

## Nybyrjarstilling for legar - praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar



Tittel på heftet: Nybyrjarstilling for legar - praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar

Utgitt: Mars 2010

Bestillingsnummer: IS-1783

Gjeve ut av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling personell og utdanning  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Heftet kan bestillast hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1783

## Føreord

Rapporten *"Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar"* er resultat av eit oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere turnustenesta for legar. Utreiinga er ei oppfølging av Helsedirektoratet sin rapport *"Turnustjenesten for leger – en helhetlig gjennomgang"* frå mars 2008.

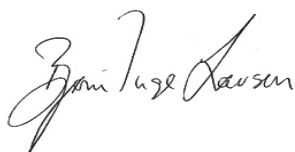
Turnusordninga for legar har sidan 1955 vore ei viktig ordning for å kvalifisere nyutdanna legar til å arbeide sjølvstendig. Dei første åra i yrkeslivet etter grunnutdanninga er særleg viktig for profesjonaliseringa til alle yrkesgrupper. Gjennom oppfølging og vegleiing og i samarbeidet med pasientar, pårørande og anna personell får den nyutdanna legen utvikla haldningar og etisk kompetanse. Legen får trening i kliniske arbeidsmåtar, erfaring med å handtere akutte tilstandar og innsikt i korleis helsetenesta verkar.

Internasjonale og nasjonale forhold endrar seg, og utfordringar i helsetenesta gjer at Helsedirektoratet meiner at det nå trengst nye løysingar. Utviklinga dei siste åra viser mellom anna at turnusordninga fungerer som ei trekkraft for nyutdanna legar frå heile EØS-området. Dagens ordning inneber ei statleg plikt til å opprette turnusstillingar for alle som melder seg til turnusteneste. Dette svekkjer den statlege styringa av talet på legestillingar i landet og utfordrar bærekrafta til helsetenesta i ei tid med utsikter til eit visst legeoverskot.

Forslaget inneber at dei ordinære ansvarslinene for tilsetjing også skal gjelde for nyutdanna legar. Ordninga med loddtrekking av turnusstad og plikta til å tenestegjere på tilvist plass fell bort. Omlegginga vil gjere ansvaret for både arbeidstakar og arbeidsgjevar meir tydeleg. Det faglege fokuset i turnustenesta vil derimot bli vidareført i nybyrjarstillinga.

Turnusordninga har i mange tiår vore eit viktig verkemiddel for å skaffe legar til alle delar av landet. Forslaget i denne rapporten inneber ei dobling av tenestelengda for nyutdanna legar i kommunane i forhold til dagens turnusteneste. Ved etablering av nybyrjarstillingar rår Helsedirektoratet til ei tilsvarande nasjonal styring for oppretting av stillingar som for turnusstillingar. Dette skal sikre geografisk dekking.

Kommunane vil både få meir legeressursar og større ansvar. Distriktskommunar og lokalsjukehus vil framleis ha ei viktig rolle som opplæringsarena for nyutdanna legar. Dette er i tråd med intensjonar i Samhandlingsreforma.



Bjørn-Inge Larsen  
helsedirektør

# Innhald

|                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Føreord</b>                                            | <b>3</b>  |
| <b>Innleiing</b>                                          | <b>8</b>  |
| <b>Samandrag</b>                                          | <b>10</b> |
| <b>Del 1: Framtid</b>                                     | <b>14</b> |
| <b>1 Føremål med praktisk teneste (turnusteneste)</b>     | <b>14</b> |
| 1.1 Pedagogisk føremål                                    | 15        |
| 1.2 Praktisk teneste og verknadene på legefording         | 16        |
| 1.3 Praktisk teneste som kvalitetskontroll                | 16        |
| 1.4 Nybyrjarstillingar for legar og andre profesjonar     | 16        |
| <b>2 Utfordringar</b>                                     | <b>19</b> |
| 2.1 Kvalitet og kapasitetsutfordringar                    | 19        |
| 2.1.1 Vegleiingskapasitet i sjukehus                      | 19        |
| 2.1.2 Vegleiingskapasitet i kommunehelsetenesta           | 20        |
| 2.1.3 Nok erfaring med pasientsituasjonar                 | 21        |
| 2.1.4 Kunnskap om norsk språk                             | 21        |
| 2.2 Kvalifiseringsutfordring                              | 22        |
| 2.2.1 I forhold til grunnutdanninga i medisin             | 22        |
| 2.2.2 I forhold til spesialistreglane                     | 22        |
| 2.2.3 I forhold til utdanningsstillingar i allmennmedisin | 23        |
| 2.3 Utfordringar for legefording                          | 23        |
| 2.4 Arbeidsrettslege utfordringar                         | 25        |
| 2.4.1 Arbeidsgjeverrolla                                  | 25        |
| 2.4.2 Likestillingsomsyn i turnustenesta                  | 25        |
| <b>3 Helsepolitiske satsingar</b>                         | <b>27</b> |
| 3.1 Samhandlingsreforma                                   | 27        |
| 3.2 Omsorgsplan 2015                                      | 29        |
| 3.3 Opptrappingsplan for rusfeltet (37)                   | 30        |
| 3.4 Psykisk helse                                         | 31        |
| <b>4 Forslag for framtida</b>                             | <b>33</b> |
| 4.1 Innleiing                                             | 33        |
| 4.2 Statleg styring ved oppretting av legestillingar      | 33        |
| 4.3 Endring i legemarknaden – frå underskot til overskot  | 34        |
| 4.4 Ansvarleggjering av partane i eit tilsetjingsforhold  | 34        |
| 4.5 Dagens system - ei ordning med svekka legitimitet     | 35        |
| 4.6 Legedekking i kommunehelsetenesta og i distrikta      | 35        |

|                         |                                                         |           |
|-------------------------|---------------------------------------------------------|-----------|
| 4.7                     | Rekruttering av legar                                   | 36        |
| 4.8                     | Fagleg forsvarleg legearbeid                            | 36        |
| 4.9                     | Modellar til drøfting                                   | 37        |
| 4.9.1                   | Nybyrjarstilling som del av spesialistutdanning         | 39        |
| 4.9.2                   | Vidareføring av dagens modell                           | 47        |
| 4.9.3                   | Grunnmodul – tre års vegleidd teneste                   | 51        |
| 4.10                    | Helsedirektoratet si tilråding                          | 52        |
| <b>Del 2: Før og nå</b> |                                                         | <b>54</b> |
| <b>5</b>                | <b>Utviklingstrekk i helsetenesta</b>                   | <b>54</b> |
| 5.1                     | Fordeling av legar – fagleg og geografisk               | 54        |
| 5.2                     | Fastlegeordninga                                        | 55        |
| 5.3                     | Spesialisthelsetenesta                                  | 56        |
| 5.4                     | Spesialisering og strukturelle endringar                | 56        |
| 5.5                     | Arbeidsinnvandring av legar                             | 57        |
| 5.6                     | Rammer for framtidig vekst                              | 58        |
| <b>6</b>                | <b>Utvikling av turnustenesta for legar i Noreg</b>     | <b>60</b> |
| 6.1                     | Historisk utvikling                                     | 60        |
| 6.2                     | Utdanningskapasitet innanlands og utanlands             | 62        |
| 6.3                     | Utdanningskapasitet i Noreg                             | 64        |
| 6.4                     | Utdanning i utlandet                                    | 64        |
| 6.4.1                   | Kjøpte utdanningsplassar utanlands                      | 64        |
| 6.4.2                   | Norske medisinstudentar i utlandet                      | 65        |
| 6.5                     | Ventelisteproblematikk                                  | 66        |
| 6.6                     | Ventande utvikling vidare                               | 67        |
| 6.7                     | Utdanningsstrategi for framtida                         | 68        |
| <b>7</b>                | <b>Dagens turnusteneste for legar</b>                   | <b>70</b> |
| 7.1                     | Turnusteneste som del av eit heilt kvalifikasjonsforløp | 70        |
| 7.2                     | Turnusteneste som pedagogisk tiltak                     | 70        |
| 7.2.1                   | Generelt                                                | 70        |
| 7.2.2                   | Dagens turnusteneste i kommunar                         | 72        |
| 7.2.3                   | Dagens turnusteneste i sjukehus                         | 74        |
| 7.2.4                   | Forsøk med tredelt turnusteneste med psykiatri          | 78        |
| 7.3                     | Turnusteneste som legefordingstiltak                    | 79        |
| 7.3.1                   | Generelt                                                | 79        |
| 7.3.2                   | I kommunehelsetenesta                                   | 80        |
| 7.3.3                   | I sjukehus                                              | 81        |
| 7.3.4                   | Turnuslegane som rekrutteringspotensiale                | 82        |
| 7.4                     | Administrasjon av turnustenesta for legar               | 83        |
| 7.4.1                   | Generelt                                                | 83        |
| 7.4.2                   | Helsedirektoratet                                       | 83        |
| 7.4.3                   | Statens autorisasjonskontor for helsepersonell          | 84        |
| 7.4.4                   | Fylkesmennene                                           | 86        |
| 7.4.5                   | Helseføretaka                                           | 87        |
| 7.4.6                   | Kommunane                                               | 88        |
| 7.5                     | Statleg ressursbruk til dagens turnusteneste for legar  | 90        |
| <b>8</b>                | <b>Nåverande regelverk, avtalar og omgrepsbruk</b>      | <b>91</b> |
| 8.1                     | Innleiing                                               | 91        |

|           |                                                                         |            |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| 8.1.1     | Helsepersonellova                                                       | 91         |
| 8.2       | Omgrepsbruk                                                             | 93         |
| 8.2.1     | Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning                           | 93         |
| 8.2.2     | Omgrepsbruk i ulike land                                                | 95         |
| 8.3       | Krav til forsvarlegheit som skranke for yrkesutøvinga                   | 99         |
| 8.4       | Vilkår for autorisasjon og lisens                                       | 100        |
| 8.4.1     | Generelle reglar                                                        | 100        |
| 8.4.2     | Søkjar utdanna i utlandet                                               | 101        |
| 8.4.3     | Krav om praktisk teneste (turnusteneste) som vilkår for autorisasjon    | 101        |
| 8.4.4     | Vegleidd teneste som alternativ til turnusteneste                       | 102        |
| 8.4.5     | Nordiske avtalar, smuttholproblematikk                                  | 103        |
| 8.4.6     | Tre års vegleidd teneste som vilkår for å praktisere på trygdas rekning | 103        |
| 8.5       | Særleg regulering av turnusteneste for lege                             | 104        |
| 8.5.1     | Særplass                                                                | 104        |
| 8.6       | Ordningar utan heimel i lov eller forskrift                             | 105        |
| 8.7       | Turnuslegane si arbeidsrettslege stilling                               | 106        |
| 8.7.1     | Individuell og kollektiv arbeidsrett                                    | 106        |
| 8.7.2     | Individuell arbeidsrett for turnuslegar                                 | 106        |
| 8.7.3     | Forhold til trygderettar                                                | 111        |
| 8.7.4     | Krav til politiattest                                                   | 112        |
| 8.7.5     | Rettar som følgje av fullført turnusteneste                             | 113        |
| 8.8       | Andre aktuelle lover                                                    | 113        |
| <b>9</b>  | <b>Gjennomgang av tidlegare utgreiingar</b>                             | <b>114</b> |
| 9.1       | Presentasjon av hovudfunna                                              | 114        |
| 9.1.1     | Statens helsetilsyn si arbeidsgruppe, 1997                              | 114        |
| 9.1.2     | Sosial- og helsedepartementet si arbeidsgruppe, 2000                    | 114        |
| 9.1.3     | Den norske lægeforening, 2000                                           | 115        |
| 9.1.4     | Agder-rapporten om tredelt sjukehussteneste, 2001                       | 116        |
| 9.1.5     | Sosial- og helsedirektoratet si arbeidsgruppe, 2003                     | 116        |
| 9.1.6     | Den norske legeforening, 2007                                           | 118        |
| 9.1.7     | Meistringsendringar i kommuneturnus, 2003                               | 120        |
| 9.1.8     | Praktisk erfaring og vegleiiing i kommuneturnus, 2006                   | 121        |
| 9.1.9     | Forsøk med gruppebasert vegleiiing i sjukehusturnus                     | 122        |
| 9.1.10    | Sikring av praktisk læring, 2008                                        | 124        |
| 9.1.11    | Tidlegare undersøkjingar                                                | 125        |
| 9.1.12    | Den norske legeforening 2009                                            | 127        |
| 9.2       | Sosial- og helsedirektoratet sin rapport av 15. mars 2008               | 128        |
| 9.2.1     | Innhaldet i rapporten                                                   | 128        |
| 9.2.2     | Den norske legeforening si vurdering av rapporten                       | 130        |
| 9.3       | Helsedirektoratet si vurdering av tidlegare rapportar                   | 130        |
| <b>10</b> | <b>Organisering og modellar i andre land</b>                            | <b>133</b> |
| 10.1      | Innleiing                                                               | 133        |
| 10.2      | Sverige                                                                 | 133        |
| 10.3      | Danmark                                                                 | 135        |
| 10.4      | Andre land i Europa                                                     | 137        |
| 10.5      | Andre land                                                              | 138        |
| 10.6      | Oppsummering av ulike modellar                                          | 139        |

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| <b>Del 3: Bakgrunnsopplysningar</b> | <b>141</b> |
| <b>11 Tabellar</b>                  | <b>141</b> |
| <b>12 Litteraturliste</b>           | <b>169</b> |

# Innleiing

Turnustenesta for legar har vore etablert i Noreg i 55 år og blei innført då studietida i medisinsk grunnutdanning blei korta ned med 1 ½ år til nåverande studielengd på 6 år. Føremålet med tenesta har endra seg over tid; frå å kompensere for nedkorting av studietida, til å gje nødvendig praktisk erfaring og å bli eit viktig verkemiddel i fordeling av legar til distrikta. Hovudmålsetjinga ligg likevel fast; å kvalifisere legar til å arbeide sjølvstendig i yrket og yte forsvarleg helsehjelp.

Omgrepet turnusteneste viser til at legar gjennom ordninga skulle dekkje ulike tenester og arbeidsoppgåver etter ei nærare avtalt turnusordning, med eitt år i sjukehus og eit halvt år i kommunehelsetenesta. Nemninga kan i dag verka lite dekkjande. Praktisk teneste blir nytta som omgrep i *forskrift av 20. desember 2001 nr. 1549 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege* (1). I denne rapporten blir både turnusteneste og praktisk teneste nytta om kvarandre når dagens ordning blir omtala.

Helse- og omsorgsdepartementet ga 30. juni 2008 Helsedirektoratet oppdraget med å følgje opp rapporten *”Turnustjenesten for leger – en helhetlig gjennomgang”* som Helsedirektoratet leverte i mars 2008 (2). I den føreslår direktoratet å erstatte turnustenesta med ei treårig vegleidd teneste, ein såkalla grunnmodul, som del av eit heilskapleg kvalifiseringsløp for legar, frå grunnutdanning via innføring til yrkeslivet og fram til fullført spesialistutdanning.

Sjølve ordninga med 18 månaders teneste er framleis den same som for over 50 år sidan. Samstundes har helsetenesta i Noreg vore igjennom omfattande strukturelle og faglege endringar. Dette er ein av grunnane til at den praktiske tenesta for legar må vurderast på ny.

Frå år 2000 har det kome ei rekkje evalueringar, rapportar, forskingsoppgåver og utgreiingar. Både styresmakter, interessegrupper og einskilde fagpersonar står bak desse dokumenta som blir omtala i kapittel 9. Vurderingane har ofte lagt vekt på dei meir problematiske sidene ved turnustenesta. I denne rapporten ønskjer Helsedirektoratet å få fram eit så omfattande bilete som mogeleg av noverande turnusteneste; både dei sidene som fungerer godt og det som skaper vanskar.

Helsedirektoratet vurderer i denne utgreiinga eit forslag til nybyrjarstilling for legar i samanheng med aktuelle helsepolitiske føringar om å styrke kommunehelsetenesta og samhandlinga mellom tenestenivå og fagfelt. Likeins ønskjer direktoratet å vurdere nybyrjarstillinga for legar i samanheng med den varsla gjennomgangen av spesialistordningane for helsepersonell og særskilt for legar.

Fordeling av legestillingar vil framleis vere nødvendig av omsyn til legedekking i distrikta og til rekrutteringssvake fagområde. Framtidas modell for nybyrjarstilling må vurderast i dette perspektivet. Arbeidstilhøva, livsvilkåra og kjønnsfordelinga for

nyutdanna legar er sterkt endra dei siste 50 åra. Framtidas modell må vere tufta på gjeldande arbeidsrett og ta omsyn til likestilling i arbeidslivet.

Det er ikkje noko skarp grense mellom det som bør lærast i grunnutdanninga og det som best kan øvast inn under vegleiing etter avslutta studium. Denne utgreiinga vurderer ikkje dagens grunnutdanning i medisin, men nokre vurderingar kan vere relevante også for utdanningsstyresmaktene og utdanningsinstitusjonane.

Gjennomgangen av nåverande turnusordning viser at det må takast stilling til fleire grunnleggjande spørsmål for å kunne presentere ein modell for framtida.

- Skal ordninga vere eit verktøy for statleg legefording, eller skal ein i staden nytte andre tilgjengelege statlege verkemiddel for å sikre legar til alle delar av landet?
- Er det etterspurnaden av turnusplassar og ikkje behova i helsetenesta avgjere kor mange legestillingar som skal opprettast?
- Skal legar framleis ha ei frittståande, obligatorisk praktisk teneste mellom grunnutdanning og arbeidsliv, eller kan ei vegleidd praktisk teneste bli ein del av spesialistutdanninga?
- Skal nybyrjarstillingar for legar framleis vere administrert av sentrale helsemyndigheiter via loddtrekning og statleg tildeling av turnusstad, eller bør ein styrke forholdet mellom arbeidsgjevar og arbeidstakar ved at dei nyutdanna legane søker stilling direkte til kommunar og helseføretak?
- Skal Staten ha plikt til å tilby alle nyutdanna legar den første jobben, og gjennom dette skaffe legar til landet i strid med norsk politikk om ikkje å trekkje helsepersonell bort frå land som sjølve treng velutdanna helsepersonell?

# Samandrag

## Bakgrunn

Turnustenesta for legar blei etablert i 1955 for å kompensere for nedkorta studietid og har heile tida hatt eit pedagogisk føremål. Etter nokre år blei legefördeling til distrikta eit politisk mål for ordninga, utan at det i alle desse åra er nedfelt i styrande dokument. Dei ulike føremåla har ikkje vore tydeleg prioriterte og er til dels motstridande. Grunngevinga for dagens turnusordning ligg bl.a. i budsjettproposisjonen for 2010:

*Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidater til selvstendighet i yrket” ... og føremålet med statlege tilskot ”er å sikre god kvalitet på tjenestene og bidra til forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene (3).*

Nokre av hovudutfordringane ved dagens ordning er:

- Vanskar med å skaffe mange og gode nok turnusplassar. Tidobling av legar sidan oppstart. Prognose viser behov for over 30 % auke fram mot 2014.
- 772 var påmelde til turnusteneste i august 2009, 191 søkjarar blei sett på venteliste til februar 2010. Ventelistene blir stadig lengre.
- Om lag 30 % søker om særordningar, t.d. særplass. Det kan uthole ordninga.
- Sentral tildeling av turnusstad etter loddtrekning svekkjer forpliktingane mellom arbeidsgjevar og arbeidstakar slik det er elles i arbeidslivet. 15% av dei påmelde fell frå før oppstart, og fleire møter ikkje fram utan gyldig grunn.
- Forventa auka arbeidsinnvandring. Talet på søkjarar med utanlandsk utdanning er mest dobla dei siste 5 år og utgjør 43% av søkerane i 2009.

Helsedirektoratet meiner at tida er inne for å føreslå ein ny modell for praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar. Utvikling av helsetenesta må ta omsyn til samfunnet si økonomiske bæreevne. Då trengst det heilskaplege ordningar for oppretting av legestillingar og kvalifisering av legar. Det er i dag talet på påmelde til turnustenesta som avgjer kor mange turnusstillingar som blir oppretta, og ikkje befolkninga eller helsetenesta sine behov for legar. Dagens ordning svekkjer dermed statleg styring av talet på legestillingar i landet. Utviklinga kan tyde på at ordninga fungerer som ei trekkraft på nyutdanna legar frå andre land og kan kome i konflikt med den politiske målsetjinga om etisk rekruttering av helsepersonell.

## Ny modell med nybyrjarstilling som del av spesialistutdanninga

Forslaget legg vekt på å styrkje den praktiske og pedagogiske oppfølginga av nyutdanna legar ved oppretting av tidsavgrensa nybyrjarstilling som teljande teneste i spesialistutdanninga. I forslaget inngår det eitt års nybyrjarstilling i spesialisthelsetenesta og eitt år i kommunehelsetenesta som del av alle spesialistutdanningane. Ved å utvide nybyrjarstillinga frå eit halvt år som i dagens turnus-teneste til eitt år kan legetenesta i kommunane styrkast og det blir større kontinuitet for pasientane. Dette er i tråd med intensjonar i Samhandlingsreforma (4).

Distriktskommunar og lokalsjukehus vil med forslaget framleis ha ei viktig rolle som opplæringsarena for nyutdanna legar i framtida.

Krav om fagleg forsvareleg legearbeid og kvalitet er vektlagt i forslaget m.a. ved å vidareutvikle dei pedagogiske verkemidla som finst i dagens turnusordning. Likeeins rår direktoratet til at det første året skal gjennomførast i sjukehus som har eit større fagleg støtteapparat rundt den nyutdanna legen enn i kommunen.

I forslaget til nybyrjarstilling er følgjande vektlagt:

- Trening i kommunikasjon og samarbeid med pasientar og pårørande
- Trening i klinisk arbeidsmåte
- Handtering av akutte tilstandar
- Samhandling, systemforståing og samarbeid med anna personell

Nybyrjarstillingar for legar kan nyttast til å gje auka kunnskap i prioriterte fagområde som t.d. førebygging, psykisk helse og rus, aldersmedisin og offentlege allmennmedisinske oppgåver. Fleire kliniske avdelingar i sjukehus kan høve for nybyrjarstillingar, t.d. avdelingar for barnesjukdommar, fødselshjelp og kvinnesjukdommar, generell kirurgi, indremedisin, ortopedisk kirurgi, psykiatri og revmatologi. I dag har slike avdelingar i helseføretaka til saman meir enn 1800 utdanningsstillingar.

Forslaget til nybyrjarstillingar bør vurderast i samband med ein eventuell ny stillingsstrukturavtale og den varsla gjennomgangen av spesialistordningane i helsetenesta. Dei to åra i nybyrjarstilling kan gå inn i ei samla utdanningsblokk som vil kunne gje større stabilitet i tilsetjingsforholdet både for legar og arbeidsgivarar. Staten kan styre legestillingane gjennom legale, økonomiske og andre verkemiddel.

### **Vanleg tilsetjing**

Dagens ordning tyder på at for mange partar har delansvar ved tilsetjing av turnuslegar. Turnustenesta er ei særordning som står på sida av dei vanlege reglar og avtalar som gjeld i arbeidslivet. Det er nødvendig å gjere tydeleg dei ordinære ansvarslinene for tilsetjing også av legar i dei første arbeidsforholda deira. Helsedirektoratet rår derfor til at nyutdanna legar søker nybyrjarstillingar direkte og at arbeidsgjevar tilset på vanleg måte. Dette vil styrke ansvaret både for arbeidstakar og arbeidsgjevar og dermed bidra til å kvalitetssikre tilsetjingsforholdet. Sentral tildeling av stilling etter loddtrekking fell bort. Staten er ikkje lenger plikta til å tilby alle nyutdanna legar som ønskjer det, eit første arbeidsforhold.

### **Økonomiske og administrative konsekvensar**

For helseføretaka tyder forslaget at dagens 900 turnusstillingar må gjerast om til legestillingar under spesialisering (LIS) etter ei nærare fordeling mellom helseføretak og dei kliniske avdelingane. Desse stillingane har Staten styring med gjennom det lovbaserte systemet for legefordeling.

Ved å utvide til eitt års nybyrjarteneste i kommunen må det etablerast 900 legeårsverk der mot dagens 450 turnusstillingar. Den auka kostanden etter dagens finansieringsordning er om lag 120 mill kroner og dekkjer m.a. oppretting av 450 nye årsverk i kommunar. Antal nybyrjarstillingar som endeleg bør opprettast, må vurderast nærare og sjåast i samanheng med den varsla gjennomgangen av

spesialistutdanningsbehovet for legar. Forslaget om 900 nybyrjarstillingar i kommunar vil bidra til å iverksetje intensjonar i Samhandlingsreforma. Ordninga vil truleg vere langt billigare enn alternative måtar å styrke legetenesta i kommunane på.

Omlegginga fører til bortfall av den statlege retten til å påleggje kommunar å opprette turnusplassar og å påleggje kandidatane å ta imot stilling på tilvist stad. I staden må Staten nytte mulighetene i eit sørge for-ansvar i ei ny helse- og omsorgslov for kommunane, finansielle verkemiddel i statsbudsjettet og føringar i kommuneøkonomiproposisjonen, eigarstyringa av helseføretaka, det lovheimla systemet for legefording, ei eventuell ny stillingsstrukturavtale for legestillingar og særskilte insentivordningar til å sikre stillingar i kommunane og distrikta.

Forslaget vil føre til ein reduksjon av arbeidsmengda til SAFH, men vil auke personaladministrativt arbeid i kommunar og helseføretak. Direktoratet rår til at det blir greidd ut nærare korleis søknadsprosedyrar og tilsetjingsarbeidet kan gjennomførast. Fylkesmennene og helseføretaka vil i forslaget ha ansvar for å vidareutvikle dei pedagogiske tiltaka som t.d. gruppebasert vegleiing og akuttmedisinske kurs mm.

Dette forslaget krev at turnusordningane for fysioterapeutar, kiropraktorar og ortopediingeniørar må vurderast på ny. Nokre av desse har dei same kapasitetsproblema som turnustenesta for legar. Det må også vurderast korleis andre nyutdanna helsepersonellgrupper kan sikrast systematisk vegleiing og oppfølging i sine første arbeidsforhold både i kommunar og helseføretak. Opplæringsansvaret til kommunar må gjerast tydeleg i ny helse- og omsorgslov og omfatte ansvar for vegleiing og oppfølging av studentar/elevlar i helse- og sosialfag, nyutdanna personell, legar under spesialisering og andre faggrupper i utdanningsstillingar.

### **Tilråding**

- Dagens turnusteneste blir avvikla og erstatta med ei toårig nybyrjarstilling, fordelt med eitt år i spesialisthelsetenesta og eitt år i kommunehelsetenesta, som del av spesialistutdanninga for legar. Arbeid i fleire ulike kliniske einingar i helseføretak kan nyttast som nybyrjarstilling til skil frå dagens turnusordning.
- Målet med nybyrjartenesta er å gjere legen i stand til å arbeide sjølvstendig på ein forsvarleg måte. Dei pedagogiske verkemidla i dagens turnusteneste blir vidareutvikla i ny modell. Distriktskommunar og lokalsjukehus vil ha ei viktig rolle som opplæringsarena for legar også i framtida.
- Ordninga styrkar arbeidsgjevar-/arbeidstakarforholdet i helseføretak og kommunar. Legen søker nybyrjarstilling direkte og arbeidsgjevar vel den som er best eigna, slik det elles er vanleg i arbeidslivet. Sentral fordeling av stillingar via loddtrekking fell bort.
- I forslaget vil det vere befolkninga og helsetenesta sine behov for legar som styrer oppretting og dimensjonering av nybyrjarstillingar, ikkje tilgangen på nyutdanna legar. Statleg styring av legemarknaden må sjåast i samheng med oppfølging av stortingsmeldinga om Samhandlingsreforma og den varsla gjennomgangen av spesialistordningane i helsetenesta.

- Regulering av legefording i Noreg vil i den nye ordninga bli teke i vare ved at nasjonale helsestyresmakter kvart år fastset tal på og fordeling av nybyrjarstillingar.
- Forslaget kostar etter dagens finansieringsordning om lag 120 mill kroner utover dagens turnusordning som i dag er om lag 160 mill kroner. Tilskotet dekkjer m.a. tilskot til helseføretak, pedagogiske tiltak i sjukehus og kommunar og oppretting av 450 nye nybyrjarstillingar i kommunar som kjem i tillegg til dei 450 turnusstillingane i dagens ordning. Ordninga vil truleg vere langt billigare enn alternative måtar å styrke legetenesta i kommunane på.
- Omlegginga til nybyrjarstillingar føreset at juridiske, økonomiske og andre styringsmessige føresetnader og avtalar er på plass ved oppstart av den nye ordninga for å sikre omsyn til distrikta og legetenester i kommunane.

## Del 1: Framtid

### 1 Føremål med praktisk teneste (turnusteneste)

I budsjettproposisjon for 2010 frå Helse- og omsorgsdepartementet heiter det om turnustenesta:

*Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrket (3).*

Målsetjinga i forskrift om praktisk teneste (turnusteneste) for å få autorisasjon som lege (1) har vore lite endra opp gjennom åra.

*Formålet med den praktiske tjenesten (turnustjenesten) er at turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring, herunder erfaring med akutte tilstander, samt tilegne seg praktisk rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirksomhet på forsvarlig måte.*

Den praktiske tenesta blei i si tid innført som kompensasjon for at studietida blei forkorta med 1 ½ år og blei sett på som eit framhald av den medisinske grunnutdanninga for å tilføre praktisk trening. Sosial- og helsedirektoratet har forklart det på denne måten (5):

*"Turnustjenesten er overgangen mellom det medisinske studium og selvstendig arbeid som lege. Tjenesten kompletterer grunnutdanningen og er obligatorisk for å oppnå autorisasjon som lege."*

Turnustenesta var frå først av eit *pedagogisk* tiltak, men turnustenesta fekk ganske tidleg også distriktpolitiske verknader som eit *legefordelingstiltak* i ei tid med legeunderskot.

Verdien av ei einskapleg praktisk teneste etter eksamen må ein sjå i samanheng med at stadig større del av legane er utdanna ved utanlandske universitet som har ulike studieordningar og varierende mengd med pasientkontakt i utdanninga.

Både politikarar, sentrale styresmakter og fagmiljøa ønskjer at den praktiske tenesta skal dekkje stadig fleire føremål. Desse forventningane kan kome i konflikt med kvarandre. Sidan det medisinske fagfeltet er i endring og blir stadig meir spesialisert, kan ein argumentere for at ei einskapleg praktiske teneste som dei fleste skal gjennom, må innehalde eit minste felles grunnlag for alle legar. Erfaring frå kommunehelsetenesta må vere ein sentral del i framtida, ikkje minst fordi mange legar som arbeider i Noreg er utdanna i land med mindre vekt på primærhelsetenesta og fordi kommunehelsetenesta skal styrkast i tråd med Samhandlingsreforma.

I denne rapporten ønskjer Helsedirektoratet å vurdere kritisk korleis nyutdanna legar kan bli kvalifiserte til sjølvstendig yrkesutøving. Det omfattar ei vurdering av

særordningar for nyutdanna legar som i dag fell utanom dei vanlege arbeidsrettslege prinsippa. Likeeins vil vurderinga også omhandle korleis det kan førast vidare eit godt pedagogisk system utan at det får uheldige verknader på varig legefördeling.

## 1.1 Pedagogisk føremål

Eit viktig føremål med den praktiske tenesta er å gi legane trening i å meistre dei ulike sidene ved legerolla mens dei arbeider stadig meir sjølvstendig og med aukande ansvar. Dei må lære å takle akutte situasjonar, skilje viktig frå uviktig, arbeide under tidspress, delta i vaktarbeid og ta viktige avgjerder under usikre omstende. Like viktig er å lære seg å samarbeide godt med pasientar og pårørande, vise respekt for pasientperspektivet og å gi plass til etisk refleksjon i arbeidet. Likeeins skal nyutdanna legar medverke til ansvarleg ressursbruk og lære å samhandle med andre delar av helse- og velferdstenesta og samarbeide med andre helsepersonellgrupper.

For dei fleste er turnustenesta det første arbeidsforholdet dei har som nyutdanna lege. Ein del av profesjonaliseringa handlar også om å få innføring til arbeidslivet og å trene på å finne plassen og rolla si i eit system med dei plikter og rettar som følgjer med stillinga. Frå å vere sluttdelen av utdanninga er turnustenesta etter kvart blitt meir og meir ei *nybyrjarstilling* i helsetenesta.

Den medisinske grunnutdanninga i Noreg tilsvarar samla 360 studiepoeng og inneheld fleire praksisperiodar gjennom studiet. Denne praksisopplæringa har ulik lengd. Ved Universitetet i Oslo utgjer praksisdelen 18 studiepoeng mot 33 studiepoeng ved dei andre fakulteta. Til samanlikning utgjer praksisdelen i bachelorutdanninga i sjukepleie 75 av totalt 180 studiepoeng (sjå tabell v2.1). Praksisopplæring blir definert av Universitets- og høgskolerådet<sup>1</sup> som den obligatoriske tida studentane er i reelle arbeidssituasjonar i yrkesfeltet og utfører profesjonsspesifikke oppgåver under vegleiing.

I medisinstudiet har praktisk pasientretta undervisning også føregått som kliniske demonstrasjonar under førelesing, pasientkontakt under individuell vegleiing og gruppebasert veketeneste på universitetssjukehusa. Omfanget av den pratiske pasientretta tenesta er styrka ved norske universitet med utplassering på lokalsjukehus og i kommunehelsetenesta i fleire veker i ulike delar av studiet.

Opphavleg var målet for norsk grunnutdanning i medisin og turnusteneste at den ferdige kandidaten skulle vere skikka for sjølvstendig arbeid i distriktskommunar og i sjukehus. Allmennpraksis har endra seg mykje sidan turnustenesta blei oppretta, og allmennmedisin er i dag ein eigen spesialitet med fem års vidareutdanning etter fullført praktisk teneste. I sjukehus er vegleiinga av legar under spesialistutdanning sett i system og blir kvalitetssikra.

Læring i den praktiske tenesta skil seg frå praksis i grunnutdanninga fordi turnuslegen arbeider meir sjølvstendig og med mykje større personleg ansvar enn under studiet. Det er ei målsetjing at den nyutdanna legen skal øve seg i vanleg legearbeid. Sosial- og helsedirektoratet har i 2005 utforma eit rundskriv (5) som

---

<sup>1</sup> Jf. tabell v2.1

utdjuper turnusforskrifta og med målbeskriving. Her er det nærare definert kva turnuslegen skal tileigne seg i dei ulike delane av tenesta. Det er utarbeidd vedlegg med sjekklister for ferdigheiter som skal gjennomgåast.

Målbeskrivinga nemner særskilt at turnuslegane skal få erfaring med akutte tilstandar. Ein del sentrale akuttmedisinske ferdigheiter bør alle legar meistre. For å sikre at alle turnuslegane får nok kunnskap om desse, har det frå 2003 vore gjennomført akuttmedisin-/legevaktkurs tidleg i kommuneturnustenesta. EØS-direktiv 2005/36/EC (6) krev tre års vegleidd teneste for å få arbeide som allmennlege med rett til trygderefusjon. Et halvt år av grunnstudiet og heile turnustenesta inngår i dei tre åra. Då blir det eitt år vegleidd teneste som må takast i tillegg. Staten refunderer utgifter til denne vegleiinga.

## **1.2 Praktisk teneste og verknadene på legefordeling**

Den praktiske tenesta er ikkje oppretta av legefordelingsomsyn. Få år etter at turnustenesta blei innført, blei tenesta likevel brukt som eit viktig helsepolitisk verktøy for å sikre legar til stader som sleit med dårleg rekruttering. Dette var særleg viktig i mange distriktskommunar og på mindre sjukehus (sjå kap. 7).

Turnustenesta har i aukande grad blitt brukt som verkemiddel for å styrke *rekrutteringssvake fagområde* i helsetenesta. Dette gjeld mellom anna til psykisk helsevern og til fagfeltet sjukeheimsmedisin. Fleire stader i landet blir det nå gitt tilbod om tredelt turnusteneste i sjukehus med fagfelte psykiatri, indremedisin og kirurgi. I kommuneturnustenesta er sjukeheimsteneste obligatorisk frå 1. januar 2010.

Det er til ei kvar tid fordelt 450 turnuslegar til kommunar og 900 til sjukehus i alle delar av landet. Dette har klår verknad på legedekkinga i landet. Det er likevel ikkje omfattande dokumentasjon for at turnustenesta åleine verkar rekrutterande slik at turnuslegane held fram som lege der dei fekk turnusplass. Kombinasjon med andre tiltak har derimot vist at det er mogeleg å stabilisere legedekkinga i distriktskommunar, jf. målretta statlege tiltak i Finnmark. Det er meir sjanse for at turnuslegar finn seg til rette i område dei elles ikkje hadde blitt kjent med, og søker seg jobb der når turnustenesta er gjennomført. Denne "lakseeffekten" har vore aktivt nytta som rekrutteringsmetode t.d. i Finnmark (sjå kap. 7.3.4).

## **1.3 Praktisk teneste som kvalitetskontroll**

Eksamenspapiret er ein dokumentasjon på legen sine *teoretiske* kunnskapar. I turnustenesta har turnuslegane ein vegleiar som gjer seg opp eit bilde av korleis dei meistrar legearbeidet i *praksis*. Mykje tyder på at denne praktiske tenesta også jamnar ut forskjellar i legars kompetansenivå, både når det gjeld kliniske ferdigheiter og meistring av legerolla: dei som er svakast i utgangspunktet, forbetrar seg mest i løpet av tenesta (7).

## **1.4 Nybyrjarstillingar for legar og andre profesjonar**

Det første året i praktisk arbeid etter endt grunnutdanning er truleg det viktigaste

steget i profesjonaliseringa for mange faggrupper. Å vere under vegleining som nyutdanna gjer prosessen lettare og kvaliteten på dei nyutdanna blir enklare å kontrollere.

Ei obligatorisk praktisk teneste etter grunnutdanninga er forskriftsfesta for fleire helsepersonellgrupper (1;8;9). Fysioterapeutar har 6 månaders teneste ved somatisk sjukehus eller spesialavdeling/spesialinstitusjon og 6 månader i kommunehelse-tenesta. Ortopediingeniørar har 2 års samanhengande praktisk teneste ved ortopedisk verkstad. Jordmorutdanninga blei frå 2004-2005 utvida frå eitt til to år der vegleidd praksis blei integrert i utdanninga. Omlegginga erstatta turnustenesta deira.

I fagmiljø og ved utdanningsinstitusjonar er overgangen frå studium til arbeidsliv ofte drøfta. Personell hevdar at overgangen kan opplevast som eit praksissjokk. Turnustenesta kan vere medverkande årsak til at legar i mindre grad enn andre helseprofesjonsgrupper opplever eit praksissjokk. Smeby og Vågan (10) meiner at sjukepleiarar ikkje er ferdige med profesjonskvalifiseringa når dei er ferdige med grunnutdanninga, men at delar av relasjonell kunnskap må utviklast etter at dei har kome ut i arbeid.

Vegleingsopplegga i nybyrjarstillinga vil vere avgjerande for i kor stor grad dei vil oppleve grensekryssinga til arbeidslivet som eit praksissjokk. Undersøkingar viser at det blir sett av lite tid til vegleining i desse stillingane (11). Legar har obligatorisk praktisk teneste, mens ansvaret for opplæring og vegleining av nyutdanna sjukepleiarar er meir tilfeldig og kan fort bli ein salderingspost i ein travel arbeidskvardag. Smeby og Vågan stiller derfor spørsmål om det også bør innførast turnusteneste for sjukepleiarar.

Tannhelsefeltet er utgreidd i NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet* mellom anna på bakgrunn av at mange fylkeskommunar hadde så mange ledige tannlegestillingar (12). Hovudforslaget i utgreiinga var at den offentlig finansierte tannhelsetenesta måtte styrkast og rettast mot grupper med særleg behov for tannhelsetenester. Utgreiinga gjekk inn for turnusteneste for tannlegar, både fordi dette ville gi tannlegane betre fagleg kvalitet og fordi eit slikt tiltak kunne gi betre geografisk fordeling av tannlegar. I Stortingsmelding nr 35 (2006-2007) (13) gjekk regjeringa ikkje inn for eitt års turnusteneste for nyutdanna tannlegar, først og fremst fordi det ikkje var nødvendig for faglege kvalifikasjonar, men også fordi ei slik turnusteneste ville føre til omfattande økonomiske og administrative konsekvensar. Regjeringa vedtok i staden å utvide praksis i tannlegestudiet med ein praksisperiode i den offentlege tannhelsetenesta i løpet av dei to siste åra i studiet.

Lærarutdanning og -yrket er utgreidd i Stortingsmelding nr 11 (2008-2009) (14). Nye lærarar må balansere mellom det daglege ansvaret for elevane si læring og ønsket om å prøve ut yrket i samsvar med ideala sine, og det er særleg i denne fasen læraren utviklar sin profesjonelle identitet (15). Meldinga viser også til ei forskningsoversikt som UNESCO har utarbeidd (16), som peikar på at ein må sjå på det første året i læreryrket som eit læreår i forlenging av utdanninga, og at det er stor fare for at lærarane utviklar lite høvelege metodar for å meistre kvardagen dersom dei ikkje får skikkeleg vegleining. Kunnskapsdepartementet (KD) meiner vegleining er så viktig at alle nyutdanna lærarar skal ha tilbod om dette. Det blir også vurdert å innføre krav om sertifisering/autorisasjon for nye lærarar som ei vidareføring av

vegleiinga. Fleire land har sertifiseringsordningar for lærarar eller er i ferd med å innføre det.

I NOU 2009:8 *Kompetanseutvikling i barnevernet* (17) blir det føreslått å innføre eit års "turnusteneste" for nyutdanna barnevernspedagogar og sosionomar innan barnevernsarbeid.

Denne utgreiinga drøftar ikkje om medisinsk grunnutddanning bør utvidast ved å leggje inn meir praksisstudiar og såleis kunne avvike dagens praktiske teneste på dette viset. Lengda til norsk grunnutddanning til samanlikning med andre land talar m.a. i mot ei slik utviding (jf. avsnitt 10.5).

Dei seinare åra har dei medisinske utdanningsinstitusjonane i Noreg utvida omfanget av praksisnær undervisning som omfattar kontakt med pasientar både i kommunar og ved mindre sjukehus. Denne utviklinga bør førast vidare i åra som kjem og følgje opp intensjonane i Samhandlingsreforma (4).

## 2 Utfordringar

### 2.1 Kvalitet og kapasitetsutfordringar

I dagens turnusteneste på 18 månader er det ei sentral utfordring å skaffe nok vegleiingskapasitet og relevante pasientsituasjonar. Frå 2003 til 2009 vart det etablert om lag 40 nye turnusplassar kvart år<sup>2</sup>. I 2010 er det dimensjonert for 900 turnusplassar i sjukehus og 450 plassar i kommunar.

I 2014 vil den ventande auken av nordmenn som studerer i utlandet krevje 130-140 fleire turnusplassar enn i 2010. I tillegg kjem dei utanlandske statsborgarane med utdanning frå andre EØS/EU-land som melder seg på norsk turnusteneste, i 2009 var dette truleg om lag 370-390 personar, og ein 50% årleg vekst i åra 2006-2009 tyder på at denne etterspurnaden vil auke dei neste åra. Med dagens turnusordning er det derfor rimeleg å rekne med eit samla behov for minst 300 nye turnusplassar fram til 2014, dersom etterspurnaden frå utanlandske statsborgarar blir halvert.

Det er ønskjeleg å få eit velfungerande vegleiingsmiljø både i sjukehus og kommunar. Både ressurseffektivisering og krav til fagleg innhald gjer at vegleiingsfeltet bør sjåast som ein heilskap. God vegleiing av nyutdanna legar er viktig for å sikre god fagleg kvalitet av arbeidet.

Utviklinga dei komande åra vil krevje meir vegleiing til legar, både som resultat av auka behov for spesialistutdanningar og for å kvalifisere legar til å arbeide som allmennlege med rett til trygderefusjon. Auken av behovet kan føre til at framtidens turnuslegar får problem med å få den vegleiinga som trengst.

Det kan også bli større etterspurnad etter turnusplassar dersom ein utvidar utdanningskapasiteten av legar innanlands slik Helsedirektoratet tidlegare har føreslått. Kapasiteten for vegleiing av turnuslegar kan såleis bli sett under sterkt press.

#### 2.1.1 Vegleiingskapasitet i sjukehus

Sosial- og helsedirektoratet si turnusutgreiing frå 2003 opplyser at *”..turnusleger klager over mangel på ”pasientsituasjoner” (...som) skyldes det store antall assistentleger, turnusleger og studenter i praksis, som alle har behov for opplæring i praktisk pasientbehandling”*. (18)

Hausten 2007 var det 3.547 årsverk for legar i spesialisering (LiS). 80% av desse stillingane var i sjukehus som også hadde stillingar for turnuslegar. Både gruppene har krav på systematisk vegleiing som del av kvalifiseringa.

---

<sup>2</sup> Sjå tabell 6.5.

I Legeforeninga si nasjonale evaluering av turnustenenesta i 2007 og 2008 (19) vurderte turnuslegar at kvaliteten på den praktiske tenesta var betre på sjukehus dess større andel turnuslegane var av heile gruppa som skulle ha vegleiing, jf tabell 2.1. Dette var uavhengig av kor stor andel av legane på sjukehuset som alt i alt skulle ha vegleiing. Det kan såleis sjå ut som om sjukehusa prioriterer vegleiing til turnuslegar lågare enn til LiS.

**Tabell 2.1: Turnuslegars vurdering av sjukehusturnus ved dei 50 sjukehusa som hadde turnuslegar hausten 2007: legeårsverk og andel av desse som fekk vegleiing** (etter data frå Legeforeninga si nasjonale evaluering 2006, 2007, 2008, Helsedirektoratet 2009, SAFH 2009 og SINTEF 2009).

|                                                                     | Alle lege-<br>årsverk | Andel med<br>vegleiing (%) | turnuslegedelen av alle<br>med vegleiing (%) |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------------------------|
| Alle 50 sjukehus med turnuslegar                                    | 8.709                 | 42,9                       | 27,6                                         |
| 12 sjukehus over gjennomsnittet                                     | 1652                  | 38,5                       | 19,6                                         |
| 10 sjukehus over gjennomsnittet<br>(Aker og Ullevål ikkje medrekna) | 442                   | 43,0                       | 48,0                                         |
| 28 sjukehus vurderte som gjennomsnittlege                           | 3.009                 | 43,5                       | 26,6                                         |
| 10 sjukehus under gjennomsnittet                                    | 3.354                 | 44,2                       | 17,9                                         |

### **2.1.2 Vegleingskapasitet i kommunehelsetenenesta**

I 2007 hadde kommunehelsetenenesta om lag 4.400 legeårsverk. 3.890 av desse årsverka var fastlegar, 56 % av dei var spesialistar i allmennmedisin. I perioden 2002-06 var det årleg om lag 100 nye spesialistgodkjenningar i allmennmedisin, men dette har auka til om lag 180 for perioden 2007-2009. I IS-1652 (20) om utviklingsstrategi for legetenenester i kommunane har Helsedirektoratet vurdert eit behov for 2000 fleire kommunale legeårsverk fram til 2015. Dei fleste av desse vil ha behov for spesialistutdanning i allmennmedisin.

Vegleiing av turnuslegar skal skje i vanleg arbeidstid, som dagleg supervisjon i klinisk arbeid og som strukturerte vegleingssamtalar. Det er ikkje sett krav til vegleiarutdanning for fastlegar som har vegleiaransvar for turnuslegar. Gjennom avtalefesting har fastlegar krav på kommunal deltidsstilling i 3 timar pr veke til vegleiing av turnuslege.

Turnuslegar i kommuneturnus får også strukturert gruppevegleriing, med 5-9 turnuslegar i kvar gruppe og 3 samlingar pr halvår. Dette blir gitt av erfarne allmennlegar i deltidsstillingar som turnusvegleriarar hos fylkesmennene. Erfaringar med gruppebasert vegleriing i kommunehelsetenenesta dei siste ti åra og frå utprøvingar i sjukehus har vist at gruppevegleriing gir god læring i å meistre ulike sider ved legerolla og bør styrkast.

Steinert (2008) har vurdert behovet for legeårsverk til vegleriing av turnuslegar i kommunehelsetenenesta (21). Han meiner at vegleriinga frå fastlegane bør aukast frå 3 til 4 timar pr veke og at gruppevegleriinga frå fylkesmennene bør aukast frå 3 til 4 møte pr halvår.

I dagens situasjon ser det ikkje ut til at dei ulike vegleiingsordningane kjem i konflikt med kvarandre. Framover blir det viktig med ei løpande vurdering av kor stor kapasitet legar i kommunehelsetenesta kan ha for vegleiingsarbeid i tillegg til andre arbeidsoppgåver.

### **2.1.3    *Nok erfaring med pasientsituasjonar***

Nyutdanna legar vil i dei første arbeidsforholda sine ha behov for å trene opp grunnleggjande ferdigheiter som alle leger bør meistre og meir generelle kliniske ferdigheiter og arbeidsmåtar som kan øvast opp ved ulike erfaringsgrunnlag. Vegleiing vil gje støtte til å generalisere ut frå erfaringar og bli fortrulege med overføringsverdien mellom ulike kliniske situasjonar.

