
Turnustjenesten

REDAKSJONELT

MARTA EBBING

Marta Ebbing (f. 1963) er leder av Legeforeningens turnusråd siden 1998. Hun utførte turnustjeneste ved Stokmarknes sykehus og i Hadsel kommune i 1994/95 og er nå utdanningskandidat i indremedisin.

Diakonissehjemmets sykehus, Haraldsplass
5009 Bergen

I Statens helsetilsyns målbeskrivelse for turnustjenesten heter det at «turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring og praktisk rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirksomhet på en forsvarlig måte» (1). I dette ligger det implisitt at uansett hvor problembasert og praktisk rettet det medisinske studium er eller blir, kan det ikke gi det samme utbyttet som 18 måneders turnustjeneste når det gjelder å lære de grunnleggende sider ved medisinsk diagnostikk og behandling innenfor de store fagområdene i klinisk praksis. Den nødvendige erfaring og praktiske rutine tilegnes kun gjennom arbeid som lege, med det ansvar dette innebærer. Denne første arbeidserfaringen grovformer legene som profesjonelle yrkesutøvere; man får vaner som kan bli vonde å vende senere. Dessuten utgjør tjenesten, slik den i dag er sammensatt, en bred faglig basis før spesialisering og en felles referanse for leger som senere skal kommunisere på tvers av faglige og organisatoriske skiller.

Turnustjenesten er hjemlet i legeloven og utgjør en viktig del av det faglige grunnlaget for kvalifikasjonen «autorisert som lege i Norge» (2).

Autorisasjonen er myndighetenes garanti overfor pasientene for at legene fyller de definerte kravene. Dersom turnustjenestens faglige innhold endres, vil dette få konsekvenser for hva autorisasjonen innebærer.

Turnuslegene har tradisjonelt vært en ønsket og etterspurt arbeidskraft ved sykehus og i kommuner. I sykehus har det vært typisk turnuslegearbeid å ha primærvakt. De har da fått mengdetrening i anamneseopptak, klinisk undersøkelse og initial utredning og behandling av innlagte pasienter. Ellers har det variert hvor mye annet klinisk arbeid turnuslegene har fått utført. Det selvrapporterte ferdighetsnivået i praktiske prosedyrer bedres signifikant i turnustiden, og forskjeller i det selvrapporterte ferdighetsnivået med

utgangspunkt i kjønn og studiested viskes ut i løpet av de 12 månedene i sykehus (3, 4). I kommunen har turnuslegene arbeidet mye kurativt og ofte ganske selvstendig. Turnuslegene har også rapportert sitt ferdighetsnivå etter utført turnustjeneste i kommunen, men disse dataene er foreløpig ikke analysert. Svakheten med disse studiene er at de ikke beskriver ferdighetsnivået objektivt. Vi mangler også data på hva turnuslegene lærer av mer udefinerte ferdigheter som etikk, empati, kommunikasjon og beherskelse av legerollen. Dette burde være en utfordring for de fagmiljøene som forsker på legers profesjonalisering.

Antall medisinske kandidater har økt kraftig i forhold til behovet for turnusleger som arbeidskraft. I 1996 kom det 325 nye kandidater på markedet. Dagens prognoser viser at 750 nye norske kandidater vil ha behov for turnustjeneste i 2003. Dette skyldes både kapasitetsøkningen på det adgangsbegrensede medisinstudiet i Norge og økningen i antall norske kandidater med medisinsk eksamen fra utenlandske universiteter. Etter Stortingets vedtak i 1997 har alle kvalifiserte kandidater som ønsker turnustjeneste i Norge rett til turnusplass, og antallet utenlandske kandidater forventes å øke. Parallelt med økningen av antall kandidater er tradisjonelle turnusplasser gått tapt, som følge av at småsykehus er nedlagt eller har mistet sin akuttberedskap. I kommunene er stadig flere legeårverk blitt konvertert fra fastlønnsstillinger til avtalepraksis, og kommunene har vansker med å pålegge avtalelegene å ta imot turnusleger. Administreringen av systemet blir ikke enklere ved at tilstrømningen av turnusleger varierer fra halvår til halvår. Fylkeslegen i Oslo, som har ansvar for å opprette tilstrekkelig antall turnusplasser, merker nå en økende motstand fra sykehus og kommuner mot å ta imot flere turnusleger. Dette siste reflekterer sannsynligvisat markedet for turnusleger er i ferd med å mettes.

