstattes av tjeneste innen barne- og ungdomspsykiatri.

Vedrørende bokstav b) over – med tjeneste i relevante spesialiteter menes alle kliniske spesialiteter. I tillegg godkjennes tjeneste ved psykofarmakologisk laboratorium, avdeling for familiebehandling, rusmiddelbehandling og tjeneste innen habilitering.

I tillegg kommer diverse kurs.

Eksempel 4:**Turnustjeneste og spesialisering allmennmedisin: Grunnmodul og spesialisering:**

Spes. allmennmedisin (1 år)
Spes. allmennmedisin (1 år)
Spes. allmennmedisin (1 år)
Spes. allmennmedisin (1 år) (evt. forskning)
Institusjonshelsetjeneste (klinisk sykehusavd./ poliklinikk) (1 år)
Turnus - kommune (6 mnd.)
Turnus - sykehus (1 år)

Spes. allmennmedisin (1 år)
Spes. allmennmedisin (1 år)
Spes. allmennmedisin (1 år)
Grunnmodul - valgfritt (6 mnd.)
Grunnmodul - psyk./rus (6 mnd.)
Grunnmodul - kommune (1 år)
Grunnmodul - sykehus (1 år)

Dagens spesialisering innen allmennmedisin:

Fire år innen allmennmedisin samt ett års institusjonshelsetjeneste. Fire års tjeneste i allmennpraksis hvorav minst halvparten (18,75 timer) av ukentlig arbeidstid skal være i kurativ virksomhet i åpen uselektert praksis – privat eller offentlig. Den resterende del av ukentlig arbeidstid kan være innen andre allmenn medisinske arbeidsområder (helsestasjonsarbeid, skolelegearbeid, tilsynslege ved alders- og sykehjem, bedriftslegearbeid, fengselshelsetjeneste, samfunnsmedisin, militærlegevirksomhet, tjeneste ved Institutt for allmennmedisin, forskning (emnet må være allmennmedisinsk relatert og forskning skal foregå i en lønnet stilling under veiledning), legevakt. Den samlede ukentlige arbeidstid i allmennmedisinsk virksomhet skal ikke være mindre enn arbeidstid i vanlig legestilling (37 ½ time/uke).

Videre kreves det gjennomført 40 legevakter.

Inntil ett år kan erstattes av forskningstjeneste. Uansett kombinasjoner av tjeneste, må utdanningen inneholde minst to årsverk åpen, uselektiv, kurativ allmennpraksis.

Med hensyn til ett års tjeneste ved klinisk sykehusavdeling eller ved poliklinikk: tjeneste innen habilitering kan godkjennes tilsvarende sykehustjeneste etter forhåndssøknad og vurdering av hver enkelt institusjon.

Videreutdanningen skal være ledsaget av et to-årig spesifikt utdanningsprogram hvorav minst ett år skal skje parallelt med hovedutdanningen.

I tillegg kommer diverse kurs.

Resertifisering hvert femte år.

Pro et contra

Tjeneste i allmenn- og samfunnsmedisin bør være obligatorisk i all spesialistutdanning, blant annet fordi kunnskap om lokalsamfunn og kommunehelsetjenesten er nødvendig for å styrke samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Grunnmodulen styrker muligheten til å se de to delene av helsetjenesten i sammenheng. Den vil særlig styrke sykehusspesialistenes erfaring med kommunehelsetjenesten og feltet psykisk helsevern/rus. Samtidig vil den styrke legetjenestene i kommunene - faglig og tallmessig.

En forenkler samtidig ordningene der legen på ulike trinn i utdanningen tildeles økte rettigheter i forhold til å utløse trygdeytelser.

Utdanningslegene vil antagelig anse grunnmodulen som mer attraktiv enn turnustjenesten, da den er meritterende for spesialiseringen. Samtidig vil turnusstedene muligens anse utdanningslegene som noe mer attraktive enn turnuslegene, da de grunnet lengre tjenestetid ved hver enkelt avdeling/kommune kan delta i det ordinære arbeidet i større grad.

I dag utgjør legers kvalifiseringsløp seksårig grunnutdanning⁴³, etterfulgt av 18 måneders turnustjeneste med påfølgende spesialisering – som er normert til seks års tjeneste for kirurger, seks års tjeneste for indremedisinere, fem års tjeneste for psykiatere og totalt fem års tjeneste for spesialister i allmennmedisin. Ved innføring av en treårig grunnmodul som er meritterende for og som inngår i den videre spesialiseringen, vil kvalifiseringsløpet for den enkelte spesialitet totalt sett forkortes med seks måneder.

Gjennomsnittlig utdanningstid var i 2006 til sammenligning 8,3 år⁴⁴. Med utdanningstid menes her tiden fra norsk autorisasjon til tidspunkt for spesialistgodkjenning for spesialister som blir godkjent etter norske regler - minst fem og maksimalt 15 år etter autorisasjon.

Det blir en utfordring å sikre et effektivt spesialiseringsløp i egen spesialisering for øvrig. I det nye kvalifiseringsløpet blir en spesialist seks måneder tidligere enn i dagens system, noe som må ses i sammenheng med at meritterende tjeneste også starter ett og et halvt år tidligere. Det er dermed mulig å opprettholde samme antall år totalt sett innen ønsket spesialisering også i det nye kvalifiseringsløpet.

Kravene til innholdet i turnustjenesten og spesialistutdanningen skal ikke reduseres ved innføring av grunnmodulen som inngår i spesialiseringen, men innholdet skal samlet sett tilegnes på noe kortere tid⁴⁵. Fortettet læring stilles dermed opp mot fordypning over tid. Det

⁴³ I Norge er grunnutdanningen seks år, jf. oversikt over lengde på grunnutdanningene i de ulike EU/EØS-landene

⁴⁴ Tidsskriftet Norske Lægeforening, 2007, E. Skoglund, "Godkjente spesialister i 2006"

⁴⁵ Jf. St.melding nr. 27 (2000-2001) "Gjør din plikt – krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning"

skal med andre ord være mer fokus på læringsmål og målstyring. Innholdet i turnustjenesten og spesialistutdanningen i form av bestemte prosedyrer som skal gjennomføres og ferdigheter som skal innlæres, skal ivaretas i grunnmodulen og spesialiseringen - uavhengig av fagsammensetning og spesialisering.

Forkortet kvalifiseringsløp må samtidig kompenseres for gjennom forbedret veiledningsordninger. Dagens veiledningsordninger for turnusleger og for leger under spesialisering bør slås sammen til et system som samlet sett gir bedre veiledning i grunnmodulen og den videre spesialiseringen. Grunnmodulen må gjøres mer attraktiv for legene gjennom gode veiledningsforhold. Formell veilederkompetanse må supplere faglig veiledning i aktuelt fagområde. I tillegg til individuell veiledning bør det innføres gruppevis veiledning i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten - etter modell fra fylkesvis gruppeveiledning av turnusleger i kommunehelsetjenesten.

Eventuelle fremtidige kapasitetsproblemer vil ikke reduseres ved innføring av grunnmodulen som del av kvalifiseringsløpet. Per i dag har vi totalt sett (årlig) tilstrekkelig antall turnusplasser i sykehus (skjevt fordelt høst og vår), da SAFH har opprettet plasser fortløpende ved behov. Det kan imidlertid tenkes at kapasiteten snart er tatt ut i sykehustjenesten, særlig ved de større sykehusene. Etter SAFHs vurdering er det mulig å opprette flere turnusplasser i kommunehelsetjenesten, da særlig i sentrale strøk. Mange kommuner er imidlertid lite villige til å opprette turnusplasser – av administrative og økonomiske grunner.

Ved innføring av grunnmodulen skal utdanningslegene gjennomføre ett års tjeneste i kommunehelsetjenesten, det vil si seks måneder mer enn dagens turnusleger. Samtidig vil dette året være meritterende for og dermed inngå i spesialiseringen. Behovet for utdanningsstillinger vil allikevel være langt større enn behovet for turnusplasser, fordi kommunehelsetjeneste per i dag ikke inngår obligatorisk i andre spesialiteter enn i allmennmedisin. Det kritiske spørsmålet er om det er nok fastleger/kommuneleger som ønsker å ta i mot og veilede utdanningslegene.

Det foreligger et forslag om et flerårig program for å styrke allmennlegetjenesten i kommunene. Dette forslaget kan åpne for muligheten for å opprette utdanningsstillinger i kommunehelsetjenesten, som er tilpasset fastlegereformen.

Kommunenes hovedargumenter for ikke å opprette flere turnusplasser etter pålegg fra SAFH, er av økonomisk art samt misnøye med at turnuslegene faller fra i siste runde uten å bli erstattet. Dersom kommunene får større forutsigbarhet med hensyn til mottak av utdanningsleger ved at arbeidskontrakt inngås nærmere tjenestestart, vil antagelig flere stille seg positive. Videre bør de rettslige og dermed også økonomiske forholdene legges bedre til rette for kommunene, slik at de unngår å komme i en underordnet forhandlingssituasjon i forhold til fastlegene med hensyn til mottak av utdanningsleger etter pålegg fra SAFH. SAFH kan som kjent pålegge kommuner mottak av turnusleger, men kommunen kan ikke pålegge fastlegene det samme.

Forlenget lisens vil ikke bli innvilget med begrunnelse i et annet arbeidsforhold for kandidater som er i gang med grunnmodulen, hvilket vil stimulere til raskere gjennomstrømning i systemet og sikre distriktene legetjenester.

8.1.1. Administrative konsekvenser

Det avtegner seg fire alternativer for administrering av tjenesten:

- Sentral fordeling av kandidatene etter loddtrekning som i dag
- Regional fordeling av kandidater som starter i utdanningsstillinger i form av treårige grunnmoduler
- Fordeling av kandidater til helseforetakene som starter i utdanningsstillinger etablert som treårige grunnmoduler
- Full markedsliberalisering ved at kandidatene fritt søker utdanningsstillinger i sykehus og kommunehelsetjenesten

Forslaget i andre kulepunkt over anses som det beste, da det fordeler kandidatene jevnt i de ulike deler av landet og delvis ivaretar distriktenes behov for legetjenester. Samtidig åpner det for en viss valgfrihet for kandidatene innen helseregionen. Dette forslaget kan administreres som følger:

Alternativ 1)

Kandidatene velger helseregion (Helse Sør-Øst RHF kan danne to valgregioner) på bakgrunn av et tilfeldig trekningsnummer. Deretter velger de grunnmodul om lag seks måneder før tjenestestart (15.02 og 15.08) etter trekningsnummer innen helseregionen. Et fordelingsutvalg sammensatt av det regionale helseforetaket og fylkesmennene innen helseregionen, lager en liste over grunnmoduler som kandidatene kan velge mellom.