Turnuslegar erfarer at nokre arbeidsstader har vanskar med å skaffe dei nyutdanna legane tilstrekkeleg øving og erfaring med praktiske ferdigheitene i pasientsituasjonar. Dette kan til ei viss grad kompenseras med strukturerte hospiteringar, for eksempel på akuttmottak, ved andre sjukehus eller gjennom trening på simuleringslaboratorium.

Gjennom klinisk arbeid må nyutdanna legar få erfaring med å undersøkje pasientar, stille ein førebels diagnose og utarbeide ein plan for vidare utgreiing og behandling. Ein del av desse erfaringane bør dei få under tidspress og usikkerheit. Legane bør også få erfaring med å følgje pasientar gjennom heile sjukehusopphaldet og å planleggje utskrivning og vidare oppfølging i samarbeid med kommunehelsetenesta. Samarbeid med pasientar, pårørande og samarbeidspartar ved utarbeiding av individuell plan er ein del av dette.

Kvalitet og kvantitet i turnustenenesta kan kome i motstrid dersom ein legg til grunn at all erfaringslæring i turnustenenesta skal oppstå spontant, og at turnuslegane automatisk vil møte alle dei rette utfordringane i det daglege arbeidet sitt. Ein kan ta vare på både kvalitet og kvantitet med å strukturere erfaringstilgangen betre.

### **2.1.4    *Kunnskap om norsk språk***

Legar må kunne kommunisere på norsk med pasientar, pårørande og samarbeidspartar. Dette er eit vilkår for å kunne opptre fagleg forsvarleg slik helselovgjevinga krev. Arbeidsgjevar har eit ansvar for å sikre at språkleg kompetanse er på plass.

Alle nyutdanna legar med utdanning frå land i EØS-området kan søkje om norsk turnusteneneste. Også legar utdanna utanom EØS-området skal gjennomføre turnusteneneste for å få norsk autorisasjon. I 2009 var 43 % av søkjarar til norske turnusplassar utdanna i andre land, fleire med anna morsmål enn norsk. Meldingar frå arbeidsgjevarar tyder på at nokre nytilsette legar kan ha mangelfulle kunnskapar i norsk språk. Ved søknad til norsk turnusplass er det eit krav at ikkje-nordiske søkjarar kan dokumentere gode nok kunnskapar om norsk språk. Styresmaktene stiller krav om at kunnskapsnivået tilsvarar Bergenstesten.

Tilbakemeldingar bl.a. frå tillitsvald for medisinarstudentar ved Universitetet i Bergen (22) og frå turnusplassar kan tyde på at kravet i dagens språktestar ikkje godt nok fangar opp om norskkunnskapen som trengst for å yte forsvarleg helsehjelp. Arbeidsgjevarar kan dermed risikere å seie opp nyttilsette turnuslegar i turnusperioden og risikerer å stå utan lege fram til neste fordeling av turnusplassar. Tilbakemeldingar tyder på at problemet er aukande. Ei forventa større arbeidsinnvandring vil gjere denne utfordringa endå meir tydeleg.

## **2.2 Kvalifiseringsutfordring**

Den praktiske tenesta for legar er i dag eit frittståande fenomen mellom grunnutdanning og vidare spesialisering. Dette var ei tenleg ordning ved oppstarten av turnustenesta på 50-talet, men i dag bør tenesta vurderast som del av eit samla kvalifiseringsløp.

### **2.2.1 I forhold til grunnutdanninga i medisin**

Turnusteneste for legar blei i si tid innført for å kompensere for avkorting av studietida, og var meint som ein overgang frå grunnstudiet til sjølvstendig legearbeid. Norsk medisinsk grunnutdanning varer 6 år, og har innbakt praksisstudiar som varierer i lengd frå 12-24 veker ved dei ulike universiteta. Dette skal gi studentane tidleg innblikk i klinisk kvardag. Det meste av praksisstudiane er lagt til sjukehusavdelingar. Medisinsk fakultet, NTNU, opplyser at den praksisnære undervisninga har blitt styrka med utplassering på lokalsjukehus og i primærhelsetenesta (23). Ved NTNU er medisinstudentane utplasserte på eit legesenter i kommunen ein halv dag annakvar veke dei to første studieåra for å lære om kommunikasjon og samhandling. Fakulteta opplever at kostnadene ved å nytte allmennmedisinsk praksis som opplæringsarena ikkje er avklara og tilpassa dei rammene som i dag finst for utdanningssektoren.

Stortingsmelding om Samhandlingsreforma (4) legg vekt på å styrke allmennlegetenesta og førebyggjande helsearbeid. I framtida vil auka del av stillingane for yngre legar vere i kommunehelsetenesta og ikkje i sjukehus. Det er ei utfordring å spegle dette betre av i grunnutdanninga i medisin.

### **2.2.2 I forhold til spesialistreglane**

Dagens turnusteneste er ikkje meritterande til nokon legespesialitet. Ein lege får sjeldan fast tilsetting i sjukehus utan å ha spesialistgodkjenning. I Helsedirektoratet sin utviklingsstrategi (20) for legetenesta i kommunane blir det føreslått at det også bør bli slik for fastlegestillingar i kommunehelsetenesta. Dersom alle legar skal ha turnusteneste og nesten alle på noko sikt skal ha ein spesialitet, vil det vere naturleg å sjå turnusteneste og spesialisering i ein heilskap.

### 2.2.3 I forhold til utdanningsstillinger i allmennmedisin

I 1990 hadde kommunehelsetenesta 34,5% av samla legeårsverk, men i 2006 var denne andelen redusert til 27,9%. Internasjonale samanlikningar av industrialiserte land har vist lågare dødelegheit og mindre helseskilnader der primærhelsetenesta var sterkare (24).

Samhandlingsreforma (4) vil leggje til rette for at veksten i legetenester dei komande åra i hovudsak skal kome i kommunane, for å *"imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid for prioriterte pasientgrupper og en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver"*. Helsedirektoratet sin rapport IS-1652 (20) antydar eit behov for 2000 fleire kommunale legeårsverk fram til 2015. I snitt blir dette om lag 285 nye legeårsverk til kommunehelsetenesta kvart år. Helse-direktoratet meiner det er viktig å auke delen av fastlegar som er spesialist i allmennmedisin og grunn til å vurdere om alle legar som har fastlegeavtale med kommunen, bør ha denne kompetansen.

Thorsen og Steinert (25) føreslår at det blir starta eit prøveprosjekt med fastlønna utdanningsstillinger i allmennmedisin. Desse bør vere både i byar og distriktskommunar, men med overvekt i distrikta. Dette vil sikre nok legar til distrikta og god læring fordi god allmennmedisin vanlegvis har større faglege utfordringar i utkantstrok. Stillingane bør vere fastlønna, og ha minst like gode vilkår som for LiS i sjukehus. Dei bør innehalde eit strukturert utdanningsprogram som omfattar obligatoriske kurs og 12 månaders sideutdanning i relevante spesialitetar, men bør også gi plass til forskning. To års gruppevegleiing bør stå sentralt i programmet, og i tillegg bør legen alltid ha ein praksisvegleiar. Dei føreslår å starte ei forsøksordning med 100 fastlønna utdanningsstillinger som eit første steg.

Forslaget er i tråd med framlegga i direktoratet sin turnusrapport av 15.03.2008 (2) . Det må leggjast betre til rette for at nyutdanna legar får høve til å starte eit kvalifiseringsløp direkte inn i allmennmedisin utan dei store etablerings-kostnadene som kjøp av fastlegepraksis krev.

I Samhandlingsmeldinga (4) under kap. 8.6.1 *Finansiering av fastlegeordningen* heiter det mellom anna:

*Ordninga med næringsdrivende som eier av egen praksis fungerer godt. Man bør likevel i større grad legge til rette for at allmennleger kan ha fast lønn med muligheter for å konvertere til næringsdrift der kommune og lege er enige om det. Dette kan for eksempel være aktuelt for begynnerstillinger og kan lette rekrutteringen til nye fastlegehjemler.*

### 2.3 Utfordringar for legefording

Det er eit overordna statleg ansvar å sikre ei rimeleg fagleg og geografisk fordeling av legetenester. Turnustenesta er blitt eit viktig verktøy for legefording. Turnusplassane, både i sjukehus og særleg i kommunar, er skeivfordelte i favør av utkantstrok og små kommunar. Ein sideeffekt av dette har vore at mange nyutdanna legar gjennom turnustenesta er blitt kjende med livet i delar av landet dei elles aldri ville ha søkt stilling i.

Erfaringar frå gruppebasert vegleiing av turnuslegar i rekrutteringssvake område i perioden då fastlegeordninga blei innført, tyder også på at turnustenesta kan rekruttere til område som har særlege behov for arbeidskraft. Tilbod om gruppevegleiing og tilrettelegging av faglege nettverk for turnuslegar har skapt interesse for arbeid i kommunehelsetenesta. Gruppevegleiinga gir støtte til å meistre arbeidet i desentrale kommunar. Dette har bidratt til rekruttering til allmennpraksis i Finnmark siste åra (26).

Ei mengd internasjonal erfaringar m.a. samla gjennom WHO's program med *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention* (27) viser tydeleg at overproduksjon av legar ikkje er nok til å fylle opp stillingar i utkantar og innan rekrutteringssvake spesialitetar. Det er nødvendig med aktive tiltak som trekkjer legane til desse stillingane.

Samhandlingsreforma vil krevje mange nye legeårsverk i kommunane, både i sentrale og perifere strok. Ut frå tidlegare erfaringar kan ein frykte at dei sentrale stillingane vil bli dekte først og bidra til ei auka skeivfordeling geografisk. Då fastlegeordninga vart innført, vart ei slik utvikling dempa av medviten rekruttering av legar til utkantane etter endt turnusteneste.

Minst like sterke verkemiddel vil krevjast for å lukkast med Samhandlingsreforma. Dersom nåverande turnusteneste skal endrast eller avviklast, må framtidens ordning for nyutdanna legar bidra til å styrke kommunehelsetenesta og sikre kvalifiserte legar til alle delar av landet. Dette kan t.d. gjerast ved å stille krav til alle som tar spesialistutdanning om å ha arbeidserfaring under vegleiing frå kommunehelsetenesta. Distriktskommunar vil dermed kunne få ei viktig rolle som opplæringsarena for alle nyutdanna legar. Ei slik endring må sjåast i samanheng med den planlagde gjennomgangen av spesialistutdanning av legar (28) og gjennomføring av Samhandlingsreforma.

Interkommunalt samarbeid slik Senjalegen (29) er døme på, vil vere eit verkemiddel for å sikre fagmiljø og god tilgang på vegleiing og dermed vere god utdanningsstad for spesialisering og for vegleidd nybyrjarstilling. I St. meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen (4) er det mellom anna sagt om samarbeid for god rekruttering:

*En mulig vei å gå for å betre rekrutteringen til legestillinger i kommunene er at kommunene samarbeider. Dette har eksempelvis kommunene Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik gjort gjennom Senjalegen. "Senjalegen" er et nyopprettet samarbeidsprosjekt mellom disse nevnte kommuner hvor målsettingen er å gi befolkninga i kommunene stabile og gode legetjenester gjennom økt interkommunalt samarbeid og økt satsing på veiledning og utdanning av unge leger.*

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) gir råd om omfang og fördeling av nye stillingsheimlar for legar i spesialisthelsetenesta. Helse- og omsorgsdepartementet vedtok i 2008 etter råd frå NR og Helsedirektoratet å redusere tildeling av nye legestillingar til sjukehus og i staden prioritere kommunehelsetenesta. Dette rådet er følgt opp i 2009 og 2010.

## **2.4           Arbeidsrettslege utfordringar**

### **2.4.1        Arbeidsgjevarrolla**

Den praktiske tenesta (turnustenesta) er formelt eit arbeidsforhold som er regulert av arbeidsmiljølova (30) og turnusforskrifta(1), men som har pedagogiske krav knytt til ordninga. Dersom den praktiske tenesta var del av grunnutdanninga i medisin og dermed heimla i Universitets- og høgskolelova, ville kandidatane misse stillingsvernet mm. som ligg i arbeidsmiljølovgevinga. Helsestyresmaktene ville ikkje lenger ha direkte kontroll over denne delen av kvalifiseringa av legar som nå er heimla i helselovgevinga.

Prinsipielt bør arbeidsgjevaransvaret liggje så nær arbeidsstaden som mulig og hos den som er administrativt ansvarleg for arbeidet. Arbeidsgjevar har også tilretteleggingsplikta og ansvar for forsvarleg drift. Det er problematisk at fordelinga av søkjarar til turnusplassane ikkje blir gjort gjennom vanleg søknadsprosedyrar for tilsetjing i arbeidslivet. Med dagens ordning kan ikkje arbeidsgjevar få vurdert om arbeidstakar er skikka for stillinga, slik det er elles i arbeidslivet. Det er Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) som fordeler søkjarane til turnusstillingane. Sentral fordeling av turnusplassar bidrar til at turnusstillingar ikkje blir samordna med regelverket for det vanlege arbeidslivet fullt ut.

SAFH har til kvar tid 10-12 underkjenningssaker til behandling der gjennomføring av turnustenesta av ulike grunnar ikkje er godkjente. Av sakene ser ein at betre utveljingsprosessar før tildeling av turnusplass stundom kunne ha løyst sakene på eit tidlegare stadium. Ein slik "kvalitetskontroll ved inntak" er ei viktig utfordring for framtida.

### **2.4.2        Likestillingsomsyn i turnustenesta**

Då turnustenesta blei innført, var nesten alle turnuslegar menn. I februar 2009 var 62 % av turnuslegane på sjukehus og 64 % av medisinstudentane i Tromsø kvinner. Mange blir gravide eller har ansvar for småbarn i denne perioden. Oftast ønskjer begge personane som lever i eit parforhold å vere yrkesaktive samstundes. Dette gjer det særleg utfordrande å skulle skifte bustad inntil tre gonger på mindre enn to år. Det er stilt spørsmål om turnustenesta som system er likestillingsfiendtleg og slår særleg uheldig ut for kvinner. Ordninga med å kunne få tildelt særplass er eit middel m.a. for å sikre individuelle omsyn betre.

Turnusforskrifta (1) §§ 7 og 8 gir gravide kandidatar rett til å søkje om utsetjing av turnustenesta, men § 9 gir dei ikkje rett til særplass, og dette medfører mykje problem. Ofte må dei flytte frå ektefelle/sambuar fordi denne ikkje kan flytte frå arbeidet sitt og samtidig finne ei løysing med barnet for å kunne få fullført den praktiske tenesta. Den eine sida av dette er det økonomiske, med dobbelt hushald og at ein kjem seinare ut i lønna arbeid. Det andre er at familiar blir delte, med dei konsekvensane dette gir for samvær med felles barn. Eineforeldre får særplass. Dette gir studentaktivistar eit argument ved å vise til at nyutdanna legar bør ta ut skilsmisse for å få høveleg turnusplass, og at slik kan det ikkje vere. På andre sida kan det haldast fram at turnuslegane har visst om

turnusordninga heilt frå dei starta på medisinstudiet og har hatt høve til å planlegge med omsyn til dette.

Likestillings- og diskrimineringsombodet har i fleire turnussaker tatt denne problemstillinga opp med SAFH og Helsedirektoratet, og vist til at direkte eller indirekte forskjellsbehandling ikkje er lovleg etter likestillingslovas (31) § 3:

- Direkte forskjellsbehandling er handlingar som set ei kvinne i ei dårlegare stilling enn ho elles ville ha vore, mellom anna på grunn av svangerskap eller fødsel. Av forarbeida til likestillingslova gjeld dette også amming, samt utnytting av rettar som bare gjeld det eine kjønnet (jf Ot.prp. nr 77 (2000-2001) s. 36) (32).
- Indirekte forskjellsbehandling er alle handlingar som ser ut til å vere kjønnsnøytrale men som i praksis stiller det eine kjønnet dårlegare enn det andre.

Likestillings- og diskrimineringsombodet har peika på at i spørsmålet om turnusforskrifta fører til forskjellsbehandling av kvinner og menn, så er det ikkje avgjerande om dei har like rettar etter lova, men om rettane i praksis fører til forskjellsbehandling.

## 3 Helsepolitiske satsingar

### 3.1 Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma blei lagt fram som stortingsmelding 19. juni 2009 (4). Målet er å tilby helsetenester nærare der pasienten bur. Dette tyder at oppgåver skal flyttast frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta, og at innbyggjarane skal få tilbod om fleire helsetenester lokalt. Det gjeld både førebyggjande helsearbeid, behandling og oppfølging av kronisk sjuke og eldre. Konkret skisserer meldinga viktige vurderingar som gjeld:

- Pasientrolle og pasientforløp
- Ny kommunerolle i framtida
- Førebyggingsarbeidet skal styrkjast
- Betre legetenester i kommunane
- Etablering av økonomiske insentiv
- Spesialisthelsetenesta – oppgåvene i framtida
- Særskilte utfordringar for den samiske befolkninga
- Behov for kompetent helsepersonell
- IKT i helsesektoren
- Krav til leiing og organisering

Alle desse punkta vedkjem på ein eller annan måte turnustenesta for legar. I denne samanhengen vil direktoratet peike på at det skal leggjast sterkare vekt på førebygging og støtte til eigenmeistring for pasientane, med større satsing på tidleg intervensjon og lågterskeltilbod.

Veksten i helsetenesta skal i størst mogeleg grad kome i kommunane, mellom anna som:

- Kommunale meistrings- og læringssentra
- Tverrfaglege team med fokus på kroniske lidningar
- Behandling av pasientar før, etter og i staden for sjukehusinnlegging
- Tilbod for pasientar med funksjonsvikt av ymse slag som kroniske smerter, menneske i siste fase av livet, komplikasjonar ved KOLS, infeksjonar, ernæringsvikt, medikanmentjustering, behandling til menneske med psykiske lidningar, etterbehandling og rehabilitering
- Tilsetjing av fleire psykologar

Organiseringa av tilboda vil krevje meir omfattande legeteneste i kommunane, og det vil vere naturleg at kommunane satsar på samarbeid i såkalla lokal-medisinske sentra.

Samhandlingsreforma vil bli eit tidsskifte. Det faglege omfanget av dei kommunale tenestene vil bli endra om nokre år. Dette vil påverke framtidas

stillinger for nyutdanna legar. Den medisinske grunnutdanninga må også vurderast og eventuelt endrast i tråd med desse helsepolitiske endringane.

Frå 1. januar 2010 er turnusforskrifta for legar endra med presisering av at turnustenesta i kommunane også skal omfatte allmennmedisinske offentlege legeoppgåver som arbeid i sjukeheim eller anna buform med heildøgns omsorg og pleie (33). I framtida kan det også bli aktuelt å godkjenne teneste i einingar for observasjon, etterbehandling og palliativ behandling, teneste i lokalmedisinske sentra der det skal satsast på tverrfaglige samarbeidsformer mellom allmennlegar og andre faggrupper eller i andre kommunale deltenester. Ei oppgåve for interkommunalt samarbeid vil vere å drifte ambulante team for å sikre nok kompetanse på ulike fagområde. I kommuneturnustida bør turnuslegen få kunnskap om arbeidet i desse teama.

Framtidas ordning for nyutdanna legar må vere med i dei vurderingane som skal danne grunnlaget for den varsla nye nasjonale helse- og omsorgsplanen, og vurderast i samanheng med fastlegeordninga og eit breiare fagleg spekter i allmennlegetenesta. Denne tenesta har fått brei omtale i eit eige kapittel i Samhandlingsmeldinga, der det er sagt generelt om legetenestene:

*For å sikre at legeressursene anvendes til de prioriterte områdene, er det nødvendig å knytte fastlegene tettere styringsmessig til kommunen. Det er også nødvendig at det blir stilt funksjonskrav- og kvalitetskrav til fastlegene knyttet til innbyggerne på deres liste.*

Hovudutfordringa for allmennlegetenesta er kapasitetsvanskar av ulike slag. Samhandlingsmeldinga viser til rapporten *Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene* frå det dåverande Sosial- og helsedirektoratet (20) der det er vurdert at det trengst å auke kapasiteten i allmennlegetenesta med om lag 50%. Ein slik nettoauke på ca. 2.000 legeårsverk vil seie ca. 285 nye legeårsverk kvart år fram til 2015. Desse må stort sett bli rekrutterte frå nyutdanna legar.

Meldinga opplyser:

*Regjeringen vil legge til rette for at veksten i legetjenesten i hovedsak kommer i kommunene, bl.a. gjennom en streng regulering av nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten. I følge Helsedirektoratet vil Norge de nærmeste tre til fire årene ha en årlig netto tilgang på omlag 600 leger til helsetjenesten. Dette muliggjør en god rekruttering til nye stillinger/fastlegehjemler i kommunehelsetjenesten.*

Ein slik auke krev ein gjennomgang av forskrifter og sentralt avtaleverk, der ein også ser nærare på finansieringa. Samhandlingsreforma tek derfor sikte på:

*En helhetlig gjennomgang av finansieringssystemet for fastlegevirksomhet og de allmennmedisinske offentlige legeoppgaver. En slik gjennomgang vil omfatte dagens finansieringsordning, forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og basistilskudd, og økt finansieringsansvar for kommunene.*

Ein slik gjennomgang må vurdere korleis finansieringssystemet kan sikre nye legetenester i kommunane. Her må ein også vurdere løysingar på problem knytt til etablering av utdanningsstillingar for spesialistar i allmennmedisin, jf. utgreiing frå Thorsen og Steinert i 2008 om dette (25).

Legeforeninga har i 2009 (34) drøfta desse problema og meiner at:

- *Det bør opprettes utdanningshjemler der det er mulig å oppnå et godt læringsmiljø.*
- *Det bør være fleksibilitet med hensyn på deltidsstillinger, delelister med en erfaren fastlege, og mulighet for å kombinere fastlegearbeid med forskning.*
- *Det må brukes økonomiske virkemidler for å gi større grad av forutsigbarhet i etableringsfasen for fastleger i nye hjemler.*

### 3.2 Omsorgsplan 2015

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) *Mestring, mulighet og mening* (35) er regjeringa sin strategi for omsorgstenesta dei komande åra. Omsorgsplanen viser fem strategiske område for tiltak:

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

Under strategien samhandling og medisinsk oppfølging meiner regjeringa at legetenesta i sjukeheimar må styrkast med minst 50 % fram til 2010. Som ei oppfølging av nasjonal helsepolitikk fekk kommunane i 2007 i oppdrag å fastsetje ei lokal norm for legedekking i sjukeheimar. Denne vurderinga viste udekte behov på i alt 111 legeårsverk.

Turnusforskrifta for legar er no endra, slik at den frå 1. januar 2010 også stiller krav til teneste i sjukeheimar. Stortingsmeldinga viser også til at departementet har bede dei medisinske fakulteta om å styrke aldersmedisin generelt og sjukeheimsmedisin spesielt.

Omsorgsplan 2015 føreset også at det i åra fram til 2015 blir bygd 12.000 nye sjukeheimsplassar og omsorgsbustader med heildøgns omsorg. Dette vil gi behov for fleire enn dei 111 legeårsverka. Behovet kan også bli påverka av endra kvalitetskrav eller oppgåver, t.d. som følgje av endringar i ansvars- og oppgåvefordelinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta slik Samhandlingsreforma legg opp til.

I Omsorgsmeldinga blir det også vist til at regjeringa vil forsterke utviklinga i legedekkinga i kommunehelsetenesta, og sikre at dette fører til ei styrking av det medisinske tilbodet til dei som brukar omsorgstenester, både i sjukeheimar, omsorgsbustader og heimesjukepleie.

Helsedirektoratet sin rapport IS-1652 (20) i 2008 viser til at det har vore for liten auke i talet på fastlegeheimlar, sett på bakgrunn av utvida arbeidsområde og oppgåver og mangelfull rekruttering av fastlegar til utkantstrok.

Direktoratet sin rapport om legetenester til personar med kommunale omsorgstenester utanom institusjon (36) viser at fastlegane har utfordringar både når det gjeld oppfølging av brukarar utanfor institusjon og til samhandling med heimetenestene og spesialisthelsetenesta.

I kommuneturnus skal turnuslegen få kjennskap til heile ansvars- og arbeidsområdet til kommunehelsetenesta. Dei skal også få kunnskap om rutiner for samhandling mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta. Dette skal m.a. gi turnuslegen auka kompetanse i aldersmedisin, både ved teneste på sjukeheim og ved å samarbeide med personell i dei kommunale omsorgstenestene. Med veksten av eldre i åra frametter vil denne kompetansen vere nødvendig same kva spesialitet legen sidan tek.

### **3.3 Opptappingsplan for rusfeltet (37)**

Legar møter rusproblem i alle deler av verksemda si og treng auka kompetanse på dette feltet. Dette gjeld særleg for allmennlegetenesta, innan psykisk helsevern og i akuttmedisinske avdelingar. Nyare forskning har gitt ei breiare forståing av utviklinga av avhengigheit og dei nevrobiologiske mekanismene som held ved like rusmiddelbruken. Å forstå utviklinga av rusmiddelavhengigheit i eit bio-psyko-sosialt perspektiv ser ut til å vere ein føresetnad for god behandling.

Innføring av Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har gitt legar eit større ansvar for oppfølging av rusmiddelavhengige, både i kommune- og spesialisthelsetenesta. Bruken av vanedannande legemiddel er også eit område som ein må sjå i eit avhengighetsperspektiv.

Med rusreforma fekk dei regionale helseføretaka ansvar for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Dette har lagt grunnlaget for ei meir heilskapleg tilnærming til pasientar med rusmiddelproblem. Integrert behandling (samtidig behandling av rus-, psykiske- og somatiske lidningar) blir rekna som gullstandard og krev sterkare medverknad frå legar, både i og utanfor rusfeltet. Evaluering av rusreforma (38) så langt viser at tenestene til pasientar med rusmiddelavhengigheit har fått styrka helsefagleg kompetanse. Det er ei aukande forståing for at dette er eit eige fagfelt som krev særskilt kompetanse. Legeforeninga føreslo i juni 2009 å opprette ein eigen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Saka var drøfta i Nasjonalt råd for legespesialistutdanning og legefördeling (NR) i februar 2009. I vedtaket blei det rådd til å setje i verk tiltak for å styrke kompetansen blant legar i rus- og avhengighetsmedisin. Det blei også bedt om at ny sak om spesialitet eller kompetanseområde i dette fagfeltet skulle leggjast fram for NR.

Opptappingsplanen for rusfeltet har eit særleg fokus på styrking av forskning og kompetanseheving. Praktisk erfaring gjennom turnustenesta er ein viktig del av dette. I kommuneturnus får turnuslegen møte heile breidda av rusproblematikk,

særleg menneske med alkoholproblem og brukarar av vanedannande legemiddel, men også pasientar som misbrukar illegale rusmiddel eller er under LAR-behandling.

Det er stor samanheng mellom psykiske lidningar og rusmiddelavhengigheit. Betre kunnskap om dette er eit vilkår for god behandling, både i primær- og spesialisthelsetenesta. I somatisk spesialisthelseteneste vil turnuslegen særleg møte denne problematikken i samband med akuttinnleggingar og ved turnusteneste i psykiatriske institusjonar.

### 3.4 Psykisk helse

Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) (39) førte i tiårs perioden fram til 2008 til ei kraftig oppbygging av det psykiske helsetilbodet i landet.

Bakgrunnen for planen var kunnskapen om at psykiske lidningar er vanlege, og at tenestene til pasientane var for dårleg utbygde, hadde for liten kapasitet og for dårleg kvalitet. Planen skisserte styrking og omstrukturering av tenestene til eit meir desentralisert og differensiert tenestetilbod med meir kvalitet og samanheng i tenestene, og ein kraftig oppbygging i kommunane. Planen fokuserte på nære og tilgjengelege tenester, tidleg hjelp, auka kompetanse, mindre tvang, meir brukarmedverknad, mindre stigmatisering og betre hjelp til barn og unge.

Desse endringane gjer at turnuslegane har store behov for kjennskap både til behandling av psykiske lidningar, psykisk helsearbeid i kommunane og psykisk helsevern i spesialisthelsetenesta.

Psykiske lidningar er utbreidde. Stortingsmelding 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet* (40) refererer til kartleggingar i norske lokalsamfunn som viser at 15-20 % har psykiske lidningar i mildare eller alvorleg grad. Mange vil ha bruk for hjelp frå fastlege, det kommunale psykiske helsearbeidet, andre kommunale tenester eller frå spesialisthelsetenesta.

Psykiske vanskar og lidningar står for kvar tiande konsultasjon hos fastlege. Denne diagnosegruppa er den fjerde vanlegaste årsaka til kontakt med fastlegar, etter muskel/skjelett-, hjarte/kar- og luftvegsproblem, og står 13 % av kostnadene i fastlegepraksis (41). Derfor vil turnuslegar møte mange pasientane som har erfaring med psykiske vanskar, anten for sin eigen del eller som pårørande.

I åra framover vil mange turnuslegar etablere seg som fastlegar etter endt praktisk teneste. Kompetanse i psykisk helsefeltet vere avgjerande for kor god hjelp dei kan gi pasientar med psykiske problem. Stadig fleire legar vel spesialistutdanning i psykiatri.

Praktisk teneste i psykisk helsevern har sidan 1998 vore nytta på sjukehus med tredelt turnusteneste. Tilbakemeldingar frå turnuslegane som har hatt dette, meiner at tenesta ga dei verdfull erfaring.

I perioden for Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) har det vore ei prioritert oppgåve å etablere distriktpsykiatriske senter. Desse skal fylle lokalsjukehusfunksjonar. I 2009 var det etablert 75 DPS som inneheld

poliklinikkar, ambulante team og døgnavdelingar. Nokre av desse har vanskar med å rekruttere nok spesialistar i psykiatri. Det har vore ei vanleg forståing at arbeidet i psykiatriske poliklinikkar krev meir spesialisert kunnskap enn det ein nyutdanna lege kan gje. Poliklinikkar har derfor vore rekna som mindre eigna som turnusstad enn døgnavdelingar i eit DPS.

I dag kan DPS-døgnavdelingar også vere aktuelle som turnusplass. På sikt kan ein tenkje seg at fleire nyutdanna legar vil kunne få praktisk erfaring og opplæring i allmennpsykiatri ved teneste på DPS. Det kan også vere aktuelt med teneste i alderspsykiatriske avdelingar, både fordi det blir stadig fleire eldre, og fordi det er ønskjeleg å styrke det geriatriske fagfeltet i turnustenesta.

Sjølv om fagfeltet psykisk helsearbeid ikkje er nemnt eksplisitt i kommunehelse-tenestelova eller sosialtenestelova, er menneske med psykiske lidingar i kommunene omfatta av lovverket. Psykisk helsearbeid i kommunane blir i dag utført blant anna av psykiatriske sjukepleiarar og anna høgskoleutdanna personell med vidareutdanning, psykologar, fastlegar, tilsette i helsestasjons- og skolehelsetenesta, NAV, mv.

Gode læresituasjonar for turnuslegar finst i robuste tverrfaglege fagmiljø som samarbeider om å hjelpe pasienten. Slike miljø kan også finnast i kommunar. Mellom 80-90 % av kommunane har etablert eigne einingar for psykisk helsearbeid, og mange av desse omfattar også kommunalt rusarbeid. Turnuslegar i kommunar bør søkje råd og samarbeide tett med fagfolka i desse fageiningane.

Helsedirektoratet har sett i gang tiltak for å rekruttere psykologar til kommunane. Målet er å styrke den faglege breidda og kvaliteten i den kommunale helse- og sosialtenesta. Psykologar i kommunane rettar arbeidet sitt delvis mot primærførebygging, delvis mot oppgåver som vegleiing og kunnskapsformidling, og delvis mot direkte klientarbeid. Differensialdiagnostikk er ein sentral del av arbeidet. Behandlingstilbodet rettar seg mot barn, ungdom, vaksne og eldre med psykiske problem eller lidingar.

Det er lagt statlege føringar om at psykologar i kommunane bør etablere eit tett og nært samarbeid med andre personellgrupper som fastlegane, psykiatriske sjukepleiarar og andre personellgrupper med vidareutdanning i psykisk helsearbeid. Det kan vere aktuelt for turnuslegen å få vegleiing frå kommunepsykologen, eventuelt saman med anna personell i det psykiske helsearbeidet. Kunnskap om normal- og skeivutvikling og kunnskap om kva som kan gje god utvikling er viktige bidrag for å styrke kompetansen til etablerte personellgrupper i kommunane.

## 4 Forslag for framtida

### 4.1 Innleiing

Dagens turnusteneste blir utfordra av ulike omsyn; kapasitet mot kvalitet, tilbodsstyrt mot behovsstyrt vekst i legestillingar, valfridom mot styrt legefordeling, utdanning mot arbeidsforhold, særordningar mot fellesløysingar, plikter mot rettar og samfunnsinteresser mot eigeninteresser. Utfordringa vil vere å kunne einast om kva som er dei viktigaste måla og peike på alternative løysingar og verkemiddel for å nå desse måla.

Stortinget vedtok i juni 2009 ei endring av helsepersonellova slik at delegasjonen til yrkesorganisasjonar om å godkjenne spesialistar er trekt tilbake. I samband med vedtaket ba Stortinget om at det skal leggjast fram ei eiga sak om organisering og vilkår for den framtidige ordninga med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialistar i helsevesenet. Helsedirektoratet har i 2010 fått i oppdrag gjennom tildelingsbrevet (42) å vurdere struktur og innhald i spesialistutdanning for legar som ledd i den større utgreiinga. Spesialiteten allmennmedisin skal vurderast særskilt. Dette arbeidet må sjåast i samanheng med forslaga i Samhandlingsreforma, og med forslaget frå Helsedirektoratet om å styrke kommunane med om lag 2000 nye legeårsverk (20).

Gjennomgangen gir eit unikt høve til å vurdere dagens turnusteneste i lys av behovet for endringar av medisinsk grunnutdanning med meir vekt på primærhelseteneste og i samanheng med spesialistutdanning av legar.

Den omfattande gjennomgangen av dagens turnusordning som er grundig omtala i del II i rapporten, syner at det er behov for nytenking og endring av ordninga. I punkta under vil vi leggje vekt på nokre utvalde forhold, før vi presenterer forslaget til ny modell; Nybyrjarstilling som del av spesialistutdanning for legar. Modellen blir også drøfta opp mot dagens ordning og tidlegare forslag frå Helsedirektoratet i mars 2008 om tre års vegleidd teneste.

### 4.2 Statleg styring ved oppretting av legestillingar

Dagens rettighetsfesta ordning er heimla i turnusforskrifta<sup>3</sup> og inneber at Staten har ei plikt til å sikre alle kandidatar ein turnusplass. Det gjeld også søkjarar med utdanning frå andre EØS-land. Dersom dagens ordning blir ført vidare, vil ventelistene truleg bli lengre. Staten kan påleggje dei regionale helseføretaka og kommunane å opprette turnusplassar for å tilby plass til alle som søker om det. Prognosar fram mot 2014 viser eit behov for minst 300 nye turnusplassar.

---

<sup>3</sup> Forskrift 2001-12-20 nr 1549 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege (1), § 11. Pålegg om mottak av turnusleger. SHdir kan om nødvendig pålegge det enkelte regionale helseforetak og den enkelte kommune å motta turnusleger til praktisk tjeneste, jf. shl § 3-5 og khl § 6-1.

Våren 2009 hadde bare 57% av turnuslegane utdanning frå norske universitet og 5% var utdanna i land utanfor EØS-området. I 20-årsperioden fram til 2009 auka talet på norske legestudentar i utlandet frå 300 til 2383 basert på tall frå Statens lånekasse, altså ei åttedobling. Talet på turnuslegar med utanlandsk utdanning har i 5-årsperioden 2004-09 auka frå 401 til 720, over halvparten av desse med utenlandsk statsborgarskap. I løpet av dei siste 14 åra fram til 2009 har talet på turnusplassar i sjukehus auka frå 325 til 895, nesten ei tredobling.

I dagens ordning blir det oppretta turnusplassar i kommunar og helseføretak for alle som har krav på turnusstilling. Det er dermed tilgangen på turnuslegar som avgjer kor mange stillingar som til ei kvar tid blir oppretta, og ikkje helsetenesta sine behov. Dette svekkjer den overordna politiske styringa over kor mange legestillingar som bør opprettast til ei kvar tid. Den statlege styringa av antal nybyrjarstillingar for legar må ta omsyn til befolkningsmessige, distriktpolitiske og faglege vurderingar og behov.

Noreg er blant dei landa i verda med flest legar i forhold til innbyggjartalet og med størst offentlege utgifter per innbyggjar til helsetenester (43). Talet på legestillingar må sikre ei berekraftig utvikling av helsetenesta.

#### **4.3 Endring i legemarknaden – frå underskot til overskot**

Turnusordninga blei oppretta i ein periode med låg legedekking i landet og utvikla seg i ein periode med store problem med å skaffe nok legar til distrikta. Frå 1999 blei det innført eit lovbasert statleg legefördelingssystem<sup>4</sup> som regulerer oppretting av legestillingar og fördeling av desse. Dei regionale helseføretaka blir tildelt årlege kvotar for legeheimlar. Kommunane søkjer Helsedirektoratet om legeheimlar etter uttale frå fylkesmannen. Turnuslegestillingane inngår ikkje i dagens lovbaserte legefördelingssystem.

I ein situasjon med overskot i legemarknaden vil det vere lettare å få søkjarar til legestillingar i distrikta. Prognosar etter referansealternativet i HELSEMOD 2008 viser eit lite legeoverskot i nesten heile perioden fram til 2030 (44).

#### **4.4 Ansvarleggjering av partane i eit tilsetjingsforhold**

I dagens ordning får dei som melder seg på turnusteneste, tildelt tilfeldige trekkingsnummer som fastset rekkjefølgja for å velje turnusplass. Alle har same sjansen til å få høg grad av valmuligheit. Dei uheldige som får eit dårleg trekkingsnummer, vil få færre eller ingen turnusplassar å velje mellom. Konsekvensen er ventelister, slik at nokre søkjarar må vente til neste trekkingsrunde. Denne ordninga gir kandidatane ein avgrensa valfridom.

Ein slik måte å inngå eit arbeidsforhold på er ikkje den beste for å forplikte arbeidstakaren. Om lag 15% av søkjarane til turnusteneste fell frå før tenesta startar. Nokre av dei som uteblir ved turnusstart har gyldig grunn, men ikkje alle.

Arbeidsgjevarane kan ikkje sjølve velje kven av kandidatane dei vil tilsetje og har

---

<sup>4</sup> Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefördeling

ingen valfridom. Det er rimeleg at ein arbeidsgjevar vil kjenne seg meir forplikta når arbeidsgjevar sjølv har ansvaret for kven han tilset.

For turnuslegar gjeld særskilte arbeidsrettslege reglar. Særordningar inneber t.d. at sentrale helsestyresmakter avgjer permisjonssøknader etter eit særskilt regelverk. Ordningen er både byråkratisk og uoversiktleg. Dagens ordning set grenser både for arbeidsgjevar og arbeidstakar.

#### **4.5 Dagens system - ei ordning med svekka legitimitet**

Turnusordninga er eit system for fordeling etter loddtrekking. Det kan som unnatak bli gitt særplass<sup>5</sup> etter eit fastsett regelverk. Nær 30% av turnuslegane meiner likevel at dei har gode grunnar til å søkje om særplass eller få annan særbehandling.

Nesten 2/3-del av medisinarstudentane er i dag kvinner. Likestillings- og diskrimineringsombodet (45) har hatt innvendingar på praktiseringa av turnusordninga ut frå føresegner i likestillings- og diskrimineringslova. Slike motseiande omsyn i regelverket vil truleg auke med stadig fleire kvinner blant nyutdanna legar.

#### **4.6 Legedekking i kommunehelsetenesta og i distrikta**

Turnustenesta var ikkje meint som eit legefordelingsverktøy, men har vist seg å vere viktig for å få legar til distrikta. Omsynet til distrikta må stå sentralt i framtidens ordning for nyutdanna legar, og det må nyttast andre statlege verkemiddel og positive stimuleringstiltak. Dette kan vere generelle verkemiddel som alt er i bruk, som t.d. skattereduksjon, nedskriving av studiegjeld, tilbod om bustad og barnehageplass. Særskilte ordningar kan nyttast for å sikre at den nyutdanna legen søkjer si første nybyrjarstilling i lokalsjukehus og distriktskommune.

Det er ikkje godt dokumentert at fordelingssystemet med loddtrekking og sentral fordeling av turnusplassar har varig rekrutterande effekt for legar til distrikta. Andre stabiliserande tiltak i distrikta retta mot turnuslegar kan derimot gi noko verknad. Tilrettelegging av gruppevegleiing, ulike kurs og fagleg nettverksbygging gjennom dagens turnusordning har skapt interesse for arbeid i kommunehelsetenesta og såleis stimulert til rekruttering. Slike ordningar må difor førast vidare med statlege tilskot.

Det er grunn til å reise spørsmål om det i framtida skal vere dei nyutdanna turnuslegane som skal vere det fremste verkemiddelet for legedekking i distrikts-Noreg. Dei skiftar kvart halvår og er lite stabile for pasientane. Nokre meiner at dette er ei betre ordning enn vikarordningar med skifte kvar sjette veke, slik nokre kommunar gjer.

I Samhandlingsreforma (4) er det føreslått å styrke kommunehelsetenesta slik at fleire menneske får tidleg hjelp og unngår omfattande og kostnadskrevande

---

<sup>5</sup> Særplass tyder at turnuslegen kan utføre teneste på ein fastsett stad, jf. § 9 i turnusforskrifta (1).

forløp av sjukdom. Då trengst fleire legar til kommunane med betre stabilitet enn i dag.

Helsedirektoratet føreslår at dagens turnusstillingar bør erstattast av nybyrjarstillingar for legar. Nybyrjarstillingane i kommunane bør bli eittårige og vere obligatorisk del av spesialistutdanningane både i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin og i alle sjukehusbaserte spesialitetar. På denne måten vil kommunane få ei meir stabil legedekking og meir stabilt fagmiljø. Eit mål er å auke interessa for kommunalt legearbeid og distriktsmedisin etter mange år med eit sjukehusdominert medisinstudium og å styrke rekrutteringa til spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin.

#### **4.7 Rekruttering av legar**

Det grunnleggjande prinsippet i EØS-avtalen (46) om fri arbeidsmarknad gir legar utdanna i EØS-land den same retten til å søkje norsk praktisk teneste (turnusteneste) som legar utdanna i Noreg, uavhengig av statsborgarskap. Dette er fordi norsk turnusteneste er definert som eit arbeidsforhold, ikkje som utdanning. Erfaringar dei siste åra viser at denne ordninga er svært gunstig for nyutdanna legar frå land med langt dårlegare arbeids- og lønsvilkår. Dette kan undergrave norsk politikk om etisk rekruttering av helsepersonell.

Helsedirektoratet sin rapport *En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell* frå 2007 (47) peikar på at straumen av helsepersonell frå fattige til rike land ikkje bare undergrev avgjevarlanda sitt helsesystem, men kan bli sett på som at fattige land subsidierer utdanning av leger til Noreg. Den auka søkjemengda til turnustenesta dei siste åra skuldast i hovudsak auka arbeidsinnvandring av legar som er utdanna ved ulike lærestader i Europa.

Arbeidsgjevar har ansvar for å vurdere om turnuslegen har nødvendig kunnskap om norsk språk og kjennskap til forholda i norsk helseteneste. I dag er det SAFH som administrerer turnusordninga. Derfor kan arbeidsgjevar først vurdere om turnuslegen er eigna etter at vedkomande har starta tenesta si.

I 2009 var 43% av søkjarane til norsk turnusplass utdanna i utlandet. Desse treng kunnskap om korleis den norske helsetenesta er organisert med ansvars- og oppgåvefordeling. Etter tilleggskravforskrifta (48) er det krav om kurs i nasjonale fag, mellom anna for legar som er utdanna utenfor EØS-området.

#### **4.8 Fagleg forsvarleg legearbeid**

Legar arbeider ofte under stort press og knappe tidsrammer. Dei gjer val som kan få alvorlege konsekvensar for liv og helse til andre menneske. Det er sett krav til legar om å utføre fagleg forsvarleg arbeid i tråd med § 4 i helsepersonellova (49) på lik line som for andre helsepersonellgrupper.

Helsetenesta set krav til helsepersonell om å kunne arbeide sjølvstendig og samstundes å kunne samarbeide med andre faggrupper. Viktige avgjerder blir ofte tekne i samråd mellom fleire. For legen er det naudsynt å kjenne både eigne

og andre sine faglege grenser og kvalifikasjonar for å finne gode faglege løysingar.

Behovet for å styrke og kvalifisere nyutdanna helsearbeidarar gjennom vegleiing, opplæring og særskilt oppfølging gjeld mange personellgrupper. Systematisk vegleiing av nyutdanna er eit av fleire tiltak for å utvikle kvaliteten i helsetenesta.

Auka mobilitet av arbeidskrafta, ikkje minst innan EØS-området, gjer nyutdanna legar til ei stadig meir heterogen gruppe med omsyn til utdanningsbakgrunn. Fagleg og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar er nødvendige tiltak for å sikre kvalitet på legetenesta. Ei tilrettelagt ordning for nyutdanna legar må vurderast i samanheng med behovet for tilsvarande ordningar for anna nyutdanna helsepersonell.

Helsedirektoratet rår til at nyutdanna legar og andre helsepersonellgrupper blir sikra fagleg og pedagogisk oppfølging med systematisk vegleiing i dei første arbeidsforholda sine. Det må vurderast om opplæringsansvaret er heimla godt nok i helsetenestelovene, og sikre i den varsla helse- og omsorgslova for kommunane at opplæringsansvaret bli like tydelege som i spesialisthelsetenestelova.

#### **4.9 Modellar til drøfting**

Dagens turnusordning er prega av å skulle dekkje mange føremål, nokre forskriftsfesta og andre ikkje. Framtidas modell må byggje på prioriteringar mellom dei ulike føremåla. Grunnleggjande mål for nybyrjarstillingane er å bidra til at den nyutdanna kjenner seg trygg og kompetent i rolla som lege, gjer forsvarleg legearbeid og ser arbeidet sitt i større samfunnsmessig samanheng. Helsedirektoratet vil leggje vekt på følgjande føremål for framtidas nybyrjarstillingar:

1. Trening i kommunikasjon og samarbeid med pasientar og pårørande. Dette er generelle ferdigheiter som ikkje vil vere avhengige av kvar tenesta føregår. Tilsynssaker viser at sviktande kommunikasjon mellom pasient/pårørande og lege ligg bak ei rekkje klager og misnøye.
2. Trening i klinisk arbeidsmåte. Gjennom studiet har legane fått innføring i kliniske arbeidsmåtar, men det er svært ulikt kor mykje praktisk trening dei har fått. Som nyutdanna treng dei å øve seg i sjølvstendig arbeid under aukande grad av ansvar og under vegleiing for å sikre god og forsvarleg behandling av pasientane.
3. Handtering av akutte tilstandar. Ein lege må trene på å skilje viktig frå uviktig, vurdere hastegrad og å ta avgjerder under tidspress og usikkerheit. Ein må utvikle evne til rask intervensjon der det trengst. Slik trening får ein m.a. i akuttmottak og i vaktteneste i sjukehus og ved legevaktsteneste i kommunar.
4. Samhandling, systemforståing og samarbeid med anna personell. Auka spesialisering og funksjonsdeling i helsetenesta krev god samhandling mellom ulike forvaltningsnivå, instansar og ulike personellgrupper. Nye

behandlingsformer krev tverrfagleg tilnærming. Oppgåver som før låg i sjukehus, skal i framtida løysast i kommunar. Kjennskap til regelverk, forvaltning, oppbygging av helsetenestene og samhandlingskompetanse blir stadig viktigare.

Nybyrjarstillingar for legar kan nyttast til å gje auka kunnskap om og fagleg interesse for prioriterte område av helsetenesta som t.d. psykisk helse, rusarbeid og aldersmedisin. Profesjonen har lagt vekt på at den praktiske tenesta skal gi trening i ei rekkje konkrete medisinske prosedyrar. Auka spesialisering av helsetenesta set klare grenser for kor omfattande slik læring kan vere i ei nybyrjarstilling. Ferdigheiter må lærast gjennom mange år med klinisk erfaring og ved spesialisering. Noko kan lærast i ferdigheitslaboratorium og ved komprimerte kurs som dagens akuttmedisinske kurs i kommuneturnustenesta er døme på.

I tråd med den statlege utgreiingsinstruksen frå Fornyings- og administrasjonsdepartementet (50) må minst ein av dei føreslåtte nye modellane vere kostnadsmessig på nivå med eller lågare enn dagens modell for turnusteneste. Nedanfor vil vi presentere tre modellar. Det er bare modell 4.9.2 *Dagens modell redusert til eitt års vegleidd teneste* som vil koste mindre enn nåverande ordning.

Den føreslåtte modellen blir truleg billigare enn andre måtar å auke antal legeårsverk i kommunane. Til samanlikning må ein rekna med aukande statlege utgifter for å opprette nye turnusplassar for den veksande køen av legar som melder seg til turnusordninga. Alt i 2010 kan det være behov for å auke frå 900 til 1000 turnusplassar for å hindre meir enn seks månaders venting før turnusstart.