For å imøtekomme behovet for flere turnusplasser er regionsykehus og spesialfag (anestesiologi, gynekologi/obstetikk, pediatri og psykiatri) tatt i bruk til turnustjeneste. Tjeneste ved regionsykehus og i spesialfag er foreløpig ikke systematisk evaluert. Turnusrådet har imidlertid fått rapporter som tyder på at mange turnusleger med slik tjeneste ikke får noen naturlig plass i legekollegiet. De blir ikke regnet med som ordentlig legearbeidskraft. De får for eksempel ikke gå selvstendige vakter natt og helg, de får ofte heller ikke andre definerte oppgaver. Turnuslegene risikerer altså å bli gående som hospitanter uten det ansvar og de arbeidsoppgaver som forutsettes for å kunne oppnå hensikten med turnustjenesten.

Ansvar for det faglige innholdet i turnustjenesten er utydelig. Arbeidsgiver ved avdelingsoverlege eller kommunelege I skal i prinsippet legge til rette for at tjenesten kan utføres forsvarlig. Samtidig er det avdelingsoverlegen eller kommunelege I som skal attestere på at turnustjenesten er tilfredsstillende utført for den enkelte autorisasjonssøker. Dette er å sette «bukken til havresekken». Videre foregår det ingen systematisk oppfølging og evaluering av turnusavdelinger eller turnuskommuner. Man har heller ingen sanksjonsmuligheter overfor arbeidsgivere som ikke legger forholdene til rette for turnustjeneste så lenge det er underskudd på turnusplasser.

Legeforeningen skal nå prioritere arbeidet for at «turnustjenesten bevares i sin nåværende form som en viktig del av legeutdanningen, og at det sikres tilstrekkelig antall hjemler for turnusleger i gode kliniske miljøer, både i sykehus og primærhelsetjenesten», videre at «det utarbeides konkrete forslag til hvordan man skal organisere turnustjenesten for å være i stand til å ta imot økningen i antallet turnusleger» (5). Noe kan sikkert gjøres med finansieringen av turnustjenesten for å skaffe flere plasser, og mye kan gjøres med organiseringen slik at flere turnusleger får en god tjeneste. Dette er oppgaver partene i turnustjenesten bør løse ved forpliktende samarbeid. Ikke minst er det mye som kan gjøres for at hensikten med turnustjenesten kan oppnås ved at kolleger ved sykehus og i kommuner innlemmer turnuslegene i det kollegiale fellesskap slik at de får være leger. Spørsmålet er likevel om man kan organisere seg ut av hovedproblemet som etter mitt skjønn vil bli for mange turnusleger til for lite turnuslegearbeid.

LITTERATUR

1. Turnustjenesten for leger – forskrifter, retningslinjer, målbeskrivelse og gjennomføring. Rundskriv IK-17/98. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
2. Lov om leger av 13. juni 1980 nr. 42.
3. Lundeby T, Trønnes H, Falck G. Unge legers selvrapporterte praktiske ferdigheter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2849 – 53.
4. Gaarder K, Eide NA, Falck G. Ferdighetsnivået i praktiske prosedyrer – selvrapportert utvikling blant turnusleger i norske sykehus. Hovedoppgave. Trondheim: Det medisinske fakultet, NTNU, 1999.
5. Legeforeningens prinsipp- og arbeidsprogram for 2000 – 2001. Oslo: Den norske lægeforening, 1999.

Publisert: 10. februar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.