Kapasiteten i helsesektoren - tilbudet - avgjør antall moduler, fagsammensetninger og lokaliseringer i sykehus og kommune - ikke kandidatenes etterspørsel. Dette kan medføre at noen kandidater må vente (som i dag) en periode før de påbegynner grunnmodulen.

For kandidater som ønsker å spesialisere seg innen allmenntilleggsmedisin, vil det være hensiktsmessig om kommunen tilbyr hele tjenesten som inngår i grunnmodulen og i spesialiseringen. Kommunen vil dermed sikre legetjenester over flere år, samtidig som utdanningslegen kan etablere seg i kommunen.

Kandidatene har ikke anledning til å sette sammen en egen grunnmodul, bortsett fra i de tilfeller der de gjenstår med resttjeneste grunnet permisjon. Grunnlag for permisjon er som i arbeidslivet for øvrig, og avgjøres av arbeidsgiver etter søknad i henhold til arbeidsrettslige regler. Etter endt permisjon kan kandidatene søke direkte på stillinger som er blitt ledige som følge av at andre kandidater er i permisjon, og som dermed er utlyst av arbeidsgiver. For å unngå at utdanningsstillinger blir stående ledige, har arbeidsgiver anledning til å ansette andre leger i stillingene dersom det ikke er utdanningsleger blant søkerne.

Alternativ 2)

Kandidatene rapporterer til det regionale helseforetaket en prioritert preferanseliste over grunnmoduler med tre helseforetak/sykehus med tilhørende kommuner. Kandidatene tildeles deretter grunnmodul av fordelingsutvalget om lag seks måneder innen tjenestestart.

Alternativ 3)

Kandidatene velger helseregion etter trekningsnummer, for deretter å søke direkte på godkjente utdanningsstillinger i sykehus og kommune. Kandidatene setter på egenhånd sammen en grunnmodul samsvarende med kravene.

Etter at kandidatene er tildelt grunnmodul eller utdanningsstillinger, inngår de arbeidsavtale med arbeidsgiver om lag to måneder før tjenestestart i henholdsvis sykehus og kommune.

Ordningene med særplass, bytte av turnusplass, parplass og barneplass bortfaller. Formålet med særordningen i Sogn og Fjordane og Finnmark må vurderes ivaretatt.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling

Omlegging av legers kvalifiseringsløp forutsetter at det opprettes tilstrekkelig antall stillinger for leger i spesialisering/utdanningsstillinger - for gjennomføring av grunnmodulen og spesialiseringen. Videre forutsetter omleggingen at det opprettes fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin (og samfunnsmedisin) i kommunene, der en del av stillingene er øremerket til ettårig tjeneste.

Fra 1999 har Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) utgjort et lovbasert legefordelingssystem, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 4-2, der formålet er sterkere statlig styring med spesialistutdanningen. I følge mandatet skal NR være rådgivende instans overfor departementet - eller den departementet delegerer myndighet til - i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføringen av og kvaliteten på all spesialistutdanning (både videre- og etterutdanning) av leger. SHdir er ansvarlig for rådets sekretariatsoppgaver.

Ved å benytte et allerede foreliggende system som NR ved opprettelse av utdanningsstillinger i grunnmodulen, vil antagelig overgangen til det nye kvalifiseringsløpet forløpe rimelig smidig.

NR skal særlig vurdere og gi råd vedrørende:

- godkjenning av spesialiteter, spesialitetsstruktur, utdanningens omfang, antall spesialister og fordelingen av disse
- godkjenning av spesialitetsregler
- godkjenning av utdanningsinstitusjon
- gjennomføring og kvalitetssikring av spesialistutdanningen
- fordeling av nye legestillinger
- omgjøring av legestillinger
- overvåking av legemarkedet, herunder geografisk fordeling av leger

Stillinger som overlege, lege i spesialisering eller privatpraktiserende lege med avtale med helseforetaket tildeles av HOD gjennom årlige kvoter til hvert av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal deretter fordele legestillingene innad i helseregionen til helseforetakene, og sørge for at fordelingssystemet overholdes. Kvotene fastsettes, eventuelt med prioritering av enkelte spesialiteter - etter råd fra NR – og bygger på innrapporterte behov fra hvert av de regionale helseforetakene. Dette formidles i departementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene, sammen med øvrige styringskrav.

Dersom kommunen har behov for nye leger/legehjemler må det søkes NR.

NR har hovedansvar for spesialistutdanningen av leger med nødvendig faglig bistand fra Legeforeningen. Denne bistanden består i faglige råd om godkjenning av utdanningsinstitusjoner, justeringer av kurskrav og prosedyrekrav, nødvendige endringer i spesialistregler og ikke minst løpende overvåking av spesialistutdanningens kvalitet.

Legeforeningen har et velstrukturert organisatorisk apparat med en utdanningsavdeling i sitt sekretariat, spesialitetskomiteer for hver av spesialitetene og et spesialitetsråd. Viktige tilrådinger behandles av Legeforeningens sentralstyre. Legeforeningen utfører også arbeidet med godkjenning av den enkelte spesialist og attestasjon av tjeneste for leger som søker utdanningsstilling med fortrinnsrett.

Dersom NR skal benyttes som et virksomt legefordelingsverktøy er det en forutsetning at det ikke opprettes uhjemlede stillinger i spesialisthelsetjenesten, noe som kan forhindres ved at departementet sanksjonerer dette effektivt. Departementet bør samtidig redusere antall hjemler i spesialisthelsetjenesten, hvilket medfører større etterspørsel etter legestillinger i kommunehelsetjenesten.

Det hevdes at de siste års store vekst i legestillinger i sykehusene er åpenbar⁴⁶. Det er god dekning for å hevde at veksten har vært om lag 400 nye stillinger per år i snitt i perioden 2001 - 2006. Dette tallet står noe i kontrast til at HOD har tildelt de regionale helseforetakene om lag 170 nye stillinger i snitt per år i disse årene. Denne differansen tyder på at det er opprettet nye stillinger langt ut over det departementet har gitt tillatelse til. Samtidig har veksten i antall leger i fastlegehjemler bare vært om lag 40 per år i snitt. I perioden 2002 - 2006 har veksten i antall fastleger vært på ca. 4 % mens veksten i antall sykehusleger har vært på over 20 %.

Ansvarsfordeling

SHdir – delegert til SAFH:

- Tildele kandidatene helseregion etter et tilfeldig trekningsnummer (eventuelt kjøpe tjenesten av UiO – som i dag)
- Kvalitetssikre kandidatenes formelle kvalifikasjoner samt utstede ”Lisens som utdanningslege” (eller ”Lisens som underordnet lege”) for gjennomføring av grunnmodulen
- Behandle søknader om forlengelse av lisens (etter for eksempel svangerskap)
- Utstede ”Autorisasjon” etter fullført og godkjent grunnmodul

UiO:

- Tilby kvalifiseringsløp for leger utdannet utenfor EU/EØS-området (som i dag) før de blir anerkjent som faglig jevn god med norsk cand. med. og kan påbegynne grunnmodulen

Legeforeningen:

- Bistå NR (som beskrevet over)
- Behandle søknader om spesialistgodkjenning etter delegert myndighet fra SHdir i henhold til forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell, § 1, 21.12.2000. jf. helsepersonelloven § 53

De regionale helseforetakene:

- Danne fordelingsutvalg med fylkesmennene som tildeler kandidatene sykehus og kommune for gjennomføring av grunnmodulen, eventuelt også for spesialisering innen helseregionen
- Fordele kvoter av utdanningsstillinger til helseforetakene - tildelt av HOD
- Sørge for at fordelingsystemet overholdes, og at det ikke opprettes uhjemlede stillinger

⁴⁶ Tidsskriftet Den norske lægeforening, nr. 4/2007, E. Skoglund, ”Godkjente spesialister i 2006”

Fylkesmannen:

- Danne fordelingsutvalg med de regionale helseforetakene som beskrevet over

Helseforetakene/sykehusene:

- Arbeidsgiveransvar
- Tilby veiledning og supervisjon i henhold til gjeldende regelverk og målbeskrivelse for grunnmodulen og videre spesialisering
- Etablere samhandlingsavtaler mellom kommunene og helseforetakene/sykehusene med hensyn til mottak av utdanningsleger i grunnmodulen og videre spesialisering

Kommunene:

- Arbeidsgiveransvar
- Tilby veiledning og supervisjon i henhold til gjeldende regelverk og målbeskrivelse for grunnmodulen og videre spesialisering

Regjeringen og KS har inngått en avtale om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten - Kvalitetsavtalen - som skal vare frem til september 2010. Intensjonen er at staten og KS sammen skal bidra til å forberede kvaliteten og etablere enkle ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet skal forankres i nasjonale rammer, men med sterkt vekt på lokale løsninger innenfor rammene av det lokale selvstyre. Tiltakene knytter seg til utvikling av tjenestene, personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse samt styring, planlegging og kvalitetssikring. Avtale om opprettelse av utdanningsstillinger i forbindelse med det nye kvalifiseringsløpet kan muligens innarbeides i Kvalitetsavtalen.

8.1.2. Rettslige konsekvenser

For søkere utdannet i Norge fremgår vilkårene for autorisasjon av helsepersonelloven § 48 andre ledd bokstav a)-d) og tredje ledd bokstav c). For søkere utdannet i utlandet fremgår vilkårene av andre ledd bokstav b)-d) og tredje ledd. I henhold til helsepersonelloven § 48, andre ledd bokstav b) fremgår det at ”gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet” utgjør ett av flere vilkår for autorisasjon som lege. Departementet må dermed utforme en ny forskrift i henhold til Helsepersonellovens § 48, andre ledd bokstav b) tilpasset vilkårene i grunnmodulen, samtidig som turnusforskriften bortfaller.