For alle tre modellane gjeld desse punkta:

- Dei økonomiske vurderingane av modellane er gjort ut frå kostnads- og kapasitetstal for 2009, då dei samla statlege utgiftene til administrasjon og overføringar for turnustenesta til ca 900 turnuslegar var om lag 160 mill. kroner, som vist i modell 4.9.2<sup>6</sup>. Større årskull og eventuell standardauke vil auke kostnadene. Kostnader for helseføretak, kommunar og folketrygda er ikkje medrekna.

Fordelinga av plassar kan for modellane 4.9.2 og 4.9.3 gjerast:

- sentralisert av SAFH, som i dag,
- delvis sentralisert: SAFH fordeler kandidatane på dei fire regionane for å sikre eit visst distriktsomsyn (jfr. dansk modell, kapittel 10.2), og det regionale helseføretaket og fylkesmennene samarbeider om vidare fordeling i sin region. Dette vil i utgangspunktet bety desentralisering av den same arbeidsmengda, men mindre homogen saksbehandling. Ikkje alle helseregionar har same tilgang på særplassar<sup>7</sup>.
- utan fordeling: kandidatane må sjølve søkje stilling, som for modell 4.9.1.

---

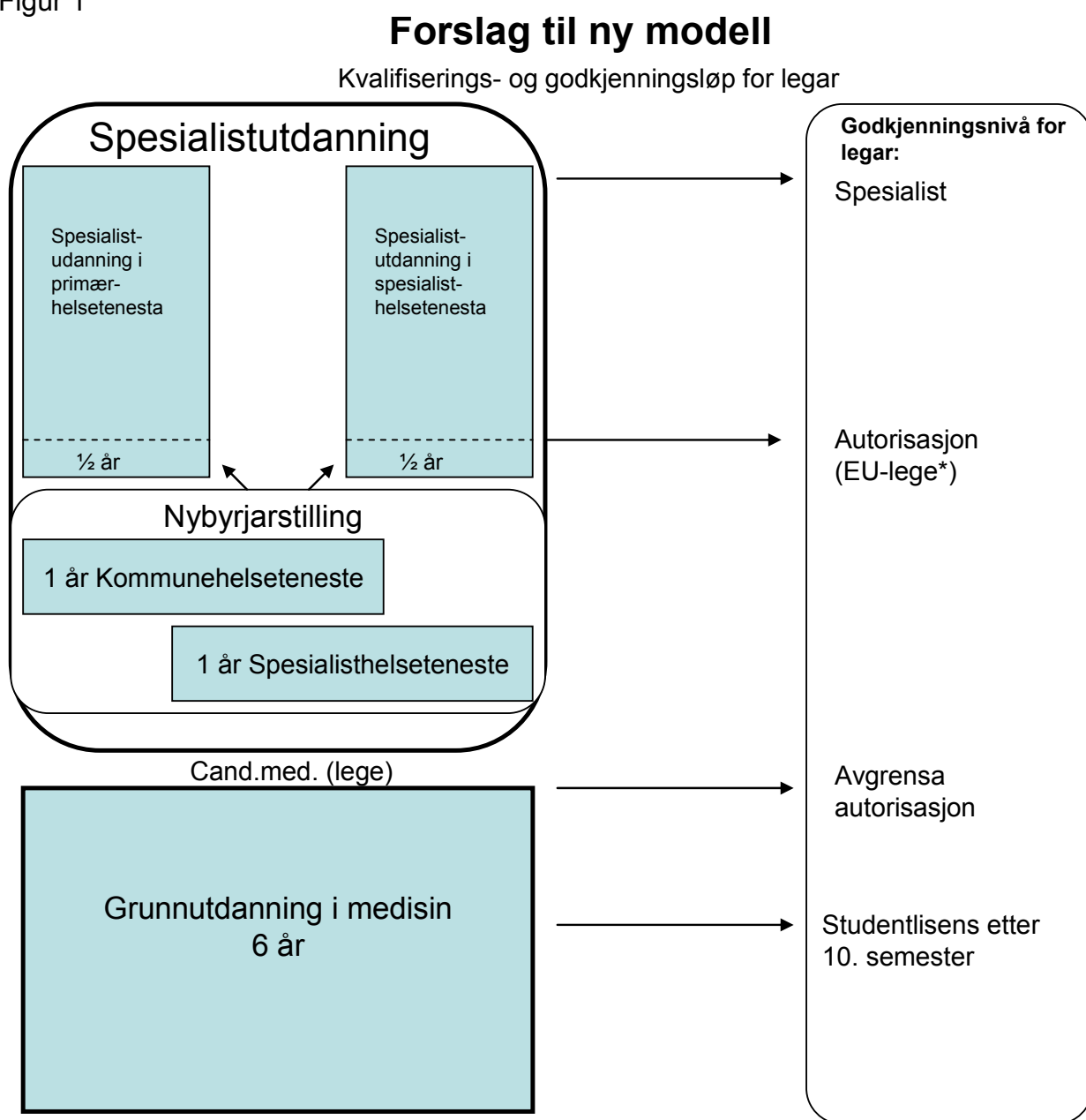
<sup>6</sup> Jf. punkt 7.5.2.

<sup>7</sup> Jf. tabell v1.2.

#### 4.9.1 Nybyrjarstilling som del av spesialistutdanning

Modellen inneber at dagens turnusordning blir erstatta av ein modell med vegleidd nybyrjarstillingar som del av spesialistutdanninga av legar. Direktoratet føreslår å opprette eit fastsett tal på nybyrjarstillingar i helseføretak og i kommunar som byggjer på dei vurderte og planlagde behova for legespesialistar i helsetenesta framover. Forslaget med nybyrjarstilling omfattar også legar som vil kvalifisere seg til EU-lege, men som ikkje ønskjer å gjennomføre eit heilt spesialiseringssløp. Modellen under viser kvalifiserings- og godkjenningssløpet i forslaget.

Figur 1



\*Eit halvt år av norsk grunnutdanning går til fråtrekk i EØS-kravet om 3 års vegleidd teneste for å kunne arbeide som almennlege med rett til trygderefusjon. I tillegg vil 2 års nybyrjarstilling og eit halvt år vegleidd teneste i eller utanom spesialistutdanning gi autorisasjon som EU-lege.

I forslaget inngår det eitt års nybyrjarteneste i spesialisthelsetenesta og eitt år i kommunehelsetenesta som del av alle spesialistutdanningane og kvalifisering som EU-lege. Distriktskommunar og lokalsjukehus vil dermed også i framtida ha ei viktig rolle som opplæringsarena for nyutdanna legar.

Forslaget må sjåast i samanheng med sørge-for-ansvaret til helseføretaka og kommunane og med Stortingets anmodningsvedtak om gjennomgang av spesialistordningane for helsevesenet, jf. Innst.O.nr.122 (2008-2009) (51). Som del av gjennomføring av Samhandlingsreforma vil forslaget styrke kommunehelsetenesta ved å stille krav om eitt års nybyrjarteneste i kommunar for alle som tar spesialistutdanning. Forslaget legg opp til fleire nybyrjarstillingar i kommunane i tråd med intensjonane i Samhandlingsreforma om større vekt på førebygging og offentlege allmennmedisinske oppgåver.

Det kan vere aktuelt at legar i framtida søker nybyrjarstilling som går inn i ein samla utdanningspakke eller -blokk for den valde spesialiteten. Fastlagde "blokkar" vil truleg kunne gje større stabilitet og plan for tilsetjingsforholdet og vil kome i møte dei sosiale behova mange yngre legar har i etableringsfasen. Slike endringar må ein sjå i samanheng med ei eventuell ny avtale om stillingsstruktur for legar.

Dersom endringane fører til større grad av planlagte spesialiseringsløp, kan dette på sikt føre til mindre personaladministrativt arbeid ved tilsetjing av legar.

I den nye modellen søker legane direkte på ledige nybyrjarstillingar. Vanlege tilsetjingsreglar vil gjelde. Ei slik endring inneber ei meir tydeleg ansvarsdeling i tilsetjingsforholdet for nyutdanna legar. Arbeidsgjevar kan på vanleg måte vurdere søkjarar ut frå kven ein meiner høver best i nybyrjarstillinga.

Forslaget vil føre til ein reduksjon av arbeidsmengda til SAFH, men vil auke personaladministrativt arbeid i kommunar og helseføretak. Direktoratet rår til at det blir greidd ut nærare korleis søknadsprosedyrar og tilsetjingsarbeidet skal organiserast og gjennomførast. Det kan t.d. vere aktuelt å vurdere om søknadsprosedyren i det svenske AT-systemet kan nyttast som modell og tilpassast norsk forvaltningsstruktur, sjå nærare omtalt i avsnitt 10.1.

I dag er gjennomsnittleg alder ved godkjenning som spesialist ca 41 år, og det går i snitt 8 år for menn og 9 år for kvinner frå autorisasjon til spesialistgodkjenning (52). Det er eit politisk mål å korte ned denne tida. Forslaget om nybyrjarstilling som ein del av spesialistutdanninga vil samla sett gje ei kortare spesialiseringssleng enn dagens ordning med obligatorisk turnusteneste før spesialistutdanninga. Ei slik omlegging vil føre til Helsedirektoratet si godkjenning av utdanningsinstitusjonar kan sjåast i samanheng med oppretting av legeheimlar.

#### Pedagogisk innhald

I forslaget vil arbeidserfaring etter nærare spesifiserte retningslinjer både i kommune og sjukehus vere eit krav i alle spesialitetsutdanningane. Ordninga er innført i fleire land der ein, etter studiet eventuelt via ein nasjonal eksamen går

direkte over i spesialistutdanninga. Helsedirektoratet føreslår at alle spesialistutdanningskandidatane startar i nybyrjarstilling i spesialisthelsetenesta før dei går vidare til nybyrjarstilling i kommunehelsetenesta. Her vil den nyutdanna få tettast oppfølging av kollegaer og anna personell. Rekkefølgja kan eventuelt endrast dersom det blir større endringar i arbeidsfordelinga mellom sjukehus og kommunar, t.d. ved etablering av distriktsmedisinske senter.

Denne modellen inneber at dei pedagogiske verkemidla som i dag ligg i turnustenesta, blir vidareførte og utvikla i modellen for nybyrjarstillingar. Dei gode erfaringane med gruppevegleiing i kommuneturnus og forsøka i sjukehusturnus bør vidareførast og samordnast med vegleiing av legar i spesialistutdanningar. Likeeins vil det vere behov for å vidareføre kurstillboda frå fylkesmennene som rettar seg mot kommunehelsetenesta og utvikle nye som er tilpassa nybyrjarstillingar i spesialisthelsetenesta, t.d. akuttkurs og kurs i ulike kliniske prosedyrar.

Nybyrjarstillingar må kunne opprettast innan fleire kliniske fagområde i spesialisthelsetenesta enn i dag. Det må vurdertast nærare kva hovudspesialitetar som er mest aktuelle. Fleire kliniske avdelingar i sjukehus kan vere eigna for nybyrjarstillingar t.d. avdelingar for barnesjukdommar, fødselshjelp, kvinnesjukdommar, generell kirurgi, indremedisin, ortopedisk kirurgi, psykiatri og revmatologi. I dag har slike avdelingar til saman meir enn 1800 utdanningsstillingar.

Sjukehusstillingane bør som hovudregel vere plasserte i samband med lokalsjukehusfunksjonane for å få større fagleg utbytte og læring enn i høgt spesialiserte sjukehusavdelingar. I dagens turnusteneste utgjer turnuslegane ei viktig arbeidskraft for å sikre døgnbemanna legeteneste ved mindre sjukehus. Fråfallet av turnusstillingar må derfor erstattast med legeheimlar i tråd med vurderte behov for nybyrjarstillingar.

I kommunehelsetenesta bør nybyrjarstillingar i større grad enn dagens turnusteneste gje høve til å delta i offentlege allmennmedisinske oppgåver. Dette kan omfatte oppsøkjande arbeid og arbeid i tverrfaglege team som t.d. i førebyggjande helsearbeid, psykisk helsearbeid, rusarbeid, rehabilitering, aldersmedisin eller i omsorgstenesta.

Profesjonen har sjølv lagt stor vekt på at den praktiske tenesta skal gi trening i konkrete medisinske prosedyrar. Auka spesialisering av helsetenesta set i praksis grenser for kor omfattande slik læring kan vere i ei nybyrjarstilling. Ferdigheiter må lærast gjennom mange år med klinisk erfaring og ved spesialisering. Viktige ferdigheiter kan også øvast gjennom komprimerte kurs. Dagens akuttmedisinske kurs i turnustenesta i kommunane er eit døme på dette.

#### Ulike godkjeningsnivå for legar under kvalifisering

Medisinstudentar har rett til å få studentlisens frå 10. semester og kan då arbeide under vegleiing. Vanleg titel er stud. med. eller medisinarstudent. I dag får den nyutdanna legen turnuslisens for å kunne gjennomføre turnustenesta, og kan då kalle seg lege. Godkjend turnusteneste gir rett til autorisasjon som lege. Denne autorisasjonen gir rett til sjølvstendig yrkespraksis, men ikkje rett til trygderefusjon

for pasientbehandling i allmennpraksis (6). I kapittel 8 er desse godkjenningsnivåa omtala meir inngåande.

Helsedirektoratet føreslår at den nyutdanna legen får avgrensa autorisasjon i perioden med vegleidd nybyrjarstilling i spesialisthelsetenesta og kommune, og at omgrepet turnuslisens utgår. Autorisasjonen er avgrensa både i tid og i yrkesutøving. Dette tyder at den nyutdanna legen i denne perioden må arbeide under vegleiing.

Kvalifisering gjennom nybyrjarstillingar blir del av eit samla kvalifiseringsløp. Det fører fram til spesialistgodkjenning og/eller godkjenning som EU-lege (allmennlege som arbeider sjølvstendig med rett til trygderefusjon). Dei som avsluttar kvalifiseringsløpet etter den obligatoriske perioden med nybyrjarstilling og ikkje går vidare med spesialistutdanning, må som hovudregel på eige initiativ skaffe seg ei vegleidd stilling for minimum eit halvt år for å få godkjenning som EU-lege.

Helsedirektoratet meiner primært at legen bør få autorisasjon utan avgrensing når EU-kravet er nådd. Subsidiært kan det vurderast å tilby autorisasjon etter fullført to års nybyrjarstilling. Denne autorisasjonen vil då vere avgrensa med omsyn til EU-kravet og krev meir administrativt arbeid totalt sett.

#### Statlege verkemiddel for oppretting av legestillingar

Den nye modellen inneber at turnustenesta opphøyrer og turnusforskrifta blir oppheva. Lovheimelen for å opprette turnusstillingar i kommunar og helseføretak og å påleggje turnuslegar å ta imot stilling på tilvist stad fell bort. Staten må derfor sørge for at det blir oppretta andre ordningar som vil sikre fordeling av legar til alle delar av landet. Stillingsheimlar til nybyrjarstillingar for legar må fordelast på lik line med andre legestillingar til helseføretak og kommunar.

I spesialisthelsetenesta vil den statlege styringa med oppretting av legestillingar bli oppretthalden gjennom eigarstyringa av dei regionale helseføretaka. For kommunane kan Staten nytte løysingar i eit sørge-for-ansvar i den varsla nye helse- og omsorgslova for kommunane, finansielle verkemiddel i statsbudsjettet og føringar i kommuneøkonomiproposisjonen, det lovheimla systemet for legefording, oppretting av stillingstrukturavtale for legestillingar og særskilte insentivordningar til å sikre stillingar i kommunane og distrikta.

Ved årsskiftet 2008/09 var det om lag 4.000 fastlegestillingar i kommunane og om lag 10.800 legeårsverk i spesialisthelsetenesta. Om lag 7.000 av legeårsverka i spesialisthelsetenesta var overlegar eller ferdige spesialistar og 3.800 var legar i spesialisering (LiS). Det var om lag 700 ledige legestillingar, av desse 620 i sjukehus og 85 fastlegelister utan lege. I tillegg til dei 14.800 årsverka vanlege legestillingar kjem 1.350 turnusstillingar som utgjer 8-9 % av alle legestillingane.

Dei siste to åra har spesialisthelsetenesta årleg fått ein kvote på 30-40 nye legestillingar i oppdragsbrev til dei regionale helseføretaka frå Helse- og omsorgsdepartementet. Årleg søker kommunane i snitt 100 nye fastlegeheimlar frå Helsedirektoratet. I tillegg har Staten pålagt helseføretaka å ha 900

turnusplassar i sjukehus og 450 turnusplassar i kommunane, slik regelverket gir høve til.

#### Ulike verkemiddel som bør vurderast:

##### **Økonomiske**

- Inkludere nybyrjarstillingar i varsla vurdering av finansieringssystemet for fastlegeverksemd og allmennmedisinske offentlege oppgåver
- Generelle skattemessige, sosiale eller konkurransemessige fordelar ved legeteneste i utkant-Noreg og yrkesspesifikke positive verkemiddel retta mot slik teneste
- Utvida statlege tilskot gjennom fylkesmennene til rekrutterings- og stabiliseringstiltak for legar i distriktskommunar
- Utvida statlege tilskot som sikrar god vegleiing under praksisdelen av grunn-, vidare-, spesial- og spesialistutdanninga m.v. i både kommunar (khtl §§6-1 og 6-2) og helseføretak (sphi § 3-5)
- Vurdere ein ny stillingsstrukturavtale for legestillingar som bør ta omsyn til tidsavgrensa nybyrjarstillingar i helseføretak og kommunar

##### **Juridiske**

- Sikre løysingar i eit sørge-for-ansvar i den varsla helse- og omsorgslova for kommunane slik at Staten kan påleggje kommunar pliktar i samband med nybyrjarstillingar for legar
- Vurdere korleis andre helsefaggrupper kan sikrast systematisk vegleiing og oppfølging i dei første arbeidsforholda sine gjennom den varsla helse- og omsorgslova for kommunane og spesialisthelsetenestelova
- Inntil vidare halde fram med den lovbaserte tildelinga av legeheimlar til kommune- og spesialisthelsetenesta
- Vurdere endringar av spesialitetsreglane for legar slik at eitt års teneste i sjukehus og eitt års teneste i kommune blir obligatorisk del av alle spesialistutdanningar
- Vurdere andre juridiske verkemiddel for å sikre at befolkningas tilgang på legetenester til alle delar av landet

##### **Organisatoriske**

- Vurdere utarbeiding av kommunale normtal for allmennlegedekking, medrekna nybyrjarstillingar/utdanningsstillingar. Tiltaket må sjåast i samanheng med vurdering av framtidas behov for spesialistutdanna legar i kommunar
- Stimulere mindre kommunar til å samarbeide om felles ansvar for vegleiing av legar i nybyrjarstillingar og under spesialistutdanning

- Vurdere bruk av tverrfagleg vegleiingsgruppe og andre faggrupper med vegleiingskompetanse som vegleiarar for legar i nybyrjarstillingar slik det er for andre helsefagprofesjonar
- Vurdere innføring på ny av ordninga med auka ansiennitet for nybyrjarstilling og spesialistutdanning i definerte geografiske område i landet
- Dimensjonere nybyrjarstillingar slik at etterspurnaden held seg større enn talet på nyutdanna legar for å bidra til at alle stillingane blir fylte
- Vurdere regional koordinering for å forenkle søknadsprosedyrer og personaladministrative rutinar ved tilsetjing av nybyrjarstillingar for legar i kommunar og helseføretak
- Utgreie dagens turnusordningar for dei tre andre helsefaggruppene med obligatorisk praktisk teneste: fysioterapeutar, kiropraktorar og ortopediingeniørar
- Styrke praktisk og pedagogisk oppfølging av alle helsefaggrupper i deira første arbeidsforhold i kommunar og helseføretak

#### Fordelar med den nye modellen:

- Talet på nybyrjarstillingar blir bygd på analyse over helsetenestene sine behov for legar og behov for framtidige spesialistar av ulike slag, ikkje på rettigheitsfesting og aukande etterspurnad frå turnuslegar innan EØS-området
- Kvalifisering gjennom nybyrjarstilling går inn i eit samla kvalifiseringsløp fram til spesialistgodkjenning og/eller godkjenning som EU-lege med rett til trygderefusjon
- Søkjaren må innrette seg etter dei rettar og plikter som gjeld elles i arbeidslivet, utan særordningar. Dette blir meir føreseieleg og gir valfridom både for arbeidstakar og arbeidsgjevar
- Søknader og tidsavgrensa tilsetjingar inngår i vanlege rutinar for personaladministrasjon i helseføretak og kommunar. Dette vil styrke styringsplikta til arbeidsgjevar og arbeidstakar si frammøteplikt
- Statleg forvaltning blir avlasta for det aller meste av dagens arbeid med fordeling, klagesaker og søknader om særplass
- Kjønnsskimmingarande følgjer av dagens ordning blir reduserte
- Trekkrafta på utanlandske legar til Noreg blir svekka. Styrkar etisk rekruttering
- Billigare enn alternative måtar å styrke legetenesta i kommunehelsetenesta på

#### Ulemper med modellen:

- Det kan bli opphoping av søkjarar til sentrale strok og lik eller manglande søkjargrunnlag i distrikta
- Stillingar i utkantane får ikkje søkjarar. Dette kan ein delvis kompensere med å regulere kor mange nybyrjarstillingar som kvart halvår kan søkjast, med fordelinga av desse, og med særlege rekrutteringstiltak

- Arbeidsgjevarar i helseføretak og kommunar får meirarbeid ved tilsetjing av søkjarar til nybyrjarstillingane. Det må utviklast ordningar som forenkler tilsetjingsarbeidet og som kompenserer for dette meirarbeidet.
- Statens misser den direkte styringa ved oppretting av turnusplasser og plikta som legane har til å ta imot tilvist turnusplass. Kan kompensast ved å leggje inn opprettingsplikt av nybyrjarstillingar i varsla ny helse- og omsorgslov for kommunane.

Kostnader (i mill. kroner):

| Samla direkte statlege kostnader i 2009-kroner for årskull på 900 kandidatar, | Ca 278 mill. kroner |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Administrative årsverk i SAFH (halvering)                                     | 1,3                 |
| Administrative årsverk i Helsedirektoratet og hos fylkesmennene (uendra)      | 3,7                 |
| Kurs- og vegleiingsressursar til fylkesmennene og helseføretak                | 26                  |
| Overføringar til helseføretaka (uendra)                                       | 26                  |
| Overføringar til kommunane (dobling)                                          | 217                 |
| Delvis refusjon av flytteutgifter                                             | 0                   |
| Tilskot til auka personaladministrativt arbeid i helseføretak og kommunar     | 4,0                 |

Det auka tilskotet til kommunane for dubling av tenestetida gjer denne modellen dyrare enn dagens modell (avsnitt 4.9.2). Med same antal legar og same tenestelengd som i dagens turnusteneste vil dei statlege innsparingane bare kome som følgje av redusert arbeidsmengd for SAFH. Dette kostnadsoppsettet har ført opp 4 mill kroner som tilskot til auka administrativt arbeid ved tilsetjingar i helseføretak og kommunar.

I 2009 var statlege direkte løyvingar til turnusordninga om lag 160 mill kroner som fordelte seg på helseføretak, kommunar, fylkesmennene, SAFH og Helsedirektoratet. Ei utviding til eitt års vegleidd nybyrjarstilling i kommunar vil ut frå dagens finansieringsmodell og dagens kapasitet krevje ei dubling av utgiftene av overføring til kommunane frå om lag 110 til 220 mill kroner.

Fylkesmennene og helseføretaka skal i forslaget vidareutvikle dei pedagogiske tiltaka som t.d. gruppebasert vegleing og akuttmedisinske kurs mv. Det er sett av om lag 26 mill kroner til dette. Tilskotet til helseføretak utanom det som i dag ligg i basisløyvingane til regionale helseføretaka, slik det er for turnusordninga, vil vere på same nivå som i dag og tilsvarar 26 mill kroner i 2009-kroner. Samla kostnad basert på 2009-tal blir ca 280 mill kroner, ein auke på ca 120 mill frå dagens ordning. Utan ei slik omlegging vil Staten også i framtida måtte auke kostnadene i tråd med større etterspurnad av nye turnusplassar. Det vil då vere vanskeleg for Staten å ha god styring med utgiftsauken.

Den auka kostnaden på om lag 120 mill kroner dekkjer oppretting av om lag 450 nye årsverk i kommunar til nybyrjarstillingar som samla blir 900 årsverk.

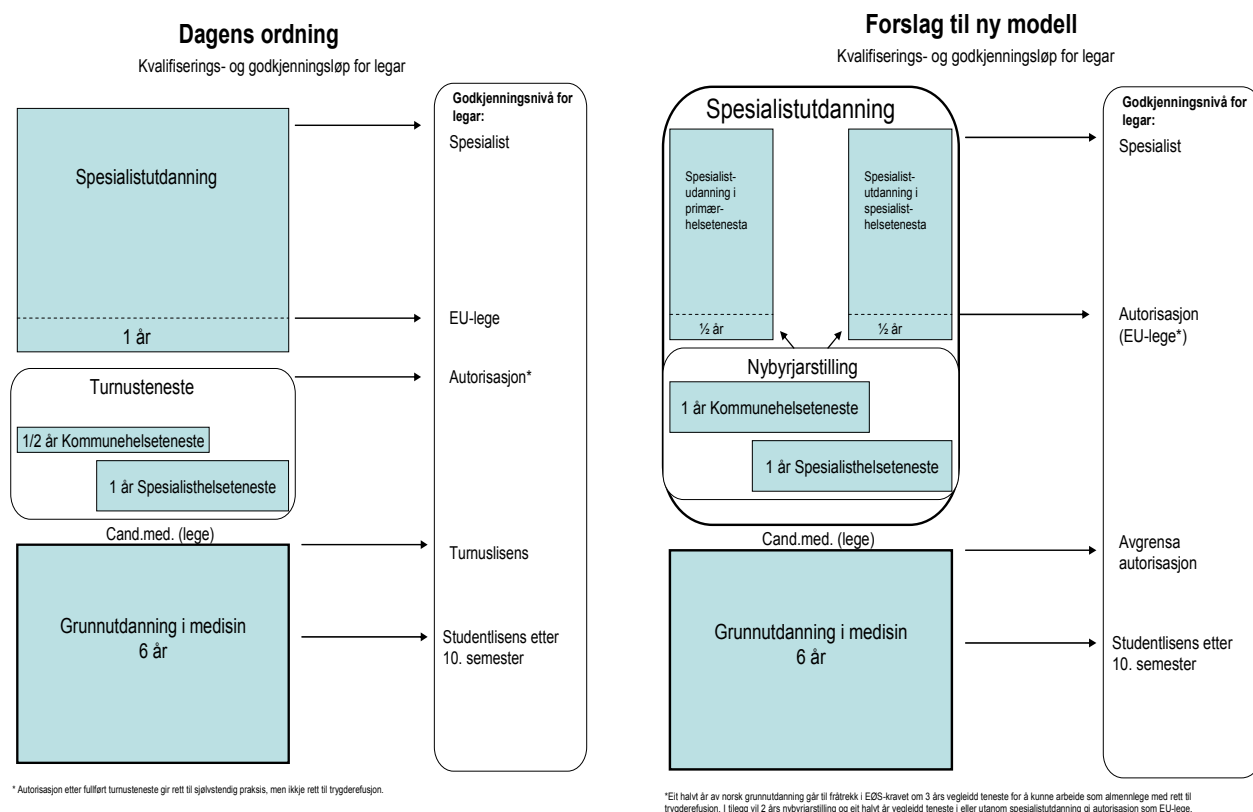
Kor mange slike stillingar som til slutt bør opprettast, må vurderast nærare og sjåast i samheng med den varsla gjennomgangen av spesialistutdanningsbehovet for legar. Helsedirektoratet vil peike på forslaget om 900 nybyrjarstillingar i kommunar bidrar til å nå mål i Samhandlingsreforma utan svært omfattande økonomiske kostnader.

### Helsedirektoratet si vurdering:

Helsedirektoratet rår til å erstatte dagens turnusteneste med ein framtidsretta modell der tilsetjinga skjer på vanleg måte og slik at tenesta går inn som del av eit samla spesialistutdanningsløp.

Modellen under samanliknar kvalifiserings- og godkjenningssløpa for dagens turnusteneste og forslaget til ny modell med nybyrjarstillingar som del av spesialistutdanninga for legar.

Figur 2



Kommunehelsetenesta må styrkast i dei komande åra i tråd med intensjonane i Samhandlingsreforma. I alle spesialitetar har legane bruk for erfaring frå kommunehelsetenesta. Utvidinga til eitt års obligatorisk nybyrjarstilling i kommune for alle som vil bli spesialist eller EU-lege med rett på trygderefusjon, vil auke legedekkinga i kommunane og leggje til rette for at fleire vil kunne spesialisere seg innan allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Dei komande åra vil det truleg bli overskot av legar på den norske marknaden. I ein slik situasjon vil det vere særst uheldig å vidareføre dagens ordning som gjer at etterspurnaden etter turnusplassar avgjer kor mange legestillingar Noreg til ein kvar tid skal ha. Dette systemet må endrast slik at Staten får betre kontroll med omfang og fordeling av legestillingar i framtida. God legefordeling må sikrast gjennom styring med oppretting av legestillingar i helseføretak og kommunar. Tilskot til oppretting av nybyrjarstillingar og andre distriktpolitiske stimuleringstiltak må vidareutviklast minst på dagens nivå.

#### **4.9.2 Vidareføring av dagens modell**

##### **a) Dagens turnusteneste med justeringar**

Dagens ordning med 18 månaders praktisk teneste omfattar 900 legeårsverk i sjukehus og 450 i kommunehelsetenesta i 2009. Sjukehusstenesta er i hovudsak fordelt med eit halvt år i medisinsk avdeling og eit halvt år i kirurgisk avdeling. I tillegg finst det også andre kombinasjonar. Dagens ordning er meir inngåande presentert i del II av rapporten.

Fylkesmennene melder at det er krevjande å skaffe nok turnusplassar, medan KS opplyser at kommunar kan ha mindre kostnader ved å opprette faste legestillingar i staden for å tilby turnusplassar.

##### Fordelar med dagens ordning:

- Alle nyutdanna legar får felles erfaring frå praksis, uavhengig av lærestad.
- Ordninga fordelar legar til alle delar av landet, og kan under visse vilkår ha ein viss rekrutteringseffekt til mindre sjukehus og distriktskommunar.
- SAFH si sentrale fordeling gir likebehandling av ein søkjarmasse som er lite homogen med omsyn til kunnskapar, kultur- og språkforståing og kjennskap til norsk helseteneste.
- Loddrekking av turnusplass gir ei rettferdig fordeling av rekkefølga for å velje turnusplass.

##### Ulemper ved dagens ordning:

- Kapasiteten for turnusplassar må aukast, men er alt i ferd med å bli sprengd. Det er særleg vanskeleg å skaffe fleire turnusplassar i kommunar.
- Kostnadene ved å ta imot turnuslegar varierer, og kan gjere det dyrare for små kommunar med få innbyggjarar og korte pasientlister.
- Det er ventetid for å få gjennomført turnusteneste, både fordi talet på søkjarar er høgare enn talet på turnusplassar og fordi universiteta uteksamenerar ulik mengd legar vår og haust. Ut frå prognosane vil desse ventelistene bli stadig lengre dei komande åra.
- Reglane om tildeling av særplass er restriktive og kan kome i konflikt med likestillingsomsyn pga. direkte og indirekte forskjellsbehandling av kjønn (jf. avsnitt 2.4.2).

- Om lag 30% av kandidatane søker om særplass eller utsetjing. Dette krev store administrative ressursar og gir ei oppstykkta teneste.
- Arbeidsgjevar får tildelt turnuslege utan å velje arbeidstakaren sjølv. Dette svekkjer det vanlege arbeidsgjevar/arbeidstakarforholdet.
- Arbeidsgjevar har lite kontroll ved utveljing og tilsetjing og kan dermed ikkje vere sikker på han får eigna person i stillinga.
- Stadig fleire nyutdanna legar frå andre land brukar norsk turnusteneste som inngang til den norske arbeidsmarknaden. Dette kan stri mot vedteken politikk om etisk rekruttering av helsepersonell.

#### Forslag til justeringar av dagens ordning:

- Kapasiteten i sjukehus kan utvidast med auka bruk av tredelt teneste der psykisk helsevern er eitt av tenesteområda, og med at fleire avdelingar og lokalsjukehus utan akuttfunksjon blir tekne i bruk.
- Ferdigheiter i akuttmedisinske og kirurgiske prosedyrar kan trenast i eit komprimert kursopplegg som bør utviklast.
- Kompetanseheving innan psykiatri og rusfeltet og andre fagområde som styresmaktene ønskjer meir fokus på, kan t.d. leggjast inn i gruppevegleiinga eller som emne i fylkesmannens kurs.
- Gruppebasert vegleiing bør innførast i sjukehus.
- Alle fylkesmannsembeta bør styrkast for å kunne handtere administrative og pedagogiske oppgåver som følgje av auka behov for turnusplassar og pedagogiske tiltak som gruppebasert vegleiing, kurs m.v., og for å føre tilsyn med kvalitet av turnusplassar i kommunar og helseføretak.
- SAFH bør styrkast med to nye årsverk for å handtere stadig fleire søknader om særplass og andre særordningar.
- Helsedirektoratet bør styrkast med eitt årsverk for å handtere auka mengde ankesaker, for vidareutvikling av turnusordninga og til auka tilskotsforvaltning m.v.
- For dagens ordning bør det bli vurdert om det skal innførast eit fellesgebyr for påmelding til turnusteneste og autorisasjon etter godkjend turnusteneste. Dette kan bidra til å sile ut useriøse påmeldingar.
- Helsestyresmaktene bør i framtida føre tilsyn med ordninga slik ho er i dag, og det bør utviklast nasjonale retningsliner som kan etterprøvast. I dag finst det ingen statleg, detaljert oversikt over konkrete krav til innhald og læringsmål for tenesta anna enn målbeskrivinga i turnusforskrifta i rundskriv IS-9/2005 (5) frå Helsedirektoratet.
- Fylkesmennene sine kurs i akuttmedisin og legevaktarbeid for turnuslegane bør bli obligatorisk del av framtidas ordning for nyutdanna legar og kome tidleg i den praktiske tenesta, helst før den nyutdanna legen har hatt si første legevakt.
- Det bør lagast felles nasjonal mal for fylkesmannen sitt kurs i offentleg helsearbeid for legar, fysioterapeutar og kiropraktorar i turnusteneste. Desse kursa har lange tradisjonar, men har etter kvart fått ulik utforming rundt i landet.

Kostnader ( i mill. kroner):

|                                                                         |                 |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Direkte statlege utgifter for årskull på 900 kandidatar, i 2009-prisar: | ca 160 mill. kr |
| 4 administrative årsverk i SAFH                                         | 2,6             |
| Ca 2 administrative årsverk i Helsedirektoratet                         | 1,3             |
| Ca 3,5 administrative årsverk hos fylkesmennene                         | 2,3             |
| Kurs- og vegleiingsressursar til fylkesmennene                          | 17              |
| Overføringar til helseføretaka                                          | 26              |
| Overføringar til turnuskommunane                                        | 108             |
| Delvis refusjon av flytteutgifter                                       | 3,5             |
| Ekstra ressursbehov dersom årskulla blir 50% større                     | ca 75 mill. kr  |

Dersom dagens modell må doble kapasiteten frå 900 turnuslegar i 2009 til 1.800 i 2015<sup>8</sup>, vil dette gi ein auke i statlege kostnader frå 160 til ca 350 mill. kroner (rekna i faste 2009-prisar). Ressursar til dei justeringane som er nemnde ovanfor, er då ikkje medrekna.

Helsedirektoratet si vurdering:

Helsedirektoratet meiner at utviklinga har gått frå denne modellen, og at turnustenesta vanskeleg kan oppgraderast til å møte morgondagens behov.

Sidan 1998 har det vore mogeleg å tilby nyutdanna legar tredelt teneste i sjukehus. Endringar i sjukehusa si oppgåve- og funksjonsdeling med aukande fragmentering gjer at den praktiske tenesta framover ikkje lenger kan vere bunden til nokre få fastlagde tenestekområde som indremedisin og kirurgi. Trening på prosedyrar og kliniske ferdigheiter må i hovudsak skje i den avdelinga eller i det fagfeltet ein vel å spesialisere seg i vidare.

Kapasiteten vil kunne aukast ein del dersom fleire tenestestader blir nytta til turnusstillingar, både i sjukehus og i kommunar. Psykiatri bør vurderast som eitt av dei store fagområda innan medisinen, på lik line med indremedisin og kirurgi.

I kommunane bør meir av den praktiske tenesta vere utanom fastlegekontoret og med meir vekt på offentleg allmennmedisinsk arbeid. Frå 1.januar 2010 er det innført obligatorisk turnusteneste i sjukeheim eller bustad med heildøgns pleie og omsorg i kommunehelsetenesta. Andre aktuelle område kan vere helsestasjon, skolehelseteneste, helseteneste for ungdom, fageining for psykisk helsearbeid, heimebasert omsorgsteneste og miljøretta helsevern. Slike endringar vil føre til at kommunane får mindre inntekter gjennom trygderefusjon og eigenbetaling ved pasientbehandling. Dette kan eventuelt endrast med å endre inntektssystemet for legearbeid i kommunane.

---

<sup>8</sup> Sjå avsnitt 6.6.

Styrking av vegleiingstilbodet, særleg i sjukehus, er nødvendig for å sikre god kvalitet av vegleidd teneste for nyutdanna legar, og auka vekt på gruppebasert vegleiing vil vere eit sentralt tiltak for det.

Både likestillingsomsyn og generelle rettar i arbeidslivet gjer at retten til å søkje om særplass ikkje må svekkast. Enkeltsøknader om særplassar og andre særordningar krev mykje statleg administrasjon og auka ressursar framover dersom dagens ordning blir vidareført.

### ***b) Dagens modell redusert til eitt års vegleidd teneste***

Denne modellen føreset uendra tid i kommunehelsetenesta, men bare seks månader i sjukehus. Den vil krevje plass til 450 årsverk i sjukehus (ei halvering frå i dag) og uendra antal plassar i kommunehelsetenesta. Ein bør ikkje ha færre plasser på dei små sjukehusa, både fordi dei er gode lærestader (jf avsnitt 7.2.3.2) og fordi desse sjukehusa er mest avhengige av turnuslegar som arbeidskraft og rekrutteringspotensiale.

Turnuslegen bør ha seks månader i same sjukehusavdeling for å få nok samanhengande erfaring i rolla som lege og tilstrekkeleg erfaring med samarbeid og samhandling. Indremedisinske avdelingar er rekna for å høve særleg godt. Teneste på kirurgisk avdeling bør ikkje vere obligatorisk i denne modellen. Helseføretaket må då eventuelt lage blokkar med dei andre obligatoriske elementa, som t.d. ein 14-dagars blokk i kirurgi for å få praktisk innføring i handtering av skadar, stabilisering av pasientar før transport samt dei vanlegaste akutte kirurgiske sjukdomane.

I denne modellen kan erfaring frå psykisk helse og rusfeltet ivaretakast i kommuneturnus, med strukturert vegleiing frå DPS, deltaking i det kommunale psykiske helsearbeidet eller utviding av den gruppebaserte vegleiinga frå fylkesmennene til å inkludere vegleiing frå psykisk helsevern.

#### Fordelar med modellen

- Denne modellen vil gi Staten litt lågare direkte utgifter
- Den vil halvere behovet for turnusplassar på sjukehus. Kapasiteten i kommunane blir avgjerande for kor mange turnuslegar den kan gi plass til
- Den vil truleg krevje mindre oppfølging og vegleiing av turnuslegar på sjukehusavdelingar med høgt arbeidspress

#### Ulemper med modellen

- Modellen gir mindre tid til erfaring i arbeid på sjukehus
- Den krev eit halvt år meir av vegleidd teneste etterpå for å få rett til trygderefusjon som allmennlege (jf kap. 8.4.6)
- Modellen vil ikkje gje dei nyutdanna legane så variert øving, særleg gjeld dette basiskunnskap i kirurgi og akuttmedisin
- Den gir minst stabilitet i sjukehusturnus og dermed mindre fagleg nytte for helseføretaka

Kostnader (i mill. kroner):

|                                                                        |                 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Direkte statlege utgifter for årskull på 900 kandidatar, i 2009-prisar | ca 146 mill. kr |
| Overføringar til helseføretaka: 50% reduksjon                          | 13              |
| Dei andre utgiftene er likeins som for dagens modell (4.9.2)           |                 |

I denne modellen er det bare tilskota til helseføretaka som blir lågare enn dagens modell.

#### Helsedirektoratet si vurdering

Helsedirektoratet meiner at denne modellen har dei same ulempene som dagens ordning. Modellen er nesten like ressurskrevjande og vil gi dårlegare fagleg utbytte. Direktoratet kan derfor ikkje tilrå denne modellen.

### **4.9.3 Grunnmodul – tre års vegleidd teneste**

Sosial- og helsedirektoratet føreslo denne modellen i rapporten av 15. mars 2008 (jf kapittel 9.2.1). Modellen krev teneste med

- eitt år i sjukehus, i hovudsak knytt til indremedisin og kirurgi, men også andre kliniske avdelingar kunne vere aktuelle
- eit halvt år i psykisk helsevern/rusfeltet i spesialisthelsetenesta
- eit halvt år i valfri teneste innan ønska spesialisering (medrekna forskning)
- eitt år i kommunehelsetenesta.

Denne modellen krev minst 900 turnusplassar i kommunehelsetenesta, dobbelt så mange som i dag. Modellen vil gje rom for opprusting innanfor helsepolitiske prioriterte område som styrking av kommunehelsetenesta, psykisk helse og rusfeltet. I forslaget går grunnmodulen inn som del i eit samla kvalifiseringsløp fram mot spesialistgodkjenning.

#### Fordelar med modellen:

- Den gir meir rom for fleire viktige fagområde som obligatorisk del av tenesta, m.a. psykiatri
- Den kan gi større stabilitet i turnusstillingane og dermed større fagleg nytte for arbeidsgjevarane
- Den gir nok vegleidd teneste til å fylle vilkåra for å praktisere på trygdas rekning, i samsvar med EØS-direktiv 2005/36/EC<sup>9</sup>

#### Ulemper med modellen:

- Modellen krev samla sett ei dobling av dei vegleidd plassane for nye legar, mens det alt no er vanskeleg å skaffe nok turnusplassar
- Den vil også krevje oppbygging av nye strukturar som det vil ta fleire år å få på plass
- Den forlengar tida fram til autorisasjon og eventuell spesialistgodkjenning

---

<sup>9</sup> Jf. punkt 8.4.6.

Det vil vere ei utfordring å skaffe meir enn dobbelt så mange turnusplassar i kommunane og nok vegleiing til dei. Dette må ein også sjå i samanheng med forslaget i Samhandlingsmeldinga om over 2.000 nye legestillingar i kommunane. Modellen krev også 50-100 % fleire turnusplassar på sjukehus, som ein må sjå i samanheng med LiS-stillingar der.

Kostnader (i mill.kroner):

|                                                                            |                 |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Direkte statlege utgifter for årskull på 900 kandidatar, i 2009-prisar     | ca 305 mill. kr |
| Administrative årsverk i SAFH, Helsetilsynet og hos fylkesmennene (uendra) | 6,2             |
| Kurs- og vegleiingsressursar til fylkesmennene (ca 50% auke)               | 26              |
| Overføringer til helseføretaka (dobling)                                   | 52              |
| Overføringer til turnuskommunane (dobling)                                 | 216             |
| Delvis refusjon av flytteutgifter til turnuslegar (ca 50% auke?)           | 6               |
| Ekstra ressursbehov dersom årskulla blir 50% større:                       | ca 150 mill kr  |

#### Helsedirektoratet si vurdering

Denne løysinga vil etter dagens dimensjonering krevje ca 2.700 turnusplassar, ei dubling samanlikna med i dag. Dette vil ikkje vere realistisk utan å sjå turnustenesta i samband med dei om lag 3.550 årsverka til utdanningsstillingar for legar i spesialisering. Med dagens rett til turnusteneste må ein rekne med ein monaleg auke i etterspurnad etter plassar dei komande åra.

Samanlikna med dagens modell (avsnitt 4.9.2) ville ein modell med så lang basisteneste bidra til betre kvalitet på legearbeid innanfor helsepolitisk prioriterte område. Helsedirektoratet meiner at viktige element i denne Grunnmodulen er lagt inn i forslaget til ny nybyrjarstilling (avsnitt 4.9.1). Dei to har mange av dei same pedagogiske elementa og same prioritering av kommunehelsetenesta, men nybyrjarmodellen er eitt år kortare og vil tilpasse nybyrjarstillingane til regelverk og praksis elles i arbeidslivet. Helsedirektoratet meiner derfor at forslaget om 3 års vegleidd teneste bør utgå til fordel for nybyrjarmodellen.

#### **4.10 Helsedirektoratet si tilråding**

Helsedirektoratet rår til å erstatte dagens turnusteneste med nybyrjarstillingar som del av spesialistutdanninga for legar. Dette forslaget er framtidsretta og vil gi god praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar. Ei berekraftig utvikling av helsetenesta må byggje på heilskaplege ordningar for oppretting av legestillingar og kvalifisering av legar. Dagens turnusteneste er ei særordning som står på sida av det vanlege utdanningssystemet, reglar og avtalar i arbeidslivet og det lovbaserte systemet for legefördeling.

Dagens turnusordning inneber ei tilbodsstyrt utvikling av legemarknaden og reduserer den statlege styringa av legestillingar. Det er talet på søknader til turnusplassar som til ei kvar tid avgjer kor mange turnusleigestillingar som blir

oppretta, og ikkje helsetenesta sitt behov. Utviklinga kan tyde på at ordninga fungerer som ei trekkraft på nyutdanna legar frå andre land og kan kome i konflikt med den politiske målsetjinga om etisk rekruttering av helsepersonell.

Forslaget legg vekt på å styrke den praktiske og pedagogiske tilrettelegginga for nyutdanna legar. Samstundes inneber forslaget ei styrking av legetenesta i kommunane i samvar med intensjonane i Samhandlingsreforma. Forslaget inneber også at vegleide stillingar for nyutdanna legar går inn som del av spesialistutdanninga og må sjåast i samanheng med den varsla gjennomgangen av spesialistordningane for helsepersonell.

Staten må ta i bruk andre verkemiddel enn dagens turnusordning for å sikre legedekking til kommunane i alle delar av landet, m.a. med gjennom endringar i lovverket, budsjettvedtak, rapporteringskrav og ei ny ordning for oppretting og statleg finansiering av utdanningsstillingar.

### **Tilråding**

- Dagens turnusteneste blir avvikla og erstatta med ei toårig nybyrjarstilling, fordelt med eitt år i spesialisthelsetenesta og eitt år i kommunehelsetenesta, som del av spesialistutdanninga for legar. Arbeid i fleire ulike kliniske einingar i helseføretak kan nyttast som nybyrjarstilling til skil frå dagens turnusordning.
- Målet med nybyrjartenesta er å gjere legen i stand til å arbeide sjølvstendig på ein forsvarleg måte. Dei pedagogiske verkemidla i dagens turnusteneste blir vidareutvikla i ny modell. Distriktskommunar og lokalsjukehus vil ha ei viktig rolle som opplæringsarena for legar også i framtida.
- Ordninga styrkar arbeidsgjevar-/arbeidstakarforholdet i helseføretak og kommunar. Legen søkjer nybyrjarstilling direkte og arbeidsgjevar vel den som er best eigna, slik det elles er vanleg i arbeidslivet. Sentral fordeling av stillingar via loddtrekking fell bort.
- I forslaget vil det vere befolkninga og helsetenesta sine behov for legar som styrer oppretting og dimensjonering av nybyrjarstillingar, ikkje tilgangen på nyutdanna legar. Statleg styring av legemarknaden må sjåast i samanheng med oppfølging av stortingsmeldinga om Samhandlingsreforma og den varsla gjennomgangen av spesialistordningane i helsetenesta.
- Regulering av legefording i Noreg vil i den nye ordninga bli teke i vare ved at nasjonale helsestyresmakter kvart år fastset tal på og fordeling av nybyrjarstillingar.
- Forslaget kostar etter dagens finansieringsordning om lag 120 mill kroner utover dagens turnusordning som i dag er om lag 160 mill kroner. Tilskotet dekkjer m.a. tilskot til helseføretak, pedagogiske tiltak i sjukehus og kommunar og oppretting av 450 nye nybyrjarstillingar i kommunar som kjem i tillegg til dei 450 turnusstillingane i dagens ordning. Ordninga vil truleg vere langt billigare enn alternative måtar å styrke legetenesta i kommunane på.
- Omlegginga til nybyrjarstillingar føreset at juridiske, økonomiske og andre styringsmessige føresetnader og avtalar er på plass ved oppstart av den nye ordninga for å sikre omsyn til distrikta og legetenester i kommunane.

## Del 2: Før og nå

### 5 Utviklingstrekk i helsetenesta

#### 5.1 Fordeling av legar – fagleg og geografisk

I meir enn 50 år har turnustenesta vore legane sin inngangsport til norsk arbeidsmarknad og helseteneste. Derfor er det viktig å sjå på korleis denne helsetenesta har utvikla seg.