Da rundskriv IS-9/2005 også bortfaller må det erstattes av nye retningslinjer tilpasset grunnmodulen. Det må samtidig utarbeides ny målbeskrivelse.

Spesialistreglene for sykehusspesialitetene må endres slik at det stilles *krav* om ett års tjeneste i allmennmedisin og seks måneders tjeneste innen psykisk helsevern/rus i spesialisthelsetjenesten. Spesialistreglene for allmennmedisin stiller allerede krav om minst ett års tjeneste ved klinisk sykehusavdeling eller ved poliklinikk. I tillegg må det stilles krav om minst seks måneders tjeneste innen psykisk helsevern/rus.

EU-kravet om tre års veiledet tjeneste for å kunne praktisere for trygdens regning gjelder kun allmennleger, og kravet om seks måneders tjeneste i allmennmedisin som inngår heri berører dermed ikke leger under spesialisering i spesialisthelsetjenesten.

Grunnmodulen må tilpasses spesialistkravet i Legedirektivet.

Det kan diskuteres om autorisasjonen bør fornyes hvert femte år, etter søknad vedlagt dokumentasjon om gjennomført kvalifisering. I dag er autorisasjonen i utgangspunktet gjeldende til fylte 75 år, deretter har legen anledning til å søke lisens.

8.1.3. Økonomiske forhold

Helseøkonomi

Inntekter og utgifter for sykehus og kommuner ved mottak av turnusleger og leger i spesialisering er grovt skissert under. Forskning og undervisning vil i det daglige være integrert i pasientbehandlingen, og det vil derfor være vanskelig å isolere kostnadene knyttet til denne aktiviteten i en regnskapssammenheng.

Hvorvidt innføringen av grunnmodulen som del av spesialiseringen vil medføre økte utgifter for samfunnet utgjør et kritisk spørsmål. Det totale kvalifiseringsløpet blir forkortet med seks måneder. Ut fra et helsepolitisk perspektiv er det fordelaktig at spesialistene utdannes noe raskere enn før. For utdanningslegene er det økonomisk gunstig å bli spesialister og avlønnes deretter seks måneder tidligere enn de gjør i dag.

Kittelsen, Piro og Magnussen (2002) sine analyser i rapporten "Hva betyr forskning, utdanning og reisetid for sykehusenes kostnader?" er gjennomført ved å estimere en generell sammenheng mellom sykehusenes driftskostnader på den ene siden og pasientbehandling, forskning, undervisning og reisetid på den andre. Med kun tre års observasjoner (1999-2001) av 53 norske sykehus ble det vurdert som nødvendig å bruke metoder som legger føringer for hva slags tallmessige sammenhenger som finnes. Analysene er dermed bedre egnet til å svare på hvorvidt en variabel har stor eller liten effekt på kostnadene enn til å beregne nøyaktige kostnader per forskningsenhet eller undervisningsenhet.

Rapporten viser at verken medisinerstudenter eller studenter fra andre helsefag synes å gi noen signifikant utslag på sykehusenes kostnader. Kostnadene for sykehusene øker derimot klart ved økende omfang av turnusleger, og med økende andel leger i spesialisering. Det er imidlertid vanskelig å komme med gode tallanslag for kostnader ved utdanning. Det understrekes at det dermed ikke sies noe om forholdet mellom kostnader og inntekter, kun at produksjon av turnusleger og legespesialister representerer en kostnad for sykehusene.

Den største delen av kostnadene for spesialistutdanningen er lønnskostnader – for den tid assistentlegene benytter til de utdanningsaktiviteter som inngår i spesialistutdanningen, inklusiv praktisk opplæring, samt lønn for den tid overordnede leger benytter til veiledning og opplæring av assistentleger.

Leger i spesialisering inngår i et team og gjør fullverdig innsats på sin plass, men de medfører allikevel indirekte kostnader i form av relativt omfattende bruk av diagnostiske tjenester, redusert produktivitet blant sykepleiere og annet mannskap som hjelper til med undervisning og veiledning, samt bruk av kostbar medisinsk teknologi til forsknings- og utdanningsaktiviteter.

Statlige tilskudd

I turnusforskriftens § 3, Definisjoner og forklaringer, fremgår følgende i bokstav g):

- g) Turnustilskudd: økonomisk tilskudd som tildeles turnussteder for å medvirke til gjennomføring av den praktiske tjenesten for turnusleger.*

Tilskudd til turnustjenesten i sykehus er kroner 25 000 per turnuslege per år. Tilskuddet utbetales av SAFH til de regionale helseforetakene på bakgrunn av deres krav.

I turnusforskriftens § 17, Turnustilskudd til kommunen, fremgår følgende i første ledd:

Kommunene mottar et økonomisk tilskudd for å medvirke til gjennomføringen av den praktisk tjenesten for turnusleger.

Tilskudd til turnustjeneste i kommunene er kroner 115 000 per turnuslege per halvår. Tilskuddet utbetales til den enkelte kommune etterskuddsvis på bakgrunn av krav Fylkesmannen mottar fra kommunene, attesterer og videresender til SAFH innen nærmere fastsatte frister.

SHdirs fullmakt/tilskudd for 2007 - turnustjenesten for leger⁴⁷:

Turnustilskudd til kommuner (115 000 per turnuslege per halvår)	90 000 000
Turnustilskudd til sykehus og opptreningsinstitusjoner/private for fysioterapeuter/turnusleger (25 000 per turnuslege per år) ⁴⁸	25 000 000
Fylkeslegenes kurs for turnusleger og turnusfysioterapeuter ⁴⁹	3 055 000
Kvalifisering veiledere av turnusleger	1 405 000
Gruppebasert veiledning av turnusleger i kommunehelsetjenesten	6 290 000
Kurs i legevaktmedisin for turnusleger	3 220 000
Gruppebasert veiledning i sykehus (Sogn og Fjordane/Vestfold)	400 000
Reise- og flytteutgifter (overføring til SAFH)	3 300 000
Restplasstorg database adm. av Fylkesmannen i Sogn og Fjordane	200 000
Tilskudd til nasjonal veiledersamling	30 000
Nasjonalt senter for distriktsmedisin - arbeid ifm. turnustjenesten	715 000
Totalt:	133 615 000

Spesialisering av leger finansieres delvis via legeforeningens fond som er bygget opp via statlige bevilgninger i forbindelse med forhandlinger mellom legeforeninger og staten om normaltariffen for private legespesialister⁵⁰. Det gis ingen særskilt finansiering av denne utdanningen fra staten til regionale helseforetak.

Lønnskostnader

SHdir tilråder at utdanningslegene avlønnes som dagens turnusleger de første 18 månedene av grunnmodulen, og deretter som leger i spesialisering/utdanningsleger den resterende tjenestetiden av grunnmodulen og spesialiseringen. Lønnsutgifter for helseforetak/sykehus og kommuner vil dermed tilsvare dagens kvalifiseringsløp.

I turnusforskriftens § 18. *Lønns- og driftsutgifter*, fremgår følgende:

Lønns- og driftsutgifter i forbindelse med gjennomføringen av turnustjenesten skal dekkes av turnusstedet.

⁴⁷ Oversikten viser ikke faktisk benyttede midler

⁴⁸ Beløpet gjelder både turnusleger og fysioterapeuter, jf. tidligere oversikt fra SAFH over antall turnusleger

⁴⁹ Beløpet dekker både turnusleger og fysioterapeuter

⁵⁰ NOU 2003:1, Kap. 16

Turnuslege i sykehus⁵¹

Minimumslønn:

Turnusleger:	kr 356 000,-
Dr gradstillegg for leger som driver forskning	kr 25 000,-

Kompensasjon for vaktlønn, uforutsette vakter og tilfeldig overtid regnes i prosent av det som kalles basislønn. Basislønn består av minimumslønn, tillegg for doktorgrad og eventuelle andre kollektivt avtalte tillegg avtalt mellom partene i det enkelte helseforetak.

Kompensasjon for vakt skal minst være	0,025 %
Kompensasjon for uforutsette vakter skal minst være	0,13 %
Kompensasjon for tilfeldig overtid skal minst være	0,08 %

Turnuslege i kommunehelsetjenesten

Det fremgår følgende av merknadene til turnusforskriftens § 18. *Lønns- og driftsutgifter:*

Lønns- og driftsutgifter til turnuslegen i kommunen, er regulert i avtaleverket, jf. ASA 4310 punkt 11 (Rammeavtale (sentral kommuneavtale) mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunen).

Ifølge Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening (DLF) om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene - perioden 1. juli 2006 – 30. juni 2008, Del IV Legens oppgaver, punkt 11.2, Økonomiske forhold knyttet til turnuslege, fremgår følgende:

Kommunen dekker dokumenterte økte driftsutgifter i praksisen (leie av lokaler, utstyr og hjelpepersonell m.v.). Kompensasjonen for økte driftsutgifter fastsettes i lokal avtale mellom kommunen og legen, og utbetales også ved avbrudd, uteblivelse og sykdom. Veiledning av turnuslegen godtgjøres i form av 3 timers deltidstilling som kommunelege per uke i den tiden turnuslegen ordinært er i praksisen, jf for øvrig punkt 12.4-5. Turnuslegens lønn betales av kommunen. Trygderefusjon og egenandeler som turnuslegen inntjener i sitt kurative arbeid tilfaller kommunen.

Etter Legeforeningens ønske reguleres turnuslegens lønn i særavtalen (SFS 2305)⁵². Turnuslege omfattes derfor ikke av forhandlingsbestemmelser som gjelder for andre akademikere i kommunen.

Turnuslegens lønn (full stilling) vil være kroner 340 000 per år i hele tariffperioden (fram til 30.06.2008), uavhengig av ansiennitet eller andre forhold. I Oslo kommune - som utgjør et eget tariffområde - har turnuslegen kroner 310 000 i lønn.

Kompensasjon for tilfeldig overtid er regulert av Hovedtariffavtalen i KS.

Beredskapsgodtgjøring utbetales per løpende vakttime avhengig av vaktklasse når turnuslegen arbeider legevakt. Godtgjøringen forhøyes med 50 % når turnuslegen må arbeide alene i vaktordning, og med 25 % når vaktordningen er mindre enn tre-delt.