I 1961 hadde Noreg ein lege pr. 850 innbyggjarar (53). Ved årsslutt 2008 var legedekkinga 1 årsverk pr 302 innbyggjarar (jf tabell 5.1).

Då turnustenesta kom i gang i 1955, var det fleire privatpraktiserande og distriktslegar enn sjukehuslegar. Men dette endra seg fort då det kom ei kraftig sjukehusutbygging i starten på 1960-åra. 2.500 nye døgnplassar blei oppretta bare i 1960-61 (54;55). Dette førte med seg aukande mangel på sjukepleiarar og tildels også på legar og anna personell. Tilgangen til helsetenesta utanom sjukehus stagnerte, og i St.meld. 85 (1970-71) (56) er det sagt at det var *”innlysande at legetjenesten utenom sykehus står overfor et sammenbrudd i løpet av relativt få år”*.

På 1960-talet hadde dette mykje å gjere med sterk prioritering av sjukehussektoren, men også med høge etableringsutgifter, låg fagleg prestisje og uregulert arbeidstid i allmennpraksis. Heile tida sidan har spesialisthelsetenesta hatt større vekst enn kommunehelsetenesta. Tabell 5.1 viser at i perioden 1990-2008 blei det 82% fleire *legeårsverk*, fordelt med 46% auke i kommunehelsetenesta og 98% i spesialisthelsetenesta, slik at kommunehelsetenesta sin andel av dei blei redusert frå 34,5% til 27,8% i denne perioden.

**Tabell 5.1: Legeårsverk ved årsslutt 1990-2007.**  
(data frå SSB 1991-2009)

|                         | 1990  | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   |
|-------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| I kommunane:            |       |        |        |        |        |        |        |        |
| med avtale              |       | 3.066  | 3.084  | 3.154  | 3.205  | 3.327  | 3.289  | 3.378  |
| på fastløn              |       | 619    | 579    | 557    | 547    | 565    | 598    | 625    |
| turnuslegar             |       | 355    | 353    | 345    | 371    | 372    | 388    | 414    |
| utan avtale *           |       | 113    | 104    | 94     | 95     | 117    | 121    | 117    |
| Sum                     | 3.016 | 4.153  | 4.153  | 4.150  | 4.218  | 4.381  | 4.396  | 4.534  |
| Årleg vekst i prosent   |       |        | 0,0    | - 0,1  | 1,6    | 3,9    | 0,3    | 3,1    |
| Spesialisthelsetenesta: | 5.722 | 9.300  | 9.690  | 10.189 | 10.515 | 10.854 | 11.144 | 11.355 |
| Årleg vekst i prosent   |       |        | 4,2    | 5,1    | 3,2    | 3,2    | 2,7    | 1,9    |
| Totalt                  | 8.738 | 13.453 | 13.843 | 14.339 | 14.733 | 15.235 | 15.540 | 15.889 |
| Årleg vekst i prosent   |       |        | 2,9    | 3,6    | 2,7    | 3,4    | 2,0    | 2,2    |

\* Legar utan avtale er ikkje del av kommunehelsetenesta

I den same 18-årsperioden auka folketalet med 10,6%, slik at *legedekkinga* i kommunehelsetenesta auka med 42%. Frå 2006-08 var fjerdeparten av auken fordi der kom fleire turnuslegar.

I 2008 var legedekkinga for kommunehelsetenesta 705 innbyggjarar pr legeårsverk i Finnmark og 882 i Sogn og Fjordane, mens den var lågast i Akershus, Vestfold og Rogaland med 1.200-1.250 innbyggjarar pr årsverk. Desse store skilnadene har nok å gjere både med geografi, tilgang på spesialisthelsetenester og behov for å få vaktordningar til å gå i hop i mindre kommunar.

Den norske legeforening skriv i spesialitetsrapporten sin (57):

*Allmennlegetjenesten i Norge vil ikke ha fremtidig bærekraft til å være fundamentet i helsetjenesten dersom det ikke skjer en betydelig vekst i antall yrkesaktive allmennleger de nærmeste årene (...) En tommelfingerregel er internasjonalt at allmennlegene bør utgjøre minst 30% av det totale antall leger.*

## 5.2 Fastlegeordninga

Frå 1984 ga kommunehelsetenestelova (58) kommunane ansvaret for alle primærhelsetenester. Våren 2001 blei fastlegeordninga innført med ca 3.580 fastlegar, og ved årsslutt 2008 var det 3.969 fastlegar (ikkje alle i full stilling)<sup>10</sup>. Men i 2009 opplyser Legeforeninga at bare 56% av fastlegane i hovudstilling var spesialistar i allmennmedisin. I perioden 2005-2010 hadde denne spesialiteten ein netto auke på bare 180 personar (jf tabell v1.6).

I perioden 2003-2008 (jf. tabell v1.2) blei det

- 6,6% (245) fleire fastlegar
- bare 144 fleire i aldersgruppa 30-39 år, dvs ein nettoauke på ca 30 pr år
- 455 fleire i aldersgruppa 55 år og over, som har auka frå 21 til 32% av fastlegane.

Denne store auken av eldre fastlegar høver med at særleg mange av dei etablerte seg på 1980-talet. Dei siste tre åra har praktisk talt heile nettoauken av fastlegar vore kvinnelege legar. Ved årsslutt 2008 var dei 33,7 % av fastlegane og hadde 31% av listepasientane.

I perioden 2003-2008 auka folketalet med 4,1 % og det blei 6,6% fleire fastlegar. Likevel gjekk andelen fastlegar med opne lister ned frå 54 til 45 %. Dette tyder 190 færre fastlegar som tek inn nye pasientar. Grunnar kan m.a. vere at mange legar ønskjer å redusere arbeidsmengda når dei blir eldre eller at fleire fastlegar ønskjer ei arbeidstid og arbeidsmengd som kan kombinerast betre med familieliv. I 2006 sto vikarar og turnuslegar for 12 % av fastlegekonsultasjonane (41), 23 % av fastlegane var fritekne for legevakt, og bare halvparten av legevaktarbeidet blei gjort av fastlegar.

Ein fastlegepraksis blir avslutta når fastlegen går over i anna stilling eller går av med pensjon. Eit godt mål på stabilitet i fastlegeordninga er avslutta fastlegepraksisar rekna i prosent av alle fastlegepraksisar. I perioden 2006-08 hadde Oslo, Østfold,

---

<sup>10</sup> Opplysningar frå NAV

Akershus og Vest-Agder størst stabilitet, mens det var minst stabilitet i Nordland, Hedmark, Sør-Trøndelag og Finnmark, jf. tabell v1.3. Jamt over er det minst stabilitet i dei fylka som har størst prosentdel av fastlegepraksisane i kommunar med under 5.000 innbyggjarar.

Aldersutviklinga vil føre med seg ein mykje større naturleg avgang av fastlegar i åra fram til 2015, og til då vil folketalet auke med 3,2%.

### **5.3 Spesialisthelsetenesta**

Frå 1930-talet var det ein sterk auke av døgnplassane både i somatiske sjukehus og psykiatriske sjukehus/klinikkar. I 1963 hadde Noreg 21.528 somatiske og 7.986 psykiatriske døgnplassar i sjukehus (59). Lov om psykisk helsevern (60) frå 1961 og sjukehuslova (61) frå 1969 la grunnlaget for ei systematisk og samordna utbygging av sjukehussektoren, og i 1986 fekk fylkeskommunane også ansvaret for spesialisttenesta utanom sjukehus. Frå 2001 vidareførte spesialisthelsetenestelova (62) dette ansvaret, og frå 2002 blei det desse oppgåvene overført til staten ved dei regionale helseføretaka.

I 2007 var driftskostnadene for spesialisthelsetenesta 88,6 milliardar kroner, og nesten  $\frac{3}{4}$  av dette gjekk til somatiske helsetenester (63). Rekna i faste prisar var dette ei seksdobling på 35 år.

I perioden 1970-1991 blei talet på døgnplassar halvert, men spesialisthelsetenesta behandla stadig fleire pasientar og fekk oppretta langt fleire stillingar for helsepersonell.

Også i perioden 1994-2007 har det vore store endringar i sjukehusdrifta (sjå tabell v1.1). Det er blitt færre døgnplassar og langt fleire polikliniske konsultasjonar både i somatiske sjukehus og i psykisk helsevern. Det er blitt 73% fleire legeårsverk i somatiske sjukehus og 78% fleire i psykisk helsevern, og legane utgjør ein stadig større andel av personalet. I 2007 var døgnplassdekkinga var høgare enn i Danmark og Sverige, jf tabell 5.2.

Samla gir dette eit bilde av ein sjukehussektor med sterk auke både av kostnader og personell, med større satsing på polikliniske tenester og kortare døgnopphald, og med stor auke av det totale behandlingsvolumet. Grensesnitt og funksjonsfordeling mellom spesialisthelsetenester og kommunale helsetenester endrar seg stadig (sjå kapittel 3.1), og begge er stadig meir avhengige av godt samarbeid og gode samhandlingsrutiner for å fungere optimalt.

### **5.4 Spesialisering og strukturelle endringar**

Det medisinske fagfeltet er prega av stadig aukande kunnskapstilfang, både om diagnostisering og behandling. For å kunne omsetje denne kunnskapen i praksis har det kome løpande endringar i helsetenesta, både strukturelt, i oppgåvefordeling og som aukande spesialisering.

Då turnustenenesta blei innført for vel 50 år sidan, arbeidde dei fleste legane i primærhelsetenenesta som privatpraktiserande allmennlegar eller distriktslegar. Bare 30% av alle legar var spesialistar (57), og i perioden 1951-1960 kom det i snitt bare ca 70 nye spesialistgodkjenningar pr år (64). På den tida hadde dei aller fleste legane såleis ikkje noko strukturert vidare- eller etterutdanning etter avslutta turnusteneneste.

Utviklinga vidare har vore prega av sterk utbygging. Dei siste 50 åra er legedekkinga blitt tredobla. Den årlege nettoauken av legar er blitt stadig større, frå 1,6% i 1955-60 til 3,4% i 2000-04 og 5,1% i 2008 (jf tabell v1.7).

Utviklinga inneber også mykje større vekt på spesialisering. I 1979 var 36% av dei yrkesaktive legane spesialistar (65), i 2007 hadde dette auka til ca 54%. I perioden 2001-2006 var det i snitt ca 450 nye spesialistgodkjenningar pr år medrekna vel 100 i allmennmedisin og samfunnsmedisin (jf tabell v1.4), dvs. ei 6-7-dobling på 50 år.

I femårsperioden 2005-2009 blei det gitt 5.064 nye spesialistgodkjenningar, men bare 59% av desse var etter norske spesialistreglar. 41% av dei var overføring (konvertering) av godkjenningar frå andre EU/EØS-land (jf tabell v1.5), og dette viser ei aukande internasjonalisering av norsk legeteneneste.

Denne store tilgangen på nye spesialistgodkjenningar har likevel i den same femårsperioden bare gitt ein netto auke på 1.189 legar under 70 år med spesialitet. Dette kan ha samanheng både med at mange eldre spesialistar er blitt pensjonistar og med at mange konverterte godkjenningar bare står for kortare arbeidsøkter i norsk helseteneneste. Men samla sett tyder dette på at utdanningskapasiteten for spesialistar bør truleg aukast dei komande åra. Dette vil det vere naturleg å sjå i samanheng med den framtidige turnustenenesta for legar.

Spesialiseringa vil venteleg gå sin gang også i dei komande åra, og må også omfatte nødvendig ferdigheitstrening. Men auka spesialisering krev også større samhandlingskompetanse. Dette er også viktige utfordringar for framtidens ordning for nyutdanna legar.

## **5.5 Arbeidsinnvandring av legar**

Ved årskiftet 2008/09 hadde 2.877 av dei sysselsette legane i Noreg utanlandsk statsborgarskap, og halvparten av desse var legespesialistar. 37% av dei var frå andre nordiske land, 26% frå Tyskland og 28% frå andre europeiske land. Dette var 11% auke på to år, med 21% fleire spesialistar og bare 3% fleire andre legar (jf tabell v1.6).

SAFH innvilga i 2006-08 årleg ca 1.480 autorisasjonar for legar (jf tabell v3.3), ca 800 av dei etter gjennomført norsk turnusteneneste. Dette kan tyde på at Noreg har ei arbeidsinnvandring på opptil 650 autoriserte legar pr år. Samanhalde med at 2.877 legar med utanlandsk statsborgarskap var i landet, kan dette tyde på at legane i snitt arbeidde 4-5 år i Noreg.

Hausten 2008 var ca 20% av alle fastlegane innvandrarar. 29% av dei var i mindre sentrale eller minst sentrale kommunar (jf avsnitt 7.3.2) mot 17% av dei andre

fastlegane. Dette kan tyde på at dei fyller stillingar som det elles ville vore vanskeleg å få søkjarar til.

Legar med framandspråkleg bakgrunn møter særlege utfordringar i norsk helseteneste. Hauff og Kumar (66) peikar på at legerolla i nokre land har høgare status, større autoritet, og at legen fungerer meir som ekspert og i mindre grad som konsulent for pasienten. *”En større vektlegging av trening i kliniske kommunikasjonsferdigheter i medisinerstudiet, så vel som i tilleggskurs for utenlandske leger som skal praktisere i Norge, vil således være tiltak som kan bidra til å redusere feilhandlinger.”*

## 5.6 Rammer for framtidig vekst

Noreg er mellom dei landa i verda som har flest legar i forhold til innbyggjartalet, og likeins mellom dei landa som har størst offentlege utgifter pr innbyggjar til helsetenester (43). Turnustenesta kan føre til auka etterspurnad etter legestillingar. Legedekkinga er den høgaste i Norden, jf. tabell 5.2.

**Tabell 5.2: Lege- og sjukehusdekking i Norden 2007, pr 100.000 innbyggjarar.**  
(data frå NOMESKO: Health Statistics in the Nordic Countries 2007)

|                                            | Noreg | Sverige | Danmark | Finland |
|--------------------------------------------|-------|---------|---------|---------|
| Yrkesaktive legar                          | 386   | 326     | 342     | 230     |
| Sjukehussenger (somatiske og psykiatriske) | 328   | 283     | 317     | 672     |

Vidare utvikling av legestillingar vil henge saman både med kor stor del av ressursane samfunnet vil bruke til legetenester og med korleis legar bør vere fordelte geografisk og på fagområde for å gi størst helsenytte.

SSB har framskrive arbeidsmarknaden for helse- og sosialpersonell med prognosemodellen HELSEMOD (44) for berekna tilgang og etterspørsel fram mot 2030, etter tre alternativ og utan omsyn til om årsverka er i kommune- eller spesialisthelsetenesta:

- *Demografialternativet* byggjer på ei standard befolkningsframskriving etter alder, og føreset at dei aldersrelaterte forbruksratene for ulike tenester blir dei same som i 2007.
- *Referansealternativet* (BNP-alternativet) føreset at ein brukar like stor del av BNP til helse- og sosialtenester som i dag og at BNP aukar i samsvar med dei prognosane som regjeringa si langtidsplanleggjing hausten 2008 er bygd på.
- *Vekstalternativet* byggjer på 0,5% sterkare årleg vekst i helse- og sosialtenester enn Referansealternativet.

For perioden 2010-2013 reknar ein med ein netto tilgang på 2.040 legeårsverk, det tilsvarar nærare 600 nye legeårsverk per år med dagens utdanningskapasitet. Dei tre alternativa gir ulik utvikling for denne perioden:

- Etter *demografialternativet* aukar etterspurnaden med 1.040 legeårsverk. Differansen mellom tilbod og etterspurnad på ca 1.000 årsverk (ca 250 pr år)

er det overskotet som kan nyttast til standardauke i legetenester i perioden 2010-2013. Det vil vere eit legeoverskot fram til 2030.

- Etter *referansealternativet* aukar etterspurnaden med 1.550 årsverk, og det gir eit overskot på ca 500 årsverk som kan nyttast til standardauke. Fram til 2023 blir det også eit overskot av legar, men ei legemangel etter den tid.
- Etter *vekstalternativet* aukar etterspurnaden med 2.010 årsverk, og ein vil få ei legemangel alt frå 2016.

Dersom ein dei første åra let kommunehelsetenesta følgje *vekstalternativet* mens spesialisthelsetenesta følgjer *demografialternativet*, vil tidspunktet for eventuell legemangel bli utsett. Utviklinga vil også bli påverka av eventuelle endringar i arbeidsinnvandringa av legar.

Til samanlikning viser *referansealternativet* eit underskot på ca 10.000 helsefagarbeidarar i 2016 og 40.000 i 2030. For sjukepleiarar gir det eit underskot frå 2021, som aukar til 13.000 i 2030.

## 6 Utvikling av turnustenenesta for legar i Noreg

### 6.1 Historisk utvikling

Alt i 1911 føreslo ein fakultetskomité at det skulle innførast praktisk teneste som kandidat eller assistent hos ein praktiserande lege etter avlagt medisinsk embetseksamen. Dette blei ikkje gjennomført.

I 1948 foreslo ein studieplankomité at studietida skulle avkortast med 1,5 år, frå 7½-8 år til 6-6½ år, men etterfølgjast av 18 månaders obligatorisk turnusteneneste. I 1950 blei denne innstillinga fastsett som reglement for medisinsk embetseksamen. Etter at praktiske spørsmål var utgreidd blei turnustenenesta fastsett ved kongeleg resolusjon av 24.04.1954. Det var meininga at turnustenenesta skulle vere ein del av studiet og høyre inn under universiteta, men Kyrkje- og undervisningsdepartementet var usamd. Det blei difor ikkje fastsett anna om mål og innhald enn at turnuslegene skulle arbeide som lege og få løn for dette.

Turnustenenesta blei sett i gang frå 1955. Innhaldet har vore seks månader ved generell kirurgisk avdeling og seks månader ved generell indremedisinsk avdeling. følgd av seks månaders teneste i kommunehelsetenenesta (inntil 1984 hos distriktslege). I denne siste skal turnuslegane både gjere klinisk legearbeid og offentleg legearbeid, og få kjennskap til korleis norsk helseteneneste er oppbygd. Gjennomført og godkjend turnusteneneste er eit vilkår for å få norsk autorisasjon som lege.

I 1955 blei Turnuskomiteen oppretta som eit permanent "overvakingsorgan", med representantar frå dei medisinske fakulteta i Oslo og Bergen, Legeforeninga, det dåverande Helsedirektoratet og medisinarstudentane. Komiteen fann det vanskeleg å føre nokon reell kontroll, så dei første fem åra tok den seg av den praktiske administrasjonen av turnustenenesta. Etter kvart overtok Helsedirektoratet stadig meir av dette med Turnuskomiteen som eit rådgjevande organ.

Dei første åra var det vanskeleg å få sjukehusa og distriktslegane til å ta mot turnuslegar. Men i 1960-åra blei det stor legemangel i Noreg, og turnuslegane blei berginga for mange sjukehus og legedistrikt. På denne tida var det stadig fleire utanlandsmedisinarar som ønskte å gjere turnusteneneste i Noreg. Frå 1964 var stoda likevel så vanskeleg at Helsedirektoratet stundom måtte plassere turnuslegar som "aleinelege" i distrikt der det ikkje var distriktslege, fordi det var uråd å skaffe befolkninga legehjelp på annan måte. Ulempa med dette var at mange turnuslegar måtte arbeide utan vegleiar og i praksis var aleine i den delen av opplæringstida.

Tidleg i 1965 ba formannen i Turnuskomiteen om å bli fritaken frå vervet sitt fordi han meinte denne utviklinga var i strid med føresetnadene for turnusteneneste. Komiteen blei oppløyst, men oppretta att seinare på året med representantar for dei same instansane. Mandatet var då å treffe tiltak for å betre kvaliteten på turnustenenesta samt fremje ankesaker om særplass for turnuslegar til

Helsedirektoratet. Turnuskomiteen har ikkje vore i funksjon sidan 1988, og blei sidan nedlagt.

Både før og etter 1965 retta turnuslegane mykje kritikk mot turnustenesta. Dei meinte at Legeforeninga ikkje tok godt nok vare på dei økonomiske interessene deira, at fakulteta ikkje kvalitetssikra studiet godt nok, og at Helsedirektoratet brukte turnustenesta til å dekkje over ein alvorleg legemangel. I 1965 blei det derfor oppretta ei eiga kandidatforeining, som oppmoda medisinske kandidatar til å ta turnusteneste i Sverige. Etter kvart kom det minstekrav til bustad som var forpliktande både for sjukehus og distriktslegar, og turnuslegane fekk betre løn.

Heilt sidan turnustenesta blei sett i gang, var det føresetnaden at turnuslegane skulle vere arbeidstakarar, mens tittelvernet som lege kom seinare. Fram til 1969 var det opp til sjukehusa om dei ville ta mot turnuslegar, men stundom ga det dåverande Helsedirektoratet pålegg om det. Frå 1969 blei plikt til å ta mot turnuslegar lovheimla med § 8 i sjukehuslova (61), og dette er frå 2001 ført vidare i spesialisthelsetenestelova (62), der § 3-5 no seier:

*De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av (...) turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Departementet kan gi forskrifter om plikten til å delta i undervisning og opplæring, herunder om private helseinstitusjoners plikt.*

Fram til 1984 var det opp til distriktslegane om dei ville ta mot turnuslegar som assistentar i sin pliktige privatpraksis, men etter ein distriktslegeaksjon på slutten av 1970-talet blei dei fritakne for arbeidsgjevaransvaret. Frå 1984 har kommunane hatt plikt til å ta mot turnuslegar, og § 6-1 i kommunehelsetenestelova (58) seier:

*Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.*

Frå 2002 har Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) hatt ansvaret for å administrere turnustenesta for legar, medrekna mynde til å gi pålegg om å ta i mot turnuslegar. Ansvaret er delegert frå Helsedirektoratet som er klageinstans i enkeltsaker som gjeld turnustenesta.

I 1996 blei det fastsett at turnustenesta skal vere ved sjukehus med akutt beredskap.

Sidan 1998 har ein del sjukehus hatt tilbod om tre delt sjukehusturnus (4 månader kirurgi, 4 månader indremedisin og 4 månader med anten psykiatri, anestesi, pediatri eller kvinnesjukdomar). Både Fylkeslegen i Oslo, Legeforeninga og Helsetilsynet gjekk inn for denne modellen som eit alternativ til todelt sjukehusturnus. Den skulle skaffe fleire turnusplassar, både for å gi rom for dei stadig større årskulla med nyutdanna medisinske kandidatar og for å halde talet på turnuslegar ved kirurgiske og medisinske avdelingar nede.

Om lag 20 % av turnuslegane har no tre delt sjukehusturnus.

I 2007 var turnuslegane i snitt 9 % av dei kommunale legeårsverka, ein nedgang frå 12% i 1989. Tabell 6.1 viser at turnuslegane framleis er ein viktig del av kommunehelsetenesta, særleg i mindre sentrale strom av landet.

**Tabell 6.1: Kommunale legeårsverk 2007, for alle legefunksjonar.**

(Data om turnuslegar frå SAFH 2009, andre opplysningar frå Styrings- og informasjonshjulet 2008<sup>11</sup>)

|                  | Alle kommunale<br>legeårsverk | Av desse:<br>antal og (%) turnuslegar |
|------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Østfold          | 227                           | 19 (8)                                |
| Akershus         | 413                           | 17 (4)                                |
| Oslo             | 512                           | 18 (4)                                |
| Hedmark          | 184                           | 17 (9)                                |
| Oppland          | 183                           | 19 (10)                               |
| Buskerud         | 238                           | 15 (6)                                |
| Vestfold         | 185                           | 13 (7)                                |
| Telemark         | 158                           | 18 (11)                               |
| Aust-Agder       | 97                            | 11 (11)                               |
| Vest-Agder       | 164                           | 14 (9)                                |
| Rogaland         | 328                           | 28 (9)                                |
| Hordaland        | 400                           | 25 (6)                                |
| Sogn og Fjordane | 117                           | 19 (16)                               |
| Møre og Romsdal  | 227                           | 28 (12)                               |
| Sør-Trøndelag    | 247                           | 20 (9)                                |
| Nord-Trøndelag   | 123                           | 20 (16)                               |
| Nordland         | 251                           | 43 (17)                               |
| Troms            | 167                           | 27 (16)                               |
| Finnmark         | 100                           | 24 (24)                               |
| Heile landet     | 4.321                         | 395 (9)                               |

## 6.2 Utdanningskapasitet innanlands og utanlands

Då turnustenesta starta opp i 1955, var det kvart halvår bruk for turnusplassar til 50 nye medisinske kandidatar. Men dette bildet blei snart endra, både fordi innanlandskulla blei større og fordi fleire utanlandsstudentar kom til. I 1961 var det 130 studieplassar innanlands, og det året venta ein ca 55 utanlandsstudentar til turnusteneste, ca 94 i 1962, 141 i 1963, 169 i 1964 og 147 i 1965. Om dette sa helsedirektør Evang i eit foredrag (53):

*”Som man vil forstå vil det her reise seg meget betydelige problemer når det gjelder å absorbere dette store og sterkt svingende antall leger i turnustjenesten.”*

<sup>11</sup> Data henta frå Kostrarapportering.

Tilgangen på turnuslegar auka etter kvart, og i åra fram til 1987-88 var det ca 450 turnuslegar pr år. På 1980-talet blei talet på norske studieplassar redusert frå 436 til 310, men er sidan auka til 580. Det er også blitt mange fleire norske medisin-studentar i utlandet som får støtte frå Statens lånekasse: i 2007/08 var dei 2.349, medrekna kjøpte studieplassar utanlands. I tillegg ønskjer stadig fleire legar frå land utanfor EØS-området tilleggsutdanning og turnusteneste for å få norsk autorisasjon.

Bare 57% av turnuslegane våren 2009 hadde fått grunnutdanninga si i Noreg. Tabell 6.2 viser fordelinga av dei andre:

- a) 19% var utdanna i andre EØS-land med krav om obligatorisk teneste etter grunnutdanninga, og andelen er aukande. Halvparten av dei var utdanna i Polen.
- b) 17% var utdanna i andre EØS-land utan krav om obligatorisk teneste. Antalet aukar men andelen er konstant. Over halvparten av dei var utdanna i Ungarn.
- c) 1% var utdanna i Australia som har obligatorisk teneste.
- d) 6% var utdanna i andre land – i eller utanfor EØS – som me ikkje veit om har obligatorisk teneste etter eksamen. Andelen aukar litt.

Tabell 6.2 omfattar både norske statsborgarar og utanlandske legar som ønskjer norsk turnusteneste og autorisasjon for å få høve til å arbeide kortare eller lengre tid i Noreg. Tabellen viser ikkje kor mange av turnuslegane som er norske statsborgarar, men indikerer at etter EU/EØS-direktiv har dei aller fleste av dei krav på å få arbeide som legar i Noreg.

**Tabell 6.2:** Turnuslegar i norsk turnusteneste våren 2009, fordelt etter utdanningsland og krav om turnusteneste/obligatorisk teneste (etter data frå SAFH 2009)

| Utdanningsland                                   | Tidspunkt for turnusstart |          |          | Samla antal og i (%) |
|--------------------------------------------------|---------------------------|----------|----------|----------------------|
|                                                  | 15.02.08                  | 15.08.08 | 15.02.09 |                      |
| Noreg                                            | 227                       | 253      | 225      | 705 (57)             |
| EØS-land med krav om obligatorisk teneste *      | 52                        | 115      | 73       | 240 (19)             |
| ” utan krav om obligatorisk teneste **           | 66                        | 71       | 75       | 212 (17)             |
| ” uvisst om slikt krav ***                       | 8                         | 8        | 16       | 32 (2,5)             |
| Land utanfor EØS: uvisst om obligatorisk t. **** | 19                        | 5        | 20       | 44 (3,5)             |
| Australia, som har krav om obligatorisk teneste  | 3                         | 0        | 11       | 14 (1)               |
| Sum                                              | 375                       | 452      | 420      | 1.247 (100)          |

\* Polen 119, Danmark 56, Sverige 30, Irland 25, Storbritannia 9 og Nederland 1

\*\* Ungarn 121, Tyskland 60, Tsjekkia 2 og Slovakia 8.

\*\*\* Latvia 12, Østerrike 7, Bulgaria og Romania 3 kvar, Estland, Litauen 2 kvar, Frankrike, Spania og Hellas 1 kvar.

\*\*\*\* Russland 9, Rest-Jugoslavia 9, Irak 6, Pakistan 4, Ukraina 4, Iran 3, Afghanistan og U.S.A. 2 kvar, Bangladesh, Etiopia og Nigeria 1 kvar, og 2 med ukjent utdanningsland.

I Sverige har det vore ei liknande utvikling. I 2005 var 18% av legane der utdanna utanom Sverige, og i åra 2004-2006 var det fleire legar med utanlandsk enn med svensk grunnutdanning som fekk autorisasjon. 12% av desse hadde grunnutdanning frå Polen eller Ungarn (67).

### 6.3 Utdanningskapasitet i Noreg

Våren 2009 studerte om lag 5.650 nordmenn medisin. Nær 42 prosent av desse studerte i utlandet, dei fleste i Sentral-Europa.

Dei fire medisinske fakulteta i Noreg har kapasitet til 580 studentar pr år. Desse studieplassane fordeler seg med 105 + 105 ved Universitetet i Oslo (opptak vår og haust), 150 i Bergen, 100 i Tromsø og 120 i Trondheim.

Medisinstudiet er normert til 6 år. Oslo og Bergen har slutteksamen to gonger i året. Dette fører til at det ikkje er like stor etterspurnad etter turnusplassar om våren som om hausten.

I Helsedirektoratet sin rapport IS-1673 *Utdanne nok og utnytte godt. Innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen* (68) blir utdanningskapasiteten for norsk grunnutdanning i medisin drøfta.

### 6.4 Utdanning i utlandet

#### 6.4.1 Kjøpte utdanningsplassar utanlands

Frå midten av 1990-talet trong Noreg fleire medisinske studieplassar. Frå 1997 kjøpte derfor Staten opp studieplassar i utlandet. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim fekk ansvaret for administrering og oppfølging av denne ordninga, som var ein del av samordna opptak til medisinstudiet i Noreg. Tabell 6.3 viser kor mange som til kvar tid har studert i dei kjøpte utdanningsplassane.

Denne oppkjøpsordninga blei oppheva i 2004, men dei som alt var inne i den fekk fullføre studiet. Våren 2009 var det bare igjen 43 studentar i ordninga, som vil vere nesten heilt avvikla i løpet av 2010.

**Tabell 6.3: Norske legestudentar på oppkjøpte studieplassar i utlandet.**  
(data frå NTNU 2009)

|           | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|
| Irland    | 67   | 71   | 62   | 48   | 41   | 31   | 20   |
| England   | 55   | 46   | 40   | 37   | 35   | 29   | 23   |
| Skottland | 20   | 22   | 17   | 15   | 10   | 7    | 3    |
| Malta     | 10   | 5    | 3    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Nederland | 38   | 36   | 25   | 16   | 16   | 16   | 10   |
| Tyskland  | 55   | 48   | 33   | 21   | 12   | 2    | 2    |
| Australia | 96   | 100  | 83   | 68   | 52   | 40   | 23   |
| Sum       | 341  | 328  | 263  | 205  | 166  | 125  | 81   |

Det er eit generelt inntrykk at dei fleste som har studert på oppkjøpte plassar, også har søkt norsk turnusteneste. Det bare Australiastudentane som treng norsk turnusteneste for å få autorisasjon, men andre ønskjer det for å bli betre kjende med korleis norsk helseteneste fungerer og å få innpass i arbeidsmarknaden.

Tilleggskurs i nasjonale fag mv. (48) er obligatorisk for studentar som har studert i land utanom EU/EØS-området før oppstart av turnus. Frå og med hausten 2009 er kurset i nasjonale fag arrangert som eit samarbeidsprosjekt mellom alle dei fire medisinske fakulteta i Noreg.

I samband med oppkjøpsplassane i utlandet starta NTNU eit nettbasert tilleggskurs i samarbeid med Universitetet i Tromsø og Nasjonalt senter for telemedisin. Dette kan gjennomførast også av norske utanlandsmedisinantar utanom oppkjøpsordninga i løpet av dei siste to åra i studiet. Det kan også vere eit tilbod til andre utanlandske legar som arbeider eller ønskjer å arbeide i Noreg.

#### **6.4.2 Norske medisinstudentar i utlandet**

Statens lånekasse gir støtte til utdanning i utlandet. For legestudentar gjeld dette i hovudsak til studiar i Tsjekkia, Ungarn, Slovakia, Polen, Storbritannia, Danmark, Australia, USA og Canada.

Data frå Statens lånekasse fortel at på 1960-talet var årleg vel 1.200 norske legestudentar i utlandet. Frå ca 1970 blei dette gradvis redusert til 300 i 1988/89, men med aksellerande auke på 1990-talet. Tabell 6.4 viser utviklinga dei siste 20 åra, då det blei åtte gonger så mange av dei. Størstedelen av denne auken kom på 1990-talet, - dei siste fem åra er det bare blitt 19% fleire (sjå tabell v2.2).

Utanlandsandelen av legestudentar auka frå 19% i 1993/98 til 39% i 2000/01, og er no 41%. 77% av desse studerer i Polen, Ungarn, Tsjekkia eller Slovakia (sjå tabell v2.3), 54% er kvinner og 46% menn.

**Tabell 6.4: Norske legestudentar i utlandet med lån frå Statens lånekasse**

(Data frå Statens lånekasse for studerende ungdom 2009)

| Studieår        | 1988/89 | 1993/94 | 1998/99 | 2003/04 | 2005/06 | 2007/08 | 2008/09 |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| antal studentar | 300     | 439     | 1.493   | 2.008   | 2.212   | 2.349   | 2.383   |

Statens lånekasse har ikkje opplysningar om kor mange som kvart år fullfører legestudie i utlandet. Dei fleste utanlandske utdanningane har 6 års studietid, men i praksis brukar fleire lengre tid enn dette, og ein del avbryt undervegs. Dette gjer det vanskeleg å vurdere kor mange med norsk statsborgarskap og utanlandsk utdanning som årleg melder seg på til norsk turnusteneste, men for åra 2004-2009 har det truleg vore ca 330-350 kvart år (sjå punkt 6.6).

## 6.5 Ventelisteproblematikk

I perioden 1990-97 var det eit rimeleg stabilt årleg behov for turnusplassar, men frå 1998 førte auka tilgang på medisinske kandidatar frå utlandet (jf. tabell v3.3) til stadig større behov for plassar. Tabell 6.5 viser at talet på turnusplassar i sjukehus er blitt meir enn dubla det siste tiåret, til 895 i 2009. Det er oppstart av denne tenesta to gonger i året: 15. februar og 15. august.

**Tabell 6.5: Talet på turnusplassar i sjukehus 1996-2008**

(Data frå SAFH 2009)

| År   | Start 15. februar | Start 15. august | Sum |
|------|-------------------|------------------|-----|
| 1996 | 136               | 189              | 325 |
| 1997 | 135               | 185              | 320 |
| 1998 | 140               | 263              | 403 |
| 1999 | 270               | 325              | 595 |
| 2000 | 240               | 367              | 607 |
| 2003 | 293               | 351              | 644 |
| 2004 | 348               | 398              | 746 |
| 2005 | 394               | 403              | 797 |
| 2006 | 393               | 401              | 794 |
| 2007 | 392               | 450              | 842 |
| 2008 | 434               | 441              | 875 |
| 2009 | 443               | 452              | 895 |

Tala frå SAFH fortel at fram til 2003 var det turnusplassar til alle som ønskte det, men sidan har stadig fleire medisinske kandidatar måtta stå på venteliste. Dette er fordi augustkulla er så mykje større enn februarkulla, slik at ein del kandidatar i augustkulla må stå på venteliste til februar for å byrje turnustenesta. Dei siste åra har om lag 100 søkjarar kome på venteliste frå august til februar årleg. Som hovudregel har ingen søkjarar så langt måtta vente meir enn seks månader på turnusplass.

Ved opptaket til *august 2008* var det 450 turnusplassar. Det var eit normalt augustkull med i alt 719 påmelde, medrekna særplassar og overføringar frå kullet før. I alt 138 blei overført på venteliste til februar 2009. Ved opptaket til *februar 2009* var det eit normalt februarkull. Det blei plass til alle som var på venteliste frå august 2008 og alle nypåmelde, og til slutt var det likevel nokre ledige plassar.

Ved opptaket til *august 2009* var det i alt 772 påmelde. Ventelista var redusert til 303 då hovudvalet var gjennomført. Vidare fram til turnusstart 15.08.2009 blei det halde 5 suppleringsval, og til slutt blei 191 kandidatar overført frå ventelista for august 2009 til februar 2010.

Ved opptaket til *februar 2010* var det såleis 669 kandidatar som deltok i tildeling av trekningsnummer, og då hovudvalet var avslutta, var det 152 kandidatar som ikkje hadde fått plass. Det vil som vanleg bli gjennomført fleire suppleringsval fram mot

turnusstart, og før om åra har ventelista blitt redusert til om lag halvparten fram til den tid. Med ei slik utvikling må venteleg 70-80 kandidatar vente fram til oppstart i august 2010.

Stadig fleire ønskjer norsk turnusteneste. SAFH registrerer at nokre ikkje er reelle søkjarar, men melder seg på som ein back-up til andre alternativ. Fire månader etter opptaket til turnusstart i august 2009 hadde 7,8% av dei som hadde fått plass, søkt om utsetjing og liknande. Dette skjer trass i at påmeldinga er bindande (1).

Det bør bli vurdert om det skal innførast eit fellesgebyr for påmelding til turnusteneste og autorisasjon etter godkjend turnusteneste dersom dagens turnusordning skal førast vidare. Dette kan bidra til å sile ut useriøse påmeldingar.

## 6.6 Ventande utvikling vidare

Kandidatane som melder seg på til norsk turnusteneste kan delast i tre grupper:

- a) Norske statsborgarar med norsk grunnutdanning. I snitt er det ca 580 pr år, dette samsvarar med talet på innanlandske studieplassar pr år, og det er ingen konkrete planar om å utvide denne kapasiteten.
- b) Norske statsborgarar med utanlandsk grunnutdanning. Den ser ut til å ha vore nokså konstant 2004-2009 - truleg 330-350 kvar år -, men det er all grunn til å tru at den fram til 2014 vil auke med 40 %, til 460-490 pr år.
- c) Utanlandske statsborgarar med utanlandsk grunnutdanning. I 2004-2005 var dette truleg ca 50-70 pr år. I mai 2004 utvida EU med 10 nye medlemsland, stort sett i det tidlegare Aust-Europa. Søkjarar frå EU-land får søknadene sine behandla etter EU-direktiv 2005/36/EC med same rett til norsk turnusteneste som for norske statsborgarar (jf pkt. 8.4.2). Sidan 2005 er denne gruppa 5-8-dobla, med i snitt 50% årleg auke 2006-2009 (jf tabell v3.2).

Prognoser for åra frametter er usikre, delvis fordi ein ikkje har nøyaktige tal for kor mange i gruppe b) som dei seinare åra har meldt seg på til turnusteneste<sup>12</sup>, men særleg fordi den norske arbeidsmarknaden kan vere avgjerande for korleis gruppe c) vil utvikle seg. Med desse atterhalda er tabell 6.6 eit forsøk på framskriving av sannsynlege tendensar.

**Tabell 6.6:** Kandidatar med utanlandsk grunnutdanning. etterspurnad etter norsk turnusteneste 2004-2009, og prognose for 2014 (jf tabell v3.2).

| År   | Alle      | av desse:                 |                                |
|------|-----------|---------------------------|--------------------------------|
|      |           | med norsk statsborgarskap | med utanlandsk statsborgarskap |
| 2004 | 401       | 330-350?                  | 50-70?                         |
| 2009 | 720       | 330-350?                  | 370-390?                       |
| 2014 | ca 2.000? | 460-490?                  | nokså uvisst: 1.150? *         |

\* Anslag dersom årleg auke blir redusert frå 50 til 25%.

<sup>12</sup> Statens lånekasse har tal for kor mange utanlandsstudentar som avsluttar studiet med betalingsplan, men ikkje for kor mange av desse som då har fullført grunnstudiet (nokre avbryt studiet og nokre tek ein pause). SAFH har tal for kor mange med utanlandsk grunnutdanning som melder seg på til turnusteneste, men ikkje kor mange av desse som er norske statsborgarar.

I tillegg til desse tala kjem årleg 580 innanlandsstudentar, slik at samla etterspurnad var på ca 1.300 turnusplassar i 2009.

For 2009-2014 tyder dette:

- Talet på innanlandsstudentar vil venteleg halde seg konstant dei neste åra dersom utdanningskapasiteten ved norske universitet ikkje aukar.
- Veksten i talet på norske utanlandsstudentar vil auke etterspurnaden etter norske turnusplassar med ca 30 pr år. Samla etterspurnad vil då bli ca 1.450 i 2014 dersom det blir nullvekst i påmeldingar frå utanlandske statsborgarar. Utviklinga dei siste åra tyder på at ein ikkje bør rekne med det.
- Dersom den årlege auken i påmeldingar frå utanlandske statsborgarar blir halvert, frå 50 til 25%, vil det samanlagt bli ein etterspurnad på ca 2.200 turnusplassar i 2014. Dette kan vere ei meir realistisk framskriving.

Ei slik utvikling av dagens turnusteneste vil venteleg gi problem både med kapasitet og kvalitet, stort sett som følgje av den svære auken av søkjarar frå andre EU/EØS-land.

## 6.7 Utdanningsstrategi for framtida

I 2009 studerte om lag 5.650 nordmenn medisin, men bare 59% av dei i Noreg (jf. tabell v2.2). I treårsperioden 2006-08 fekk 4.436 legar norsk autorisasjon, og bare 29 % av desse hadde norsk grunnutdanning (jf. tabell v3.3).

Helsedirektoratet har i rapportane IS-1673 *"Utdanne nok og utnytte godt"* (68) og IS-1663 *"Migrasjon og helse"* (69) kome med framlegg om å auke utdanningskapasiteten for legar i Noreg. Det blir ikkje argumentert for å auke den samla utdanningskapasiteten, men for ei omfordeling, slik at fleire personar som ønskjer å studere medisin kan få tilbod om studieplass ved norske lærestader.

Det er fleire grunnar til at norsk ungdom som ønskjer å studere medisin, som hovudregel bør få tilbod om slik utdanning ved norske lærestader. Landet vårt har eit sjølvstendig ansvar for å vere mest mogeleg sjølvberga med utdanningsplassar, slik at fattigare land ikkje blir utnytta. I tillegg treng landet vårt nyutdanna legar som i utdanninga si har fått god kunnskap om kommunehelsetenesta og samhandlinga mellom nivåa i norsk helseteneste, mellom faggrupper og med pasientar og pårørande. Utdanningar i mange andre land har mindre fokus på desse områda. Norske styresmakter legg vekt på internasjonalisering i utdanningssystema, men auka utdanningskapasitet i Noreg vil ikkje vere til hinder for utveksling av studentar og internasjonal kontakt mellom ulike land.

Helsedirektoratet meiner derfor at utdanningskapasiteten i Noreg må aukast i perioden fram til 2030. Den blei nesten dobla i løpet av 1990-åra, men var i 2009 likevel bare 3 % (antal studieplassar i prosent av utførte legeårsverk). Dette er lågt, sett i forhold til studiekapasiteten for andre helsepersonellgrupper. Medrekna utanlandsk studiekapasitet blir den 5 %. Dersom ein vil halvere talet på norske studentar som i dag studerer medisin i utlandet, må kapasiteten i Noreg aukast med om lag 200 studieplassar, dvs. 34% fleire enn i dag.

Auke av utdanningskapasiteten krev auka budsjетtrammer, tilgang på kvalifisert

lærepersonell, tilgjengelege praksis- og turnusplassar mv. Slik auke må planleggast over fleire år. Det vil ta 7-8 år frå etablering av nye studieplassar til kandidatane kan få autorisasjon som lege. Det er viktig å kome i gang med planlegging av nye studieplassar, slik at fleire legar med norsk utdanning blir tilgjengelege i løpet av dei neste 8–10 åra.

## 7 Dagens turnusteneste for legar

### 7.1 Turnusteneste som del av eit heilt kvalifikasjonsforløp

Turnustenesta er eit tilbod om å få nødvendig arbeidsmessig erfaring før autorisasjon som norsk lege. Dette tilbodet blir gitt som ei pakke med tilrettelagt nybyrjarstilling og innebygd vegleiing. Vilkåret for å gjennomføre tenesta er at den nyutdanna legen må flytte dit samfunnet finn plass for henne/han. Turnustenesta er eit samfunnstiltak for å kvalitetssikre betre den ressursen som dei nyutdanna legane utgjer.

Turnustenesta bør ikkje sjåast på som eit frittståande fenomen, men som starten på eit heilskapleg kvalifikasjonsløp. I dag er løpet slik:

- Etter gjennomført grunnutdanning får den medisinsk kandidaten turnuslisens og kan så gjennomføre turnustenesta.
- Etter gjennomført og godkjend turnusteneste får legen autorisasjon som gir formell rett til å utøve sjølvstendig legearbeid utan vidare vegleiing.

Etter autorisasjon er det fleire sjekkpunkt i løpet:

- Legen kan velje eit spesialiseringsløp med normert opplegg og vegleiing.
- Lege som ønskjer trygderefusjonsrett må ha eitt års vegleidd teneste etter turnustenesta.
- Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning kan tilbakekallast dersom legen blir vurdert som uskikka til å utøve legeyrket på forsvarleg måte.
- Ved fylte 75 år misser legen autorisasjonen, men kan etter søknad få lisens og spesialistgodkjenning på visse vilkår.

### 7.2 Turnusteneste som pedagogisk tiltak

#### 7.2.1 Generelt

Det er i dei første åra i yrkeslivet etter fullført grunnutdanning at den viktigaste delen av profesjonaliseringa skjer, same kva profesjon det gjeld. Legearbeid krev kompetanse også utanom teoretisk kunnskap. Derfor er ei vellykka profesjonalisering viktig. Turnustenesta har vore nokså lik for alle legar og har dermed sikra ei einskapleg profesjonalisering av legane i Noreg.

Læringsprosessen i turnustenesta er kompleks. Epstein og Hundert (70) har føreslått å definere profesjonell kompetanse som *"vanemessig og forstandig bruk av kommunikasjon, kunnskap, tekniske ferdigheter, klinisk resonnement, følelser, verdier og refleksjon i sin daglige praksis, til beste for de individene og det samfunnet man tjener."* Dei skil ut kognitive, tekniske, integrative, kontekstuelle, relasjonelle, kjenslemessige/moralske og vanemessige dimensjonar ved denne kompetansen. Dette er kompetanse med mange fasettar, og nokre av dei er drøfta nedanfor.

1. Tolking og omsetjing av teoretiske kunnskapar til klinisk resonnement og mønstergjenkjenning (vertikal integrering)  
Dette inneber m.a. å handtere mykje informasjon på ein gong, lære seg å skilje det viktige frå det mindre viktige i ein kompleks klinisk situasjon, å sjå kva det hastar mest å finne ut av o.s.v. Det handlar også om å setje saman informasjon frå mange ulike kjelder, ofte på få sekundar, til mønster og hypotesar som ein kan arbeide vidare med. Andre gonger gjeld det å starte ein problemløysingsprosess med svært lite informasjon, samle informasjon undervegs og tilpasse problemløysinga til det. Det inneber også å bli kjend med det vanlege forløpet av vanlege sjukdomar, og å kunne reagere når noko avvik frå mønsteret.
2. Praktiske ferdigheiter  
Legeyrket har framleis eit visst preg av praktisk handverk. Mange tekniske prosedyrar blir stadig meir forfina og blir bare utført av spesialistar, men framleis er det ein del undersøkings- og behandlingsmetodar som alle legar må kunne mestre. Desse blir demonstrerte og til dels prøvde i studietida, men det er turnustenesta som kan gi mengdetreninga. Kandidatane har svært ulike nivå på praktiske ferdigheitar når dei byrjar i tenesta, mellom anna fordi dei nyutdanna kjem frå ulike universitet med ulike grad av klinisk trening. Undersøkingar tyder på at turnustenesta jamnar ut desse skilnadene (7).
3. Relasjonelle ferdigheiter - kommunikasjon og samhandling (horisontal integrering)  
Gode evne til kommunikasjon både i forhold til pasientar og til medarbeidarar blir stadig viktigare i legearbeidet. Den praktiske tenesta byr på høve til å kommunisere med mange ulike menneske i ulike livssituasjonar. God kommunikasjon må til både for å stille rett diagnose og for at behandlinga skal lukkast. Brukarmedverknad er eit sentralt prinsipp i pasientrettighetslova (71). God samhandling med andre yrkesgrupper og andre deler av helse- og sosialtenesta krev også trening.
4. Meistring av legerolla  
Dagens legerolle har mange utfordringar som stadig er i endring. Nokre utfordringar er meir tidlause som t.d. det å måtte ta raske avgjerder under stor uvisse. Legen må kunne redusere uvisse mest mogeleg med enkle grep og deretter ta ei avgjerd og setje ho ut i livet eller greie å leve vidare med uvisse som ikkje let seg fjerne. Den praktiske tenesta gir høve til å møte alle desse utfordringane og å finne fram til sin eigen måte å mestre på under vegleiing av erfarne kollegaer.
5. Haldningar og etiske dilemma  
Ein del av profesjonaliseringa er å utvikle gode haldningar både til pasientar, pårørande og samarbeidspartar. Legearbeidet reiser ei rekkje etiske dilemma. I turnustenesta må dei lære seg å kjenne att etiske spørsmål i det daglege arbeidet og å handle på ein gjennomtenkt måte.
6. Logistikk og rammevilkår  
Helsetenesta blir stadig meir kompleks. Derfor blir handtering av *logistiske* utfordringar i behandlingsskjeda og –nettverka stadig viktigare for utfallet av helsehjelp. Turnuslegane må ikkje bare finne ut *kva* undersøking eller

behandling pasienten treng, men også *korleis* dei skal skaffe pasienten denne helsehjelpa til rett tid. Då blir det viktig å skaffe seg kjennskap til andre delar av helse- og sosialtenesta, til andre faggrupper og til rammene som andre helse- og sosialprofesjonar arbeider i.