⁵¹ Lønnsoversiktene er hentet fra Yngre legers forening

⁵² Informasjonen er hentet fra KS

Leger under spesialisering i spesialisthelsetjenesten - lønn

I henhold til Overenskomstens del A2 mellom NAVO-Helse og Den norske legeforening (Dnlf), § 5.4, Minimumslønn, fremgår følgende;

§ 5.4.1 Definisjon

Minimumslønn er den lønn som danner grunnlaget for stillingens generelle lønnsnivå, og fremkommer av §§ 5.4.2 til 5.4.6. Det kan avtales tillegg utover minimumslønn mellom partene i det enkelte helseforetak.

§ 5.4.4 Leger under spesialisering

For leger under spesialisering gjelder følgende:

Kategori A: 0-2 år av gjennomført spesialistutdanning kr 390.000

Kategori B: 2-4 år av gjennomført spesialistutdanning kr 423.500

Kategori C: > 4 år av gjennomført spesialistutdanning kr 457.000

§ 5.4.6 Tillegg for doktorgrad

Dr gradstillegg for leger som driver forskning: kr 25 000

Leger under spesialisering i allmennlegetjenesten - lønn

Lønnsdifferensiering er avvirket etter spesialitet i 2002, og det har siden den gang vært fri lønnsdannelse for leger i kommunene.

Kostnader per år ved mottak av turnuslege i kommune – grove anslag for 2008

Når det gjelder merkostnader i legepraksisen som følge av inntak av turnuslege ble dette i forbindelse med innføring av fastlegereformen i 2001 anslått til samlet om lag 300 000 kroner per år⁵³. Det er dokumenterte merkostnader som skal være utgangspunktet, da inntak av turnuslege ikke skal være en inntektskilde for legepraksisen. Utgiftsdekking løper også dersom kommunen i den avtalte perioden ikke mottar turnuslege, kommunen mottar statstilskuddet for denne perioden.

Det ble lagt til grunn at turnuslegen i gjennomsnitt ville tjene inn om lag 350 000 kroner årlig i egenandeler og trygderefusjon. Dette skal innbetales til kommunen. Turnuslegens deltakelse i offentlig legearbeid kan normalt verdsettes til om lag 60 000 kroner årlig.

I henhold til målbeskrivelsen for turnusleger er det forutsatt at turnuslegen skal gjøre seg kjent med det offentlige legearbeidet. Under utformingen av fastlegereformen og turnuslegens vilkår i den forbindelse, ble det lagt til grunn at turnuslegens arbeid ville representere en inntekt for kommunen. Staten, KS og Legeforeningen går ut fra følgende:

"Kostnader"

Personell, lokaler og utstyr	300 000
Lønn, sosiale utgifter for turnuslegen	425 000
samlet veiledergodtgjøring	<u>60 000</u>
Totalt	<u>785 000</u>

⁵³ Generell informasjon fra KS, "Legetjenesten i kommunene herunder fastlegeordningen – KS' kommentarer"

<i>"Inntekter"</i>	
statstilskudd	230 000
egenandeler og trygderefusjon	450 000
"fradrag" for off legearbeid	<u>70 000</u>
Totalt	<u>750 000</u>

Ovenstående eksempel for ett års regnskap er beskrevet som grove anslag. Det vil forekomme store variasjoner knyttet til eventuell innplassering i rent private legefelleskap, turnuslegens inntjening, organisering av veilederfunksjonen, bruk av turnuslegen til offentlig legearbeid mv.

Dersom turnuslegen uteblir og kommunen ser seg nødt til å ta inn vikar, kan det bli langt mer kostbart enn lønnsutgifter for en turnuslege.

8.2. Eksisterende modell – sentral fordelingsmodell

Beskrivelse av modellen

En kan opprettholde dagens modell med sentral fordeling av turnusplasser i sykehus og kommunehelsetjeneste ut fra et tilfeldig trekningnummer som angir valgrekkefølgen. Hovedvalget - det vil si valg av sykehus og fylke - foregår sentralt ved at den enkelte kandidat velger turnusplass via telefon på tildelt tidspunkt. Kandidater som ikke får anledning til å velge plass i hovedvalget oppføres på en venteliste. Det gjennomføres normal tre restplassvalg etter hovedvalget og frem mot turnusstart. Ved behov arrangeres det også et "Første-mann-til-mølla"-valg i dagene før turnusstart, for å få besatt eventuelt ledige plasser. Valg av kommune gjøres deretter elektronisk på bakgrunn av trekningnummer hos Fylkesmannen i valgt fylke, om lag seks måneder innen turnusstart i distrikt.

SAFH kvalitetssikrer kandidatenes formelle kvalifikasjoner i henhold til gjeldende regelverk før de påbegynner tjenesten.

Det er mulig å søke særplass, bytte av turnusplass samt utsettelse av tjenesten innen dagens modell. I tillegg foreligger det en (ikke forskriftsfestet) ordning der kandidatene kan søke barneplass og parplass gjennom turnuskomiteene.

Ifølge turnusforskriftens § 10, Opprettelse og fordeling av turnusplasser, fremgår følgende

Sosial- og helsedirektoratet fastsetter hvor mange turnusplasser som skal opprettes i sykehus og i kommunene.

Sosial- og helsedirektoratet fordeler antall turnusplasser i sykehus til hver av de regionale helseforetak. De regionale helseforetakene oppretter det tildelte antall plasser i sykehus innen helseregionen.

Turnusplasser i kommunehelsetjenesten fastsettes fylkesvis av Sosial- og helsedirektoratet, og fordeles av fylkesmannen til de enkelte kommuner.

SHdirs ansvarsområde er her delegert til SAFH.

SAFH kan i henhold til turnusforskriftens § 11 om nødvendig pålegge det enkelte regionale helseforetak og den enkelte kommune å motta turnusleger til praktisk tjeneste, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-5 og kommunehelsetjenesteloven § 6-1.

I henhold til gjeldende rundskriv IS-9/2005 har det enkelte fylkesmannsembete ansvar for å opprette og godkjenne turnusplasser i kommunehelsetjenesten innen sitt fylke, jf. turnusforskriftens § 10 tredje ledd. Videre fører Fylkesmannen tilsyn med at turnustjenestens innhold og gjennomføring er i samsvar med myndighetenes krav. Fylkesmennene foretar faglig vurdering av turnusplasser i helseforetak/sykehus – plasser som deretter blir godkjent eller ikke godkjent av SAFH.

Pro et contra

Eksisterende modell utgjør et rettferdig system da et tilfeldig trekningsnummer bestemmer valgrekkefølgen. Samtidig ivaretar denne modellen mangfoldet blant turnuslegene i de ulike delene av landet. Distriktene får dermed ikke systematisk tildelt mindre attraktive turnusleger (som for eksempel behersker norsk mindre bra), eller ingen turnusleger overhode.

Venteliste før sykehustjenesten ble opprinnelig innført for å jevne ut strømmen av turnusleger til sykehus og deretter kommuner - høst og vår. Bakgrunnen for dette er at fire universiteter utdanner cand. med. til sommeren og kun to om vinteren. Antall kandidater som blir klar for turnusstart 15.08 er dermed langt flere enn for turnusstart 15.02. Ventelisten sørger samtidig for at kandidater som faller fra etter valget og frem mot turnusstart i stor grad erstattes. Ordningen med venteliste innebærer dermed relativt stor grad av forutsigbarhet for sykehusene og i neste omgang kommunene, men tilsvarende mindre forutsigbarhet for ventelistekandidatene. En del kandidater får tilbud om turnusplass i restplassvalg nær turnusstart når de allerede har lagt andre planer, og takker dermed nei til tilbud om plass. Dette resulterer i at en del kandidater venter til neste turnusstart, samtidig som enkelte turnusplasser i sykehus allikevel blir stående ledige ved turnusstart (jf. tidligere oversikt fra SAFH). Det medfører samtidig omfattende administrasjon å erstatte kandidater som faller fra etter valget med kandidater på venteliste.

Dagens modell sikrer i utgangspunktet tildeling av turnusleger til distriktene for gjennomføring av kommunehelsetjenesten, men en del faller fra etter at de har valgt kommune - primært grunnet svangerskap. Mange kommuner står dermed allikevel uten turnuslege ved turnusstart.

8.3. Rendyrke eksisterende modell

Beskrivelse av modellen

Dagens modell kan strammes inn og rendyrkes ved at alle særordninger elimineres. Det bør heller ikke være anledning til å avslå tilbud om turnusplass i første restplassvalg.

SAFH kvalitetssikrer kandidatenes formelle kvalifikasjoner i henhold til gjeldende regelverk før de påbegynner tjenesten.

Påmelding til tjenesten kan samtidig gjøres mer forpliktende ved at det avkreves et depositum eller gebyr, for å motvirke at noen studenter/kandidater melder seg opp til turnustjenesten uten at det er sannsynlig at de skal påbegynne tjenesten. Frist for påmelding kan også settes nærmere turnusstart enn i dag, hvor den er 9 ½ måned før turnusstart. Den lange tidsperioden medfører nødvendigvis noe frafall grunnet uforutsette hendelser som inntreffer. Det må imidlertid tas høyde for at SAFH har behov for en viss tidsperiode mellom påmelding og turnusstart for å opprette eventuelt nye plasser.

For å sikre kommunene turnusleger, kan det opprettes venteliste før kommunehelsetjenesten - etter modell fra sykehustjenesten. Ventelisten kan enten etableres (som i dag) ved at en del

kandidater velger sykehus med "Åpent fylke - foreløpig" i hovedvalget, for deretter å tildeles fylke om lag et par måneder etter turnusstart i sykehus. De velger deretter kommune sammen med de øvrige turnuslegene, om lag seks måneder før turnusstart i kommunehelsetjenesten. Den enkelte kandidat kan som alternativ tildeles fylke i hovedvalget ved at alle fylkene tildeles en viss prosentandel flere kandidater enn disponible turnusplasser (fylket "overbookes"). Turnusleger (med dårligst trekningsnummer) som ikke tildeles kommune i det ordinære valget, tildeles først kommune når turnusplasser frigjøres som følge av at andre turnusleger utsetter tjenesten.