## 7. Plikter og rettar

Turnuslegar som har studert i Noreg lærer om norsk helselovgjeving. For alle som har studert i utlandet er mykje av dette ukjent. Turnustida blir for mange eit første møte med korleis t.d. trygdellovgjevinga fungerer i møte med medisinsk *praksis*. For dei fleste er også turnustenenesta det første møtet med arbeidslivet og dei plikter og rettar som følgjer med det å vere arbeidstakar.

### 7.2.2 *Dagens turnusteneneste i kommunar*

#### 7.2.2.1 *Innhald*

Turnusforskrifta (1) fastset at turnuslegen skal få informasjon om kommunen og organisering av turnustenenesta omlag to måneder før han startar i jobb som turnuslege der. Dei fleste kommunane har eit introduksjonsprogram som turnuslegane gjennomgår dei første dagane i tenesta.

Dei fleste turnuslegane gjennomfører sjølvstendige pasientkonsultasjonar heilt frå starten av kommuneturnustenenesta. Steinert (72) fann at halvparten av turnuslegane hadde fått observere vegleiaren sin gjennom ein heil konsultasjon med pasient. Men bare 18% av turnuslegane var blitt observerte av vegleiaren gjennom tilsvarande heil konsultasjon.

Under det sjølvstendige arbeidet skal turnuslegen ha høve til å få råd hos vegleiaren eller ein annen erfaren kollega. Dei fleste turnuslegane har betre tid på kvar enkelt konsultasjon enn fastlegane, slik at dei skal kunne konsultere lærebøker eller ein erfaren kollega undervegs. Ofte treng dei også meir tid enn erfarne kollegaer på skriftleg dokumentasjon av arbeidet.

Turnuslegane skal få erfaring med behandling av alle slags pasientar. Det viser seg at turnuslegar i større kommunar og på større legesentra ofte får øyeblikkeleg hjelp-pasientar, mens pasientar med kroniske lidingar heller vil vente på time hos fastlegen sin. I mindre kommunar får turnuslegane oftare følgje opp menneske med kroniske lidingar. Der har dei også meir ansvar for offentlege allmennlegeoppgåver som arbeid i helsestasjon, skulehelseteneneste, sjukeheim og til pleietrengjande som bur heime.

Legeforeninga sin *Veileder for turnustjenesten i kommunehelsetjenesten* (73;74) har vegleiande lister over dei legeoppgåvene og dei kliniske og samfunnsmedisinske problemstillingane som bør bli gjennomgått i løpet av kommuneturnus. Det finst i dag ingen statleg, detaljert oversikt over konkrete krav til innhald og læringsmål for tenesta anna enn målbeskrivinga i turnusforskrifta i rundskriv IS-9/2005 (5) frå Helsedirektoratet. Legeforeningas tilråding blir gjerne oppfatta som offisiell norm. Dersom helsestyresmaktene i framtida skal føre tilsyn med ordninga slik ho er idag, bør det utviklast nasjonale retningslinjer som kan etterprøvast.

Turnuslegane skal delta i legevakt til liks med dei andre legane i kommunen. Den første tida skal turnuslegen arbeide saman med meir erfaren lege som bakvakt under legevakt. Det er vegleiar som avgjer når turnuslegen ikkje lenger treng dette. I ein del sentrale kommunar, der også andre enn allmennlegane deltar i legevakt, har det vore vanskeleg for turnuslegane å få nok legevakterfaring.

Norsk kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM) leverte i januar 2009 rapporten "*... er hjelpa nærmast!*" (75) som forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt. I rapporten blir det føreslått at vegleiingsplikta for turnuslegar bør bli forsterka fordi turnuslegar ikkje har grunnkompetanse til å ha sjølvstendig legevakt. Dei rår difor til at turnuslegar alltid skal ha vakt saman med annan lege med grunnkompetanse i aktiv vakt, fortrinnsvis spesialist i allmennmedisin. Helsedirektoratet held for tida på med ein gjennomgang av legevaktsordningar etter oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet har ikkje ennå kome med ei endeleg tilråding om kva krav som bør stillast til legevaktordningar i Noreg.

Turnusforskrifta seier at turnuslegen skal få nødvendig opplæring, vegleiing og supervisjon. Det er avtalefesta<sup>13</sup> at fastlegen skal ha 3 timer pr. veke til turnusvegleriing som del av offentlege, allmennmedisinske oppgåver, medrekna den løpande vegleriinga. Ein til to timar av dette bør vere til planlagt og strukturert vegleriing. Steinert (72) fann at 68% av turnuslegane fekk mindre enn 2 timar vegleriing pr. veke og bare 4% fekk meir enn 3 timar.

#### **7.2.2.2      *Pedagogiske tiltak i regi av Fylkesmannen***

Fylkesmennene skipar til *kurs i akuttmedisin og legevaktarbeid* for turnuslegane tidleg i den praktiske tenesta, helst før den nyutdanna legen har hatt si første legevakt. Desse kursa blir gjennomførte noko ulikt i dei ulike fylka og er ofte eit samarbeid mellom fylkesmennene, kommunar og helseføretak. Tilbakemeldingane frå turnuslegar er svært positive. Kurset er ikkje obligatorisk. Både krava til meistring og kompetanse i akutte situasjonar og den positive responsen, tilseier at dette kurset bør bli ein fast del av framtidens ordning for nyutdanna legar.

Fylkesmennene administrerer også den *gruppebaserte vegleriinga* som alle turnuslegar i kommuneturnus har fått tilbod om sidan 2004. Gruppene blir leidde av erfarne allmennlegar med vegleiarkompetanse. Dei er tilsette i deltidsstillingar hos fylkesmennene for å gjere denne oppgåva. Gruppene møtest 3-4 gonger i løpet av perioden mens legen har teneste i kommunen. Her får turnuslegane drøfte erfaringar og faglege utfordringar og knyte faglege nettverk. Gruppevegleriinga har vore viktig for kvaliteten på turnustenesta, særleg i område der legedekkinga elles er dårleg og den faglege støtta for turnuslegane er svak (26).

Fylkesmannen sitt *kurs i offentlig helsearbeid* for legar, fysioterapeutar og kiropraktorar i turnusteneste har lange tradisjonar. Dette kurset har etter kvart fått ulik utforming rundt i landet. Det bør lagast felles nasjonal mal for gjennomføringa av

<sup>13</sup> ASA 4310 for perioden 2008-2010 (76): Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene, punkt 11.2: "*Veiledning av turnuslegen godtgjøres i form av 3 timers deltidsstilling som kommunelege per uke i den tiden turnuslegen ordinært er i praksisen*", jf punkt 12.5 som opnar for at vegleriing av turnuslege kan godtgjerast med honorar (kr 628) pr time i staden for løn.

kursa i framtida. I nokre fylke blir det gitt tilbod om *kurs i rett takstbruk* like før oppstart i kommuneturnus. Desse kursa kan vere arrangerte av Legeforeninga, NAV eller i samarbeid mellom fleire instansar.

Dei siste åra har fylkesmennene gitt tilbod om *kurs i vegleiingspedagogikk* for fastlegar som er vegleiarar for turnuslegar i kommunane. Legeforeninga arrangerer også kurs i vegleiingspedagogikk. Høgskolar og universitet tilbyr fleire stader i landet vidareutdanning i vegleiings- og konsultasjonsmetodikk. Desse tilboda rettar seg mot fleire faggrupper og kan i framtida også vere aktuelle utdanningsstader for legar. Likeeins kan det i framtida vere aktuelt at andre faggrupper med vegleiar-kompetanse deltar som gruppevegleiarar for nyutdanna legar. Å hente vegleiarar frå andre profesjonar har vore vanleg i vegleiinga av andre helsefagprofesjonar. Dette kan gi ei større forståing av eiga fagrolle i møtet med andre.

### **7.2.2.3 Kvaliteten på turnuslegane sitt arbeid i kommunehelsetenesta**

Dei nyutdanna legane i praktisk teneste gjer jamt over forsvarleg legearbeid. I Statens helsetilsyn sitt register over tilsynssaker på helsepersonell m.v. (RegROT) for treårsperioden 2006-08 blei det i alt avslutta 69 tilsynssaker på turnuslegar. Tabell 7.1 (jf tabell v9.2) viser korleis tilsynssakene fordelte seg på ulike turnusområde. Vurderingsgrunnlaget for nesten alle sakene var forsvarlegheitskravet i helsepersonellova (49) § 4.

Tabellen viser at risikoen for å få tilsynssak mot seg bare er femteparten så stor i sjukehusturnus som i kommuneturnus, og at nesten halvparten av tilsynssakene i kommuneturnus gjeld legevakt. Risikoen for å få tilsynssak mot seg i kommunehelsetenesta er bare fjerdeparten så stor for turnuslegar som for allmennlegar/kommunelegar, og turnussakene der er jamt over mindre alvorlege (jf. tabell v9.3).

**Tabell 7.1: Tilsynssaker om turnuslegar 2005-08: fordeling og reaksjonsmåtar**  
(data frå Statens helsetilsyn 2008)

|                                                 | Legevakt | Allmennpraksis | Sjukehus | Sum |
|-------------------------------------------------|----------|----------------|----------|-----|
| Ingen merknad                                   | 12       | 19             | 7        | 38  |
| Lokale tiltak: råd/vegleiing, påpeika pliktbrøt | 9        | 5              | 12       | 26  |
| Oversending til Helsetilsynet                   | 2        | 2              | 1        | 5   |
| Sum                                             | 23       | 26             | 20       | 69  |

## **7.2.3 Dagens turnusteneste i sjukehus**

### **7.2.3.1 Generelt**

Det har siste åra vore ei omfattande omorganisering og funksjonsdeling mellom sjukehus, med aukande grad av subspesialisering og oppgåvefordeling. Endringar i sjukehussektoren har påverka rammevilkåra for gjennomføring og innhald i sjukehusturnus for legar. Fleire evalueringar og rapportar har reist kritikk mot

kvaliteten på turnustenesta, særleg i sjukehus, sjå kap. 9 *Gjennomgang av tidlegare utgreiingar*.

### **Innhald i sjukehusturnus**

Det er vanleg at sjukehusa sender ut eit informasjonsskriv til turnuslegane eit par månader før oppstart, med opplysningar om sjukehuset, organisering av føretaket og særpreg ved turnusstaden, og med vaktlistar vedlagt. Avhengig av ressursar tilbyr dei fleste sjukehusa også ein eller fleire dagar på eit introduksjonskurs, der turnuslegane blir gjort kjende med lokale rutinar, avdelingar og medarbeidarar. I løpet av det første halvåret arrangerer mange helseføretak eit hjarte/lunge-redningskurs for å styrke kompetansen til turnuslegane fordi dei er del av vaktteamet i sjukehusa.

Turnuslegane har m.a. ansvar for journalopptak ved sengeavdelingane og utfører diverse utgreiingsprosedyrar ved poliklinikkane. På dei fleste sjukehusa deltar turnuslegane også i det generelle avdelingsarbeidet med undersøkingar, visittgang og utskriving av pasientar, og assisterer ved operasjonar og ved spesialiserte undersøkingar. Fleire stader har dei ansvar for skadepoliklinikken som del av den kirurgiske tenesta. Dette gir viktig erfaring for det seinare arbeidet i kommunehelsetenesta. Det blir også lagt vekt på at turnuslegane skal få assistere ved fødslar og gjennomføre intubasjonar.

Dei siste tjue åra har det blitt monaleg kortare liggjetid og færre døgnplassar på sjukehusa, mens det er blitt fleire sjukehusinnleggingar. Denne utviklinga har endra arbeidsoppgåvene for turnuslegane. Den har ført til meir tidsbruk på innkomst-undersøkingar og til utskriving av pasientar, og mange stader er det blitt mindre tid til å assistere ved operasjonar og fødslar og delta ved anestesi-prosedyrar og liknande.

### **Vegleiiing og supervisjon**

Fleire forhold gjer at helseføretaka er opptekne av å halde adekvat kvalitet på turnustenesta. Det faste personalet ved sjukehusa - både legar, sjukepleiarar og andre faggrupper - gjer eit omfattande arbeid med vegleiiing og supervisjon av turnuslegane.

På små sjukehus er det gjerne ein turnusvegpleiar på kvar avdeling. Vegleiiinga der blir gjerne oppfatta som meir individuelt retta fordi det er få turnuslegar der. Større sjukehus har ofte høve til å frikjøpe kompetent vegpleiar fordi det er mange turnuslegar der og vegleiiingsbehovet derfor er større.

Det er vanleg at turnuslege og vegpleiar har eit par samtalar i løpet av perioden, der dei mellom anna drøftar korleis innhaldet i tenesta står i forhold til oppfylling av målet for turnustenesta og gjennomførte prosedyrer. Desse samtalanene kjem i tillegg til daglege råd og vegleiiing. Turnuslegane deltar også i det interne undervisningsprogrammet på avdelingane. Alle har ansvar for undervisningsoppgåver i løpet av tenesta.

Sykehuset Sandnessjøen HF kan nyttast som eit eksempel. Dette sjukehuset hadde 10 turnuslegar og 40 andre legestillingar i 2007, og blei i den nasjonale evalueringa til legeforeininga evaluert som ein av dei aller beste turnusstadene, jf. tabell v7.1. Her brukte turnuskoordinator/vegpleiar følgjande tid:

- Fast møte ein halv time pr. veke med alle turnuslegane
- Om lag ein halv time pr. veke til m.a. vegleiing, diskusjon om planar og oppfølging av fråver
- Ein dags innføringskurs to gonger i året for turnuslegane

Ved dette sjukehuset går nye turnuslegar dei første 2-3 vaktene i lag med ein meir erfaren turnuslege som starta i praktisk teneste eit halvt år tidlegare. Alle epikriser som blir skrivne av turnuslegar, blir sjekka og kontrasignerte av overlege som er pasientansvarleg lege. Dette arbeidet er fordelt på alle overlegane. Det er vanskeleg å vurdere kor mykje tid som går med til slik oppfølging av turnuslegane. Likeeins er det vanskeleg å tidfeste tidsbruken som sjukepleiarar og andre faggrupper brukar til oppfølging og opplæring av nyutdanna legar.

Det er siste åra gjennomført fleire forsøk med gruppebasert vegleiing for turnuslegar i sjukehus etter modell frå gruppevegleiinga som fylkesmennene tilbyr til turnuslegar i kommunane. Erfaringane frå dette er svært positive. Dette er meir omtala i avsnitt 9.1.9.

### **Læringsutbytte**

Det er eit skjeringspunkt for kor stort eit sjukehus bør vere for å høve som lærestad for turnuslegar. Det må ikkje vere for lite, slik at det blir for få pasientar å møte og for få prosedyrar å gjennomføre. Det må heller ikkje vere for stort, slik at avdelingar blir så spesialiserte at tenesta ikkje gir brei nok klinisk erfaring.

Ved spesialiserte seksjonar på større sjukehus kan turnuslegar bli sette til å skrive journalar i akuttmottak og får då mindre tid til visittgang og anna avdelingsarbeid. Dei får mindre høve til å følgje ein pasient gjennom heile sjukehusopphaldet, men kan i staden få vurdere mange pasientar og oppleve fleire akutte medisinske situasjonar. Ved mindre sjukehus vil turnuslegane ofte oppleve større fagleg breidd.

På store sjukehus går turnuslegen inn som del av vaktteamet og kan vere til stades heile døgnet, - ofte i mottaksavdelinga store delar av tida. Turnuslegar i vakt på mindre sjukehus er gjerne aleine om natta, blir brukt av alle avdelingane over heile sjukehuset, og erfarer i større grad å ha ansvar aleine i akutte situasjonar.

### **Logistikkutfordringar**

Tidlegare har sjukehusa kunna tilby turnuslegane eigne sjukehusbustader. Mange sjukehus har dels selt desse gjennomgangsbustadene, dels er dei prioriterte til personell i kortvarige vikariat. Sjukehusa legg gjerne til rette med tilbod om bustad for turnuslegane på den private marknaden.

Tilgangen på kontor og opphaldsrom for turnuslegane varierer. Det er blitt mange fleire sjukehuslegar i helseføretaka, slik at sjukehusa har vanskar med å skaffe nok kontorplass og utstyr.

#### **7.2.3.2      *Kvaliteten av sjukehusturnus***

Den norske legeforening har systematisert korleis turnuslegane i 2007 og våren 2008 opplevde kvaliteten av sjukehusturnus (jf. avsnitt 9.1.6). For kvar einskild turnusstad er det rekna ut ein samla kvalitetsindeks som eit snitt av faktorane

breidde, heilskap, mengde, vegleiing og supervisjon). Det viser seg at turnuslegane vurderer kvaliteten som vesentleg betre på små sjukehus enn på store.

Kor stor del av legestaben som er turnuslegar ser ut til å påverke vurderinga:

- 8 av dei 12 sjukehusa med over gjennomsnittleg kvalitet hadde færre enn 50 legeårsverk, og på desse 8 var turnuslegane i snitt 23% av alle legeårsverka (variasjonsbreidde 16-40, jf. tabell v5.1).
- Alle 10 sjukehusa med under gjennomsnittleg kvalitet hadde fleire enn 150 legeårsverk, og alle var største sjukehus i sitt helseføretak. På desse sjukehusa var turnuslegane i snitt 8% av alle legeårsverka (variasjonsbreidde 5-14, jf tabell v5.2).

Kor mange turnuslegar det er på sjukehuset ser også ut til å bety noko:

- Dei 12 sjukehusa med over gjennomsnittleg kvalitet hadde i snitt 10 turnuslegar, og bare to av dei hadde fleire enn 12 (variasjonsbreidde 6-21).
- Dei 10 sjukehusa med under gjennomsnittleg kvalitet hadde i snitt 29 turnuslegar (variasjonsbreidd 20-40).

Turnuslegane vurderer såleis kvaliteten av sjukehusturnus som best på små sjukehus. Dei har færre turnuslegar men desse er ein mykje større del av legestaben, slik at turnuslegane derfor har vakt oftare men venteleg har færre pasientar på kvar vakt. Dei to unnataka her er Aker universitetssykehus (250 legeårsverk med 21 turnusårsverk) og Ullevål universitetssykehus (960 legeårsverk med 13 turnusårsverk), som begge blir vurderte blant dei 12 beste sjukehusa. Bare 16% av turnuslegane hadde sjukehusturnus på små sjukehus, men likevel hadde dei små sjukehusa over halvparten av turnusplassane med over gjennomsnittleg kvalitet, jf tabell 7.3.

Tabell 7.2 viser at kvaliteten av sjukehusturnus blir vurdert som dårlegast på sjukehus med meir enn 150 legeårsverk. Dei har mange turnuslegar, men desse er ein mykje mindre del av legestaben. Tabell 7.3 viser at 64% av turnuslegane var på slike større sjukehus, som likevel bare hadde fjerdeparten av alle turnusplassar med over gjennomsnittleg kvalitet. Alle turnusplassane med under gjennomsnittleg kvalitet var på desse større sjukehusa og utgjorde meir enn halvparten av turnusplassane der.

På 22 sjukehus var turnuslegane meir enn 15% av legestaben. 9 av desse blei vurdert som over gjennomsnittet og ingen under det (jf tabell v5.3)

**Tabell 7.2: Sjukehus med turnusplassar, etter storleik og kvalitetsvurdering av turnus**  
(data frå SAFH 2009, Helsedirektoratet 2009 og Den norske legeforening 2006, 2007, 2008)

| Kvalitetsvurdering av<br>plassane 2007-08 | Legeårsverk på sjukehuset hausten 2007 |        |              | Sum<br>sjukehus |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|--------|--------------|-----------------|
|                                           | mindre enn 50                          | 50-150 | meir enn 150 |                 |
| over gjennomsnittet                       | 8                                      | 2      | 2            | 12              |
| gjennomsnitt                              | 8                                      | 11     | 9            | 28              |
| under gjennomsnittet                      | 0                                      | 0      | 10           | 10              |
| Sum sjukehus                              | 16                                     | 13     | 21           | 50              |

**Tabell 7.3: Turnusplassar på sjukehus, etter storleik på sjukehuset og kvalitet av sjukehusturnus**

(data frå SAFH 2009, Helsedirektoratet 2009 og Den norske legeforening 2006, 2007, 2008)

| Kvalitetsvurdering av<br>turnusplassane 2007-08 | Legeårsverk på sjukehuset hausten 2007 |           |              | Sum           |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------|--------------|---------------|
|                                                 | mindre enn 50                          | 50-150    | meir enn 150 | turnusplassar |
| over gjennomsnittet                             | 64 (51%)                               | 27 (22%)  | 34 (27%)     | 125 (100%)    |
| gjennomsnitt                                    | 63 (16%)                               | 138 (35%) | 193 (49%)    | 394 (100%)    |
| under gjennomsnittet                            | 0                                      | 0         | 289 (100%)   | 289 (100%)    |
| Sum turnusplassar                               | 127 (16%)                              | 165 (20%) | 516 (64%)    | 808 (100%)    |

#### **Oppsummering:**

Kvaliteten på sjukehusturnus blir vurdert som best på små og mellomstore sjukehus. Der er det færre turnuslegar, og dei er ein større del av legebemanninga.

### **7.2.4 Forsøk med tredelt turnusteneste med psykiatri**

#### **Bakgrunn**

I alle deler av helsetenesta møter ein ofte menneske med psykiske problem og lidningar. Alvorlege somatiske lidningar fører ofte med seg psykiske vanskar, og psykiske tilleggslidningar gir ofte dårlegare prognose ved somatisk sjukdom.

Sidan 1998 har fleire sjukehus hatt tilbod om tredelt sjukehusturnus (4 månader kirurgi, 4 månader indremedisin og 4 månader med anten psykiatri, anestesi, pediatri eller kvinnesjukdomar). Om lag 20 % av turnuslegane har tredelt teneste i sjukehus.

I 2007 fekk Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre forsøk med turnusteneste i fagfeltet psykiatri for legar (77). Helse- og omsorgsdepartementet slutta seg til Helsedirektoratet si tilråding i 2003-rapporten (18). I rapporten slår direktoratet fast at psykiatri bør definerast som eitt av dei store medisinske faga på lik line med indremedisin og kirurgi. Dette må også kome til uttrykk i grunnutdanninga i medisin og i den praktiske tenesta for nyutdanna legar.

#### **Førsøk ved Universitetssykehuset i Nord-Norge**

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) starta i august 2008 ei utprøving av tredelt turnusteneste i fagfelte indremedisin, kirurgi og psykiatri, fordelt med 6+3+3 månader på desse. Føremålet er å vurdere om tredelt turnusteneste etter denne modellen kan styrke kompetansen hos legar til å møte og behandle menneske med psykiske lidningar.

Prosjektet skal gjennomførast for 4 kull turnuslegar i perioden august 2008 til august 2010, og skal mellom anna drøfte (78):

- korleis turnuslegane opplever det faglege utbyttet med erfaring frå psykisk helsevern i sjukehusturnus
- læringseffekten av psykiatri i turnusteneste når det gjeld allmenn forståing av samspel og kommunikasjon med pasientar
- kunnskapsnivå og haldningar til psykiske lidningar før og etter gjennomført tredelt turnusteneste med psykiatri
- kva konsekvensar innføring av psykiatri som eit nytt fag i turnustenesta har for innhald og læringsutbytte for turnustenesta i kirurgi og indremedisin
- administrative og organisatoriske utfordringar og konsekvensar for sjukehuset med tredelt sjukehusturnus modellen 6+3+3

Det er gjennomført fokusgruppeintervju med eitt av fire kull turnuslegar som har delteke i forsøket til nå. Nokre av desse har tredelt, andre har todelt teneste. Dei førebelse tilbakemeldingane viser at turnuslegane opplever psykiatrisk teneste som relevant for allmennmedisin. Dei framhever god vegleiing som særlege for turnusteneste i psykisk helsevern. Både turnuslegar med todelt og tredelt turnusteneste opplever at dei manglar kompetansegejevande praksis i kirurgi (79).

### 7.3 Turnusteneste som legefördelingstiltak

#### 7.3.1 Generelt

Sidan 1965 er årskulla av turnuslegar nesten firedobla, og auken av turnusplassar på sjukehus har vore størst i Oslo, Helse Vest og Helse Midt (jf tabell v4.2).

Hausten 2007 var turnuslegane ikkje fordelt likeins som befolkninga. Tabell 7.4 viser at i forhold til folketalet hadde helseregionane Sør-Øst og Vest færrest turnusplassar og helseregionane Nord og Midt flest, både for sjukehusturnus og særleg for kommuneturnus:

- Helseregion Sør-Øst har 55% av folkemengda, men bare 46% av turnusplassane i sjukehus og 41% av kommuneturnusplassane.
- Helseregion Nord har bare 10% av folkemengda, men 18% av turnusplassane i sjukehus og 24% av kommuneturnusplassane.

**Tabell 7.4: Turnuslegar og folkemengde i helseregionane hausten 2007, prosentfordelt**  
(data frå SAFH 2009 og SSB 2009)

| Helseregion               | Sør-Øst | Vest | Midt | Nord | Sum |
|---------------------------|---------|------|------|------|-----|
| Sjukehusstenesta          | 46      | 18   | 18   | 18   | 100 |
| Kommunehelsetenesta       | 41      | 18   | 17   | 24   | 100 |
| Prosentdel av folkemengda | 55      | 21   | 14   | 10   | 100 |

*Særplassane* gir mykje ekstraarbeid for SAFH men betyr ikkje mykje for legefördelinga. I 2008 var bare 52 (6%) av dei 875 plassane i sjukehusturnus særplassar. 48% av desse særplassane var på universitetssjukehus og 19% på det største sjukehuset i sitt fylke, men på alle sjukehusa var særplassane bare ein liten

del av turnusplassane (jf tabell v4.3). Det var noko opphoping av særplassar i helseregion Sør-Øst, som hadde 65% av dei 52 særplassane men bare 46% av alle turnusplassane.

### 7.3.2 I kommunehelsetenesta

I 2007 utgjorde turnuslegane 9% av årsverka i kommunehelsetenesta, men med store landsdelsvariasjonar (jf. tabell 6.1):

- Andelen var minst i fylka kring Oslofjorden, på Sørvestlandet og i Sør-Trøndelag.
- Andelen var størst i dei fire nordlegaste fylka og Sogn og Fjordane. turnuslegar var fjerdekvart legeårsverk i Finnmarkskommunane og sjettekvart i dei fire andre fylka.

SSB har klassifisert kommunane i *sentralitet* etter kor langt dei ligg frå større tettstader<sup>14</sup>. Det var stor spreining på sentraliteten av turnuskommunane (jf tabell v8.2):

- 62% (261) av turnuslegane var i kommunar med god sentralitet (gruppe 2 og 3). Dette er kommunar med maksimalt 60 minuttar reisetid til ein tettstad med minst 15.000 innbyggjarar, eller maksimalt 75 minuttars reisetid til eit landsdelssenter med minst 50.000 innbyggjarar.
- 12% (49) av dei var i mindre sentrale kommunar (gruppe 1, som er kommunar med maksimalt 45 minuttars reisetid til ein tettstad med minst 5.000 innbyggjarar)
- 26% (112) av dei var i dei minst sentrale kommunane (gruppe 0, som ikkje fyller noko av kriteria til dei andre gruppene)
- 20% (83) av dei var i små kommunar med mindre enn 5.000 innbyggjarar og lågast sentralitet.

Det var store skilnader på korleis turnuslegane er fordelte på små og store turnuskommunar (jf tabell v8.1):

- 38% av turnuslegane var i små kommunar med færre enn 5.000 innbyggjarar, og vel halvparten av desse var i helseregionane Midt eller Nord.
- 42% av turnuslegane var i kommunar med meir enn 10.000 innbyggjarar, og vel halvparten av desse var i helseregion Sør-Øst.

Småkommunane sine behov er viktige i denne samanhengen:

- 237 norske kommunar (55%) har færre enn 5.000 innbyggjarar. Dei har færrest legar og er derfor mest sårbare dersom dei mistar eit legeårsverk.
- Hausten 2008 hadde 148 (62%) av desse småkommunane i alt 38% av turnuslegane. Halvparten (83) av desse turnuslegane var i dei mest usentrale kommunane (jf tabell v8.2), og i 9 av dei var det meir enn ein turnuslege.

<sup>14</sup>

SSB klassifiserer sentraliteten av kommunane i fire hovudnivå. Sentralitet 3 er sentrale kommunar, der befolkningstyngdepunktet er innanfor 75 minuttars (for Oslo: 90 minuttars) reisetid frå eit landsdelssenter med minst 50.000 innbyggjarar. Sentralitet 2 er noko sentrale kommunar, med maksimalt 60 minuttars reisetid til ein tettstad med minst 15.000 innbyggjarar. Sentralitet 1 er mindre sentrale kommunar, med maksimalt 45 minuttars reisetid til ein tettstad med minst 5.000 innbyggjarar. Sentralitet 0 er dei minst sentrale kommunane, som ikkje fyller noko av desse kriteria.

- I 80 av desse 148 småkommunane var turnuslegen meir enn 30% av legeårsverka, og 47 av dei ligg i helseregionane Midt og Nord (jf tabellane v8.3 og v8.4). Desse 80 kommunane er 19% av alle norske kommunar. Det er dei som er mest avhengige av turnuslege, og det er vanskeleg å sjå korleis dei kan få sikra legetenesta si godt nok utan sikker tilgang på turnuslegar.

Eit aktuelt tiltak kan vere at fleire kommunar går saman om felles allmennlegeteneste. "Senjalegen" er eit forslag om dette for kommunane Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy i Troms fylke<sup>15</sup>. Desse fire kommunane har lågaste sentralitet, og har tilsaman 14.600 innbyggjarar (11.160 av dei bur i Lenvik), 15 legeheimlar (4 av dei er vakante) og tre turnusplassar. Forslaget går ut på at alle legane blir lokaliserte til kommunesenteret i Lenvik, men med kontordagar i dei andre kommunane, for å få eit større fagmiljø og betre legevaktordning, og med sikte på at dette vil føre til betre rekruttering.

#### **Samandrag:**

Turnuslegane er nødvendige for å sikre legetenesta i mange små og usentrale kommunar. 19% av kommunane er svært avhengige av turnuslegar for å sikre nok legedekking.

### **7.3.3 I sjukehus**

Hausten 2007 var det 50 sjukehus som hadde turnuslegar (jf tabell v4.1). I snitt var dei 9,3% av legeårsverka på sjukehuset, men det varierte frå 0,7% ved Ullevål universitetssykehus til 40% ved Blefjell sykehus Rjukan.

På 16 av desse sjukehusa var meir enn 20% av legeårsverka turnuslegar.

- 12 av desse sjukehusa var i Nord-Noreg og på Vestlandet og fire i meir perifere delar av Helse Sør-Øst.
- Desse 16 sjukehusa var stort sett små: 10 av dei hadde færre enn 40 legeårsverk og bare fire hadde 62-87 årsverk. 7 av dei hadde ledige legestillingar, i snitt 7,5%.

12 av sjukehusa hadde mindre enn 10% turnuslegar, men dette var store sjukehus: bare to av dei hadde færre enn 150 legeårsverk og sju var store universitetssjukehus. Bare eitt av desse 12 sjukehusa hadde meir enn 1% ledige legestillingar.

#### **Samandrag:**

Turnuslegane er nødvendige for å sikre drifta ved ein del mindre sjukehus og utgjør opp mot 36 % av alle legeårsverk i nokre sjukehus.

<sup>15</sup> Styringsgruppa (2008) Senjalegen. Modell for framtidig god legetjeneste i kommunene Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy. Utredning og forslag fra styringsgruppa.

### 7.3.4 Turnuslegane som rekrutteringspotensiale

Turnuslegane er ikkje bare viktig arbeidskraft i utkantstrøk *mens* dei er i turnusteneste. Minst like viktig er dei som rekrutterings*potensiale*. Turnustenesta fører dei unge legane til strok av landet som dei sjeldan ville ha søkt til på eiga hand. Ein del finn seg til rette og trivst der, og søker etterpå sin første jobb som autorisert lege i området. Ei oppteljing i dei tre nordlegaste fylka for perioden 1999-2002 (80) viste at 43% av dei turnuslegane som hadde kommuneturnus der i desse fire åra, tok sin første jobb etter turnus i Nord-Noreg. Dette er langt fleire enn dei som hadde vakse opp i landsdelen. Når turnuslegane i utgangspunktet utgjer ein stor del av legane i desse fylka (jf. tabell 6.1), blir dei det viktigaste rekrutteringsgrunnlaget kommunane har til å fylle vakante legestillingar. Ingen andre rekrutteringstiltak har vist like stor effekt.

Dette gjeld ikkje bare kommunehelsetenesta. Helse Finnmark HF (81) opplyser at 62% av deira LiS (legar i spesialisering) hadde hatt turnustenesta si i føretaket. Bare 20% av overlegane hadde turnusteneste eller oppvekst frå Finnmark. Dette tyder på at turnustenesta rekrutterer godt til LiS-stillingane. Derimot er det vanskeleg å få dei til å kome tilbake som ferdige spesialistar etter fullført gruppe 1-teneste andre stader i landet.

Dersom turnustenesta i utkantstrøk skal vere rekrutterande, er det ein føresetnad at turnuslegane får ei positiv oppleving av staden og tenesta. Dette var utgangspunktet for prosjektet *Leger til utkantstrøk – et program for gruppebasert veiledning av turnusleger*, som blei starta i Finnmark i 1997 med midlar frå Helse- og omsorgsdepartementet (seinare Helsedirektoratet). Turnuslegane i kommuneturnus blei samla i små grupper leidde av ein erfaren vegleiar. Der fekk dei dele erfaringar og drøfte korleis utfordringane kunne løysast. Frå 1998 kom alle dei fire nordlegaste fylka med i prosjektet. Etter kvart har den pedagogiske nytten av denne gruppe-vegleiinga blitt viktigare enn rekrutteringseffekten. Frå 2004 har ordninga vore landsomfattande.

I Finnmark brukar ein framleis denne kontakten med turnuslegane som eit springbrett for vidare rekruttering. Dei legane som søker seg til ledige kommunelege/fastlegestillingar får tilbod om å kome fort inn i vegleiingsgruppe i allmennmedisin eller samfunnsmedisin for å skaffe seg fagleg nettverk og støtte. Dei som søker seg til spesialisthelsetenesta får tilbod om å bli med i Helse Finnmark HF sitt rekrutteringsprogram.

I Noreg blir turnuslegane fordelte med loddtrekking. Dette gjer at kandidatar blir fordelte både til sentrale og perifere strøk. Andre land erfarer at kandidatar som er best kvalifiserte, får dei mest attraktive stillingane i sentrale strøk. Utkantane må gjerne ta til takke med dei som ikkje får jobb andre stader.

## 7.4 Administrasjon av turnustenenesta for legar

### 7.4.1 Generelt

Helsetenenesta har lovfesta plikt til å delta i utdanning av helsepersonell<sup>16</sup>, og dette er ei av mange oppgåver som ligg inne i den generelle finansieringa av helsetenenesta. Meininga med dei statlege turnustilskota er derfor ikkje å gi fullfinansiering av turnusplassane, men å vere ei stimulering til god vegleiing.

I 2009 var dei direkte statlege utgiftene til turnusteneneste for legar om lag 160 mill. kroner, fordelt på desse tre hovuddelane:

- Utgifter knytt til lønn, kontor og utstyr m.v. Dette er utgifter som har samanheng med at turnuslegen er godkjend som helsepersonell og *gjer ein jobb* i helseføretak og kommunar.
- Utgifter knytt til *administrasjon* av ordninga.
- Utgifter til *pedagogiske tiltak*, til dømes vegleiingstiltak i regi av fylkesmannsembeta og ulike kurs- og opplæringstiltak.

Regionale helseføretak og kommunar er arbeidsgjevarar, og har inntekter og utgifter i samband med turnuslegane:

- Regionale helseføretak får dekt hovuddelen av kostnadene sine med turnuslegar som del av den årlege basisløyvinga. I tillegg får dei eit statleg tilskot som frå 2010 er 25.800 kr pr år.
- Kommunar med turnuslegar får eit direkte statleg tilskot til å redusere nettoutgiftene. Frå 2009 er dette justert opp frå 115.000 til 120.000 kr pr halvår.

Turnuslegane har offentlig løn. I kommuneturnus får dei i tillegg inntekter frå legevaksarbeid og reisegodtgjersle.

### 7.4.2 Helsedirektoratet

#### 7.4.2.1 Arbeidsoppgåver

Helsedirektoratet har eit overordna ansvar på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet for organisering av turnustenenesta for både legar, fysioterapeutar, kiropraktorar og ortopediingeniørar. Helsedirektoratet er etatsstyrar for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og har gitt SAFH fullmakt til å administrere turnustenenesta for legar på vegne av Staten.

Gjennom årlege fullmakts- og tildelingsbrev er Helsedirektoratet tildelt midlar gjennom statsbudsjettet til arbeid med turnustenenestefeltet. Likeeins blir tildeling av midlar og oppgåver til fylkesmennene formidla gjennom årlege fullmaktsbrev og i embetsoppdraget.

Helsedirektoratet får tilbakemeldingar frå fagmiljø, fylkesmennene og SAFH. På grunnlag av dette kan direktoratet føreslå forbetringar eller endringar i organisering og finansiering av turnustenenesta gjennom årlege innspel til departementet. Direktoratet har eigne møte med fylkesmennene der administrering og fagleg

<sup>16</sup> Etter spesialisthelsetenenestelova (62) § 3-5 og kommunehelsetenenestelova (58) § 6-1, jf. Forskrift om turnusteneneste for legar (1) §§ 10 og 11.

utvikling av turnustenenesta er tema. Helsedirektoratet har gjennom åra hatt ansvar for å setje i verk ulike forsøksordningar og tiltak for å betre kvalitet og organisering av turnustenenesta og å gjennomføre utgreiingar og evalueringar av turnustenenesta.

Helsedirektoratet er overordna klageinstans for legar og fysioterapeutar som får avslag på enkeltsøknader om særplass. Likeeins er det klageinstans for kommunar og helseføretak som SAFH pålegg å opprette stilling for turnuslege.

#### **7.4.2.2      Ressursbruk**

Samla nyttar Helsedirektoratet i underkant av to årsverk til arbeid med turnustenenesta for legar.

#### **7.4.3      Statens autorisasjonskontor for helsepersonell**

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) blei etablert i 2001, og har ansvaret for å administrere turnustenenesta for legar etter delegasjon frå Helsedirektoratet. Dette arbeidet krev mykje ressursar, og omfanget ser ut til å auke i takt med auken av turnuslegar. I 2008 var det meir enn dobbelt så mange fleire turnuslegar som 10 år tidlegare.

##### **7.4.3.1      Arbeidsoppgåver**

Den som ønskjer norsk turnusteneneste, skal sende følgjande dokumentasjon til SAFH:

- Dokumentasjon på fullført og bestått grunnutdanning
- Personbevis (pass eller førarkort)
- Statsborgarar utanom Noreg, Sverige og Danmark må i tillegg dokumentere norskkunnskapar (enten Bergenstesten både skriftleg og munnleg med minimum 500 poeng, eller Trinn 3 ved universiteta med karakter B).

SAFH sin tidsplan for dei faste arbeidsoppgåvene med turnusteneneste for legar er vist i tabell v3.1. Heile denne prosessen blir gjennomført to gonger i året, for turnusstart i februar og turnusstart i august. Arbeidet er omfattande og til tider krevjande.

Gjennom heile året gjer SAFH ei rekkje enkeltvedtak som gjeld administrering av turnustenenesta for legar. I treårsperioden 2006-08 fekk SAFH årleg enkeltsøknader frå ca 30% av alle kandidatane om individuell tilpassing med særplass, utsetjing, bytte av plass m.v.

I 2008 gjorde SAFH desse vedtaka:

- Søknad om særplass: 54 søknader innvilga og 75 avslått.
- Søknader om utsetjing/permisjon: 169 søknader innvilga, ein delvis innvilga, ingen avslag
- Søknad om bytte av plass: 46 søknader innvilga og 5 avslag.
- Søknad om fritak: 6 innvilga og 3 avslag
- 14 varsel og 14 pålegg til kommunar om å ta mot turnuslege (ingen slike til regionale helseforetak)

Ein del av desse vedtaka blir påklaga. I 2008 omgjorde SAFH vedtaka sine i tre saker og sende 24 saker vidare til Helsedirektoratet som klageinstans (5 av desse var klager på pålegg). Helsedirektoratet ga SAFH medhald i 28 saker og omgjorde vedtaket i ei sak.

I 2008 fekk 18 turnuslegar underkjent turnustenesta si, fordi dei fungerte så dårleg at turnustenesta ikkje kunne godkjennast. Årsakene var mellom anna mangel på kunnskap i norsk språk, kommunikasjonsproblem generelt med pasientar, pårørande og kolleger, fagleg svak og usikkelig for yrket. I slike saker må SAFH leggje til rette for ny turnusplass ved anna sjukehus eller å forlenge turnustenesta ved det same sjukehuset. Desse sakene krev mykje arbeid.

SAFH fordeler også statlege tilskot til finansieringa av turnustenesta for legar. Kommunane sender søknad om tilskot til fylkesmannen (som fordeler turnuslegar til kommunane), og fylkesmennene sender søknadene vidare til SAFH som betalar ut tilskota. Frå 2009 er utbetalinga redusert frå to til ein årleg runde, for å spare både kommunar, fylkesmenn og SAFH for arbeid. Frå 2009 er tilskotet auka frå 115.000 til 120.000 kr pr halvår pr turnuslege. Tilskota for sjukehusturnus blir frå 2009 utbetalt direkte til dei regionale helseforetaka. Tilskotet har i fleire år vore 25.000 kr årleg, men er frå 2010 auka til 25.800 kr pr turnuslege.

#### **7.4.3.2 Ressursbruk**

Samla nyttar SAFH fire årsverk til arbeid med turnustenesta for legar. Tabell 7.5 viser dei ressursane SAFH brukte og fordelte i 2008 i samband med turnustenesta for legar.

**Tabell 7.5: Ressursar som SAFH forvalta i 2008 til administrering av turnustenesta for legar, i mill. kroner.**

(data frå SAFH 2009)

| Formål                                    | Sum (i mill kr) | Merknader                             |
|-------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|
| Interne lønsutgifter i SAFH               | 2,0             | 3,5-4 årsverk og noko overhead.       |
| Kjøp av tenester frå UiO                  | 0,3             | UiO tek seg av plasstrekingane.       |
| Reise- og flyttere fusjon til turnuslegar | 3,0             | Over eit visst nivå. 2,9 i 2005.      |
| Tilskot til:                              |                 |                                       |
| - kommunane                               | 94,7            | 73,1 i 2006, 85,6 i 2007, 108 i 2009? |
| - stimuleringstilskot til helseforetaka   | 24              | 21,1 i 2005.                          |
| Sum                                       | 124             |                                       |

### **Dei viktigaste utfordringane ved administrering av turnustenesta**

- Kandidatar trekkjer seg frå turnusplass kort tid før turnusstart
- Kandidatar kan ikkje norsk språk godt nok sjølv om dei har bestått språktestar
- Kandidatar har søkt turnusplass både i Noreg og i utdanningslandet: Det er usikkert om personen kjem hit
- Kandidatar byrjar på turnustenesta, men sluttar etter få dagar
- Underkjenning av gjennomført turnusteneste
- Om lag 20% av kandidatane brukar om lag 80% av SAFH si administrative tid til behandling av søknader om særplass, utsetjingar, bytte av plass, fritak for delar av turnustenesta osv.
- Om lag 30% av turnuslegane søkjer om særordningar

#### **7.4.4 Fylkesmennene**

##### **7.4.4.1 Arbeidsoppgåver**

Fylkesmennene har oppgåver både med administrasjon og pedagogiske tiltak for turnuslegane.

Fylkesmennene har i oppgåve å skaffe mange nok kommuneturnusplassar i fylka. Helsetilsynet i fylka fører tilsyn med at kvaliteten på plassane er slik at målutdjupinga kan oppfyllest. Dessutan administrerer fylkesmennene val av desse turnusplassane i fylka. Dette blir gjort elektronisk, men fylkesmennene må leggje inn lister over turnusplassane og over turnuslegane i rett nummerrekkefølge. Fylkesmennene må også gi melding til turnuslegane, kommunane og SAFH om resultatet av valet.

Dei fleste fylkesmennene har gjort treårige avtalar med kommunane om talet på turnusplassar. Talet på turnuslegar varierer framleis frå kull til kull. Nokre fell frå like før eller etter valet av turnusplass. Derfor kan ikkje fylkesmennene alltid fylle alle plassane i alle kommunar ved kvar tildeling. Det er stor variasjon mellom fylkesmennene i kor aktive dei er i å handtere dette problemet. Nokre fører opp alle dei tilgjengelege plassane for val, same kor mange turnuslegar som skal velje, slik at dei same "upopulære" kommunane blir ståande utan turnuslege kvar gong. Andre fylkesmenn prøver å få til ei viss rettferd i fordelinga av plassar i kommunane med ikkje å setje opp fleire plassar enn det finst av turnuslegar, med å rullere mellom kommunane kven som får, eller jamvel å skjerme kommunar som er særleg sårbare og avhengige av turnuslege.

Fylkesmennene administrerer ein stor del av dei pedagogiske tiltaka retta mot legar i kommuneturnus (jf kap. 7.2.2.2). Arbeidet med kurs og vegleiingstilbod krev ein del ressursar for å arrangere desse, og i fylke med store fråstandar er det mykje arbeid å handtere turnuslegane sine reiserekningar i ettertid.

Også for fylkesmennene gjeld 20-80-regelen: 20% av turnuslegane skaper 80% av arbeidet. Fylkesmennene har mykje arbeid med å svare på spørsmål frå turnuslegar om turnustenesta og dei ulike plassane eller som har særlege ønskje eller problem i samband med tildeling av turnusplass. Denne kontakten gir også eit fint høve til å komme tidleg i kontakt med turnuslegar og motivere dei for arbeid i fylket.

Fylkesmannen er også den turnuslegane og/eller turnusstaden (både sjukehus og kommune) skal vende seg til dersom det oppstår problem som dei ikkje greier å løyse på eiga hand. Oftast gjeld det spørsmål kring turnuslegar som ikkje er skikka for tenesta eller viser store manglar ved gjennomføring av tenesta. Andre gonger kan turnuslegen søkje råd hos fylkesmannen om ein tenestestad eller ein vegleiar ikkje held mål. Slike saker er sjeldne, men svært krevjande.

#### **7.4.4.2      Ressursbruk**

Våren 2009 kartla fylkesmennene kor mange vekeverk dei brukte til arbeid med turnustenesta for legar. Ulik tolking av registreringsmåten gjer at tala er noko usikre, men dei kan gje ein peikepinn over ressursbruken.

Dei 18 fylkesmannsembeta melde i alt 519 vekeverk til administrative og pedagogiske tiltak for turnustenesta for legar i kommunane. Det tilsvarar 11,5 årsverk (jf tabell v9.1), som fordeler seg med:

- 3,5 årsverk (31%) til administrasjon: saksbehandling, rådgjeving, handtering av reiserekningar m.v.
- 8 årsverk (69%) til pedagogiske tiltak for turnuslegane: legevaktkurs, kurs i offentlig helsearbeid, kurs for vegleiarar i kommunar og gruppebasert vegleing, medrekna årsverk fylkesvegleiarar m.v.

Dette kan tyde på at fylkesmennene brukar om lag ein dag til administrasjon og vel to dagar til pedagogiske tiltak pr turnuslege, men med store variasjonar. Desse kan ha mange årsaker, som geografi, samla kapasitet, prioritering av arbeidsoppgåver, behov for rekrutteringstiltak og samarbeid over fylkesgrensene. Men tendensen ser ut til å vere at det blir brukt etter måten mest til administrasjon i helseregion Sør-Øst, og mest til pedagogiske tiltak i regionane Midt og Nord som har dei fleste små kommunane med turnuslege.

#### **7.4.5      Helseføretaka**

Det finst ikkje noko samla oversikt over kor mykje ressursar helseføretaka nyttar til å administrere ordninga med turnuslegar ved dei 50 sjukehusa som har slike. I 2007 var turnuslegane i snitt 9,3 prosent av alle legeårsverka på desse sjukehusa, men med store variasjonar (jf tabell v4.1). Det kan sjå ut som om turnuslegar stundom er ein kompensasjon for vanskane med å rekruttere legar til mindre og perifere sjukehus.

I statsbudsjettet for 2010 (3) heiter det om turnustenesta i sjukehus for legar og fysioterapeutar:

*Kap. 732, post 70 Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter. Tilskuddet skal kompensere turnusstedet (helseforetak og private opptreningsinstitusjoner) for å ha turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilderprogrammer og kurs for turnuskandidater. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene (kap. 732 postene 72-75).*

I 2009 er stimuleringstilskotet til helseføretaka 25.800 kr pr turnusplass pr år, og dekkjer bare ein liten del av kostnadene. 2009-tilskota blei fordelt med 11,8 mill kr til Helse Sør-Øst, 4,7 mill til Helse Vest, 4,8 mill til Helse Midt og 4,8 mill til Helse Nord.

Sjukehusa sin innsats for å organisere turnustenesta for legar varierer sterkt. Mange sjukehus har utarbeidd gode rutinar for å ta imot nye turnuslegar og å sikre ei god turnusteneste.

#### **7.4.6 Kommunane**

##### **7.4.6.1 Arbeidsoppgåver**

Fastlegeforskrifta (82) fastset at kommunen har ansvaret for mottak av turnuslegar i kommunen, og at kommunen kan stille som vilkår for fastlegeavtale at fastlegen deltar i vegleiing av turnuslegar *”for å sikre veiledning av turnusleger i et system hvor allmennlegene i hovedsak er ment å være privatpraktiserende med fastlegeavtale”*. Avtale mellom KS og Den norske legeforening (76) fastslår at

*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 (...) Kommunen dekker dokumenterte økte driftsutgifter i praksisen (leie av lokaler, utstyr og hjelpepersonell m.v.). Kompensasjonen (...) 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 (...) Turnuslegens lønn betales av kommunen. Trygderefusjon og egenandeler som turnuslegen inntjener i sitt kurative arbeid tilfaller kommunen.*

Det er ikkje kartlagt eller kjent kor mykje arbeid kommunane har med administrering av turnustenesta. Dei skaffar turnusplass, lagar avtalar med fastlege om vegleiing og plass til turnuslege og skaffar bustad til skiftande turnuslegar. Det kan krevje litt arbeid for kommunen å leggje dette til rette for skiftande turnuslegar. Nokre av desse ønskjer også barnehageplass og arbeid til ektefelle/partner, og fleire kommunar prøver å leggje til rette for det.

Dei største utfordringane for kommunane gjeld økonomi og om dei kan vere sikre på å få turnuslege. Det er svært viktig for kommunen å vite i god tid om dei får turnuslege eller ikkje. Det kan vere vanskeleg for kommunane å skaffe turnusplass på kort varsel, fordi det krev ein god del praktisk tilrettelegging. Dei fleste fastlegane er privat næringsdrivande, og då må det både forhandlast om turnusplass hos dei og skaffast ein fysisk arbeidsplass.

#### 7.4.6.2 Ressursbruk

Turnuslegane har fast løn frå kommunen. Det dei tener inn i vanleg praksis som pasientmellomlegg og stykkprisrefusjonar frå NAV, går som inntekt til kommunen. På legevakt er turnuslegane sjølvstendig næringsdrivande og får pasientmellomlegg og refusjonar som ekstra inntekt.

Turnuskommunar får eit direkte statleg tilskot for å redusere nettoutgiftene med turnusplassar. Frå 2009 er dette 120.000 kr pr turnusplass pr halvår, utan omsyn til kommunen sine reelle utgifter. Kommunane får tilskotet også dersom dei i ein periode ikkje får turnuslege, fordi turnusplassane i alle fall medfører noko faste utgifter og fordi kommunane får meirarbeid med å rekruttere annan lege når dei ikkje får turnuslege. Dette må ein også sjå i samanheng med at turnuslegar har lågare løn enn etablerte fastlegar.

Kommunen sentralforbund har for 2008 sett opp eit grovt kostnadsoverslag for turnuslege i kommune, som vist i tabell 7.6, men peikar på at her vil det vere svære variasjonar.

**Tabell 7.6: KS sitt overslag over kommunale utgifter og inntekter med turnuslege.**

(versjon av 16.03.2009)

| "Utgifter":                        |         | "Inntekter":                       |         |
|------------------------------------|---------|------------------------------------|---------|
| Personell + lokale og utstyr       | 300.000 | Statstilskot                       | 240.000 |
| Løn + sosiale utg. for turnuslegen | 425.000 | Eigenandelar og trygderefusjon     | 450.000 |
| Vegleiar godtgjering               | 60.000  | "Frådrag" for offentleg legearbeid | 70.000  |
| Sum                                | 785.000 |                                    | 760.000 |

Den avtalefesta vegleinga av turnuslege 3 timar pr veke vil for 430 turnuslegar pr halvår tilsvare ca 35 kommunale legeårsverk på landsbasis. Dei økonomiske konsekvensane av å ha turnuslege varierer mykje frå kommune til kommune, men vi har ikkje god oversikt over korleis dette slår ut.

I NOU 2005:18 *Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner* (83) blir kommunale utgifter til allmennlegetenesta omtala:

*I følge Kjølvik (2004) har små kommuner gjennomgående høgere utgifter (både brutto og netto) per innbygger enn store kommuner. Eksempelvis hadde kommuner med mindre enn 2.000 innbyggere 2 337 kroner i utgifter per innbygger i 2002, mot 478 kroner i kommuner med mellom 30.000 og 50.000 innbyggere der kostnadene er lavest.*

I mange kommunar må kommunen inngå avtale med privatpraktiserande fastlege om turnusplass, og dekkje utgiftene til hjelpepersonell, materiell og husleige m.v. på vegne av turnuslegen. KS opplyser at nettokostnadene er langt høgare der turnuslegen får plass i slik "heilprivat" legepraksis, fordi utgiftene der blir langt større enn innteninga (84). I andre kommunar er det kommunen sjølv som eig og driv helse-senter og legekontor, og der kan meirkostnadene med turnuslege bli lågare.

KS har sett opp eit grovt overslag over kostnader til turnuslege i kommunar. I små utkantkommunar er pasientlistene korte fordi det er nødvendig å ha fleire legar enn folketallet skulle tilseie for å sikre legevaktenesta. Korte lister gjer at kommunen får mindre stykkprisinntekter frå turnuslegen sin praksis enn om denne hadde arbeidd i ein sentral, stor kommune der legane har mange fleire pasientar på listene.

Økonomiske vurderingar viser at små kommunane får om lag ein tredel av inntektene frå arbeidet til turnuslegen enn store kommunar (85). For kvart år kjem det stadig fleire nyutdanna legar som har rett til å få turnusteneste. Men turnustenesta i kommunane kan neppe byggast ut vidare utan at den blir gjort meir kostnadsnøytral for kommunane. Her viser KS til at statleg initierte reformer skal fullfinansierast og kostnadsvurderast i tråd med konsultasjonsordninga mellom KS og regjeringa (84). Derfor er det nødvendig å vurdere det statlege turnustilskotet til kommunane, særleg med tanke på ei gradering av dette. Dagens inntektsystem for kommunane tar ikkje nødvendig høgd for dei særlege utfordringane med turnus, og meir enn 100 kommunar har ikkje turnusplassar.

## 7.5 Statleg ressursbruk til dagens turnusteneste for legar

### Administrering av ordninga.

Det er vanskeleg å få ei eksakt oversikt over tidsbruk og personellressursar som går med til å administrere og leggje til rette for turnustenesta for legar. Våren 2009 gjennomførte Helsedirektoratet ei kartlegging av ressursbruk hos fylkesmennene, SAFH og direktoratet (jf tabell 7.7). Ut frå denne kan ein rekne med at det til statleg administrasjon av turnustenesta for legar går med knapt 10 årsverk, som tilsvarar vel 5 mill. kroner.

**Tabell 7.7: Statlege årsverk til administrasjon og vegleiing av turnuslegar i 2009.**  
(Helsedirektoratet 2009)

|                   |                | administrative tiltak | pedagogiske tiltak | sum  |
|-------------------|----------------|-----------------------|--------------------|------|
| Helsedirektoratet | (u.kap. 7.4.1) | 2                     | 0                  | 2    |
| SAFH              | (u.kap. 7.4.2) | 4                     | 0                  | 4    |
| Fylkesmennene     | (u.kap.7.4.3)  | 3,5                   | 8                  | 11,5 |
| Sum               |                | 9,5                   | 8                  | 17,5 |

SAFH betalte i 2009 ut:

- 108 millionar kroner i tilskot til kommunar med turnuslegar
- 26 mill kr til helseføretaka for turnustenesta for legar, og
- 3,5 mill. kr til reise- og flytteutgifter til turnuslegar (jf tabell 7.5).

Helsedirektoratet overførte i 2009 om lag 17 mill kr til fylkesmennene. Dette skulle dekkje utgifter til fylkesveglearar, ulike kurs, utstyr og samlingar i samband med turnustenesta i kommunane mv. Samla statleg ressursbruk til turnustenesta for legar var såleis om lag 160 mill kroner i 2009.

## 8 Nåverande regelverk, avtalar og omgrepsbruk

### 8.1 Innleiing

Dette kapittelet gir eit oversyn over dei rettsreglane som gjeld for den praktiske tenesta for legar. Det dekkjer både generelle reglar om godkjenningsordningar, autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, og spesielle reglar som gjeld turnustenesta for legar. I kapittelet blir det også gjort greie for arbeidsrettslege forhold. Kapittelet viser at turnustenesta er del av eit større system som har som føremål å bidra til auka pasienttryggleik og tillit til helseteneste og helsepersonell (hpl § 1).

#### 8.1.1 Helsepersonellova

Helsepersonellova (49) er ein del av eit større helsepolitisk lovreformarbeid<sup>17</sup>. Alt helsepersonell blir no regulert av same lov. Dette skulle mellom anna leggje grunnlag for smidigare samspel mellom yrkesgruppene i helsetenesta og bidra til å motverke profesjonsstrid. Det overordna føremålet med lova (§ 1) er:

*å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.*

Då helsepersonellova blei sett i kraft januar 2001, avløyste ho ei rad lover som regulerte helsepersonell si yrkesverksemd. Den mest sentrale av desse var legelova, som regulerte legane sine rettar og plikter. Anna helsepersonell blei dels rekna som medhjelpar til legen, dels blei deira rettslege stilling utleidd av reglane i legelova.

Helsepersonellova fastset at alle som gir helsehjelp i helsetenesta er helsepersonell utan omsyn til autorisasjon eller lisens (§ 2). Dei rettane og pliktene som lova nemner, gjeld alt helsepersonell. Lova set opp som ei grunnleggjande plikt at helsepersonell skal opptre fagleg forsvarleg i yrkesutøvinga si (§ 4), og har særlege reglar om teieplikt, informasjonsplikt og journalføringsplikt. Også føresegnene i pasientrettigheitslova (71) om pasientmedverknad og krav om samtykke til behandling m.v. inneber plikter for helsepersonell.

##### 8.1.1.1 EØS-avtalen

Som EØS-medlem har Noreg sida 1994 vore forplikta til å godkjenne helsepersonell utdanna i andre EØS-land dersom dei fyller nærare fastsette vilkår. Dersom det er motstrid mellom nasjonal lovgjeving og EØS-regelverk (direktiv, forordning), vil Noreg måtte fortolke regelverket sitt i samsvar med EØS-regelverket. Dersom dette ikkje lar seg gjere, må norsk regelverk endrast slik at reglane blir

<sup>17</sup> Lova blei sett i verk 1. januar 2001, samtidig med lov nr 63 om pasientrettar (71), lov nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (60) og lov nr 61 om spesialisthelsetenesta (62), alle av 2. juli 1999.

harmoniserte. Noreg er forplikta til å følgje avgjerder fra ESA (EFTA sitt overvakingsorgan), som ved motstrid vil gi EØS-regelverket forrang framfor norsk lovgjeving.

Frå 1.11.2008 blei både direktiv 2005/36/EC (6) om godkjenning av yrkeskvalifikasjonar og forskrift om helsepersonell frå EØS-land (86) gjort gjeldande i Noreg<sup>18</sup>. Føremålet med forskrifta er å gjennomføre dei rettane som følgjer av direktivet. Meininga med direktivet er å gi *”personer som i en medlemsstat har tilegnet seg yrkeskvalifikasjoner for å utøve et regulert yrke, adgang til å utøve yrket i en annen medlemsstat med samme rettigheter som denne statens borgere”* (direktivet artikkel 1 og fortalen pkt 3).

Direktiv 2005/36/EC erstattar ei rad tidlegare direktiv, og er stort sett ei konsolidering og forenkling av tidlegare rett. Det regulerer godkjenning av alt lovregulert personell, der helsepersonell er ei lita, men viktig gruppe. Det fører m.a. vidare prinsippet om automatisk godkjenning på bakgrunn av harmonisert utdanning for fem såkalla sektoryrke: lege, sjukepleiar i generell sjukepleie, tannlege, provisorfarmasøyt og jordmor.

Direktivet set opp minimumskrav til m.a omfang og innhald for dei harmoniserte utdanningene som gir grunnlag for automatisk godkjenning. Krava til medisinsk grunnutdanning er generell studiekompetanse som grunnlag for opptak til studiet, utdanning over minst seks år eller 5.500 timar teoretisk og praktisk undervisning ved eller under tilsyn av eit universitet. Kandidaten skal gjennom studiet ha fått nærare fastsette kunnskapar og ferdigheitar i tillegg til nok klinisk erfaring på sjukehus under nødvendig tilsyn (artikkel 24).

Godkjenning av dei andre helsepersonellgruppene blir gjort etter ei generell ordning. Vurderinga tek her utgangspunkt i innhaldet, nivået og lengda til den utanlandske utdanninga samanlikna med tilsvarende norske utdanning. Det blir lagt større vekt enn tidlegare på yrkeserfaring. Unntaksvis kan også sektoryrke som ikkje fyller kravet til automatisk godkjenning, bli vurderte etter den generelle ordninga.

Helsepersonell utdanna i eit anna EØS-land får med dette høve til å utøve yrket sitt i Noreg på same vilkår som personell utdanna i Noreg med tilsvarende kvalifikasjonar. Dette er i samsvar med EUs grunnleggjande prinsipp om fri mobilitet for arbeidstakarar og sjølvstendige næringsdrivande (46).

Kvart land avgjer sjølv kva for helsepersonellgrupper som skal regulerast. Alle medlemslanda regulerer sektoryrka, men elles varierer det til dels mykje kor mange og kva for personellgrupper som kjem inn under ei godkjenningsordning. Dette viser også nasjonale variasjonar i kva personellgrupper som blir rekna som helsepersonell.

#### **8.1.1.2      *Avtale om felles nordisk arbeidsmarknad for visse yrkesgrupper innan helsetenesta og for veterinærer***

Avtale om nordisk samarbeid om gjensidig godkjenning av helsepersonells kvalifikasjonar blei inngått i 1981. I 1973 blei Danmark medlem av Den europeiske

---

<sup>18</sup> Styresmaktene valde å gjennomføre direktivet på helsepersonellområdet før det blei gjeldande i EØS 01.07.2009.

union. Etter at Sverige og Finland blei medlemmer av EU i 1995 og Island og Noreg EØS-medlemmer i 1994, blei det drøfta om den nordiske avtalen skulle og kunne vidareførast. Ein fann at på nokre område var den nordiske avtalen meir gunstig enn EØS-avtalen. Ei utgreiing i regi av Nordisk Ministerråd konkluderte med at avtalen ikkje var i strid med EØS-avtalen.

*Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer* blei inngått mellom dei fem nordiske landa i 1994, og revidert i 1998 og 2001<sup>19</sup>. For nærare fastsette yrkesgrupper gjeld at den som har fått godkjenning i eitt av landa, også skal ha rett til ei slik godkjenning i dei andre landa.

## **8.2 Omgrepsbruk**

### **8.2.1 Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning**

Ordninga med offentleg godkjenning (autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning) av helsepersonell er eit styringsmiddel for å oppfylle føremålet med helsepersonellova, der kravet til forsvarleg praksis veg tungt. Ordningane sikrar at innehavaren har det minimum av teoretiske og praktiske kunnskapar og ferdigheitar som trengs for å utøve yrket forsvarleg. Godkjenninga kan bli gitt på grunnlag av kvalifikasjonar som ein har fått i Noreg eller utlandet.

Den direkte rettsverknaden av autorisasjon m.v. er først og fremst ein rett til å bruke rettsverna tittel, til dømes tittelen "lege", "sjukepleiar", "spesialist i indremedisin". Andre rettsverknader kan følgje av helsepersonellova eller særlovgjeving og vere knytt til profesjonen, som t.d. retten til å føreskrive medikament. Forskrift om spesialistgodkjenning (87) § 7 fastset at autorisasjon er eit vilkår for spesialistgodkjenning.

Autorisasjon m.v gir i seg sjølv ikkje autorisert personell ein eksklusiv rett til å bruke særlege behandlingsmetodar (metodemonopol) eller til å behandle visse pasientgrupper. Noreg har valt monopol på bruk av yrkestittel som ei meir fleksibel løysing enn "metodemonopol" for helsepersonell.

Føremålet med dette er både å utnytte kompetansen til helsepersonell så godt som mogeleg, og omsynet til at arbeidsgjevarar i helsetenesta har styringsretten, slik at ein kan finne den beste løysinga på konkrete oppgåver. Arbeidet i helsetenesta er ofte organisert i tverrfaglege team. På denne måten får teama sjølv høve til å utnytte den samla kompetansen sin best mogeleg, og medarbeidarar får dermed nytta potensialet sitt fullt ut utan å bli avgrensa av eit "metodemonopol". Dette er truleg eit viktig vilkår for å kunne byggje effektive team i helsetenesta.

Enkelte arbeidsoppgåver eller situasjonar krev likevel at det blir regulert kva for yrkesgrupper som har naudsynt kompetanse til å løyse oppgåva eller bør ha ansvaret for at ho blir løyst. Derfor er det ei rad lovreglar som gir visse yrkesgrupper eit særleg ansvar for aktuelle arbeidsoppgåver i visse situasjonar.

---

<sup>19</sup>Overenskomsten ligg på <http://lovdata.no/traktater/index.html> , kronologisk register, 1993 og 1998 (endringsavtale)

Yrkesutøvinga skal vere innanfor ordlyden i godkjenningsdokumentet og innanfor dei rammene som følgjer av lov, yrkesetiske retningslinjer, arbeids- og tilsettingsforhold m.v. Ein sentral føresetnad for yrkesutøvinga følgjer av forsvarlegheitskravet i helsepersonellova (49) § 4.

Godkjenningsordningane er regulert i helsepersonellova (49) §§ 48, 49 og 51 og ulike forskrifter. I 2010 er 29 personellgrupper omfatta av ordninga, jf opplistinga i § 48.

Autorisasjon eller lisens er ikkje eit vilkår for å arbeide i helsetenesta og yte helsehjelp. Til dømes er den kommunale pleie- og omsorgstenesta heilt avhengig av den store andelen (ca 30%) ufaglærte eller med anna utdanning som er tilsette for å yte helsehjelp. I spesialisthelsetenesta har det meste av personellet autorisasjon, eventuelt også spesialisering, men også her er personell utanom dei 29 autoriserte gruppene tilsette for å yte helsehjelp. Til dømes finn ein i psykisk helsevern både sosionomar og barnevernpedagogar med klinisk tilleggskompetanse og personar med annan særleg kompetanse.

Sjølv om autorisasjon ikkje er eit vilkår for å arbeide i helsetenesta, har likevel arbeidsgjevaren eit ansvar for at den som blir tilsett er kvalifisert for den aktuelle stillinga. Dette følgjer mellom anna av at arbeidsgjevar har ansvaret for at dei helsetenestene som blir gitt er forsvarlege<sup>20</sup>.

### **Autorisasjon**

Autorisasjon (§ 48) gir i utgangspunktet innehavaren rett til å utøve yrket utan andre avgrensingar enn det som følgjer av lov, stillingsinstruks og arbeidsgjevars styringsrett. Kravet til fagleg forsvarlegheit (§4) er eit døme på at avgrensing av yrkesutøvinga følgjer av den enkelte yrkesutøvar sine faglege kvalifikasjonar.

Ein autorisasjon kan bli avgrensa som ein del av tilsynsstyresmaktene sitt reaksjonssystem (§ 59). Etter denne kan Statens helsetilsyn avgrense autorisasjonen til å "*gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår*", under tilsyn og vegleing. Ei slik avgrensing er ein administrativ reaksjon ved brot på helsepersonellova, i motsetnad til avgrensingar i lisens etter § 49.

### **Lisens**

Lisens (§ 49) gir eit avgrensa høve til yrkesutøving for dei som ikkje har rett til autorisasjon etter § 48. Det er ein rekkje ulike lisensar som blir nytta, ut frå konkrete formål. Dei fleste lisensane er standardiserte, men dei kan også vere tilpassa og avgrensa ut frå søkjarane sine individuelle forhold. Lisensen kan vere avgrensa i tid, til ei viss stilling, til visse typar helsehjelp eller på annan måte, jf. forskrift om lisens for helsepersonell (88).

Avgrensinga kan vere knytt til gjennomføringa av eit kvalifiseringsløp fram til autorisasjon (studentlisens<sup>21</sup> for lege og farmasøyt, turnuslisens for lege, fysioterapeut og kiropraktor), helsepersonells alder (tidsbegrenset lisens til helsepersonell over 75 år), eller manglar ved yrkeskvalifikasjonar (teoretisk og/eller praktisk). Det siste gjeld helsepersonell utdanna utanfor Noreg, med sikte på at

<sup>20</sup> Lov 1982-11-19 nr 66 om helsetjenesten i kommunene (58), § 1-3 a, jf § 6-3, og lov 1999-07-02 nr 61 om spesialisthelsetjenesten (62), §§ 2-2

<sup>21</sup> SAFH skriv ut studentlisens når det står att eitt år av studiet i medisin. Studentlisens kan gjevast til studentar ved universitet i Noreg/Norden og andre land innan EØEØS-området og uavhengig av statsborgarskap.

vedkomande gjennom vegleidd praksis i helsetenesta kan skaffe seg den kompetansen han treng for å oppnå autorisasjon. Lisens kan også bli gitt for eit visst tidsrom, for ein fastsett arbeidsstad eller for visse undersøkings- eller behandlingsformer.

### **Spesialistgodkjenning**

Helsepersonellova (49) § 51 gir heimel for at *”departementet kan gi forskrifter om godkjenning av autorisert helsepersonell som spesialister innanfor en avgrenset del av det helsefaglige området....”*, og dei er gitt i spesialistgodkjenningsforskrifta (87).

Offentleg spesialistgodkjenning blir gitt til autorisert personell som kan dokumentere å ha gjennomført nærare regulert spesialistutdanning, jf forskrifta. Slik godkjenning blir gitt til profesjonane lege, tannlege og optikar.

Dei fleste andre autoriserte helsepersonellgruppene har tilbod om systematiserte og breie vidare-, etter- og spesialutdanninger, men utan at desse kan føre fram til offentlig spesialistgodkjenning. Helse- og omsorgsdepartementet har varsla ein brei gjennomgang av heile spesialistsystemet.

### **Oppsummering**

Både autorisasjon og lisens gir helsepersonell rett til å bruke rettsverna yrkestittel og å utøve yrket sitt innan dei grensene som mellom anna følgjer av den enkelte sin kompetanse, jamfør kravet til fagleg forsvarlegheit.

### **8.2.2 Omgrepsbruk i ulike land**

Når ein drøftar den norske turnustenesta, har ein lett for å bruke innarbeidde norske omgrep også om andre land sine system for utdanning, praktisk teneste og profesjongodkjenning av legar. Særleg gjeld dette dei norske omgrepa ”turnusteneste” og ”autorisasjon”. Ei direkte overføring av desse omgrepa til systema i andre land blir lett upresis og kan føre til mistydingar.

### **Grunnutdanninga**

Ulike land har ulik lengde på grunnutdanninga i medisin. Harmoniseringskravet for medisinsk grunnutdanning innan EU/EØS-området, er minst seks års studier eller 5500 timers teoretisk og praktisk undervisning på universitetsnivå. Seks år er mest vanleg og kan seiast å vere ein slags etablert standard i det meste av Norden og kontinental-Europa. Men det finst avvik begge vegar. Den er kortare i t.d. Sverige (5 ½ år), Storbritannia, Irland, Malta og Australia (5 år). Den er lengre i mellom anna Danmark (den gamle studiemodellen med 13 semester) og Belgia (7 år). I dei landa som er medlemmer av EU/EØS skal utdanninga minst vere i samsvar med direktiv 2005/36/EC artikkel 24.

Ein annan skilnad er kor mykje praksisstudiar det er lagt inn i grunnstudiet. I Noreg er dette ulikt på dei ulike universiteta. Universitetet i Oslo har drøyt 12 veker (ca 6 i kommunehelsetenesta og 6 på lokalsjukehus), Universitetet i Bergen har 19 veker (15 på somatiske sjukehus og 4 på distriktpsykiatriske sentra), Universitetet i Tromsø har 24 veker (8 i kommunehelsetenesta og 16 i sjukehus) og Universitetet i Trondheim har knapt 23 veker (ca 7 i kommunehelsetenesta og 16 i lokalsjukehus).

Desse praksisperiodane er for det meste i femte studieår, og kjem i tillegg til veketeneste på universitetssjukehusa.

I ein del andre land er praksis ein større del av medisinstudiet. I Tyskland er heile sjette studieår utplassering i praksis, "Praktisches Jahr" eller "PJ". Tradisjonelt har dei fleste norske tysklandsstudentane gjennomført denne praksisen som hospitant eller i lønna stilling ved norske sykehus<sup>22</sup> og fått dette godkjent som PJ av sitt tyske universitet. I Ungarn er sjette studieår eit praksisår der norske studentar normalt skaffar seg nødvendig praksis ved norske sjukehus. I Nederland er femte og sjette studieår praksisår og i Belgia er sjette og sjuande studieår praksis. Nederlendarane sjølve omtalar gjerne dei to praksisåra i medisinstudiet som "internship". Omgrepet "turnusteneste" blir gjerne omsett til det engelske "internship". Dette kan lett føre til ei mistyding om at norsk turnusteneste er det same som "internship" i ein kvar samanheng dette omgrepet blir brukt. Slik er det ikkje.

Dette viser også at det kan vere ein glidende overgang mellom dei landa der praksis ute i helsetenesta har vore meir innbakt i medisinstudiet og forankra i universiteta og er ein del av grunnlaget for å gi avgangsvitnemål, og dei landa som har ei eiga praktisk teneste etter fullført grunnstudium.

### **Praktisk teneste/turnusteneste**

Eit hovudskilje er mellom dei landa som pålegg medisinske kandidatar å gjennomføre ei obligatorisk praktisk teneste etter fullført grunnutdanning, og dei landa som ikkje gjer dette. Denne praksisperioden er normalt som lønna arbeidstakar, slik som i Noreg. Eksempel på slike land er Sverige (18 månader), Danmark (12 månader), Polen (13 månader), Storbritannia (12 månader) og Irland (12 månader).

I dei landa som ikkje har slik obligatorisk praktisk teneste, må kandidatane normalt søkje underordna stillingar i helsetenesta og byrje på spesialistutdanning. Med norske uttrykk kan ein seie at kandidaten går rett frå universitetet og til norsk LiS (lege i spesialisering, tidlegare assistentlegenivå). Det kan vere ulike modellar for å fordele slike utdanningsstillingar. Ein kan søkje konkrete stillingar på sjukehusa direkte slik som i Noreg, eller det er ei sentralisert fordeling av utdanningsstillingar der det mellom anna blir lagt vekt på karakterar frå studiet og andre kvalifikasjonar slik som i Spania eller Frankrike.

Ein annan måte å forklare dette hovudskiljet er at i nokre land går kandidaten rett frå grunnstudiet på universitetet og over til vidare spesialistutdanning. Andre land har lagt inn eit mellomnivå med praktisk teneste i overgangen frå student til yrkesutøvar, for å førebu kandidaten for vidare yrkeskarriere og utvikling til ferdig spesialist.

### **Statseksamen**

Eit anna hovudskilje mellom landa er om dei har noko form for standardisert og felles statseksamen for alle kandidatar etter fullført grunnutdanning, undervegs i turnustenesta eller etter fullført turnusteneste. Sverige har eksamen i form av det såkalla "AT-provet". Tyskland avholder statseksamen etter fullført praksis i siste studieår. I Spania er det ein nasjonal eksamen etter avslutta universitetsstudium, og eksamensresultatet fastlegg rekkjefølgja for å velje kva sjukehus ein startar

---

<sup>22</sup> Arbeidet blir utført på studentlisens.

spesialiseringa i. I Polen må kandidatene bestå ein statseksamen etter fullført 13 måneder turnusteneste. Systemet med statseksamen var vanleg i dei tidligere Østeuropeiske landa, og er vidareført i hvertfall både i Ungarn og Tsjekkia.

### **Profesjongodkjenning (autorisasjon)**

Alle land det er naturleg å samanlikne Noreg med har eit system for lisensiering/registrering av legar og andre sentrale helsepersonellgrupper. Dei enkelte godkjenningstypene i det enkelte landet er ikke noko meir enn milesteinar eller sjekkpunkt på vegen frå ein byrjar på grunnutdanninga og til ein er ferdig utdanna legespesialist. Kvart land har stor fridom til å definere dei sjekkpunkta ein legg inn i yrkeskvalifiseringsløpet for legar, på kva tidspunkt i løpet ein legg desse, og nøyaktig kva innhald ein legg i den enkelte godkjenninga. Derfor blir det fort misvisande å overføre det norske omgrepet autorisasjon til andre land og snakke om tysk "autorisasjon" eller ungarsk "autorisasjon".

EU-systemet for gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjonar er ikkje eit system med gjensidig anerkjenning av "autorisasjon" frå eit anna land. Det er eit system for gjensidig godkjenning av sjølv yrkeskvalifikasjonen. Når ein tysk lege får norsk autorisasjon, er det ikkje på grunnlag av ei konvertering av hans tyske "approbation", men på grunnlag av den yrkeskvalifikasjonen han har fått gjennom å utdanne seg til lege i Tyskland.

### **Godkjenning som allmennlege**

Medlemslanda i EU/EØS har i lang tid stilt særskilde vilkår i tillegg til medisinsk grunnutdanning for å kunne arbeide som sjølvstendig allmennpraktikar innanfor den offentleg finansierte primærhelsetenesta (89). Dette inneber i dag krav om praktisk arbeid under vegleiing i tre år (6) (utvida frå to år i 2006). I dei tre åra inngår både praksis i grunnutdanninga og vegleidd praktisk teneste, så som dagens turnusteneste. Inntil 2006 fylte legar med norsk grunnutdanning og turnusteneste kravet om to års vegleidd teneste.

I Danmark må ein vere spesialist i allmennmedisin for å få avtale med trygda, dette er ei strengare ordning enn EU-regelverket. I Sverige var dette eit krav fram til 1. april 2009.

Innføringa av kravet om tre års vegleidd teneste frå 1. januar 2006 har den praktiske konsekvensen at framtidige norske fastlegar i alle fall må skaffe seg ekstra vegleidd teneste i tillegg til den noverande norske turnustenesta. Dette kan dei få som vegleidd praksis i kommunehelsetenesta, i utdanningsstilling på sjukehus m.v.

Tabellane 8.1-8.3 gir oversyn over utdanningstid, praktisk teneste og godkjenningsnivå i Noreg og nokre andre land:

**Tabell 8.1: Noreg og nokre EU-land: samanlikning av godkjeningsnivåa.**  
(data frå SAFH 2009)

| Noreg                                               | Sverige                                                    | Danmark                                     | Finland                                                   | UK/Irland                                          | Tyskland                                           |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Turnuslisens                                        | *                                                          | Autorisasjon                                | Legitimerad läkare under någon annans ledning och tillsyn | Provisional registration (Internship registration) | -                                                  |
| Autorisasjon                                        | Legitimation                                               | Tilladelse til selvstendigt virke **        | Legitimerad allmänläkare                                  | Full registration                                  | Approbation                                        |
| Allmennlege med rett til trygderefusjon ("EU-lege") | (Spesialist i allmennmedisin inntil april 2009,) "EU-lege" | Spesialist i allmennmedisin eller "EU-lege" | Legitimerad allmänläkare ("EU-lege")                      | General Practitioner ("EU-lege")                   | Spesialist (Facharzt) i allmennmedisin ("EU-lege") |
| Godkjend spesialist                                 | Godkjend spesialist                                        | Godkjend spesialist                         | Godkjend spesialist                                       | Godkjend spesialist                                | Godkjend spesialist                                |

\*Ikkje alle land gir individuell profesjongodkjenning til helsepersonell på eit nivå som tilsvarar vår lisensordning. Svenske medisinarar som avtener turnus (AT) eller på annan måte arbeider i underordna stilling for å kvalifisere seg for framtidig legitimation, har ikkje noko individuell godkjenning/"lisens", men arbeider på eit slag "generell fullmakt" som helseinstitusjonane har til å tilsetje yrkesutøvarar på dette nivået.

\*\* "Tilladelse til selvstendigt virke" er ikkje ein sjølvstendig godkjenningstype som vår autorisasjon, men ei "tilleggsgodkjenning" som blir gitt i tillegg til autorisasjon. Ein utanlandsk lege som får dansk godkjenning utan å måtte gå gjennom dansk turnus, får autorisasjon og "selvstendigt virke" samstundes.

**Tabell 8.2: Noreg og nokre EU-land: vegen fram til påbyrja spesialistutdanning (norsk LiS).**  
(data frå SAFH 2009)

|                                                                | Noreg      | Sverige    | Danmark    | Finland                                | UK/Irland  | Tyskland/<br>Ungarn/<br>Tsjekkia/<br>Nederland. | Polen      |
|----------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|----------------------------------------|------------|-------------------------------------------------|------------|
| Grunnutdanning                                                 | 6 år       | 5 ½ år     | 6 – 6 ½ år | 6 år                                   | 5 år       | 6 år                                            | 6 år       |
| Turnus/<br>praktisk<br>teneste                                 | 18 månader | 18 månader | 12 månader | Nei<br>(3 år for å bli<br>allmennlege) | 12 månader | Nei                                             | 13 månader |
| "Stats-eksamen"<br>(etter<br>turnus/<br>praktisk<br>teneste) * | Nei        | Ja **      | Nei        |                                        | Nei        | Ja                                              | Ja         |

\* Har ikkje oversyn over andre som har statseksamen etter fullført medisinsk grunnutdanning

\*\* "AT-provet"

**Tabell 8.3: Oversyn over stillingstypar og nivå i Sverige, Danmark og Finland**  
(data frå SAFH 2009)

|                                          | Sverige                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Danmark                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Finland                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nyutdanna medisinsk kandidat             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denne gruppa får ikkje individuell lisens</li> <li>- Kan gjere AT (turnus) eller bli tilsett av landstinget med eit <i>vikariatsförordnande</i></li> <li>- Lege utan svensk <i>legitimation</i> kan ikkje bli tilsett i <i>primärvården</i></li> </ul> | <i>Resærvelæge/</i><br><i>Praksisresærvelæge:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Underordna lege på sjukehus eller i allmennpraksis</li> <li>- Kan skrive reseptar og legeerklæringar</li> <li>- Kan ikkje på sjølvstendig basis ta pasientar i kur</li> <li>- Arbeider på delegasjon frå overordna</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan arbeide i underordna stillingar på alle fagområde</li> <li>- Kan ikkje drive sjølvstendig privatpraksis, men kan arbeide som tilsett lege også i privat sektor</li> <li>- Kan byrje på spesialistutdanning</li> </ul> |
| Fullført turnus/ praktisk teneste        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Får <i>legitimation</i> (som tilsvarar norsk autorisasjon)</li> <li>- Kan byrje på spesialistutdanning</li> </ul>                                                                                                                                      | <i>Reservelæge:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Underordna lege på sjukehus eller i allmennpraksis</li> <li>- Kan sjølvstendig ta pasientar i kur</li> <li>- Kan etablere sjølvstendig privatpraksis</li> <li>- Kan ikkje få avtale med trygda</li> <li>- Kan byrje på spesialistutdanning</li> </ul>       | Ikke relevant (Finland har ikkje turnus)                                                                                                                                                                                                                           |
| Allmennlege med rett til trygde-refusjon | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fram til april 2009 måtte ein vere spesialist i allmennmedisin.</li> <li>- Etter april 2009: Må oppfylle EU-direktivet sitt minimum om 3 års vegleidd teneste ("<i>Europaläkare</i>")</li> </ul>                                                       | Må vere spesialist i allmennmedisin for å få avtale med trygda (Eller EU-lege, som då får dansk spesialistgodkjenning på bakgrunn av tre års vegleidd teneste)                                                                                                                                                           | " <i>Europaläkare</i> " som har gjennomført tre års vegleidd praksis etter grunnutdanninga                                                                                                                                                                         |

### 8.3 Krav til forsvarlegheit som skranke for yrkesutøvinga

Helselovgjevinga stiller krav til forsvarlegheit både på system- og individnivå. Helsepersonellova (49) § 4 første og andre ledd lyder:

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.*

Dette forsvarlegheitskravet er ei av dei sentrale pliktene til alt helsepersonell. Det er ein rettsleg standard som ikkje har bestemte og eintydige kriterium, men som inneheld ulike element som vil vere viktige når ein skal vurdere kva for krav som

gjeld i ein bestemt situasjon. Desse vurderingane vil variere over tid, ut frå det enkelte helsepersonellet sine kvalifikasjonar og situasjonen elles.

Forsvarlegheitskravet inneber mellom anna at helsepersonell ikkje skal gå ut over sine kvalifikasjonar i yrkesutøvinga si. Det kan avgrense yrkesutøving og fagleg autonomi for helsepersonell, knytt til manglar i den enkelte sin kompetanse (grunn- og vidareutdanning og yrkespraksis).

## **8.4 Vilkår for autorisasjon og lisens**

### **8.4.1 Generelle reglar**

Rettsreglane om autorisasjon og lisens for helsepersonell står i helsepersonellova (49) §§ 48 og 49. Dei 29 personellgruppene som godkjenningsordningene gjeld er opplista i § 48 første ledd. Vilkåra for å få autorisasjon går fram av § 48 andre og tredje ledd:

*Rett til autorisasjon etter søknad har den som:*

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

*Rett til autorisasjon etter søknad har også den som:*

- a) har utenlandsk eksamen som anerkjennes 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.*

Helsepersonell som fyller desse vilkåra har eit rettskrav på norsk autorisasjon, same kor dei er utdanna. Den som ikkje har rett til autorisasjon, kan søkje om lisens etter § 49, men denne gir ikkje søkjaren noko rettskrav på lisens, jf ordlyden "kan gis lisens". Helsepersonelloven (49) § 49 første til tredje ledd lyder:

*Helsepersonell som ikke har rett til autorisasjon etter § 48, kan gis lisens etter søknad. Lisens kan bare gis til helsepersonell som er skikket ut fra lisensens art og omfang.*

*Lisens kan også gis til helsepersonell med utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52.*

*Lisensen kan begrenses i tid, til en bestemt stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte.*

*Departementet kan gi nærmere forskrifter om betingelsene for å få lisens og de vilkår som kan knyttes til den, herunder at kravene skal gjelde for dem som allerede har lisens ved forskriftens ikrafttredelse.*

Det er gitt ei rekkje forskrifter<sup>23</sup> som regulerer autorisasjon og lisens til helsepersonell (1;8;48;86;88).

#### **8.4.2 Søkjar utdanna i utlandet**

Søkjar med utdanning frå utlandet blir vurdert etter helsepersonellova (49) § 48 tredje ledd a-c, utan omsyn til statsborgarskap. Den som er utdanna i eit anna EU/EØS-land med utdanning som er godteken etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52, får søknaden behandla i samsvar med EØS-reglane (direktiv 2005/36/EC (6)).

For den som er utdanna utanfor EØS-området, blir det vurdert om utdanninga er *”jevngod med tilsvarende norske”*, eller om søker på annan måte kan dokumentere nødvendig kyndigheit (§ 48 tredje ledd bokstav a eller c). I tillegg må desse legane også gjennomføre kurs i nasjonale fag etter tilleggskravforskrifta (48) og ordinær turnusteneste. Også helsepersonell utdanna utanfor Noreg, må fylle vilkåra i § 48 andre ledd bokstavane b-d om alder, må vere eigna og eventuell har gjennomført praktisk teneste.

#### **8.4.3 Krav om praktisk teneste (turnusteneste) som vilkår for autorisasjon**

Helsepersonellova (49) § 48 andre ledd bokstav b slår fast at helsepersonell har rett til autorisasjon når han etter norsk eksamen

*”har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet”.*

For å få autorisasjon som lege, fysioterapeut, kiropraktor eller ortopediingeniør er det eit vilkår å ha gjennomført praktisk teneste, vanlegvis kalla turnusteneste. Kravet om praktisk teneste for jordmor ble oppheva då nødvendig praksis blei lagt inn i utdanninga i 2004. Praktisk teneste for fysioterapeut, kiropraktor og ortopediingeniør er regulert av forskrift (8;9). Frå 1. januar 2010 er forskrift om turnusordning for fysioterapeutar i kommunehelsetenesta (91) avløyst av ny forskrift (9).

Forskrift om praktisk teneste (turnusteneste) for lege (1) regulerer den praktiske gjennomføringa av turnustenesta for legar, og er utdjupa i Rundskriv IS-9/2005 (5) frå Sosial- og helsedirektoratet (frå 2008: Helsedirektoratet). Legeforeininga har også gitt ut vegleiingsmateriell.

Turnuslisens er regulert av forskrift om lisens til helsepersonell (88). Om turnuslisens for legar fastset forskrifta § 1a-1 at medisinske kandidatar som har norsk cand.med.-grad eller tilsvarende utanlandsk eksamen som er anerkjent som jamgod med norsk cand.med.-grad, må ha lisens (turnuslisens) etter denne forskriften før dei kan byrje i turnusteneste.

---

<sup>23</sup> Forvaltningsloven (90) § 2 b) definerer forskrift som ”et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til et ubestemt antall eller en ubestemt krets av personer”.

#### **8.4.4 Vegleidd teneste som alternativ til turnusteneste**

I mai 2004 og 2001 blei EU utvida med 12 nye medlemsland, stort sett land i det tidlegare Aust-Europa. Då var det alt blitt populært for nordmenn å studere medisin i land som Polen, Tsjekkia og Ungarn, og det blei mindre søknad til utdanningane i Tyskland, England og Irland. Samstundes blei krav til turnusteneste/praktisk teneste oppheva i Tyskland som utdanna ein del norske utanlandsmedisinarar.

Sidan utvidinga har norske utanlandsmedisinarar med grunnutdanning frå dei nye medlemslanda fått søknadane sine om norsk autorisasjon behandla i samsvar med helsepersonellova (49) § 48 andre ledd b), jf EU-direktiv 2005/36/EC (6), og ikkje etter regelen i § 48 tredje ledd om jamgod utdanning/nødvendig kyndigheit.

Utanlandsmedisinarar både var og er ein stor del av alle nyutdanna legar i Noreg og utgjør for tida om lag 40% av nyutdanna norske legar. EU-utvidinga og opphøyr av tysk AiP førte til at utanlandsmedisinarane, som tidlegare måtte ha norsk turnusteneste, no søkte autorisasjon direkte utan å ha praktisk erfaring som lege. Norske helsestyresmakter meinte at dersom mange nyutdanna legar utan praktisk yrkeserfaring skulle få autorisasjon og dermed sjølvstendig behandlaransvar for pasientar, så kunne dette medføre risiko både for pasientsikkerheit, kvalitet i helsetenesta og befolkninga si tillit til helsetenesta og til legar.

Noreg vedtok derfor å krevje turnusteneste av kandidatar utdanna i eit EU-land dersom dei var utan yrkespraksis (92). Nokre av dei som blei pålagde turnusteneste klaga saka si inn til Statens helsepersonellnemnd. Nemnda konkluderte (sak 2005/70) med at det ikkje var heimel for å påleggje klagaren norsk turnusteneste for å arbeide som lege i Noreg, men at vilkåra for å gi klagaren lisens avgrensa til stilling som underordna lege var oppfylt. Nemnda la til grunn at eit EU-direktiv (6) om gjensidig godkjenning, med samordning av dei minimumskrava som kan stillast, i prinsippet regulerer spørsmålet uttømande, og at heller ikkje EØS-forskrifta (89) ga god nok heimel til å kunne påleggje klagaren norsk turnusteneste.

Etter nemnda si vurdering måtte ein også vurdere saka i lys av dei rettar og det ansvar ein norsk autorisasjon gir legen. Slik den norske helsetenesta er organisert, ville det ikkje vere forsvarleg å gi ein nyutdanna lege, med avgrensa praktisk erfaring, sjølvstendig pasientansvar til liks med dei som har fullført ein lengre praksisperiode under vegleiing. Nemnda viste til at ei rekkje land har obligatorisk turnusteneste eller andre avgrensingar i arbeidsområde og ansvar til nyutdanna legar, for å sikre kvalitet og forsvarlegheit i helsetilbodet. Å gi søkjar lisens som underordna lege ville etter nemnda si vurdering ikkje vere i strid med direktivet om adgang til «å oppta og utøve virksomhet som lege».

Vegleidd teneste som underordna lege er eit alternativ til turnusteneste for medisinske kandidatar som er utdanna i eit EØS-land. Desse kandidatane kan velje om dei vil gjennomføre vanleg turnusteneste eller vegleidd teneste med lisens som underordna lege før dei kan få norsk autorisasjon. Slik vegleidd teneste ikkje er eit alternativ for medisinske kandidatar utdanna i Noreg eller kandidatar utdanna utanfor EØS-området.

Ordninga er nærare forklart av Helse- og omsorgsdepartementet i Rundskriv I-1/2008 (93).

Ein må presisere at denne vegleidd tenesta ikkje er ei form for turnusteneste, og at det ikkje er eit vilkår at den skal vere jamgod med denne. I utgangspunktet vil nok slik teneste vere meir ad hoc-prega enn turnustenesta.

Likeins som turnustenesta kjem tida i vegleidd teneste som underordna lege til frådrag for kravet om tre års vegleidd teneste for å arbeide som allmennlege med trygderefusjon, sjå pkt 8.4.6 nedanfor.

#### **8.4.5 Nordiske avtalar, smuttholproblematikk**

Etter Nordisk overeinskomst av 14.06.1993 kan visse grupper helsepersonell, mellom dei legar, med offentleg godkjenning frå eit av de nordiske landa få godkjenning i dei andre nordiske landa.

I motsetnad til Noreg, stiller ikkje Sverige eller Danmark krav til vegleidd praktisk teneste for autorisasjon av lege utdanna i et anna EU/EØS-land. Dette blei brukt som smutthol for nordmenn utdanna i eit anna EU-land som ønskte å omgå kravet til praktisk erfaring/turnusteneste. Først søkte dei og fekk svensk legitimation (autorisasjon), og på det grunnlaget fekk dei etter søknad norsk autorisasjon. I 2006 var dette 16 kandidatar.

Etter instruks frå Helse- og omsorgsdepartementet (94) er praksis for bruk av Nordisk overeinskomst endra til bare å gjelde søkjarar med utdanning frå dei nordiske landa. Slik er dette smuttholet blitt lukka.

#### **8.4.6 Tre års vegleidd teneste som vilkår for å praktisere på trygdas rekning**

Frå 01.01.2006 er det eit vilkår for å få arbeide som allmennlege med rett til trygderefusjon at legen har gjennomført i alt minst tre års vegleidd teneste eller er under vegleing. Denne ordninga er forskriftsregulert og er i samsvar med direktiv 2005/36/EC (6) om godkjenning av yrkeskvalifikasjonar artikkel 28 flg.

Dette treårskravet gjeld både privatpraktiserande og fastløna fastlegar i kommunehelsetenesta og legar som er tilsette ved kommunal legevakt. Kravet gjeld ikkje for privatpraktiserande allmennlegar utan fastlegeavtale med kommunen og trygdefinansiering, legar som har meir sporadisk legevaktarbeid utanom sitt vanlege arbeid eller legar i korttidsvikariat. Kravet vedkjem heller ikkje forskrivning av medikament m.v. for trygderefusjon (blåreseptforskrifta (95)).

Merknadene til § 1 i forskrifta forklarar at utgangspunktet er ”....at legen etter fullført turnustjeneste skal ha skaffet seg nødvendig erfaring og dermed er kvalifisert for selvstendig utførelse av vanlig legearbeid. I tillegg må legen gjennom veiledet tjeneste skaffe seg praktiske tilleggskunnskaper for å kunne utøve virksomhet som allmennlege med rett til trygderefusjon. Prinsippet om sparsomhet (...) er gjengitt i forskriften for å styrke rettsinformasjonen som følge av at kravet til tre års veiledet tjeneste er knyttet direkte til legers bruk av takstsystemet. Et formål med den veiledelede tjenesten i Norge er å gi leger økt opplæring i blant annet trygdemedisin, takstbruk, forskrivning av legemidler og drift av egen praksis.”

I norsk utdanning blir to av dei tre åra no oppfylte med praksisperiodar på i alt 6 månader i studiet og 18 månaders turnusteneste. I tillegg kjem så eitt års vegleidd praksis, som kan gjennomførast i fastlegeavtale med vegleing, i ei LiS-stilling i spesialisthelsetenesta, eller i anna stilling med vegleing.