Valg av kommune kan samtidig avholdes nærmere turnusstart i distrikt, for dermed å øke sjansene for at turnuslegene som velger turnusplass faktisk påbegynner tjenesten.

Pro et contra

I likhet med dagens modell er den rendyrkede modellen rettferdig, den sikrer mangfoldet blant turnuslegene i ulike deler av landet, samtidig som ventelisten før sykehustjenesten innebærer relativt stor forutsigbarhet for sykehusene og kommunene og tilsvarende mindre for kandidatene. I tillegg blir ventelisten før sykehustjenesten betydelig redusert ved at påmelding gjøres mer forpliktende og settes nærmere turnusstart. Antall påmeldte vil dermed være mer i overensstemmelse med antall kandidater som faktisk påbegynner tjenesten. Dette innebærer større forutberegnelighet for SAFH med hensyn til å fastslå det reelle behovet for antall plasser.

Søknader om særplass, bytte av turnusplass og en del søknader om utsettelse bortfaller i denne modellen, samt mye administrasjon med å erstatte kandidater som faller fra. Det kan samtidig bli vanskelig for enkelte kandidater med særlige behov å gjennomføre tjenesten, dersom muligheten for særplass ikke lenger er til stede.

En eventuell venteliste før kommunehelsetjenesten vil medføre noe større forutsigbarhet for kommunene, men tilsvarende mindre for turnuslegene. Da en vanskelig kan beregne antall turnusleger som faktisk kommer til å falle fra i de ulike fylkene ved en gitt turnusstart, er det fare for at fylkene vil bli tildelt for mange turnusleger ("overbookes"). Overskuddet av turnusleger vil dermed utgjøre fylkesvise ventelister før kommunehelsetjenesten. Det er samtidig vanskelig å erstatte turnusleger som faller fra nær turnusstart, da mange turnusleger (på venteliste) vanskelig kan flytte på kort varsel grunnet ektefelle/samboer med jobb og barn i barnehage/skolepliktig alder. Kommunene kan dermed allikevel risikere å stå uten turnuslege nær turnusstart, samtidig som turnusleger i samme fylke venter eller utsetter tjenesten.

Dersom valg av kommune avholdes nærmere turnusstart i distrikt, vil det innebære større forutsigbarhet for kommunene og tilsvarende mindre forutsigbarhet for turnuslegene. Dette kan by på praktiske problemer for turnusleger med familie, hvilket kan medføre at de allikevel må utsette tjenesten.

8.4. Regional fordelingsmodell

Beskrivelse av modellen

Eksisterende modell kan regionaliseres eller både rendyrkes og regionaliseres. Kandidatene velger da først helseregion på bakgrunn av et tilfeldig trekningsnummer, som er tildelt sentralt. Deretter avholdes hovedvalget i regi av de regionale helseforetakene. Se for øvrig ovennevnte modeller.

SAFH kvalitetssikrer kandidatenes formelle kvalifikasjoner i henhold til gjeldende regelverk før de påbegynner tjenesten.

Antall turnusplasser i helseforetak/sykehus innen hver region kan fastsettes sentralt eller regionalt. Turnusplassene i helseforetak/sykehus kan deretter opprettes av de regionale helseforetakene og kvalitetssikres av fylkesmennene.

Opprettelse og godkjenning av tilsvarende antall turnusplasser i kommunehelsetjenesten tillegges fylkesmennene. Valg av kommune utføres deretter elektronisk av fylkesmennene (som i dag).

Pro et contra

Fordelene og ulempene er stort sett de samme som ved dagens modell eller dagens rendyrkede modell. I tillegg blir de regionale helseforetakene og fylkesmennene i større grad ansvarliggjort, samtidig som regionalisering innebærer større nærhet mellom oppdragsgiverne og turnusstedene. Store deler av administrasjonen flyttes fra SAFH til de regionale helseforetakene.

8.5. Markedsmodell

Beskrivelse av modellen

Som alternativ til dagens modell kan SAFH eller de regionale helseforetakene gis ansvar for å fastsette antall så vel som opprette plassene - nærmere bestemt blokker i helseforetak/sykehus og fylke, eventuelt kommune - innen hver helseregion. Turnuslegene søker direkte på turnuslegestillinger - først ved aktuelle sykehus og deretter i aktuelle kommuner – eller de søker på hele blokker. Alle særordninger bortfaller, samt de fleste søknader om utsettelse av tjenesten da arbeidsavtaler kan inngås nærmere turnusstart.

Dersom det er et politisk ønske kan det opprettes flere blokker i distriktene og færre i sentrale strøk, samtidig som det totale antall er i underkant av etterspørselen for å fylle plassene også i distriktene. Turnusplassene bør fortsatt kvalitetssikres av fylkesmennene.

SAFH bør fortsatt ha ansvar for å vurdere hvem som formelt sett kvalifiserer for turnustjeneste, samt utstede turnuslisens der kvalifikasjonene er oppnådd og det i tillegg foreligger arbeidsavtale.

Pro et contra

Det store frafallet av turnusleger før sykehustjenesten og kommunehelsetjenesten vil bli redusert dersom arbeidsavtale inngås nærmere turnusstart - henholdsvis i sykehus og kommune. Dersom turnuslegene søker på hele blokker vil frafallet før turnusstart imidlertid forbli som i dag.

En innvending til denne modellen er at mange kandidater/turnusleger vil vente med turnustjenesten til de får ansettelsesforhold i sentrale strøk, hvilket medfører at utdanningsløpet forlenges samtidig som plasser i distriktene blir stående ledige. For å motvirke dette kan det fastsettes en tidsfrist for gjennomføring av tjenesten etter avsluttet medisinsk utdanning - for eksempel fire år med mulighet for dispensasjon etter søknad.

I et arbeidsdokument fra 2004 om dansk turnusordning⁵⁴, kommet Sundhedsstyrelsen med noen innvendinger mot et system der kandidatene selv søker på turnuslegestillinger. Etter deres syn vil en slik ordning medføre forlenget utdannelsestid, da mange kandidater vil vente på en ledig stilling i eller omkring universitetsbyene. Ut fra et planleggingssynspunkt kan ventetiden på å oppnå rett til selvstendig virke (tilsvarende norsk autorisasjon), dermed få uheldig innflytelse på den gjennomsnittlige utdannelsesvarighet fra kandidateksamen til oppnådd spesialistgodkjenning.

Administrasjonsleddet sentralt faller nærmest bort innen denne modellen, samtidig som de regionale helseforetakene, helseforetakene/sykehusene og kommunene får merarbeid med å vurdere søknader samt intervjuer aktuelle søkere – på lik linje med andre arbeidssøkere. Videre gjøres arbeidstaker- arbeidsgiverforholdet mer forpliktende. Det medfører at faglig svake og (mer eller mindre) uegnede turnusleger i større grad blir rapportert til SAFH eller Helsetilsynet i fylket. Det vil samtidig bli enklere for kandidatene å søke seg til ønsket region, og dermed få større innflytelse over egen bo- og arbeidssituasjon.

Denne modellen vil ikke medføre flere turnusplasser, men – under visse forutsetninger - bedre utnyttelse av kapasiteten. Den vil kunne innebære større forutsigbarhet for kommunene, men tilsvarende mindre for turnuslegene.

Et stort ankepunkt er at distriktene sannsynligvis vil lide enda mer enn i dag, ved at de vil få mindre attraktive turnusleger (som for eksempel behersker norsk mindre bra) eller ingen turnusleger overhode. Legeforeningens evaluering viser samtidig at læringsutbyttet er størst nettopp ved de små sykehusene og i de små kommunene, som ofte befinner seg i distriktene - stillinger som det kan bli vanskelig å få besatt innenfor denne modellen.

8.6. Regional fordelings-/markedsmodell

Beskrivelse av modellen

Denne modellen bygger delvis på den regionale fordelingsmodellen og delvis på markedsmodellen. Den enkelte kandidat velger region sentralt på bakgrunn av et tilfeldig trekningsnummer, for deretter å søke på stillinger i helseforetak/sykehus og i neste omgang i kommuner innenfor valgt region. Kandidatene kan eventuelt velge blokker med turnusplass i helseforetak/sykehus og fylke/kommune. Alle særordninger bortfaller, samt de fleste søknader om utsettelse av tjenesten da arbeidsavtaler kan inngås nærmere turnusstart.

SAFH bør fortsatt ha ansvar for å vurdere hvem som formelt sett kvalifiserer for turnustjeneste, samt utstede turnuslisens der kvalifikasjonene er oppnådd og det i tillegg foreligger arbeidsavtale.

Pro et contra

Fordelene og ulempene er som beskrevet over for markedsmodellen, men denne modellen vil forhindre for mange søknader til sentrale strøk og for få til distriktene. Det gis samtidig noe valgfrihet til den enkelte kandidat/turnuslege med hensyn til personlige preferanser innen valgt/tildelt region. Turnusleger med særlige behov kan imidlertid ikke søke særplass og forhindres dermed fra å gjennomføre tjenesten eller ser seg nødt til å utsette denne.

⁵⁴ Redegørelse om den nuærende og en mulig fremtidig ny turnusordning – internt arbeidsdokument. 15.11.2004

9. Innhold i tjenesten

Innholdsmessige utfordringer

Innholdet i tjenesten må ses i lys av formålet – men også i lys av endringer i helsesektoren samt EØS-regelverket. Hvorvidt tjenesten bør ses som en sluttutdanning eller som del av den videre kvalifiseringen som lege, er her et sentralt spørsmål.

Turnustjenestens opprinnelige hensikt var å kvalifisere medisinske kandidater til å utføre *selvstendig* legearbeid. For mange var turnustjenesten slutten på den formelle profesjonsutdanningen og starten på en livslang yrkeskarriere. I dag er spesialistkompetanse et minimumskrav for å få fast overlegestilling ved de fleste sykehusavdelinger, og ved universitetssykehus kreves det i praksis ofte grenspesialitet og doktorgrad. 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.

Ved innføring av grunnmodulen ses legers kvalifiseringsløp som en helhet - fra studium via introduksjon til yrkeslivet og til fullført spesialistutdanning.