For kandidatar utdanna utanfor Noreg blir det gjort heilt eller delvis fråtrekk frå treårskravet for dokumentert legeverksemd i vegleidd stilling i eit anna EU-land. For kandidatar utdanna i eit EU-land kjem gjennomført norsk turnusteneste eller vegleidd teneste som underordna lege til fråtrekk frå treårskravet.

## **8.5 Særleg regulering av turnusteneste for lege**

Etter § 5 i forskrift om turnusteneste for lege (1) skal den praktiske tenesta vere i turnusstilling som er oppretta etter § 10. Andre typar teneste eller verksemd i vente- eller utsetjingstid blir verken heilt eller delvis godkjende som praktisk teneste.

Turnusteneste i Noreg er ikkje ein særrett for kandidatar som er utdanna i Noreg. Noreg har beslutta at legar utdanna utenfor EU/EØS-området må gjennomføre norsk turnusteneste for å få norsk autorisasjon. Noreg har også beslutta at lege utdanna i eit EU-land og med manglende yrkeserfaring etter grunnutdanninga, må ha arbeid som lege under vegleing i 18 månader for å få autorisasjon, og at tenesta kan utføres som ordinær turnusteneste. Dette inneber at dei også må ha en reell adgang til å melde seg på og gjennomføre turnustenesta på lik line med dei som er utdanna i Noreg. Trekningsfordelar eller førsterett til turnusplassar for søkjare utfrå utdanningsstad, er derfor ikkje aktuelt, og vil vere i strid med mellom anna EU sitt grunnleggjande regelverk om at borgarar frå EU/EØS-statar skal behandlast likt.

Helsedirektoratet har delegert det administrative og praktiske arbeidet med turnustenesta til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). SAFH bestiller turnusplassar i dei regionale helseforetaka, og desse skal i sine helseforetak/sjukehus opprette mange nok plasser som oppfyller målbeskrivinga. SAFH har også fullmakt til å påleggje helseføretak og enkeltkommunar å ta imot turnuslegar, jf § 11 i forskrifta.

Kandidatane får velje turnusplass etter tildelt rekkefølge, utan å ha direkte kontakt med eller kopling til arbeidsgjevar. Derfor er det i medhald av forskrifta opna for at ein utfrå individuelle sterke omsyn kan få tildelt plass i eit spesielt geografisk område (særplass).

### **8.5.1 Særplass**

Hovudregelen i forskrift om turnusteneste for lege (1) er at det er eit felles ansvar for turnuslege og turnusstad å leggje forholda slik til rette at turnustenesta kan gjennomførast utan særtildeling av turnusplass.

§ 9 i denne forskrifta gir opning for at kandidatar med særlege behov kan søkje om å få gjennomføre turnustenesta på ein bestemt geografisk stad. Søknaden må gjelde eit bestemt sjukehus og fylke. SAFH avgjer søknaden, og Helsedirektoratet er

klageinstans. Den som får særplass, blir tildelt turnusplass utanom den ordinære trekninga.

Særplass kan bare tildelast dersom det er særlege grunnar til at vedkomande kandidat bør utføre turnustenesta på ein bestemt stad. I følgje § 9 andre ledd er dette dersom kandidaten:

- a) *enslig forsørger til barn under 12 år,*
- b) *har barn under 12 år og ønsker å gjennomføre 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.*

Kandidaten kan også få tildelt særplass dersom det etter ei samla vurdering er andre særlege grunnar (§ 9 andre ledd d), men dette skal etter gjeldande rundskriv IS-9/2005 (5) praktiserast strengt. Det skal mykje til for at der er særlege grunnar, men slike kan vere at kandidaten sjølv eller ektefelle, registrert partner, sambuar eller barn av kandidaten har ein alvorleg sjukdom som tilseier at kandidaten vanskeleg kan flytte eller klare seg aleine.

Følgjande grunnar skal enkeltvis eller saman ikke reknast som god nok grunn for å få særplass:

- Ektefellen sin arbeids- og/eller utdanningssituasjon
- Ansvar for eller besøksrett til barn, med unntak av dei tilfella som kjem inn under § 9 bokstav a) og b) i forskrifta
- Arbeids- eller forskningssituasjon eller økonomiske forhold.

I klagesakene til Helsedirektoratet argumenter ofte klagar med at ho/han er sambuar og har barn, at sambuaren på grunn av eige arbeidsforhold ikkje kan flytte og/eller med psykiske forhold.

Den praktiske administreringa av særplassordninga er omtalt i avsnitt 7.4.3.

## **8.6 Ordningar utan heimel i lov eller forskrift**

Sambuande kandidatar eller kandidatar med barn kan søkje barneplass og parplass. Dette er ei særordning utan heimel i lov eller forskrift, oppretta og administrert av Studentenes turnuskomité (STK) og Kullets turnuskomité (KTK). Avslag på krav om barneplass og parplass kan ikkje påklagast til SAFH.

Ordninga med barneplass er for at turnuslegars barn i skolepliktig alder så langt som råd skal unngå bytte av skole i løpet av turnustida. Kandidatar som har dagleg eller delt omsorg for barn som kjem i skolepliktig alder før eller under turnustenesta, får barneplass. Då får dei velje turnusplass før dei andre kandidatane.

Parplass inneber at ektepar eller sambuarar dreg same nummer og får turnusplass ved same sjukehus eller ved helseføretak i same fylket. Parplassar i kommuneturnus bør helst liggje innan dagpendlarfråstand frå kvarandre.

Bytte av turnusplass er det i utgangspunktet ikkje høve til. Dette følgjer antitetisk av forskrifta § 15 første ledd, som pålegg kandidaten å møte opp på tilvist turnusstad ved turnusstart. Ein kan likevel søkje til SAFH om bytte av turnusstad, og SAFH kan unntaksvis gi samtykke der det er særleg grunngjeving og ein finn ein annan kandidat som er villig til å bytte turnusstad.

## **8.7 Turnuslegane si arbeidsrettslege stilling**

### **8.7.1 Individuell og kollektiv arbeidsrett**

Arbeidsretten er sett saman av ein individuell og ein kollektiv del. Den *individuelle* arbeidsretten gjeld stort sett *arbeidsavtalar* og regulerer korleis ein arbeidsgjevar og ein arbeidstakar inngår ein arbeidsavtale, kva arbeidsavtalen inneheld og korleis arbeidsavtalen opphøyrer.

Dei to partane kan fritt inngå ein arbeidsavtale så lenge denne held seg innafor dei rammene som lov, forskrift eller tariffavtale set for arbeidsgjevar sin styringsrett. Dei sidene av den individuelle arbeidsretten som er spesielle for turnustenesta er gjennomgått i avsnitt 8.7.2 nedanfor.

Den *kollektive* arbeidsretten omfattar alle regler om korleis *tariffavtaler* blir inngått, kva dei inneheld og korleis dei opphøyrer.

Legeforeninga har inngått fleire tariffavtalar som gjeld heilt eller delvis for turnuslegar. Nokre tariffavtalar gjeld turnustenesta i sjukehusa, og er inngått mellom Dnlf og arbeidsgjevarforeininga Spekter som har sjukehusa som medlemmer. Dei to tariffavtalane som gjeld turnustenesta i kommunane er inngått med KS som er arbeidsgjevar for kommunar og med Oslo kommune (96). Her går vi ikkje nærare inn på korleis desse tariffavtalane avgrensar arbeidsgjevar sin styringsrett og gir turnuslegane rettar.

### **8.7.2 Individuell arbeidsrett for turnuslegar**

Arbeidsrettsleg er ein turnuslege definert som arbeidstakar og turnusstaden som arbeidsgjevar. Dette går klart fram i turnusforskrifta for legar (1) § 14, jf. Folketrygdlova (97) § 1-8: "*Med arbeidstaker menes i denne loven enhver som arbeider i en annens teneste for lønn eller annen godtgjørelse*", og medfører at allmenne arbeidsrettslege reglar som arbeidsmiljølova (30) og tariffavtale (framforhandla av Den norske legeforening) også gjeld for turnuslegar.

Turnuslegen mottok lønn<sup>24</sup> frå turnusstaden sin, jf. turnusforskrifta § 18. I tillegg til arbeidsrettsleg vern i arbeidsmiljølova og tariffavtalar, har turnuslegar nokre særrettar etter turnusforskrifta som andre tilsette på arbeidsstaden ikkje har.

#### **8.7.2.1 Utveljingsprosessen før det blir inngått ein arbeidsavtale**

Arbeidsrettsleg er hovudregelen at ein arbeidsgjevar med heimel i styringsretten (som ikkje er lovfesta men heimla i lang og fast sedvane) kan velje å tilsetje den han

---

<sup>24</sup> Våren 2009: kr 376 000 uten overtid- og vakttillegg.

vil ha, avgrensa av lovgjeving og tariffavtalar. Lovgjevar har på ulike måtar avgrensa styringsretten for å ivareta andre viktige interesser (likestilling, diskriminering m.v.), mens avgrensingane i tariffavtalane går på bedriftsdemokrati m.v. Normalt startar ein slik tilsetjingsprosess med at arbeidsgjevar lyser ledig ei stilling og at interesserte søkjarar melder seg. Så følgjer utveljingsprosessen, der arbeidsgjevar intervjuar søkjarar, sjekkar referansar og attestar og vel ut kven han vil tilby stillinga. Deretter inngår arbeidsgjevar ein arbeidsavtale med den som tek mot tilbodet om stillinga<sup>25</sup>.

For norsk turnusteneste er det ikkje slik. Her har ikkje arbeidsgjevar styringsrett til å tilsetje den han helst vil ha. Det er Staten ved SAFH som fordeler turnuslegane til kvar arbeidsgjevar (turnusstad) og gjer eit enkeltvedtak som pålegg arbeidsgjevaren å ta imot ein bestemt turnuslege, jf § 11 i turnusforskrifta for legar (1). Arbeidsgjevaren må ta imot den turnuslegen som han får tildelt.

SAFH administrerer ikkje ein vanleg tilsetjingsprosess med intervju og sjekking av referansar, men byggjer bare på at ein kandidat som melder seg på turnusteneste dokumenterer at han har vitnemål som viser at han har gjennomført og bestått norsk medisinsk embetseksamen eller har tilsvarande utdanning frå utlandet.

For å få turnusplass sender studenten/kandidaten påmelding til praktisk teneste til SAFH innan fastsett frist<sup>26</sup>. Påmeldinga er bindande for studenten/ kandidaten, men det er opning for å få utsetjing når det er særlege grunnar, jf §§ 6, 7 og 8 i forskrifta.

SAFH set opp ei liste over dei turnusplassane som kan veljast, og kandidaten får tildelt eit tilfeldig nummer som viser rekkefølgen for å velje plass, jf § 12 i forskrifta. Universitetet i Oslo bistår SAFH i det praktiske arbeidet med trekning og val av turnusplassar. Nokre av plassane blir reservert av SAFH til studentar/kandidatar som har bruk for særplass, jf § 9 i forskrifta.

Kvar turnusplass i sjukehus er knytt til eit fylke der kommuneturnus skal gjennomførast. Omsynet til legefördeling på landsbasis (sjå avsnitt 2.3) kan føre til at kommuneturnus må gjennomførast i eit anna fylke enn sjukehusturnus. Val av kommuneturnus går etter tilsvarande retningslinjer som val av sjukehusplass.

#### **8.7.2.2      *Plikt til å ta mot turnusplass***

Etter § 15 i turnusforskrifta for legar (1) pliktar kandidaten å ta mot den tildelte turnusplassen. Dersom ein kandidat har vore med i trekninga om turnusplass men utan godkjend grunn let vere å velje turnusplass eller å møte opp ved turnusplass, misser han turnusplassen, jf § 15 i forskrifta. Han kan melde seg til ny turnusteneste, men då får han tildelt ein plass utan høve til å velje. Turnuslisens eller annan lisens blir halden tilbake inntil forpliktande avtale om turnusteneste er inngått med SAFH.

<sup>25</sup> Slik er det for den svenske turnustenesta (AT-tenesta), jf kap 7.1

<sup>26</sup> For turnusstart 15. februar er fristen 1. mai året før, og for turnusstart 15. august er den 1. november året før

#### **8.7.2.3      *Utsetjing av turnustenesta***

Ein turnuslege som har meldt seg på til turnusteneste, har høve til å søkje SAFH om utsetjing av turnustenesta vidare, sjå turnusforskrifta (1) § 8. Turnuslegen kan søkje om utsetjing både før og etter oppstart av turnustenesta.

Forskrifta set som vilkår for utsetjing at "*det foreligger særlige grunner*". Dette kan t.d. vere aktuelt dersom turnuslegen blir einsleg forsørgar for barn under 12 år eller ved meir alvorleg eller langvarig sjukdom hos seg sjølv eller næraste familie.

Søknaden skal ikkje rettast til turnusstaden som arbeidsgjevar (som er det vanlege etter arbeidsmiljølova kap.12), men til SAFH. Helsedirektoratet er klageinstans for SAFH sine vedtak, sjå forskrifta § 8 andre ledd.

#### **8.7.2.4      *Inngåing av arbeidsavtale***

Arbeidsmiljølova (30) fastset i § 14-5 at det skal inngåast ein *skriftleg* arbeidsavtale. Dersom arbeidsforholdet varer meir enn ein månad, skal det gjerast så snart som råd og seinast ein månad etter at arbeidsforholdet byrjar. Det er ikkje noko særskilt med turnustenesta for legar som gir høve til unntak frå dette.

Turnusstaden bør få ein underskriven arbeidsavtale på plass i god tid *før* turnusstart. Dette er særleg viktig for å førebyggje at turnuslegar ikkje møter til turnusteneste.

#### **8.7.2.5      *Mellombels arbeidsavtale***

I arbeidsmiljølova (30) er hovudregelen at alle arbeidsavtalar skal vere faste, utan tidsavgrensing (§ 14-9). Men det er nokre unntak der det er høve til å inngå mellombels eller tidsavgrensa arbeidsavtalar.

Eitt av desse unntaka er for praksisarbeid (§ 14-9 første ledd litra c), som mellom anna omfattar turnusteneste for legar. Det må gå klart fram i den skriftlege arbeidsavtalen at den er mellombels (jf § 14-6 første ledd litra e). Dette er også sagt i Helse- og omsorgsdepartementet sine merknader til § 14 i turnusforskrifta for legar (1).

Under tarifforhandlingane med Den norske legeforening våren 2009 stilte arbeidsgjevarforeninga Spekter krav om at tilsetjing i stilling som lege i spesialisering (LIS) skal vere mellombels fordi det kjem inn under unntaket for praksisarbeid. Legeforeninga sitt landsstyre vedtok 4. juni 2009 ein resolusjon om at legar under spesialisering skal ha faste stillingar i sjukehusa.

Staten bør derfor regulere dette spørsmålet når det gjeld turnusteneste for legar, slik at det ikkje er tvil om at turnusteneste kjem inn under unntaket om praksisarbeid.

#### **8.7.2.6      *Innhaldet i arbeidsavtalen***

Innhaldet i arbeidsavtalen må minst ha det innhaldet som er fastsett i arbeidsmiljølova (30) § 14-6. I tillegg har begge partar plikt til å oppfylle krava i §§

13-19 i turnusforskrifta for legar (1), om dei særlege rettane og pliktene arbeidsgjevar (turnusstaden) og arbeidstakar (turnuslegen) har i forhold til kvarandre.

Alle dei særlege reglane må lesast i samanheng med føremålet med turnustenesta, (sjå § 1 i forskrifta), som er å gi turnuslegen nok erfaring og rutine til å kunne arbeide sjølvstendig som lege og dermed vere kvalifisert for autorisasjon som lege, jf §§ 48 og 4 i helsepersonellova (49).

#### **8.7.2.7 Turnusstaden sine plikter**

For å kunne oppfylle føremålet i turnusforskrifta for legar (1) § 1 har lovgjevar sett opp ein del plikter for turnusstaden, sjå forskrifta §§ 13 og 19.

Turnusstaden skal leggje forholda til rette slik at den praktiske tenesta kan gjennomførast på tilvist turnusplass. Det fremgår av § 13 at turnusstaden skal sjå til at turnuslegen kan gjennomføre tenesta i tråd med gjeldande regelverk og målutdjuving.

Turnusstaden skal gi nødvendig opplæring, vegleing og supervisjon. Turnuslegen skal ha oppnemnt personleg vegleiar og skal ha evaluering av tenesta undervegs og ved slutten av kvar turnusperiode, som ein del av grunnlaget for attestasjon i samband med godkjenning av den praktiske tenesta.

I tillegg har turnusstaden plikt til å skaffe turnuslegen tilfredsstillande bustad, men ikkje til å dekke husleiga. Denne plikta er heimla i turnusforskrifta for legar § 19 og overeinkomst mellom NAVO-helse og legeforeininga (98).

Nokre helseforetak/kommunar vil også dekke flytteutgifter for turnuslegar. På visse vilkår kan også Staten yte tilskott til reise og flytting for å byrje på turnusteneste, det er SAFH som forvaltar dette som ei av fleire tilskottsordningar i turnusteneste. Eventuell rett til fri ved flytting blir regulert av tariffavtalar og personalhandbøker. Vanlegvis har ein krav på inntil to dagar velferdspermisjon for flytting, og det er den nye arbeidsgjevaren som eventuelt skal dekke dette.

#### **8.7.2.8 Opphøyr av arbeidsavtalen**

Arbeidsavtalen opphøyrer når den avtalte tida er ute, sjå arbeidsmiljølova (30) § 14-6 første ledd litra e).

Arbeidsmiljølova fastset (§ 14-6 første ledd) at det kan avtalast *prøvetid*, og i så fall kan arbeidsavtalen seiast opp i prøvetida (§ 15-3 sjuande ledd, jf § 15-6). Kriteria for slik oppseiing er at arbeidstakar viser mangelfull fagleg dugleik, mangelfull tilpassing til arbeidet eller at han ikkje er påliteleg nok.

I den tidsavgrensa perioden for ein mellombels arbeidsavtale kan ein også seiast opp med heimel i arbeidsmiljølovas § 15-7. Vilkåret for slik oppseiing er at det må vere sakleg grunn for oppseiinga.

Dersom turnuslegen ikkje fyller dei pliktene vedkomande er pålagt i turnusforskrifta for legar (1), kan dette både gi rett til oppseiing etter prøvetidsreglane og gi sakleg grunn for oppseiing. Ein må vurdere konkret i kvar enkelt sak om det er slik oppseiingsgrunn.

Dersom turnuslegen gjør seg skuldig i grovt pliktbrøt eller anna vesentleg misleghald av arbeidsavtalen, kan vedkomande få *avskjed* etter arbeidsmiljølova (30) § 15-14. Då pliktar turnuslegen å slutte i tenesta med ein gong. Avskjed blir bare brukt i sjeldne tilfelle der avtalebrøtet må reknast som grovt. Slike pliktbrøt kan også føre til at det blir reist tilsynssak etter helsepersonellova kapittel 11.

Det er såleis fire ulike måtar ei turnusteneste kan bli avslutta på før ein mellombels arbeidsavtale opphøyrer på vanleg måte:

- *Oppseiing* frå arbeidsgjevar (turnusstad), enten i prøvetid eller fordi det er sakleg grunn for oppseiing (arbeidsmiljølova § 15-3 eller § 15-7).
- *Avskjed* frå arbeidsgjevar, på grunn av grovt pliktbrøt eller anna vesentlig misleghald av arbeidsavtalen (arbeidsmiljølova § 15-14).
- *Underkjenning* av turnustenesta (turnusforskrifta for legar (1) § 16 andre ledd og § 20). Det er SAFH som er delegert å gjere enkeltvedtak etter forvaltningslova om slik underkjenning av turnustenesta, og Helsedirektoratet er klageorgan for slike vedtak. I slike tilfelle må ein rekne med at arbeidsgjevar også har heimel for oppseiing.
- *Tilbakekall* av turnuslisens (helsepersonellova (49) § 57). Det er Statens helsetilsyn som gjer enkeltvedtak etter forvaltningslova om tilbakekalling av turnuslisens, og Statens helsepersonellnemnd (HPN) er klageorgan for slike vedtak. I slike tilfelle må ein rekne med at arbeidsgjevar også har heimel for oppseiing eller avskjed av turnuskandidaten.

Dessutan kan arbeidsavtalen opphøyre dersom kandidaten ikkje møter på turnusstaden ved turnusstart, ettersom han då misser turnusplassen og må melde seg til ny praktisk teneste (turnusforskrifta for legar (1) § 15).

#### **8.7.2.9 Forhold som kan gjere at turnustenesta ikkje blir godkjend**

Det er stort sett to slags forhold som kan føre til at turnustenesta ikkje kan godkjennast. Det kan være mangelfull dugleik, eller det kan vere forhold ved turnuslegen si åtferd, personlegdom eller liknande som gjer at vedkomande ikkje blir vurdert som skikka til å utøve legeyrket.

Det kan stillast krav om at turnustenesta må takast heilt eller delvis på nytt dersom det viser seg at han ikkje har dei teoretiske eller praktiske ferdigheitane som ein må forvente på det stadiet vedkomande er, eller det er mistanke om at manglande kunnskapar og ferdigheitar er årsak til at han ikkje tek ansvar eller viser seg så sjølvstendig som ein må krevje av turnuslegen (sjå turnusforskrifta for legar (1) § 20 andre ledd).

Ei forlenging av tenesta kan vere aktuelt dersom dette mest truleg vil føre til at tenesta vil kunne godkjennast. Slik forlenging bør normalt ikkje vere meir enn to

månader i sjukehusstenesta eller to månader i kommunehelsetenesta.<sup>27</sup> Ei eventuell større forlenging enn dette kan bli vurdert av den aktuelle turnusstaden og SAFH.

#### **8.7.2.10    Når turnuslegen ikkje fungerer i tenesta**

Dersom det viser seg at turnustenesta ikkje blir gjennomført i tråd med gjeldande regelverk og målutdjuping, skal turnusveglear straks gjere turnuslegen merksam på dette og opplyse ansvarleg lege om forholdet. Det skal dokumenterast skriftleg at dette er blitt gjort.

Det er viktig å få klarlagt årsaka til at turnustenesta kan bli underkjend, og på dette grunnlaget vurdere om tenesta likevel kan bli godkjend dersom konkrete tiltak blir sett i verk og gjennomført på ein tilfredstillande måte, jf. forskrifta (1) § 16.

Dersom saka ikkje blir løyst på denne måten, må den løftast oppover i systemet frå ansvarleg lege på sjukehusavdelinga eller i kommunen til SAFH, og eventuelt til det lokale helsetilsynet som kan gi råd og vegleiing til aktørane dersom nokon ber om det. SAFH vil i første omgang kontakte turnuslegen for å få hans syn på saka, og kan innhente meir dokumentasjon dersom det er bruk for det. Slike saker blir vanlegvis særskilde arbeidskrevjande.

Dersom svikten ligg i manglande fagleg kunnskap eller ferdigheit, vil SAFH kunne vurdere kva og kor store manglane er og foreslå høvelege tiltak for å reparere desse. Dersom problema ligg i at turnuslegen ikkje er skikka, kan dette vere ei oppgåve for helsetilsynet å følgje opp.

I særlege situasjonar kan det vere aktuelt å ta turnuslegen ut av teneste inntil saka er nærare avklara. SAFH har fått mynde til dette etter turnusforskrifta § 16 andre ledd. Etter arbeidsrettslege reglar kan også arbeidsgjevar ta vedkomande ut av tenesta. Dersom det er grunn til å tru at vilkåra for tilbakekalling er til stades og turnuslegen blir vurdert til å vere til fare for tryggleiken i helsetenesta, kan Statens helsetilsyn suspendere lisensen etter helsepersonellova (49) § 58.

Ein turnuslege som er tatt ut av teneste har ikkje lenger gyldig turnuslisens, fordi denne er direkte knytt til turnustenesta.

#### **8.7.3    Forhold til trygderettar**

Rettar etter folketrygdlova (97) er avhengige av om ein kan bli definert som sjølvstendig arbeidstakar etter folketrygdlova § 1-10, frilanser etter § 1-9, arbeidsledig etter § 4-3 eller arbeidstakar etter § 1-8.

I turnustenesta er turnuslegen definert som arbeidstakar etter folketrygdlova § 1-8, jf turnusforskrifta for legar (1) § 14, og vil såleis kunne ha rettar som arbeidstakar etter folketrygdlova dersom andre vilkår for rett til den enkelte stønadstypen er oppfylte.

---

<sup>27</sup> Jf. avsnitt 5.2 i IS-9/2005 *Turnustjenesten for leger*, frå Sosial- og helsedirektoratet (5).

Dette betyr at under turnusteneste opparbeider turnuslegen seg pensjonsrettar, rett til sjukepengar, dagpengar, foreldrepengar og yrkesskadedekking, og rett i forhold til sjukdom hos barn og andre nære pårørande.

Turnuslegen vil også vere dekt av lønnsгарантиlova (99) dersom vedkomande turnusstad skulle gå konkurs.

#### **8.7.4 Krav til politiattest**

Helsepersonellova (49) § 20a (i kraft frå 2007) fastset at den som skal yte helsehjelp til barn eller personar med utviklingshemming, skal leggje fram politiattest som viser om vedkomande er sikta, tiltalt, ilagd førelegg eller dømt for overgrep mot slike. Den som er ilagt førelegg eller dømt for slikt, er utelukka frå å yte helsehjelp til desse to gruppene.

Helsepersonellova § 20a er ikkje knytt opp til trekning av turnusplass eller rett til lisens og autorisasjon, men til arbeidsforhold. Overgrep mot barn og utviklingshemma kan føre til at vedkomande ikkje blir vurdert som skikka til å få autorisasjon eller lisens (§ 48 andre ledd bokstav d), eller til tilbakekalling av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning (§ 57).

Det følgjer av dom i Høgsterett (100) og praksis i Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd (HPN-2008-117) at helsepersonell som har gjort overgrep mot barn eller personar med utviklingshemming, aldri vil kunne få anna enn lisens eller avgrensa autorisasjon. Det må bli vurdert konkret i kvar enkelt sak om vedkomande kan få turnuslisens og lov til å gjennomføre turnus i kommunehelsetenesta.

§ 20a første ledd andre punktum gjer unntak for kravet om politiattest for personell som bare sporadisk yter slike tenester og som vanlegvis ikkje vil vere aleine med barn eller personar med utviklingshemming. I kommuneturnus vil ein også gi helsehjelp aleine til barn og utviklingshemma, så der skal det leggjast fram politiattest likeins som for legar med autorisasjon. Andre stader er det arbeidsgjevar som har best kjennskap til korleis verksemda blir driven, og som derfor har ansvaret for å vurdere om den konkrete stillinga/avtalen kjem inn under dette unntaket. Dette ansvaret gjeld også vurdering av turnuslegar.

Arbeidsgjevar kan bruke organisasjons- og instruksjonsmyndigheita si til å leggje arbeidet til rette slik at personar som er ilagde førelegg eller er dømde for brot på dei aktuelle lovreglane ikkje får vere aleine med barn eller personar med utviklingshemming når dei gir helsehjelp. Dette gjeld både om ein arbeider på grunnlag av lisens (turnus) eller autorisasjon som lege.

Personar som er ilagde førelegg eller dømde etter dei aktuelle lovreglane, kan søkje om turnusplass på vanleg måte gjennom trekning og få lisens etter ei konkret vurdering av forholda kring overgrepet. Kommuneturnus kan også gjennomførast dersom arbeidsgjevar/ turnusstad legg forholda slik til rette at turnuslegen ikkje er aleine med barn eller personar med utviklingshemming.

### **8.7.5 Rettar som følgje av fullført turnusteneste**

Ein turnuslege som har fullført turnustenesta og fått denne godkjend, vil normalt ha rett på autorisasjon som lege etter helsepersonellova (49) § 48 andre ledd bokstav b), med mindre der er opplysningar om at vedkomande er uskikka for yrket (jf § 48 andre ledd bokstav d).

Fullført turnusteneste inngår i kravet om tre års vegleidd teneste for å få høve til å praktisere sjølvstendig som allmennlege med rett til trygderefusjon, jf avsnitt 8.4.6.

### **8.8 Andre aktuelle lover**

Både regionale helseforetak og kommunar har lovfesta opplæringsplikt som gjeld turnuslegar og anna helsepersonell. Hvor langt bestemmelsene går i forhold til å legge til rette for å opprette praksisplasser/turnusstillinger må vurderes konkret dersom dette blir satt på spissen, og i sammenheng med øvrige bestemmelser i lov, budsjett- plan- og styringsdokumenter.

Spesialisthelsetenestelova (62) § 3-5 seier:

*De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Departementet kan gi forskrifter om plikten til å delta i undervisning og opplæring, herunder om private helseinstitusjoners plikt.*

Kommunehelsetenestelova (58) § 6-1 seier:

*Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.*

## 9 Gjennomgang av tidlegare utgreingar

### 9.1 Presentasjon av hovudfunna

Det har kome ei rekkje utgreingar og rapportar om turnustenesta for legar gjennom åra. Gjennomgangen nedanfor viser dei viktigaste funna og vurderingane.

#### 9.1.1 *Statens helsetilsyn si arbeidsgruppe, 1997*

Denne rapporten kom i 1997 (101). Arbeidsgruppa skulle drøfte meining og mål med turnustenesta då og i framtida og vurdere aktuelle endringar i lys av at det venteleg ville bli fleire turnuskandidatar og strukturendringar i helsesektoren.

Helsetilsynet vurderte turnustenesta primært som ein del av legars kvalifisering til autorisert lege og meinte at utdannings- og vegleiingsfunksjonane måtte styrkast. Arbeidsgruppa rådde ikkje til å korte ned på turnustenesta.

Aktuelle framlegg:

- Opprette turnusplassar ved dei regionsjukehusa som hadde lokalsjukehusfunksjonar
- Opprette plassar med tredelt turnusteneste i sjukehus

#### 9.1.2 *Sosial- og helsedepartementet si arbeidsgruppe, 2000*

Gruppa skulle sjå på utfordringar for dei neste 5-10 åra, både for kvantitet, kvalitet og fleksibilitet, og skulle mellom anna vurdere mogeleg obligatorisk turnusteneste innan psykiatri og eventuell forlenging av turnustenesta (101).

Gruppa såg som særleg store utfordringar at det blei stadig fleire turnuskandidatar og at det ikkje var like mange nye vår som haust. Tilrådinga gjekk ikkje inn for forlenging av turnustenesta, men såg det som ei hovudutfordring å skaffe nok turnusplassar med dagens turnusteneste på 18 månader. Gruppa meinte at ønsket om å få stadig fleire turnusplassar ikkje måtte få gå framom kvaliteten på innhaldet i tenesta. Viktige kvalitetstiltak ville vere styrking av vegleiinga og vidareføring av lengd, fagleg breidd og innhald av tenesta. Innføring av fleire sjekkpunkt undervegs i tenesta kunne vurderast.

Gruppa meinte at teneste i psykiatri ikkje burde vere obligatorisk, men at ein burde stimulere til at det blei del av ei tredelt sjukehussteneste, og at det dei første åra truleg ikkje ville vere kapasitet til obligatorisk psykiatriteneste.

Etter dagens modell blei plassane tildelt sentralt. Studentane fekk velje turnusplassar etter det trekkingsnummeret som dei hadde fått tildelt. Gruppa vurderte også to alternative modellar:

- ein "marknadsmodell", der turnuslegane kan søkje på ledige turnusblokker og arbeidsgjevar kan velje mellom søkjarane likeins som for andre stillingar. Ei slik ordning har vore brukt i Sverige sidan 1992
- ein modell med sentral fordeling av turnuslegane til kvart fylke, og at fylkeskommunane eller evt. fylkeslegane deretter fordelte dei til ledige turnusblokkar i fylket

Gruppa ville halde på dagens fordelingsmodell, fordi den best tok vare på likskapsprinsippet og la til rette for geografisk fordeling og rekruttering til distrikta.

Aktuelle framlegg:

1. Forlenging av turnustenesta blei ikkje tilrådd
2. Styrking av vegleiinga som eit viktig kvalitetstiltak
3. Innføring av fleire sjekkpunkt undervegs i tenesta kunne vurderast
4. Teneste i psykisk helsevern burde ikkje vere obligatorisk
5. Som alternativ til dagens modell basert på etterspurnad føreslo gruppa:
  - ein modell med fast volum, bygd på kapasitet i helsetenesta og som er framsynt
  - faste turnusblokker med teneste både på sjukehus og i kommunen, tildelt samla til turnuslegen
  - ein ventepool av turnuslegar for å utjamne årstidsvariasjonane

### 9.1.3 Den norske lægeforening, 2000

Ein rapport frå 2000 (102) konkluderte mellom anna med at:

- Turnustenesta habiliterer nyutdanna medisinsk kandidatar til det verkelege legelivet med å gi dei grunnleggjande erfaringar i legearbeid.
- Hovudspørsmålet er kor mange kandidatar det er plass til i turnustenesta utan at innhaldet i den går i oppløysing. Kapasiteten for turnustenesta i Noreg må derfor bli definert som så mange turnuslegeårsverk det er plass til med god nok kvalitet på tenesta, vurdert etter den tenesta som har minst kapasitet.
- Dersom dette ikkje gir plassar nok til alle som ønskjer turnusteneste, må ein prioritere mellom ulike grupper medisinske kandidatar. Då bør i alle fall plass vere sikra til alle som studerer medisin i Noreg eller på oppkjøpte studieplassar i utlandet, mens andre kvalifiserte kandidatar heller får vente eller ordne seg på annan måte.
- Ei spørjeskjemaundersøking ga då grunn til å tru at kapasiteten for turnusteneste i Noreg *"slik vi kjenner den i dag (gitt turnustjenestens hensikt*

*og målbeskrivelse), allerede med årets turnuslegekull er i ferd med å mettes. Dette til tross for at respondentene da regner med at "alle utgifter ved det å ha turnuslege ble kompensert". - Det var 607 turnuslegar i 2000-kullet.*

- Det må vere oppretta eit visst antal turnusplassar, godkjent av sentrale helsestyresmakter og evt. samordna med Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefordeling. Kontinuitet og forutseibarhet i turnusplassane må sikrast med å lage ei venteordning for kandidatar.
- For å stimulere til betre oppfølging og supervisjon av turnuslegar, bør slik vegleiing gi fagleg meritt i all spesialistutdanning/-resertifisering, og det bør bli satsa på formell skulering av slike vegleiarar.

Aktuelle framlegg:

- Alle som studerer medisin i Noreg eller på oppkjøpte studieplassar i utlandet får plass først
- Lage venteordning for kandidatane
- Vegleiing skal gje fagleg meritt i all spesialistutdanning/-resertifisering
- Formell skulering av vegleiarar

#### **9.1.4 Agder-rapporten om tredelt sjukehussteneste, 2001**

35% (130 stk) av dei som byrja i turnusteneste i juli 2000 gjekk inn i tredelt turnusteneste i sjukehus, stort sett med 3 x 4 månader (kirurgi, indremedisin og psykiatri). Frå 1999 hadde Aust-Agder Sentralsjukehus ei slik tredeling med 18 turnuslegar årleg, og ordninga blei evaluert i denne rapporten frå 2001 (103).

Det viste seg at den tredelte tenesta hadde tvinga fram eit betre opplæringsopplegg kring turnuslegen, og at det var nyttig å ha psykiatriteneste, særleg som grunnlag for kommunehelsetenesta. Men turnuslegane fekk for lite pasientkontakt, kvaliteten av pasientbehandlinga blei dårlegare, og det blei større arbeidspress på dei faste legane.

Forfattane konkluderte med at tredelt turnusteneste trass i relativt massive tiltak fungerte marginalt ved indremedisinsk avdeling, betre ved kirurgisk avdeling.

Dei føreslo derfor å auke tenestetida ved kirurgisk og indremedisinsk avdeling. Dei meinte at intensiv 4-månadersteneste ikkje gav nok ferdigheitstrening og meistringskjensle, og at turnustenesta i psykiatri burde forkortast til fordel for dei to andre fagområda.

#### **9.1.5 Sosial- og helsedirektoratet si arbeidsgruppe, 2003**

Denne skulle følgje opp framlegga i SHD-rapporten frå 2000 (101), og la i juni 2003 fram sin rapport (18). Den peika på at hovudføremålet med turnustenesta bør vere å gi turnuslegane det breie praktiske erfaringsgrunnlaget som trengs for å kunne gjere vanleg legearbeid på sjølvstendig og ansvarleg måte, og å førebu dei på den røyndomen dei vil møte og skal arbeide i.

På den tida var det oppretta 350 turnusplassar pr halvår, men det blei arbeidd for å skaffe så mange som 800 plassar pr år. Gruppa meinte hovudregelen burde vere at alle kandidatar frå EØS-land stilte likt ved tildeling av plass, men foreslo at i tider med mangel på turnusplassar burde kandidatar frå norskeigde studieplassar få førsteprioritet fordi dei var å rekne som personar under nødvendig utdanning/opplæring for å få autorisasjon som lege.

Gruppa skisserte fleire nye modellar for turnustenesta ved sjukehus:

- Modell A: 3 månader ved kirurgisk avdeling, 6 månader ved indremedisinsk avdeling og 3 månader ved psykiatrisk avdeling og/eller DPS.
- Modell B 1: 8 månader ved kirurgisk eller indremedisinsk avdeling (men med høve til også å gjere seg kjend med indremedisinske problemstillingar eller akuttkirurgi), og 4 månader ved vaksenpsykiatrisk avdeling og/eller DPS.
- Modell B 2 er som B 1, men med 4 månader pediatri, anesthesiologi, nevrologi eller gynekologi/obstetikk der det ikkje var tilbod om psykiatri.
- Modell C: 6 månader ved kirurgisk avdeling, 6 månader ved indremedisinsk avdeling og 6 månader ved psykiatrisk avdeling og/eller eit DPS med nok kompetanse.

Gruppa kunne ikkje konkludere i spørsmålet om obligatorisk turnusteneste i psykiatri før ein visste meir om den faglege nytten av noko slikt og den rolla DPS'ar kunne ha i det. Den såg det som like viktig å få vite kva konsekvensar innføring av eit nytt fag ville ha for tenesta ved kirurgisk og indremedisinsk avdeling, og la vekt på at alle turnuslegane skulle få seks månaders samanhengande teneste ved minst ei avdeling. Gruppa tilrådde derfor vidareføring av dagens turnusteneste, men med ei prospektiv evaluering, samt utprøving av modellane A og B 1 i tre år på tre sjukehus med ulik storleik.

Dagens modell er tung og dyr å administrere. Modell C kunne ha vore enklare å administrere, men gruppa kunne ikkje tilrå denne fordi seks månaders forlenging ville gi store statlege meirutgifter utan å gi fleire turnusplassar.

Det såg ut til at innanfor EU-systemet var tre års vegleidd teneste i ferd med å erstatte turnustenesta. Derfor vurderte gruppa også ein modell D, med avvikling av systemet med offentleg tildeling av turnusplassar, men med sterk tilpassing til EU sitt legedirektiv, som krev tre års vegleidd teneste som legane må skaffe sjølve. I denne modellen måtte Staten syte for at det blei oppretta rimeleg mange nybyrjarstillingar med tilbod om vegleing, både ved sjukehus og i kommunehelsetenesta, men kandidatane måtte sjølv skaffe seg tenesta. Dette ville gi store samfunnsøkonomiske innsparingar, men såg ut til å kunne medføre bortfall av statleg kontroll og sikring av ein einskapleg nasjonal standard.

Gruppa peika på at ei hovudoppgåve i turnustenesta er opplæring i å kunne arbeide sjølvstendig som lege – å bli trygg i legerollen -, og at dette ikkje treng vere knytt til visse fagområde men ved å vere tilknytta same avdeling over ein lengre tidsperiode. Legeforeninga hadde mange innvendingar mot eventuell innføring av obligatorisk psykiatri, og var inneforstått med dei faglege svakhetane i modellane A og B1, men godtok prøveordninga fordi begge modellane hadde minst seks månader i ei

avdeling med akuttfunksjon. For kirurgidelen gjekk foreininga inn for 50% kirurgi og 50% ortopedi men ikkje bortfall av ortopedi.

Aktuelle framlegg:

- Tilrår vidareføring av dagens teneste med ei prospektiv evaluering
- Ved mangel på turnusplassar bør kandidatar frå norskkjøpte studieplassar få førsteprioritet ved tildeling av turnusplass
- Utprøving av to ulike modellar for tredelt teneste med ulik samansetjing av tenestelengd innan medisin, kirurgi og psykiatri

### 9.1.6 Den norske legeforening, 2007

Den norske legeforening gjennomførte i 2006 ei spørjeskjemaundersøking til alle turnuslegar som skulle avslutte tenesta i august 2006, og til vegleiarane deira (19). Ein samla svarprosent på 70 gjer at ein kan rekne funna som rimeleg representative.

Både turnuslegar og vegleiarar tykte at turnustenesta gav høg læringsverdi for turnuslegen, og at arbeidsgjevarane hadde stor nytte av arbeidsinnsatsen deira – større i sjukehus enn i kommunehelsetenesta.

Vegleinga var mest systematisk i psykiatri (60%) og kommunehelsetenesta (40%), minst i kirurgi (10%) og indremedisin (20%). Men dette kunne bare forklare ein liten del av variasjonane i praktisk læring blant turnuslegane.

Innhaldet i tenesta var på mange måtar i tråd med legeforeninga sine tilrådingar gjennom skriftlege vegleiarar for turnus i sjukehus og i kommunehelsetenesta. På ein del spesifikke område var tilrådingane i desse ikkje oppfylte:

- i kirurgi hadde 24% verken fått demonstrert eller gjort biopsi eller fjerning av overflatiske svulstar, men nesten alle hadde fått behandle enkle brot og luksasjonar,
- i indremedisin hadde 10% aldri fått injisere medikament og 29% hadde aldri lagt ned ventrikkelsonde,
- i psykiatri var direkte pasientarbeid godt dekt, men det var liten eller ingen gjennomgang av verknader og biverknader av psykofarmaka for nesten 30% av turnuslegane, likeins for samarbeid med primærhelsetenesta, og for 17% når det var bruk av psykisk helsevernlova.
- i kommunehelsetenesta hadde 50% ikkje fått demonstrert eller gjort tonometri, og likeins for ano-/rektoskopi, men 80% hadde fått fjerne føflekkar.

Ved totalt sjukehusteneste meinte 80% av turnuslegane at 6 månaders teneste i kvar av desse var høveleg lenge. Mindre sjukehus gav noko meir praktisk læring enn større, og totalt sjukehusturnus gav meir av dette.

Ved tredelt sjukehusteneste meinte over 40% av turnuslegane at tenesta ved kirurgisk avdeling var for kort, nesten 80% meinte det same om tenesta ved medisinsk avdeling, og 14 av 15 vegleiarar meinte at tenestetida både i kirurgi og

medisin blei for kort. Derimot meinte 34% av turnuslegane at tenesta ved psykiatrisk avdeling var for lang.

I kommunehelsetenesta ga det meir praktisk læring å ha legevakt oftare, men 20% av både turnuslegar og vegleiarar meinte at det var for mange Øyeblikkeleg hjelp-konsultasjonar, og 30% at det var for få konsultasjonar av typen oppfølging og kontroll. I kommunar med under 20.000 innbyggjarar hadde turnuslegane i Helseregionane Nord og Vest flest legevakter, og dei i Helseregion Sør færrest.

Legeforeninga har følgd opp denne store 2006-undersøkinga med spørjeskjema til alle dei turnuslegane som avslutta sjukehusturnus 15. februar og 15. august 2007 og 15. februar 2008. For sjukehusa ga dette 854 svar frå 79% av turnuslegane, som evaluerte desse områda:

- Breidde: at turnuslegen får oppleve eit breidt spekter av pasientsituasjonar,
- Heilskap: at turnuslegane følgjer pasientane gjennom heile sjukehusopphaldet
- Mengde: at turnuslegen får fleire erfaringar med tilsvarande pasientsituasjonar
- Vegleiing: systematisk oppfølging frå personleg vegleiar
- Supervisjon: tilbakemelding, oppmuntring og korrigerings i dagleg arbeid

Funna er slått saman til ein sumskåre eller samleindeks for kvar tenestestad, for å vise både korleis dei ligg i forhold til landsgjennomsnittet og utviklinga over tid. Talet på svar for kvart sjukehus varierer frå 3 til 29, slik at tilfeldige variasjonar kan bety noko for ein del av dei. Men det ser ut til at ein del sjukehus har satsa aktivt på å forbetre turnustenesta. Sjå også avsnitt 7.2.3.

#### Sentrale funn:

- Vegleiing er mest systematisk i psykiatri (60%) og kommunehelsetenesta (40%), minst i kirurgi (10%) og indremedisin (20%)
- Ved totelt sjukehusteneste meiner 80% av turnuslegane at 6 månaders teneste i medisinsk og kirurgisk avdeling er høveleg lenge
- Ved tredele sjukehusteneste meiner over 40% av turnuslegane at tenesta ved kirurgisk avdeling er for kort og nesten 80% det same for medisinsk teneste.
- 14 av 15 vegleiarar meiner at tenestetida både i kirurgi og medisin blir for kort
- 34% av turnuslegane meiner at tenesta ved psykiatrisk avdeling er for lang
- Stor variasjon i praktisk læring blant turnuslegane og mellom ulike sjukehus og avdelingar. Små og mellomstore sjukehus gir best læringsutbytte
- Motivasjon for framtidig fagfelt heng saman med kva fagfelt turnuslegen er i når han blir spurt og kor stor læringsverdi han tykkjer han får der. Men dette gir truleg ikkje langvarig effekt.

### 9.1.7 Meistringsendringar i kommuneturnus, 2003

Karin Straume si mastergradsoppgåve i folkehelsevitskap frå 2003 er *Øvelse gir mestring?* (7) Utgangspunktet i den er at turnustenenesta er ein overgang mellom eit teoretisk prega studium og eit yrke som krev ei rad praktiske ferdigheitar, og i den må dei unge legane også lære å meistre den usikkerheita som er ein del av all medisinsk praksis.

Dei 156 turnuslegane som var i kommuneturnus i Finnmark i fireårsperioden 1998-2002 fekk først og sist i 6-månadersperioden fylle ut eit skåringsskjema for reaksjon på usikkerheit i pasientbehandlinga. Skjema for første og andre skåring let seg kople for 95 (61%) av turnuslegane, som så blei analysert vidare. Av desse var 43% kvinner og 23% utdanna i utlandet.

Tidleg i kommuneturnus hadde kvinnene meir frykt for alvorleg utfall enn mennene, men elles var der ingen sikre skilnader etter kjønn, alder eller utdanningsstad.

I slutten av kommuneturnus kjende turnuslegane seg klart mindre usikre i pasientbehandlinga, uavhengig av kjønn, alder eller utdanningsstad, men der var store individuelle skilnader. Dei turnuslegane som tidleg i kommuneturnus kjende seg mest usikre hadde mest nytte av tenesta, og skilnadene mellom turnuslegane i reaksjon på usikkerhet blei noko utjamna i turnustida. 27% av turnuslegane var på dette halvåret blitt meir engstelege på grunn av usikkerheit, men dette var stort sett slike som hadde minst av dette tidleg i kommuneturnus og som kanskje hadde godt av å bli konfrontert med usikkerheit under såpass tøffe forhold som i Finnmark.

73% av turnuslegane var i kommunar med under 5.000 innbyggjarar med få legar å stø seg til og mange legevakter på kvar turnuslege, og nesten alle kommunane har lang og tung transportveg til spesialisthelsetenester. Derfor er det ikkje urimeleg å tru at Finnmark har den mest utfordrande turnustenenesta i landet. Når denne verkar så positivt på meistring av usikkerheit, så må den også gjere det i resten av landet.

Undersøkinga konkluderer med at turnustenenesta for legar er eit kraftig pedagogisk verkemiddel også for personleg utvikling i profesjonaliseringsprosessen.

#### Sentrale funn:

- Dei turnuslegane som tidleg i kommuneturnus kjende seg mest usikre, hadde mest nytte av den praktiske tenesta.
- Skilnadene mellom turnuslegane i reaksjon på usikkerhet blei noko utjamna i turnustida.
- Konklusjonen er at turnustenenesta for legar er eit kraftig pedagogisk verkemiddel også for personleg utvikling i profesjonaliseringsprosessen.

### 9.1.8 Praktisk erfaring og vegleiing i kommuneturnus, 2006

Svein Steinert si masteroppgåve frå 2006 er om *Legers turnustjeneste i kommunen* (72). Han stilte spørsmål om turnuslegane fekk den praktiske erfaringa og vegleiinga dei har bruk for.

Dette var ei spørjeskjemaundersøking til alle turnuslegar i kommunehelsetenesta i mai 2005. 246 (77%) av dei svarte, og 39% av desse hadde embetseksamen frå utlandet.

Det viste seg at dei aller fleste turnuslegane fekk den praktiske allmenntedisinske erfaringa dei trong. I snitt hadde dei 11,6 konsultasjonar pr kurativ arbeidsdag og 5,5 legevakter pr månad. 75% hadde arbeid på helsestasjon og 70% på sjukeheim, og bare 9% av dei hadde ingen av delane. Men 75% hadde arbeid på helsestasjon og 70% på sjukeheim. 18% av kommunane hadde ikkje etablert bakvaksordning når turnuslegen hadde legevakt.