Ifølge turnusforskriften skal tjenesten i sykehus utføres ved avdelinger med *akuttfunksjon*, noe som stadig blir vanskeligere å etterleve grunnet nedleggelse av akuttfunksjon ved flere mindre sykehus som følge av funksjonsfordeling. Arbeids- og funksjonsfordeling medfører at turnustjenesten innen kirurgi oppstykket. Sentralisert akuttberedskap innen og mellom helseforetak gjør at enkelte sykehus ikke lenger kan tilby turnusplasser med et fullverdig spekter av læringsituasjoner.

Kirurgifaget er samtidig kommet lenger enn medisin i spesialiseringen og de færreste sykehus har i dag *generell* kirurgisk avdeling, som er et krav ifølge turnusforskriften. På sikt er det mulig at medisin blir like spesialisert som kirurgi/ortopedi.

I hvilken grad bred klinisk erfaring eller snarere trening i å arbeide som lege - profesjonalisering - utgjør hovedformål med tjenesten, er her et sentralt spørsmål.

Om innholdet i tjenesten bør svare til befolkningsmessige behov for en bestemt kompetanse er videre et prinsipielt spørsmål. Regjeringens satsningsområder som Opptrappingsplan for psykisk helse, Opptrappingsplan for rusfeltet samt Omsorgsplan 2015 avspeiler reelle behov i befolkningen.

Gjennom grunnmodulen får utdanningslegen erfaring med de store fagene - hvorav seks måneders obligatorisk tjeneste innen psykisk helsevern/rusfeltet. Samtidig øker tjenesten innen allmennmedisin med seks måneder innen alle sykehusspesialiteter.

9.1. Formål og delmål

Det er tidligere vist til følgende rangering av ulike funksjoner turnustjenesten skal oppfylle:

- Praktisk trening i pasientbehandling, kommunikasjon og klinisk vurdering
- Kunnskap og trening i samhandling med annet helsepersonell, samhandling mellom nivåer, organisering av helsetjenester og kunnskap om offentlig helsetjeneste herunder samfunnsmedisin
- Trening i å møte øyeblikkelig hjelp situasjoner som for eksempel i vaktjeneste
- Ferdighetstrening i visse prosedyrer

Ifølge turnusforskriften, § 1, Formål og målbeskrivelse, første ledd, fremgår det at:

... turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring, herunder erfaring med akutte tilstander, samt tilegne seg praktiske rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirksomhet på forsvarlig måte.

Ifølge rundskriv IS-9/2005 fra SHdir, Vedlegg 1, Delmål, Delmål for sykehus-tjenesten, fremgår følgende:

Sykehusdelen av turnustjenesten skal gi turnuslegen grunnleggende og bred erfaring med legearbeid i spesialisthelsetjenesten i institusjon. Tjenesten skal bidra til å utvikle gode arbeidsvaner med hensyn til pasientkontakt, samarbeid med andre yrkesgrupper og kommunikasjon med andre deler av helsevesenet. I det kliniske arbeid skal det legges vekt på erfaring med akutte tilstander, slik at turnuslegen ved endt tjeneste selvstendig kan håndtere kliniske situasjoner der unnlatelse eller forsinkelse setter pasienten i alvorlig fare. ...

Delmål for turnustjeneste i kommunehelsetjenesten er blant annet som følger:

Turnustjenesten i kommunehelsetjenesten skal gi turnuslegen opplæring i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Turnuslegen skal få kjennskap til hele spekteret av kommunehelsetjenestens ansvars- og arbeidsområde. I det kliniske arbeidet legges vekt på allmennmedisinske arbeidsmetoder, og tjenesten skal supplere turnuslegens erfaringer fra sykehus-tjenesten. Turnuslegen deltar i den kommunale legevakt-tjenesten på linje med kommunenes øvrige leger. ...

9.2. Tjenestetid og fagsammensetning

To-delt vs. tre-delt tjeneste

I henhold til turnusforskriftens § 4 består turnustjenesten i sykehus av seks måneders tjeneste innen generell kirurgi og seks måneders tjeneste innen generell indremedisin. Tjenesten kan også gjøres tre-delt med fire måneder ved generell indremedisinsk avdeling, fire måneder ved generell kirurgisk avdeling og fire måneder ved avdeling for psykiatri, anestesi, pediatri eller avdeling for kvinnesykdommer og fødselshjelp.

Fra turnusstart 15.02.2007 var 19 % av turnusplassene tre-delt med psykiatri, mens tilsvarende andel for turnusstart 15.08.2007 var 22 %. I tillegg er enkelte turnusplasser tre-delt med andre fag som pediatri, anestesi, gynekologi og kvinnesykdommer.

Ifølge Legeforeningens undersøkelse anså om lag 80 % av turnuslegene som hadde gjennomført to-delt tjeneste varigheten ved begge avdelingene som adekvat. Over 40 % av turnuslegene som hadde gjennomført tre-delt tjeneste, mente varigheten av tjenesten ved kirurgisk avdeling var for kort, og nesten 80 % mente det samme om tjeneste ved medisinsk avdeling. Motsatt mente 34 % at varigheten av tjenesten ved psykiatrisk avdeling var for lang. Mange veiledere var samtidig kritiske til varigheten av turnustjenesten ved kirurgisk og medisinsk avdeling for turnusleger som hadde tre-delt turnustjeneste. 14 av 15 veiledere mente tjenesten ved kirurgisk og medisinsk avdeling var for kort.

Tre-delt tjeneste gir mer innhold i tjenesten i form av flere fag, som oftest psykiatri, samtidig som kapasiteten med hensyn til turnusplasser og veiledningsressurser økes. Varigheten ved den enkelte avdeling reduseres samtidig fra seks til fire måneder. Verdien av læring av flere fagområder stilles dermed opp mot læringsutbytte som følger av kontinuitet og varighet innen det enkelte fagområdet.

Det første året i grunnmodulen utføres primært innen generell indremedisin og generell kirurgi, eventuelt pediatri, anestesi eller kvinnesykdommer og fødselshjelp. Hvorvidt det er tilstrekkelig med kun ett av disse fagene eller om det må utføres tjeneste innen minst to av fagområdene, må vurderes. Dersom det er aktuelt med flere fag bør tjenesten være av lengre varighet ved den første avdelingen, da det tar tid å sette seg inn i rutiner og arbeidsforhold før en kan holde det samme arbeidstempoet som de øvrige legene.

Til sammenligning har Irland 12 måneder "intern ship" med minimum tre måneder generell kirurgi og tre måneder generell indremedisin. Danmark reduserer samtidig tjenesten fra 18 til 12 måneder, med minimum tre måneder ved hver avdeling. Ikke alle basisleger skal i fremtiden gjennomføre tjeneste i allmennmedisin. Videre har Sverige minimum 12 måneders sykehustjeneste – med minimum ni måneder tjeneste innen indremedisin og kirurgi totalt, med minst tre måneder ved hver avdeling, og minimum tre måneder psykiatri – etterfulgt av seks måneder kommunehelsetjeneste.

Mange avdelingsoverleger rapporterer til SAFH at tjeneste av fire måneders varighet vanskelig kan evalueres på en tilstrekkelig god måte, særlig for faglig svake turnusleger. Videre hevder de at faglig svake turnusleger trenger mer enn fire måneders tjeneste ved hver avdeling for å kunne tilegne seg tilstrekkelige ferdigheter og kunnskaper innen et fagområde.

9.3. Praktiske ferdigheter og prosedyrer

Sykehustjenesten

Når det gjelder praktiske ferdigheter og prosedyrer i sykehustjenesten oppfylles anbefalingene i Legeforeningens veileder i varierende grad, ifølge Legeforeningens undersøkelse. Ved kirurgisk avdeling har 80 % behandlet enkle brudd og luksasjoner både selvstendig og ofte. 2 % har foretatt biopsi og fjerning av svulster selvstendig og ofte. Alle har foretatt journalopptak. 17 % har aldri gått visitt. 19 % har aldri skrevet epikrise. Ved medisinsk avdeling har 96 % tatt opp og tolket 12 kanalers EKG. 35 % har lagt ventrikkelsonde. 72 % har injisert medikament. Over 99 % har deltatt i avdelingsrutiner (journal, diagnostisering, visitt, epikrise, etc.). Ved psykiatrisk avdeling har alle deltatt i undersøkelser og åpningssamtaler. 75 % har deltatt i behandling av personlighetsforstyrrelser. 10 % har ikke fått beskrevet behandlingsskjeden/samarbeid med primærhelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten

Anbefalingene i Legeforeningens veileder oppfylles også i varierende grad med hensyn til praktiske prosedyrer, ferdigheter og allmennlegeoppgaver i kommunehelsetjenesten. Med hensyn til prosedyrer i allmennmedisin hadde 80 % utført fjerning av føflekker. 90 % hadde drevet prevensjonsveiledning. 37 % hadde foretatt tonometri. Med hensyn til ferdigheter i allmennmedisin hadde nesten alle målt BT og EKG. 65 % hadde utført spirometri. 37 % hadde tydet audiogram. I forbindelse med andre allmennlegeoppgaver hadde 1 % deltatt i hjemmebesøk hos nyfødte. 88 % hadde utført legearbeid i sykehjem. 14 % hadde deltatt i holdningsskapende arbeid mot rus. 20 % hadde deltatt i 5 eller færre av 12 anbefalte og registrerte allmennlegeoppgaver. Turnuslegene har hyppigere vakter i mindre kommuner enn i større, uavhengig av landsdel.

Steinerts undersøkelse viser at de aller fleste turnuslegene får den praktiske allmenmedisinske erfaringen de trenger (Steinert, 2006). Dette gjelder både konsultasjoner, legevakter, helsestasjonstjeneste og sykehjemstjenesten. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per kurativ arbeidsdag var 11,6 (SD=3,0) og gjennomsnittlig antall legevakter per måned var 5,5 (SD=2,9). 91 % av turnuslegene hadde arbeid enten på helsestasjon eller sykehjem.

Det skal være mer fokus på læringsmål og målstyring etter innføring av grunnmodulen som del av den videre spesialiseringen. Innholdet i turnustjenesten og spesialistutdanningen i form av bestemte prosedyrer som skal gjennomføres og ferdigheter som skal innlæres, skal samlet sett ivaretas - uavhengig av fagsammensetning og spesialisering – tilpasset endringene i helsesektoren.

9.4. Profesjonalisering

Turnustjenesten er et viktig ledd i profesjonaliseringsprosessen (Straume, 2003). Den danner overgangen mellom teoretisk preget studium og et yrke som krever en rekke praktiske ferdigheter, så vel som kommunikative og relasjonelle sådanne. De unge legene må samtidig lære å forholde seg til usikkerheten som hefter ved medisinsk praksis. Straume stiller i sin studie spørsmålsteget ved hvor godt denne siden ved profesjonaliseringen ivaretas gjennom kommunehelsetjenesten. Undersøkelsens hovedfunn er at turnuslegene var klart mindre plaget av usikkerhet i pasientbehandlingen mot slutten av kommunehelsetjenesten enn i begynnelsen. Særlig er det engstelse på grunn av usikkerhet og frykt for alvorlig utfall som bedres betydelig. Det var stor individuell spredning i skår og i endring i skår under tjenesten. De turnuslegene som i utgangspunktet var mest plaget av usikkerhet profiterte mest på tjenesten, samtidig som forskjellene mellom turnuslegene i reaksjon på usikkerhet ble noe utjevnet under tjenesten.

Norsk pasientskadeerstatning

Stadig flere pasienter krever da også erstatning etter behandling i det offentlige helsesystemet. Hovedgrunnen er sannsynligvis kjennskap til ordningen samt større bevissthet om egne rettigheter. Økningen henger også sammen med at ordningen over tid har blitt utvidet til å gjelde flere pasientgrupper. Saker knyttet til somatiske sykehus utgjør naturlig nok den største gruppen, men siden pasientskadeloven ble innført har andelen sunket fra i overkant av 80 % til litt over 70 %. Andelen saker knyttet til kommunehelsetjenesten har så å si ikke endret seg, mens det er en liten økning i andelen saker knyttet til psykiatri og offentlig kjøp av helsetjeneste.

Den nye legerollen

Donald W. Light og Olaf Gjerløw Aasland hevder i artikkelen ”Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit” at legevirkosomhet sett i historisk perspektiv har vært et lukket rom for utenforstående⁵⁵. Legegjerningen har utgjort en blanding av vitenskap, klinisk skjønn og erfaringsbasert intuisjon. Artikkelen handler om hvordan legenes overdrevne praktisering av individuell autonomi har medført en tillitskrise, med økende overstyring fra myndighetenes side. Artikkelen er basert på forhold i USA, men mye har ifølge artikkelforfatterne paralleller i andre land som Norge.

⁵⁵ Tidsskriftet Norsk Lægeforening 2003, D. W. Light og O. Gjerløw Aasland, ”Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit”

For godt og vel 30 år siden ble det i USA tydelig at individuell autonomi hadde ført til stor variasjon i hvordan legene behandlet pasienter med lik sykdom, og til unødige undersøkelser, innleggelses og medisinsk og kirurgisk behandling. I slutten av 1960- og begynnelsen av 70-årene kom det stadig flere rapporter om overforbruk av helsetjenester. For legene ble etterkrigstiden en gullalder, de kunne behandle pasienter og skrive regninger som de ville, og stadig kom det nye og revolusjonerende behandlingstilbud. For pasientene var nytten imidlertid noe blandet, mange prosedyrer førte til unødige infeksjoner, feil, nye sykdommer, endog til unødig dødsfall.

Moderne informasjonsteknologi har ifølge artikkelforfatterne langt på vei gjort det mulig å åpne legevirkningens lukkede rom. Systematisk registrering av praksis gir ofte legen mer informasjon om hvordan han praktiserer enn han selv er klar over. Tidlig i 1980-årene begynte noen av de største amerikanske helseorganisasjonene rutinemessig å sammenligne hvordan forskjellige leger behandlet samme sykdom, og man fikk etter hvert legene til å komme frem til felles behandlingsopplegg basert på dokumentert kunnskap. Dette er ifølge artikkelforfatterne essensen i den nye profesjonaliteten.

9.5. Veiledning

Veiledning i sykehustjenesten

Ifølge legeföreningens evaluering varierer veiledningens kvalitet gjennom turnustjenesten. Turnuslegene vurderte veiledningen som mest systematisk ved psykiatrisk avdeling og minst systematisk ved kirurgiske avdelinger.

Undersøkelsen viser at 11 % av turnuslegene ved kirurgisk avdeling, 9 % ved medisinsk avdeling og 26 % ved psykiatrisk avdeling ikke ble tildelt veileder for turnustjenesten. Veiledning og supervisjon foregår ikke fullt ut i henhold til Legeföreningens veileder for turnustjenesten, og de største manglende finnes ved kirurgiske avdelinger. For eksempel svarer bare 8 % ubetinget "ja" på spørsmålet om veiledningen har vært systematisk. Tilsvarende tall for medisinske og psykiatriske avdelinger er henholdsvis 19 % og 58 %. På spørsmålet: "Har du opplevd at bakvakten din ikke ville komme når du ba om det?" svarer 32 % "ja", ved kirurgiske avdelinger. Tilsvarende for medisinske og psykiatriske avdelinger er henholdsvis 10 % og 2 %.

Veiledning i kommunehelsetjenesten

I henhold til Legeföreningens undersøkelse var så godt som alle turnuslegene tildelt veileder i kommunehelsetjenesten, men 12 % forholder seg til flere enn én veileder. 74 % av turnuslegene mener veiledningen har gitt dem nyttig læring, en noe høyere andel enn gjennomsnittlig i sykehus. Turnusleger med norsk som morsmål får generelt mindre omfattende veiledning.

Når det gjelder supervisjon rapporterer to av tre at de under vaktjeneste aldri har hatt problemer med å få hjelp av bakvakten ved behov. Oppmuntrende tilbakemeldinger er hyppigere i bruk enn korrigerende tilbakemelding. 30 % av turnuslegene hevder at de aldri har blitt faglig og konkret korrigert i arbeidet sitt.

En stor andel turnusleger får ikke den veiledningen de har behov for ifølge Steinerts undersøkelse fra kommunehelsetjenesten (Steinert, 2006). Flertallet av turnuslegene hadde ikke veiledning i overensstemmelse med legeföreningens veileder. Noen turnuskommuner oppfyller heller ikke turnusforskriftens krav til å ta i mot turnusleger, blant annet hadde 18 % av kommunene ikke etablert bakvaktordning når turnuslegene hadde legevakt. 44 % av

turnuslegene hadde aldri hatt veiledningsmøte med sin faste veileder, mens 38 % av turnuslegekontorene aldri hadde internundervisningsmøter. 82 % av turnuslegene var aldri blitt observert av veileder i en hel konsultasjon, og ingen benyttet videokonsultasjon for å vurdere turnuslegens ferdigheter.

Til tross for de påpekte svakhetene svarte 84 % av turnuslegene at de var godt fornøyd eller tilfreds med veiledningen i kommuneturnus, mot 67 % i sykehusturnus. Undersøkelsen tyder på at veiledningen i kommunehelsetjenesten fungerer bedre enn i spesialisthelsetjenesten.

Praksisstørrelse

Undersøkelsen viser også en klar sammenheng mellom praksisstørrelse og kvalitet på veiledningen, og turnuslegene var minst tilfreds med veiledningen i de små praksisene. 61 % av veilederne i 1-2 legepraksisene hadde aldri hatt veiledningsmøte med turnuslegen, mot 29 % i 5-10 legepraksisene. 48 % av 1-2 legekontorene hadde aldri fagmøter, mot 14 % i 5-10 legekontorene. 3-4 legekontorene lå mellom disse ytterpunktene både for veiledningsmøter og fagmøter/internundervisning.

I små distriktskommuner med full legedekning kan mangel på pasienter være et stort problem⁵⁶. Et for stort ansvar blir derimot ofte resultatet når en eller flere legestillinger er vakante. En rekke distriktskommuner tilbyr imidlertid praksis og veiledning av god kvalitet, og turnuslegene får her vanligvis bedre innsikt i alle ledd av kommunehelsetjenesten enn ved turnustjeneste i de store byene.

Formelle krav til turnussted og veileder

For å styrke veiledningen i sykehus og kommunehelsetjenesten kan den gjøres faglig meritterende for veiledere med formell skoloring. Steinert (2006) mener at det bør arbeides videre med normer for godkjenning av turnussted og veiledere, samtidig som det bør etableres et system for å vurdere om turnusstedene oppfyller gjeldende normer.

Turnuslegene har i dag et formelt krav om tre timers individuell veiledning per uke, og i de fleste fylker gis det tilbud om gruppeveiledning. Det er ingen spesifikke krav til veiledning når turnuslegen arbeider på sykehjem eller helsestasjon. Under legevaktarbeid skal turnuslegen ha bakvakt som kan kontaktes per telefon, men ordningen er ikke etablert i alle kommuner. Fortsatt kastes et urovekkende stort antall leger ut i selvstendig arbeid fra første arbeidsuke med et minimum av sikkerhetsnett. Dette systemet kan gi en bratt læringskurve for sterke og heldige leger, men ta knekken på de uheldige og usikre. Det er vanskelig å forsvare at dette utdanningssystemet er godt nok for unge leger, som burde være ydmyke overfor de vanskelige oppgavene man kan møte i allmennpraksis. Det er lett å forstå at unge leger med interesse og evner for allmennpraksis kan bli skremt inn i sykehusene etter tøffe opplevelser i kommunehelsetjenesten.

Gruppeveiledning

Det er etablert gruppeveiledning i kommunehelsetjenesten i tillegg til individuell veiledning, der alle turnuslegene innen samme fylke tilbys samlet veiledning to-tre ganger i løpet av det halve året. Ordningen har blant annet vist seg å fungere som en problemløser der den lokale individuelle veiledningen ikke strekker til, og der kommunene ikke i tilstrekkelig grad legger til rette for tjenesten.

⁵⁶ Tidsskriftet Norsk Lægeforening, 2005, S. Steinert og H. Melbye: "Utdanning av allmennleger – hva kan vi lære av Nederland?"

Veiledning i det nye kvalifiseringsløpet

Dagens veiledningsordninger for turnusleger og for leger under spesialisering bør slås sammen til et system som samlet sett gir bedre veiledning i grunnmodulen og den videre spesialiseringen. Grunnmodulen må gjøres mer attraktiv for legene gjennom gode veiledningsforhold. Formell veilederkompetanse må supplere faglig veiledning i aktuelt fagområde. Videre kan den gruppebaserte veiledningen med fordel innføres også i sykehusjtenesten – etter modell fra kommunehelsetjenesten.

9.6. Simulatortrening

Det stadig økende antall turnusleger medfører at antall pasientsituasjoner reduseres for den enkelte, samtidig som veilederkapasiteten presses ytterligere. Ved å innføre et supplement til ”mester-svenn”-læring i konkrete pasientsituasjoner – læring ved hjelp av simulatorer – kan problemet delvis kompenseres for. Mange simulatorløsninger baserer seg på de siste års fremskritt innen IKT og mekanikk. En kan forvente at mulighetsrommet for disse løsningene vil øke i fremtiden.

Ved hjelp av simulatorer kan en i operative fag som for eksempel kirurgi lære uten å være avhengig av pasienter. Videre skapes det pedagogiske læringssituasjoner som gir noe *mer* enn pasientsituasjonen, da simulatorene gir konkrete tilbakemeldinger. For eksempel kan en gynekolog vanskelig vite nøyaktig hvor hardt han/hun trykker når pasienten undersøkes, mens en simulator kan gi presise tilbakemeldinger om dette på en dataskjerm. Mer bruk av simulatorer i opplæringen vil samtidig frigjøre tid som spesialisten kan bruke på pasienter heller enn opplæring og undervisning.

Bruk av simulatorer som et supplement til pasientrettet læring vil kunne forbedre den operative læringen, redusere kostnadene ved denne og samtidig styrke pasientsikkerheten ved å gi ferdighetstrening i bestemte prosedyrer.

Akkreditering

En kan også tenke seg en form for realkompetansevurdering gjennom testing ved hjelp av simulatorer for å sikre at nødvendige ferdigheter og prosedyrer innlæres og oppdateres før utdanningslegene (eventuelt turnuslegene) får behandle pasienter. Grunnmodulen og den videre spesialiseringen bør med andre ord inkludere et fast akkrediteringsbasert system med trening i prosedyrer og teknikker. Tilbudet eller kravet må tilpasses de ulike spesialitetene og den tilgjengelig validerte simulatorteknologien. Dette akkrediteringsbaserte treningsopplegget kan organiseres og drives av en nasjonal enhet med særlig kompetanse på området.

Tradisjonelt har dukker, fantomer og videoteknikker vært brukt som undervisningsverktøy til innøving av kliniske ferdigheter, for eksempel endotrakeal intubering⁵⁷. Innen kirurgi har inntoget av laparoskopiske og minimalt invasive teknikker skapt nye behov for trenings- og opplæringsmetoder. Disse nye teknikkene er ekstra utfordrende å lære seg uten selv å utføre inngrepene. Både mekaniske simulatorer, der man kan trene ved bruk av dyreorganer, og virtuelle simulatorer etter mønster fra pilotopplæring, er blitt tatt i bruk.

Det finnes mye dokumentasjon på at simulatortrening gir effektivitet og kvalitetssikring i utdanningen. I USA har man for enkelte prosedyrer satt krav til dokumenterbare ferdigheter fra simulator før det utføres inngrep på pasienter.

⁵⁷ Tidsskriftet Norsk lægeforening, 2002, T. Sundar, ”Fremtidens kirurger bytter skalpell med spaker”

10. Oppsummering

Oppdrag

SHdir har foretatt en samlet vurdering av turnustjenesten for leger og kommet med forslag til organisering av samt innhold i tjenesten, basert på foreliggende evalueringer.

Turnustjenesten er belyst med utgangspunkt i rammebetingelser som gjeldende regelverk, administrative forhold, strukturelle- og politiske føringer. Videre har ulike medisinske grunnutdannings-/turnusløp innenfor og utenfor EØS-området utgjort sammenligningsgrunnlag for vurdering av innhold og organisering av tjenesten i Norge.

Anbefaling

SHdir anbefaler at turnustjenesten erstattes av et annet kvalifiseringsløp for leger, nærmere bestemt en grunnmodul av tre års varighet som inngår i spesialistutdanningen.

Etter tre års tjeneste kan en oppnå autorisasjon, samtidig som en oppfyller EØS-kravet til selvstendig legevirkosomhet for trygdens regning. En forenkler dermed ordningene der legen på ulike trinn i kvalifiseringsløpet tildeles økte rettigheter i forhold til å utløse trygdeytelser.

Legefordeling og distriktspolitiske hensyn skal samtidig ivaretas gjennom kvalifiseringsløpet.

Organisatoriske utfordringer

Turnustjenesten har både administrative og arbeidsrettslige aspekter. Administreringen av turnustjenesten er preget av kryssende hensyn - som arbeidslivet for øvrig.

Arbeidsgiver- arbeidstakerrelasjonen med tilhørende rettigheter og plikter for begge parter, vektlegges i det nye kvalifiseringsløpet. Arbeidsrettslige regler vil dermed avgjøre hvilke kryssende interesser og hensyn - arbeidstakers eller arbeidsgivers - som veier tyngst i konkrete saker.

En del administrasjon overføres til arbeidsgiver, samtidig som deler av denne bortfaller sammen med søknader om særplass, bytte av turnusplass og delvis søknader om utsettelse av tjenesten. Søknader om permisjon (erstatte i stor grad søknader om utsettelse) rettes til arbeidsgiver og behandles i henhold til arbeidsrettslige regler. I henhold til alternativ 1 og 2 (se side 59) for administrering av grunnmodulen, overføres også noe administrasjon til de (statlige) fordelingsutvalgene innen helseregionene.

Mange aktører bidrar til gjennomføringen av turnustjenesten. Systemet er komplisert og ansvarsforholdene til tider uklare og ikke alltid formaliserte. Ved å benytte et allerede foreliggende system for legefordeling - NR - blir systemet mer oversiktlig og enhetlig.

Kvalifiseringsløpet skal ivareta distriktenes behov for legetjenester. Regional fordeling av kandidater som starter i utdanningsstillinger i form av treårige grunnmoduler, vil i utgangspunktet ivareta dette formålet. Videre kan det opprettes flere grunnmoduler og spesialiseringløp i distriktene enn i sentrale strøk. Distriktene kan også gjøres mer attraktive ved å tilby grunnmoduler og spesialiseringløp bestående av populære fagkombinasjoner, samt gode arbeidsvilkår for øvrig. Interkommunalt samarbeid kan eksempelvis gjøre mindre kommuner mer attraktive.

Innholdsmessige utfordringer

Innholdet i tjenesten er sett i lys formål – men også i lys av endringer i helsesektoren samt EØS-regelverket.

Turnustjenestens opprinnelige hensikt var å kvalifisere medisinske kandidater til å utføre *selvstendig* legearbeid. For mange var turnustjenesten slutten på den formelle profesjonsutdanningen og starten på en livslang yrkeskarriere. I dag er spesialistkompetanse et minimumskrav for å få fast overlegestilling ved de fleste sykehusavdelinger, og ved universitetssykehus kreves det i praksis ofte grenspesialitet og doktorgrad. 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.

Ved innføring av grunnmodulen ses legers kvalifiseringsløp som en helhet - fra studium via introduksjon til yrkeslivet og til fullført spesialistutdanning.

Grunnmodulen omfatter ett år i sykehus med tjeneste i klinisk enhet med akutfunksjon, i hovedsak knyttet til indremedisin og kirurgi, men også andre aktuelle kliniske avdelinger som barneavdeling, anestesivdeling samt avdeling for kvinnesykdommer og fødselshjelp. Hvorvidt det er tilstrekkelig med kun ett av fagene eller om det må utføres tjeneste innen minst to fagområder, må vurderes.

Arbeids- og funksjonsfordeling medfører imidlertid at tjenesten innen kirurgi oppstykket. Kirurgifaget er samtidig kommet lenger enn medisin i spesialiseringen og de færreste sykehus har i dag *generell* kirurgisk avdeling. På sikt er det mulig at medisin blir like spesialisert som kirurgi/ortopedi.

Videre skal et halvt år av grunnmodulen gjennomføres innen psykisk helsevern/rusfeltet i spesialisthelsetjenesten. Det bør vurderes om barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger (BUP) og distriktpsikiatriske sentre (DPS) også kan benyttes som tjenestesteder.

Et halvt år skal utgjøre valgfri tjeneste innen ønsket spesialisering (inkludert forskning).

Ett år skal utføres i kommunehelsetjenesten, og det foreslås at det opprettes ettårige utdanningsstillinger i kommunene for gjennomføring av tjenesten. Det bør også vurderes om psykisk helsearbeid/rusfeltet skal inngå som obligatorisk del av kommunehelsetjenesten.

Samlet sett mener SHdir at det nye kvalifiseringsløpet for leger utgjør en forbedring – både med hensyn til innhold og organisering av den praktiske tjenesten.

Litteraturliste

Kittelsen, S.A.C., Piro, F.N., & Magnussen, J.: ”Hva betyr forskning, utdanning og reisetid for sykehusenes kostnader?” Helseøkonomisk forskningsprogram ved UiO, HERO Skriftserie 2002:18.

Kolloen, Grethe: ”Turnustjenesten i et endret landskap” Hvilke endringer og utfordringer står turnusordningen ovenfor? Sett i lys av fastlegereformen og helseforetaksreformen. UiO, 2003

Steinert, Svein: ”Legers turnustjeneste i kommunene. Får turnuslegene den praktiske erfaringen og veiledningen de trenger?” UiTø, 2006

Straume, Karin: ”Øvelse gir mestring? Turnuslegers reaksjon på usikkerhet i pasientbehandlingen – på begynnelsen og slutten av kommunehelsetjenesten”. UiTø, 2003

Tunold, Ole: ”Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger”, Legeforeningen, Turnusrådet, 2006

Regelverk

Lov om helsepersonell m.v., Rundskriv 1-20/2001, Sosial- og helsedepartementet

Forskrift av 20.12.2001 nr. 1549 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege

Turnustjenesten for leger, Rundskriv IS-9/2005, Sosial- og helsedirektoratet