Vegleiinga var mykje meir mangelfull. 44% av turnuslegane hadde aldri hatt vegleiingsmøte med sin faste vegleiar, 38% av legekontora hadde aldri internundervisningsmøte og 82% av turnuslegane var aldri blitt observert av vegleiaren sin i ein heil konsultasjon. Det var store skilnader på kvaliteten av vegleiinga, som var dårlegast i 1-2-legepraksisane og best i 5-10-praksisane.

84% av turnuslegane meinte likevel at dei var nøgde eller godt nøgde med vegleiinga i kommuneturnus, mot 67% i sjukehusturnus, og dette tyder på at turnusvegleiinga i kommunane fungerer betre enn på sjukehus.

Steinert meiner at mange utdanningspraksisar i kommunane har eit klårt forbettringspotensiale. Det bør bli utarbeidd normer for godkjenning av vegleiarar og eit system for å vurdere om desse normene blir oppfylte. Fagleg samarbeid og støtte vil truleg kunne vere kvalitetstiltak for sårbare kommunar og småpraksisar.

#### Sentrale funn:

- Dei fleste turnuslegane får den praktiske allmenntedisinske erfaringa dei treng
- 18% av kommunane har ikkje bakvaksordning for turnuslege på legevakt
- 84% av turnuslegane meiner at dei er nøgde eller godt nøgde med vegleiinga i kommuneturnus, mot 67% i sjukehusturnus
- 44% av turnuslegane har aldri hatt vegleiingsmøte med sin faste vegleiar
- 82% av turnuslegane er aldri blitt observert av vegleiaren sin i ein heil konsultasjon
- Kvaliteten på vegleiinga er dårlegast i 1-2-legepraksisar og best i 5-10-praksisar

### **9.1.9    *Forsøk med gruppebasert vegleiing i sjukehusturnus***

Etter oppdrag frå Helsedirektoratet har fylkesmennene i Vestfold og i Sogn og Fjordane sidan 2004 stått sentralt i utprøving av modellar for gruppebasert vegleiing for turnuslegar i sjukehus. Formålet med dette har vore å overføre positive erfaringar frå tilsvarende ordning i kommuneturnus.

I legeföreininga si løpande evaluering av sjukehusturnus (jf avsnitt 5.1.6?) kom Sykehuset i Vestfold ut som eit av dei dårlegaste (nummer 48 av 53), og litt lågare for kvar gong. Dette var før dei nye tiltaka blei sett i verk. Førde sentralsjukehus låg nær landsgjennomsnittet i februar 2008, med litt auke frå februar 2007 men noko nedgang frå august 2007.

#### **9.1.9.1    *I Vestfold, 2008***

Av rapport frå Fylkesmannen i Vestfold (104) går det fram at han hadde opplysningar om turnuslegar som fekk tilfeldig og mangelfull oppfølging på Sykehuset i Vestfold (SiV). Frå 2004 blei derfor turnusvegleiarane der inkludert i den lokale vegleiaropplæringa i lag med allmennlegane, men oppmøte og deltaking var mangelfull. I 2005 førte dette til ei avtale mellom SiV og Fylkesmannen om samarbeid for å styrke opplæringa av turnuslegane.

Fylkesmannen etablerte eit tilbod om regelmessige samlingar med turnuslegane ved SiV, og såg etter kvart at både individuell vegleiing/oppfølgjing og den generelle opplæringa i praktiske rutiner ved SiV var i strid med forskrift og vegleingar, men valde å reagere med stimulering heller enn tilsyn. SiV utarbeidde så ein prosjektplan Veiledning og oppfølging av turnusleger ved Sykehuset i Vestfold, og fekk statlege tilskot til det, men brukte lang tid på å kome i gang med prosjektet fordi det ikkje hadde folk som kunne ta ansvar for gjennomføringa.

Prosjektet kom først i gang i januar 2008 og innførte m.a. rutinar og sjekklister for å sikre innhaldet i turnustenensta. Etter det har Fylkesmannen avvikla dei regelmessige samlingane med turnuslegane, men SiV har framleis tilbod om vegleiaropplæring og deltaking på halvårlege vegleiarseminar.

Fylkesmannen meiner at ei systematisk oppfølging med vekt på kvalitet i læring har gitt gode resultat. SiV tar nå meir eige ansvar i opplæring av turnuslegar. Alle turnuslegar har fått eigne vegleiarar. SiV har forbetra både programmet sitt for mottak av turnuslegar og internundervisninga, medrekna avkryssingsskjema for å kontrollere at turnuslegane får nok opplæring i nødvendige prosedyrar. Sjukehusavdelingane melder tilbake at både Fylkesmannen si interesse og tilboda om vegleiarseminar har vore inspirasjon og pådrivar for forbetringane.

Fylkesmannen i Vestfold oppsummerer:

- Det er vanskeleg for sjukehuset å setje i gang dei tiltaka som det sjølv meiner er nødvendige for å betre innhald i opplæringa av turnuslegane. Dette kan ha samanheng med både stort produksjonspress i sjukehuset og låg prioritering av opplæring av turnuslegar som sjukehusoppgåve.
- Ein må ha vegleiarar som er interesserte og kvalifiserte, og det må vere tilbod om utdanning for vegleiarar.
- Framtidige ordningar må innehalde ei tydeleg plikt og rapporteringskrav på gjennomføring av vegleiing.
- Sjukehusa bør framleis ha ansvaret for opplæring av turnuslegane sine, men Fylkesmannen må kunne følgje opp korleis dei gjennomfører dette.
- Stimulering og vegleiing frå Fylkesmannen ser her ut til å ha vore meir rasjonelt og nyttig enn å gjennomføre tilsyn. Men ved store avvik i sjukehuset sitt opplæringsansvar, vil det kunne vere relevant med tilsynssak.

#### **9.1.9.2 I Sogn og Fjordane, 2005-08**

Av rapport frå Fylkesmannen i Sogn og Fjordane (105) går det fram at det i mange år har vore problem med å rekruttere legar til kommune- og spesialisthelsetenesta i dette fylket. Turnuslegane i fylket er den viktigaste rekrutteringsbasen, men mange av dei uttrykte misnøye med turnustenesta i fylket og mange drog frå fylket etter at tenesta var ferdig. Fylkesmannen ønskte å gjere noko med rekrutteringsvanskane gjennom å betre turnustenesta.

Over ein fireårsperiode blei turnuslegane inviterte til tre samlingar i løpet av sjukehusåret sitt. Målgruppa var såleis ca 160 turnuslegar, og 80-90% av dei deltok på samlingane. Meininga var at programmet skulle vere meir teoretisk. Det viste seg fort at turnuslegane opplevde så mange kritikkverdige forhold ved tenesta og tenestestadene at programmet blei omforma for å gi plass til å lufte erfaringar, frustrasjonar og kritikk saman med sine "eigne".

Utveksling av eigne erfaringar, tankar og følelsar var sentrale trekk i desse samlingane. Mottakinga ved nokre av sjukehusa var dårleg førebudd, og turnus-tenesta var prega av mangel på systematikk og organisering. Turnuslegane oppfatta seg som "prügelknaben" i eit system der dei måtte ta unna store mengder journal-arbeid, epikriser, rekvisisjonar og liknande arbeid som var lite klinisk retta. Der var mangel på strukturert vegleiing og personleg vegleiar, men psykiatrien såg ut til å handtere vegleiing meir profesjonelt enn somatiske avdelingar.

I prioritert rekkefølgje la turnuslegane vekt på følgjande faktorar når dei skulle velje arbeidsplass etter turnus: godt arbeidsmiljø, god kompetanse og opplæring i avdelinga, interessant og utfordrande arbeid, god lønn, bustad, arbeidstid. Dei fleste turnuslegane meinte at god ad hoc-vegleiing og gode kollegiale forhold var mykje viktigare enn den strukturerte vegleiinga etter Målbeskrivelsen. Betre seleksjon, opplæring og vegleiing av vegleiarar samt betre organisering av vegleiinga er ei

utfordrande oppgåve. Erfaringa med gruppevegleiing av turnuslegar, både i kommune- og sjukehuset, viser at dette var eit viktig supplement til individuell vegleiing og at den var så vellukka at den bør vidareførast.

Dei årlege rapportane frå prosjektet ga Fylkesmannen eit unikt kunnskapsgrunnlag for å kome i dialog med Helse Førde HF om nødvendige forbetringar av turnus-tenesta. På den måten var prosjektet også med på å initiere og vere pådrivar til dei kvalitetsforbetringsprogramma og reformane som helseføretaket gjennomførte i denne perioden og som har auka rekrutteringa for legar til stillingar der.

Det er framleis varierende kvalitet i opplæring av turnuslegar, og ansvaret for dei er ikkje godt nok innbakt i drifta, slik at nokon må passe på. Fylkesmannen meiner at her vil den organiserte gruppevegleiinga kunne ha ein vaktbikkjefunksjon. Mange helseføretak har ein vanskeleg økonomisk situasjon, og det er spørsmål om gruppevegleiing er noko som vil nå fram i dei økonomiske prioriteringane. Dersom ein vil vidareføre denne ordninga, bør det leggjast opp til finansieringsordningar som sikrar gjennomføring.

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane oppsummerer:

- Turnuslegane i fylket er den viktigaste rekrutteringsbasen for legar både til kommunar og sjukehus i fylket.
- Erfaringa med gruppevegleiing av turnuslegar i sjukehus viser at dette var eit viktig supplement til individuell vegleiing og bør vidareførast.
- Organisert gruppevegleiing i sjukehus kan ha ein "vaktbikkjefunksjon" for kvalitetsbetring.
- Dei årlege rapportane frå prosjektet ga Fylkesmannen eit unikt kunnskapsgrunnlag for å kome i dialog med Helse Førde om nødvendige forbetringar av turnustenesta.
- I ei permanent ordning bør det leggjast opp til finansieringsordningar som sikrar gjennomføring.

#### **9.1.10 Sikring av praktisk læring, 2008**

Skeie, Svori og Stensland (106) undersøkte sjølvrapportert ferdigheitslæring hos to kull turnuslegar i Sogn og Fjordane hausten 2007 og våren 2008, med svar frå 27 turnuslegar etter sjukehusturnus og 33 etter kommuneturnus. Legeforeininga si undersøking fann at sjukehusturnus i Sogn og Fjordane på den tida hadde gjennomsnittskvalitet (jf avsnitt 5.1.6).

**Sentrale funn:**

- I sjukehusturnus er trening i basale akuttmedisinske ferdigheitar det mest omfattande problemfeltet: nesten ingen kan nok til sjølvstendig å stanse store ytre blødningar eller gi fødselshjelp og færre enn halvparten kan sikre frie luftveggar.
- Etter kommuneturnus kan alle suturere sår og dei aller fleste har vore gjennom rutinar som undersøking av bevegelsesapparatet.
- Halvparten var framleis usikre på om dei kan ventilere med pocketmaske og bag eller gjere hjartekompresjonar.
- Fem meiner at dei ikkje kunne gjere svangerskapskontroll aleine.
- Dei fleste har dårleg kjennskap til tyngre arbeid med kronisk sjuke og trygdemedisin.
- Ein av fire turnuslegar har ikkje vore med på kurs i akuttmedisin.
- Rapporten meiner at kurset i akuttmedisin bør gjerast obligatorisk for turnuslegane.

### **9.1.11 Tidlegare undersøkingar**

Våren 1966 fann Vandvik og Jacobsen jr (107) at over ein tredel av turnuslegane meinte deler av studiet var svært mangelfulle i forhold til dei praktiske problema dei møtte i turnustenensta, særleg då praktiske ferdigheiter. 75% av dei meinte at dei trong systematisert vegleing i tillegg til det daglege arbeidet, men dette var overlegane var delte i synet på.

I 1990 undersøkte Vikanes, Akre og Hjortdahl (108;109) om læring i turnustenensta og korleis turnuslegane opplevde studiet som førebuing til praktisk klinisk kvardag. 34% av turnuslegane i sjukehus og 57% i kommunar hadde hatt fast vegleiar der, men mange sakna tilbakemeldingar på det legearbeidet dei gjorde, og mange tykte at dei ikkje fekk nok høve til å ta opp og få hjelp til å løyse faglege problem i det daglege arbeidet. Tredjedelen tykte at hard vaktbelastning og redsle for å gjere feil dempa gleda med å arbeide som sjølvstendig lege. Dei fleste turnuslegane møtte eit tilfeldig pedagogisk opplegg som ikkje gjorde dei tryggare i legerolla.

93% av turnuslegane meinte at studiet ga eit godt teoretisk grunnlag for turnustenensta, men bare få meinte at det hadde vore yrkesretta. Dei fleste hadde store forventningar til at tenesta ville gi gode røynsler og inspirasjon til vidareutvikling som lege, men som turnuslege hadde ein fjerdedel angra på at dei hadde valt legeyrket. Medisinstudiet og turnustenensta såg såleis ut til å vere i utakt med kvarandre og med målbeskrivinga for den medisinske grunnutdanninga, og det viktigaste tiltaket for å styrke kvaliteten av turnustenensta var at vegleiarane måtte få tid til å ta seg av turnuslegane.

Falck, Brattebø og Aarseth (110) undersøkte kor god opplæring eit kull på 133 turnuslegar hadde fått i dei praktiske prosedyrane som målbeskrivinga for turnustenensta i sjukehus sette opp. Dei fleste meinte at dei var blitt gode nok i det meste av dei 30 grunnleggande indremedisinske og kirurgiske prosedyrane. Men ferdigheitar i gynekologiske prosedyrar var svært dårlege, og meir enn 30% av

turnuslegane hadde ikkje fått opplæring i tiltak som fremre tamponade ved naseblødning, akuttbehandling av sjuke barn eller startbehandling ved større blødningar. Det var store skilnader i resultata mellom sjukehusa.

Lundeby, Trønnes og Falck (111) såg på sjølvrapportert ferdigheitsnivå i 88 praktiske prosedyrar, frå turnuslegane i toårsperioden 1996-98, med svar frå 519 (84%) av dei. Det var ganske stor variasjon i ferdigheitsnivået, og for nokre prosedyrar såg det ut til å vere lågare enn forsvarleg. Dei som hadde studert i Tromsø oppga betre ferdigheitar enn dei som hadde studert i Oslo eller Bergen, og menn oppga betre ferdigheitar enn kvinner. Funna tyda på at opplæring i praktiske prosedyrar ofte var tilfeldig og hadde for dårleg kvalitet, og forfattarane meinte derfor at det trongst systematisk undervisning og opplæring i praktiske prosedyrar samt nasjonal semje om kva prosedyrar som skal lærast og meistrast på kva nivå.

Gaarder, Eide og Falck (112) fann at skilnadene mellom turnuslegane blei utviska i løpet av sjukehusturnus. 430 turnuslegar ved 52 ulike sjukehus svarte på spørjeskjema etter studiet og etter sjukehusturnus (svarprosent 72). Menn rapporterte betre ferdigheitsnivå både før og etter sjukehustenesta enn det kvinner gjorde, og dei turnuslegane som rapporterte det lågaste nivået etter studiet auka meir gjennom sjukehusturnus enn dei som rapporterte det høgaste nivået etter studiet. Etter studiet var det ingen skilnader mellom turnuslegar frå dei ulike universiteta, og ingen skilnader i utvikling av ferdigheitsnivå med eller utan vegleiar.

Falck og andre (113) gjorde så ei liknande undersøkjing etter endt kommuneturnus. 439 turnuslegar svarte på undersøkjinga (svarprosent 76), og 342 av desse hadde også svart frå sjukehusturnus. Det sjølvrapporterte ferdigheitsnivået auka klart i alle dei ti prosedyregruppene, men mest i gynekologi og obstetikk, øyre-nase-hals, auge, offentleg helsearbeid og laboratoriearbeid. Etter avslutta teneste var det ingen skilnader mellom turnuslegar frå dei ulike universiteta eller mellom kvinner og menn, og utviklinga i ferdigheitsnivå hadde ikkje samanheng med kommunestorleik, arbeidsforhold eller om turnuslegen hadde vegleiar eller bakvakt. 88% av turnuslegane hadde vegleiar i kommuneturnus, mot bare 73% ved indremedisinsk og 65% ved kirurgisk avdeling. Både vegleing, tilbakemelding og arbeidsforhold blei vurderte som klart betre i kommuneturnus enn i sjukehus.

Grethe Kolloen skreiv i 2003 semesteroppgåve om *Turnustjenesten i et endret landskap* (114). Kolloen meinte at turnustenesta sto i fare for å bryte saman fordi ho var lite framsynt. Før eller seinare må det bli definert kor mange turnuslegar det er plass til i systemet. Oppgåva listar opp ei rekkje aktuelle problemstillingar og utfordringar:

- Kapasitetsproblem: behov for stadig fleire turnusplassar, og store årlege variasjonar i behova i februar og i august
- Stadig fleire turnuslegar får avbrot på grunn av svangerskap og fødsel, men har krav på å fullføre turnustenesta på same stad etter endt permisjon
- Auka vegleingsbehov både på sjukehus og i kommunane, der eitt alternativ kunne å etablere særleg kvalifiserte vegleiarar - så som eldre sjukehuslegar som då kunne sleppe å gå i vakt
- Prioritering av kandidatar ut frå finansieringsmåte for studiet kan kome i strid med EØS-reglane

- Småkommunar og utkantkommunar bør sikrast fleire turnusplassar, både for å gi folk betre tilgang på legetenester og turnuslegen tilgang på fleire pasientar

### **9.1.12 Den norske legeforening 2009**

Landsstyret i Den norske legeforening vedtok 5. juni 2009 elleve punkt om kva sentralstyret skal leggje vekt på i vidare dialog med helsestyresmaktene. Desse er mellom anna:

- Dagens turnusteneste bør bli endra til ei basisteneste som er grunnlaget for vidare spesialisering, organisert slik at det ikkje blir ventelister for nyutdanna legar og at kvalitet blir sikra og vidareutvikla
- Framtidig basisteneste bør som praktisk klinisk ferdigheitstrening vere harmonisert med tilsvarende teneste i andre land/internasjonale reglar for utdanning av legar i EU/EØS-området
- Basistenesta må sikre nødvendig ferdigheitstrening for å kunne fortsetje med spesialistutdanning, og innhaldet i tenesta må sikre legen grunnlag for å kunne arbeide så sjølvstendig som ein må kunne kreve av ein lege i spesialisering
- Læringsmål, ferdigheitskrav og sjekklister må sikre at basisteneste med påfølgjande spesialisering blir samanhangande
- Basisteneste med 6-12 månaders teneste i sjukehus, 6 månader i allmennmedisin og høve til å velje mellom definerte, kliniske fagområde med akutfunksjon og vaktarbeid må til for å fjerne køane til turnus.
- Landsstyret tilrår helst 12 månaders teneste i sjukehus, av dette 6 månader indremedisin, dersom ein kan sikre god kvalitet på den (halve landsstyret ville fastslå at sjukehusturnus skulle vere 12 månader)
- Spesialistreglane må bli endra og harmonisert ut frå basisteneste og spesialistutdanning som eit samanhangande utdanningsløp
- Kvalitet og innhald i basistenesta med definerte læringsmål og ferdigheitskrav må bli utforma etter dei same prinsippa som krava i spesialistutdanninga
- Det bør bli oppretta eit sentralt organ som kan kontrollere kvalitet og innhald i tenesta og gi råd og rettleiing om det faglege innhaldet i tenesta
- Det bør framleis bli gitt lisens (avgrensa autorisasjon) til etter at basistenesta er slutført, dvs. at ein vidarefører dagens to godkjenningsstadier. Denne ordninga er harmonisert internasjonalt der dei har same ordninga
- Trekning av plass til basistenesta bør vere slik det er i dag. Ordninga må ha eit forpliktande antal plassar, slik at ingen skal måtte vente på tilgang på basisteneste etter gjennomført studium, og at ingen turnusplassar blir ståande ubrukte.

Vedtaket byggjer på utkast frå Turnusrådet og tilråding frå sentralstyret til landstyremøtet. Turnusrådet meinte at dagens turnusteneste bør bli erstatta med ei ny ordning for praktisk teneste: basisteneste etter grunnutdanning som lege, med eitt år sjukehussteneste og eit halvt år i kommuneteneste. Føresetnaden er at ein får autorisasjon etter fullført grunnutdanning, og at alle legar skal gjennomgå ei bestemt standardisert spesialitetsførebuande teneste. Meninga med dette er både EØS-tilpassing og å unngå det tospora løpet fram til autorisasjon i Noreg som Turnusrådet meinte innføringa av vegleidd teneste har etablert.

Sentralstyret sende i februar 2009 ut høyringsbrev med forslag til framtidig modell for praktisk teneste. I dette var basistenesta i sjukehus foreslått redusert til eit halvt år, men forslaget bygde elles stort sett på tilrådinga frå turnusrådet.

I høyringsrunden gjekk både Allmennlegeforeningen (AF), Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og legeforeningane i dei tre nordlegaste fylke mot forslaget om å avkorte turnustenesta til eitt år. Dei viktigaste argumenta var at dette vil gi dårlegare breiddekompetanse, samhandlingskompetanse og systemkunnskap, og at det kan gi dårlegare rekruttering til distrikta. Dei meinte også at ein bør halde på dagens ordning med å velje plass etter loddtrekking.

## **9.2 Sosial- og helsedirektoratet sin rapport av 15. mars 2008**

### **9.2.1 Innhaldet i rapporten**

I tildelingsbrevet til Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) for 2007 (77) ga Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å gjere ei samla vurdering av turnustenesta for legar og kome med framlegg til organisering og innhald i tenesta. Denne rapporten blei lagt fram 15. mars 2008 (2).

SHdir såg mange grunnar til å endre organisering og innhald av turnustenesta:

- Turnustenesta si rolle i utdanningsløpet er endra.
- EØS-regelverket stiller no krav om tre års vegleidd teneste for å kunne praktisere for trygda si rekning.
- I rekrutteringssituasjonen for legar samla sett er det no mykje betre balanse mellom tilbod og etterspørsel enn tidlegare.
- Men rekrutteringssituasjonen i allmenn- og samfunnsmedisin er kritisk
- Helsereformer som sjukehusreforma og fastlegereforma har endra rammevilkåra for turnustenesta.
- Helsepolitiske satsingsområde innan psykiatri, rus og geriatri blir vanskeleg fanga opp av turnustenesta
- Undersøkjingar viser ganske store manglar i vegleiing av turnuslegar, særleg i sjukehusa.
- Administrering av turnustenesta sentralt krev svært mykje ressursar og er prega av kryssande omsyn.

SHdir meinte ein burde sjå kvalifiseringsløp for legar som ein heilskap, frå grunnstudiet via innføring til yrkeslivet og fram til fullført spesialistutdanning. SHdir rådde derfor til å erstatte turnustenesta med eit anna kvalifiseringsløp: ein tre år lang *grunnmodul* som skulle inngå i spesialistutdanninga og ha desse delane:

- Eitt år i sjukehus i klinisk avdeling med akuttfunksjon, i hovudsak knytta til indremedisin og kirurgi, men andre aktuelle kliniske avdelingar ville vere barneavdeling, anesthesiavdeling og avdeling for kvinnesjukdomar og fødselshjelp.

- Eit halvt år innan psykisk helsevern eller spesialistdelen av rusfeltet. Barne- og ungdomspsykiatriske avdelingar og distriktpsykiatriske sentra burde også bli vurdert som tenestestader.
- Eit halvt år innan den spesialisering legen ønskjer (medrekna forskning).
- Eitt år i kommunehelsetenesta, og SHdir tilrådde oppretting av eittårige utdanningsstillingar i kommunane for denne tenesta. Det burde bli vurdert om psykisk helsearbeid og/eller rusfeltet skulle inngå som ein obligatorisk del av kommunehelsetenesta.

Denne grunnmodulen skulle også ivareta legefordeling og distriktpolitiske omsyn, og ville oppfylle

- EØS-kravet om tre års vegleidd teneste for å få praktisere sjølvstendig for trygda si rekning (jf avsnitt 8.4.6),
- norske helsestyresmakter sitt krav om 18 månaders vegleidd teneste for kandidatar med utdanning frå EØS-land der det ikkje blir stilt krav om praktisk teneste/turnusteneste (jf avsnitt 8.4.4).

Denne modellen ville gi tre års meritterande teneste for alle spesialitetar, og føre til:

- at kvalifiseringsløpet fram til spesialistgodkjenning blei seks månader kortare
- at tenesta i allmennmedisin auka med seks månader for alle sjukehusspesialitetar
- at alle spesialistutdanningar fekk seks månader obligatorisk teneste innan psykisk helsevern/rusfeltet

Rapporten rådde til at administrativ fordeling av kandidatane til treårig grunnmodul burde bli gjort regionalt, slik at distrikta lettare fekk dekt behovet for legetenester. Tre alternativ for dette var:

Alternativ 1: Kandidatane får først velje helseregion etter eit tilfeldig trekningsnummer, og deretter grunnmodul etter eit nytt trekningsnummer innan helseregionen. Eit regionalt fordelingsutval set opp ei liste over grunnmodular som kandidatane kan velje mellom. Kandidatar som ønskjer å spesialisere seg i allmennmedisin, bør få tilbod i same kommunen om heile den tenesta som trengs både til grunnmodulen og til spesialiseringa.

Alternativ 2: Kandidatane melder til det regionale helseforetaket ei prioritert ønskeliste over grunnmodular med tre helseføretak/sjukehus med tilhøyrande kommunar, og får deretter tildelt grunnmodul av det regionale fordelingsutvalet.

Alternativ 3: Kandidatane får først velje helseregion etter trekningsnummer, og søker deretter direkte på godkjende utdanningsstillingar i sjukehus og kommune.

Felles for alle alternativa var:

- SAFH skulle kvalitetssikre kandidatane sine formelle kvalifikasjonar før dei byrja i grunnmodul.
- Når kandidatane var tildelt grunnmodul eller utdanningsstillingar, inngjekk dei arbeidsavtale med arbeidsgjevar
- Ordningane med særplass, bytte av turnusplass, parplass og barneplass fall bort, men særordninga i Sogn og Fjordane og Finnmark måtte vurderast nærare.

For alle alternativa la ein vekt på vanlege rettar og plikter for arbeidsgjevar og arbeidstakar. Dette ville medføre at ein del av dagens statlege administrasjon blei overført til arbeidsgjevar og ein del fall bort. For alternativa 1 og 2 blei ein del administrasjonsarbeid desentralisert til dei regionale (statlege) fordelingsutvala.

### **9.2.2 Den norske legeforening si vurdering av rapporten**

Den norske legeforening gjekk i ein resolusjon i sitt landsmøte i mai 2008 sterkt mot innføring av treårig plikttjeneste etter grunnutdanninga. Legeforeninga

- meinte det var uakseptabelt at det i Noreg skal vere 1-2 år lengre teneste for å få autorisasjon enn det er i andre EU/EØS-land.
- meinte at rapporten på mangelfullt grunnlag foreslo å leggje ned ei turnustjeneste som stiller krav til innhald og ferdigheitsmål. Turnustjenesta har vore og er ein sentral del av legeutdanninga, og då må innhald og kvalitet stå i sentrum når tenesta blir evaluert og vidareutvikla.
- meinte at rekrutteringsutfordringane ikkje må møtast med beordring, men med positive verkemiddel. Dei meinte at Helsedirektoratet sitt forslag bar preg av at plikttjeneste i allmennmedisin, psykiatri og rus ville løyse rekrutteringsproblema.
- kunne ikkje godta at bu- og tenestestad for ein treårsperiode skulle bli tildelt med loddtrekkjing.
- reagerte kraftig på at forslaget ville fjerne alle sosiale ordningar som er knytt til dagens ordning, fordi dette ville skape vanskelege sosiale situasjonar for nyutdanna legar med risiko for splitting av familiar i fleire år
- kunne ikkje sjå at gjeninnføring av obligatorisk sideutdanning i spesialiseringa var fagleg grunnleggjande, og meinte at forslaget krev ei forlenging av spesialistutdanninga for å halde dagens kvalitet på hovudutdanninga.

### **9.3 Helsedirektoratet si vurdering av tidlegare rapportar**

Mange av dei utfordringane som er omtala i tidlegare rapportar er framleis aktuelle, og høyrer derfor med i drøftinga av framtidens modell. Fleire av forslaga som har kome fram i tidlegare utgreiingar er gjennomførte i dagens turnustjeneste. Dette gjeld t.d. oppretting av venteordning som m.a. har ført til etablering av databasen "Restplassstorget" der alle ledige turnusplassar i distrikta fortløpande blir registrerte. Uprøving av tredelt turnustjeneste som omfattar teneste i psykisk helsevern i tillegg til kirurgisk og medisinsk avdeling er sett i gang ved Universitetssjukehuset i Nord-Norge HF. Legeforeninga har frå 2006 gjennomført fleire årlege evalueringar og såleis følgd opp eitt av framlegga i Sosial- og helsedirektoratet si utgreiing av 2003.

Fleire evalueringar og rapportar uttrykkjer uro over at det blir stadig fleire søkjarar til den praktiske tenesta, og at det snart ikkje vil vere mogeleg å tilby gode nok og mange nok turnusplassar. Andre rapportar opplyser at kvaliteten på den praktiske tenesta har auka, mellom anna som følgje av tilbod om vegleiing i grupper i kommunane og tilbod om akuttmedisinske kurs mv. Men kvalitetsutviklinga bør først vidare, ikkje minst for å styrke kvaliteten på vegleiing i sjukehus.

Det er grenser for kor mange turnuslegar helsetjenesta vil kunne tilby god vegleiing og tilrettelagt teneste for. Dette må ein sjå i samanheng med både kor mange legar

Noreg treng i framtida og behovet for utdanningsstillingar for legar generelt. Det gjeld ikkje minst behovet for fleire legar til kommunehelsetenesta, mellom anna til stillingar som kan auke tilgangen på spesialistar i allmennmedisin. Det kan reisast spørsmål om vegleiingsbehovet til turnuslegar kjem i konkurranse med vegleiingsbehovet for legar i spesialisering (LiS).

Fleire tidlegare evalueringar og rapportar er opptekne av turnustenesta som legefordelings- og rekrutteringstiltak. For å realisera dei helsepolitiske måla om lik tilgang av helsetenester til alle, treng Staten verkemiddel for å kunne fordele legeressursane på ein god måte, også til distrikta og til mindre sjukehus. Turnustenesta er eit høveleg verktøy for dette føremålet, men slett ikkje det einaste. Fleire rapportar vektlegg fordelingseffekten av turnusordninga på nyutdanna legar til distrikta.

Nokre av rapportane problematiserer dei administrative og juridiske utfordringane. Dette omfattar m.a. stadig fleire søknader om særplass, fråfallet like før turnusstart og mangel på planlegging for kommunar som står utan lege på kort varsel. Desse forholda vil også bli drøfta i forhold til framtidas modell.

Eit gjennomgåande trekk ved dei tidlegare rapportane er at dei arbeidsrettslege og andre juridiske sidene ved turnustenesta ikkje er omfattande skildra og vurderte. Tenesta er i liten grad sett i samanheng med det samla kvalifiseringsløpet frå medisinsk grunnutdanning til avslutta spesialisering. Det er heller ikkje vore greidd ut korleis ein kan hauste erfaring frå andre helseprofesjonar og fagområde der det også er bruk for tilrettelegging av vegleidd nybyrjarstillingar.

Ordninga med turnusteneste i Noreg har bare delvis teke innover seg at legesektoren har aukande internasjonalisering og at tilbod og etterspurnad i den ser ut til å kome i god balanse i dei neste 20 åra. Dessutan veks det fram ei anna kjønnsdeling i legesektoren med andre prioriteringar mellom jobb og familie. Krava om sjølv å velje karriereveg og kor ein ønskjer å etablere seg blir sterkare. Plikta til å bytte bustad for å arbeide som lege er under press. Alt dette viser seg mellom anna med at ein stadig større andel av turnuslegane søker om særplass eller andre særordningar ut frå individuelle behov.

Dei praktiske sidene og dei logistiske utfordringane ved ei sentral statleg fordeling av nyutdanna legar er blitt ei stor utfordring dei seinare åra, som følgje av ei mangedobling av turnuslegar. Dei siste rapportane omtalar ventelisteproblema som teikn på eit system i ubalanse. Likestillingsomsyn er omtala bare til ein viss grad, men får auka merksemd.

Sosial- og helsedirektoratet si utgreiing frå 2003 (18) vurderte også ein modell D med avvikling av offentlig tildeling av turnusplassar og sterk tilpassing til EU-direktivet om vegleidd teneste i tre år. Helsedirektoratet si utgreiing frå mars 2008 (2) føreslo ei tildeling av turnusplassar i to trinn, med noko større valfridom i turnustenesta, og at den skulle telje som del av spesialistutdanninga. I denne utgreiinga var tida fram til full autorisasjon her harmonisert med EU-krava om tre års vegleidd teneste. Med unntak av framlegga i desse to rapportane, har dei fleste endringsframlegga vore mindre justeringar.

Dagens turnusordning har ulike føremål som kan kome i motsetnad til kvarandre: kapasitet mot kvalitet, valfridom mot styrt legefordeling, legerolle mot ferdigheitstrening, utdanning mot arbeidsforhold, læringsverdi mot arbeidskraft, framsynt planlegging mot fleksibilitet, sjølvstende mot vegleiing, opplæring gjennom turnusteneste mot andre kvalifiserings- og kompetanseløp, individuelle interesser og særordningar mot samfunnsinteresser og fellesløysingar, og plikter mot rettar.

I dette motsetnadfylte feltet må ein velje kva for mål som er dei viktigaste og vurdere alternative løysingar og statlege tiltak. Dokumentasjon i tidlegare rapportar og evalueringar kan klargjere handlingsalternativa. Slik kan ein finne løysingar som tener dei viktigaste føremåla på ein framtidsretta måte.

## 10 Organisering og modellar i andre land

### 10.1 Innleiing

Grunn- og spesialistutdanningar, godkjenningsordningar og praktisk teneste i eller utanfor grunnutdanninga i medisin kan variere frå land til land. Helsedirektoratet tar atterhald om at oversikten under kan vere mangelfull sidan endringar i dette feltet skjer fort.

### 10.2 Sverige

Sverige har 5 ½ års medisinsk grunnutdanning og deretter følgjer 18 månaders praktisk teneste, såkalla Allmänntjänstgöring (AT). Dette fører fram til *Legitimation*, som tilsvarar norsk autorisasjon. Det finst ikkje noko som tilsvarar norsk turnuslisens.

AT blei innført i 1969 og var vesentleg helsepolitisk motivert, fordi det var bruk for legar, særleg i fagfeltet psykiatri og i primærlegetenesta. Tenesta utgjorde på den tida i alt 21 månader, men blei i 1998 nedkorta til minimum 18 månader. 12 månader er i sjukehus, med ni månader fordelt på indremedisin og kirurgi og tre månader i psykiatrisk avdeling i institusjon med akuttfunksjon. Dei siste seks månadene er i allmennmedisin (primærvård). Denne nedkortinga blei gjort for å skaffe fleire AT-plassar, men dei fleste landstinga utlyser 21 månaders AT-stillingar.

I 2007 blei 992 AT-legar tilsette og i 2008 1.021, så til kvar tid har bortimot 2.000 AT-legar arbeid og vegleiing. For utdanningsåret 2007/08 blei det uteksaminert 953 leger ved universiteta i Sverige, 60 % av desse var kvinner. Dei komande åra vil det bli stadig fleire AT-stillingar, fordi det sidan 2001 er blitt utdanna stadig fleire legar.

Det er landstinga som opprettar, finansierer og utlyser AT-plassane, og landstinget er også arbeidsgjevar. Plassane blir utlyste i veke 9 og veke 38 kvart år, som samansette "blokkar" som er samla pakker med både sjukehussteneste og allmennmedisinsk teneste. Talet på plassar blir tilpassa til kor mange som tek legeeksamen i Sverige det året, med tillegg av drygt 50 fleire AT-stillingar pr år, for å gjere det mogeleg for legar utdanna i land utanom EU/EØS høve til å søkje AT. Sosialstyrelsen har årleg gitt ca 40 slike legar høve til dette, men i 2009 auka dette kraftig: ved utgangen av september hadde 100 fått tilsegn om å få gjere AT.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) opplyser at nokre få nyutdanna heller vil avvente betre tilbod om AT-stilling og arbeide som underordna lege på sjukehus i sentrale storkommuner enn å arbeide i t.d. Nord-Sverige. I 2008 var det 17 AT-plassar som ikkje blei nytta i landet, desse fordelte seg på fem ulike landsting og dei fleste var knytte til små sjukehus og mindre stader.

Fordeling av AT-plassane blei fram til 1992 gjort sentralt. Frå 1992 har den nyutdanna legen sjølv søkt AT-stilling på dei sjukehus og stader som personen er

interessert i blant alle utlyste AT-stillingar. Utveljing og tilsetjing blir gjort av arbeidsgjeveren etter intervju og vurdering av søknad. Stundom blir den nyutdanna legen sine planar for framtidig spesialisering avgjerande for tilbod om tilsetjing.

Socialstyrelsens *föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare* gir ei målutdjuping med delmål for dei ulike fagområda, og fastset at arbeidsgjevar skal utarbeide ein generell handlingsplan for AT som garanterer at måla blir oppfylte. Sjukehusa utlyser og kvalitetssikrar stillingane slik at dei er i samsvar med målutdjupinga.

AT-legen skal ha to *vegleiarar*; ein hovudvegleiar og ein personleg vegleiar. Det er opp til arbeidsgjevar å utforme omfang og innhald av vegleiinga. AT-legen skal ha ein individuell, skriftleg vegleiings- og tenestegjeringsplan. Etter gjennomført teneste ved kvar tenestestad må sjefen signere i ei tenestegjeringsbok om at tenesta er tilfredsstillande utført.

*Psykiatri* har heile tida vore ein del av AT. Dette er grunngeve med at denne tenesta både er verdfull og nødvendig for å kunne få godt utbytte av AT-tenesta i allmennmedisin og seinare arbeid i primærhelsetenesta og for rekruttering til spesialisering innan psykiatri. Frå 2008 har regjeringa satsa pengar på å innrette "psykiatri-AT" i sju landsting. Der blir AT-perioden forlenga med 2-3 månader til maksimalt 24 månader for at legen skal vere i vaksen- eller barne- og ungdomspsykiatriske avdelingar. Dette er først og fremst meint som rekrutteringstiltak, og høgare løn i desse månadene gjer at AT-legen ikkje taper pengar på å arbeide med psykiatri i litt lengre tid. Ein har ikkje sett resultatet av denne ordninga enno.

Sverige har hatt *primärvårds-AT* dei seinare åra. Der startar AT-legen med ein månad i primærhelsetenesta, og har deretter hovudvegleiaren sin der i heile AT-perioden. Meininga er at AT-legen skal få djupare innsikt i arbeidet på vårdsentralar og bli stimulert til å søkje spesialiseringsstilling i allmennmedisin. Forsøket har slått godt ut.

I 1992 blei det innført ei kunnskapsprøve, *AT-provet*, etter endt AT-teneste. Dette var som direkte følgje av at EUs dåverande legedirektiv (89) fastsette at det medisinske studiet skal vere minst seks år. I Sverige er medisinstudiet 5 ½ år. Ved å leggje ein kunnskapstest etter AT blir AT formelt rekna som ein del av studiet slik at utdanninga blir i samsvar med direktivet.

AT-provet skal prøve den kliniske kompetansen i sentrale situasjonar og om kunnskapsmåla for AT er nådd, og den skal også syte for nasjonal standardisering, garantere visse standardar over tid og tilby undervisning. AT-provet inneheld ei skriftleg og ei munnleg prøve, og den praktiske gjennomføringa blir gjort av universiteta på omgang.

Socialstyrelsen gir *legitimationsbevis* når det er dokumentert at AT er gjennomført i samsvar med målutdjupinga og AT-provet er godkjent. I perioden 2006 til 2008 er det årleg gitt legitimasjon til 800 svenske legar og om lag 260 legar utdanna i andre land og med annan statsborgarskap, 100 av desse har gjennomført AT.

### 10.3 Danmark

I Danmark er den medisinske grunnutdanninga under omlegging frå 13- til 12-semestermodell, slik at utdanningstida vil bli 6 år for alle.

Turnusutdanning (turnusteneste) blei innført i 1976. Som medisinsk kandidat får ein *Autorisation* (offentleg godkjenning) og etter gjennomført og godkjent turnusteneste får ein i tillegg *Tilladelse til selvstendigt virke*.

Fram til 2008 var turnustenesta 18 månader. 12 månader i sjukehus blei fordelt på to-tre avdelingar, med minst tre månaders teneste ved kvar avdeling, som *Reservelæge*. Dei siste seks månadene var i allmennmedisin som *Praksisreserve-læge*. Reservelegen/praksisreservelegen kunne arbeide som underordna lege på sjukehus eller i allmennpraksis og kunne skrive reseptar og attestar, kunne ikkje sjølvstendig ta pasientar i kur, men arbeidde på delegasjon frå overordna lege.

Frå 01.08.2008 er 18 månaders turnusteneste avkorta til 12 månaders *klinisk basisuddannelse* for *basislæger*, for å få fleire spesialistar. I alle forløp er innlagt 2x6 månader i to ulike kliniske spesialitetar. Fleire emne er blitt lagt inn i tenesta, og allmennmedisin inngår no bare i 80% av desse utdanningsforløpa (115).

Fordelinga av turnusplassane var inntil 1984 etter marknadsprinsippet, der kandidatane søkte direkte på øymerka stillingar i sjukehus. Denne ordninga førte til lange ventelister nær universitetsbyane og til ledige stillingar i utkant-Danmark. Frå 1984 er derfor plassane blitt tildelt sentralt. Sundhedsstyrelsen (SST) har ansvaret for basisutdanninga og fastset kor mange plassar som skal fordelast på dei tre vidareutdanningsregionane (Nord, Syd og Øst) etter ein fordelingsnøkkel som er basert på folketallet og gir Nord 33%, Syd 22% og Øst 45%. Det er regionane som opprettar dei plassane som trengst.

Kandidaten melder seg på basisutdanninga til Sundhedsstyrelsen. Her blir det tildelt trekkingsnummer til kvar kandidat, som så kan velje mellom 22 sjukehusområde og Færøyane. Når dette er gjort, er det opp til den enkelte vidareutdanningsregion å fordele konkrete basisutdanningsforløp.

Tabell 10.1 viser kor mange som har meldt seg på basisutdanning med start i kvart av dei seinare åra. Nokre av dei som har meldt seg på, går ut fordi dei ikkje greier eksamen tidsnok, går i svangerskapspermisjon eller tek turnus i eit anna land. Derfor kan ein ikkje utan vidare samanlikne talet på tilmelde med kor mange som fullfører.

**Tabell 10.1: Tilmelde til basisutdanning og tildelte "Tilladelser til selvstendigt virke"**  
(opplysningar frå Sundhedsstyrelsen 2009)

|                                                       | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Tilmelde til basisutdanning                           | 553  | 645  | 684  | 794  | 799  | 865  | 780  | 704  | 742  |
| Tilladelser til selvstendigt virke etter dansk turnus |      |      |      |      | 692  | 726  | 806  |      |      |

SST kan gi dispensasjon frå det ordinære tildelinga. Studentane kan tildelast amt etter ei konkret vurdering. Ektefeller og sambuarar kan få basisutdanningsplass i

same amt men ikkje nødvendigvis ved same sjukehus. Det er meininga at alle kandidatar skal få opplyst basisutdanningsplass seinast tre månader før start.

Det var avtalt at ingen kandidat må vente meir enn seks månader på basisutdanning. Nokre stader har det ikkje vore mogeleg å halde denne fristen, primært fordi fleire enn venta kjem tilbake frå svangerskapspermisjonar. Fristen er no nedkorta til tre månader.

SST meiner at det største problemet no er at kandidatar ikkje møter opp til tildelt basisutdanningsplass. Nordjylland har hatt store problem med fråfall. Derfor er reglane for bytte av utdanningsplass stramma inn, slik at bytte bare kan gjerast når det er sikkert at kandidatane skal byrje i basisutdanningsteneste.

Meininga med klinisk basisutdanning er at den skal vere ei læringsramme for overgangen frå universitetsutdanning til klinisk arbeid og gi ein brei kjennskap til korleis helsetenesta er oppbygd. Det er utarbeidd læringsmål som viser til dei sju rollane i spesialistutdanninga: medisinsk ekspert, kommunikatør, helsefremjar, samarbeidar, leiar/administrator, akademikar og profesjonell. Den kliniske basisutdanninga skal også vere ei førebuing til spesialisering.

Etter gjennomgått og godkjend basisutdanning kan legen arbeide som underordna lege i sjukehus og kan byrje på spesialistutdanning. Legen har kan byrje som allmennpraktiserande lege, men kan ikkje få avtale med offentleg sjukeforsikring.

Uavhengig av statsborgarskap har bare legar som er utdanna ved eit dansk universitet rett til basisutdanning i Danmark. Kandidatar utdanna i utlandet kan ikkje melde seg på den.<sup>28</sup> Statsborgarar frå nordiske og EU-land kan som hovudregel søkje om varig autorisasjon som lege, *tilladelse til selvstændigt virke* og spesialistgodkjenning på grunnlag av utdanning frå Norden eller EU.

For legar som ikkje er statsborgarar av nordiske eller EU-land – såkalla *Tredjelandslæger* - er det eit særleg opplegg (115):

- Sundhedsstyrelsen (SST) kan gi mellombels autorisasjon på 24 månader når legen har fått tilsetjing som underordna lege. SST vurderer om den utanlandske utdanninga i alt vesentleg tilsvarar ei dansk utdanning og stiller krav om prøvetilsetjingar og prøver som skal gjennomførast.
- Legen må ha prøvetilsetjing minst 2x3 månader ved to ulike kliniske avdelingar. Det blir ikkje stilt språkkrav, men avdelinga skal vurdere om legen fungerer "*med omhu og samvittighedsfuldt*". Dette omfattar m.a. forsvarleg kommunikasjon med pasientar og personale.
- Deretter skal legen som hovudregel ta medisinsk fagprøve og prøve i sosialmedisin, medisinsk lovgjeving og reseptskriving.
- Dersom legen har positive evalueringar frå prøvetilsetjingane og har bestått prøvene, kan SST gi varig autorisasjon som lege.

---

<sup>28</sup> Etter opplysningar frå Sundhedsstyrelsen i Danmark.

- Deretter må legen ha ei klinisk stilling som i tid tilsvarar dansk klinisk basisutdanning, prøvetilsetjinga kan bli medrekna i det. Først etter dette kan legen få *tilladelse til selvstændigt virke*.

Ein "Europa-lege" er ein lege som har gjennomført tre års vegleidd praksis. Danmark godkjenner ikkje utan vidare Europalegebeviset, men arbeid i stillingar utanlands kan bli vurdert med tanke på å inngå i spesialistutdanninga i allmennmedisin.

## 10.4 Andre land i Europa

### Finland

Finland har ikkje turnusteneste, men grunnutdanninga er styrka med praksisundervisning. Etter fullført grunnutdanning får legen godkjenning som "*legitimerad läkare under någon annans ledning och tillsyn*", og kan då arbeide under vegleiing i alle stillingar, men ikkje som sjølvstendig yrkesutøvar. Ein "*Europa-lege*" som har gjennomført tre års vegleidd teneste kan også arbeide som sjølvstendig yrkesutøvar, og får godskrive praksis frå grunnstudiet som eitt av dei tre praksisåra.

Ein lege kan byrje spesialisering straks etter grunnutdanninga. Spesialiseringa inneheld delvis dei same komponentane som "*Europa-legeutdanninga*", m.a. ni månader i primærhelsetenesta.

### Polen

Polen har seks års medisinsk grunnutdanning, etterfølgd av 13 månaders turnusteneste, og med statseksamen etter fullført turnus.

### Ungarn, Tsjekkia, Slovakia og Sveits

Desse landa har seks års grunnutdanning utan etterfølgjande pliktig praktisk teneste/turnusteneste. Etter fullført grunnutdanning går ein inn i stilling som underordna lege og byrjar på spesialiseringa.

### Tyskland

Tyskland har seks års medisinsk grunnutdanning. Fram til 2004 var denne etterfølgd av 18 månaders obligatorisk praktisk teneste, såkalla *Arzt in praktikum* eller "AiP". Etter fullført AiP fekk ein *Approbat*ion, som omtrent tilsvarte vår autorisasjon. Nyutdanna legar kan no byrje spesialistutdanninga så snart grunnutdanninga er fullført.

### Nederland og Belgia

Nederland har seks års grunnutdanning, men dei to siste åra er utplassering i praksis. Belgia har sju år grunnutdanning, men dei to siste åra er først og fremst utplassering i praksis.

### Storbritannia

Britisk grunnutdanning varer normalt 5 år. Nokre universitet tilbyr ei medisinsk grunnutdanning med langt klårare kommunehelsetenesteprofil enn andre. Utdanninga har vore etterfølgd av eittårig turnusteneste. Frå 2005 blei det lagt om til eit toårig introduksjonsprogram, *Foundation Program*, der det første året på mange måtar tilsvarar det gamle turnusåret. Den nyutdanna legen søker plass gjennom eit sentralt opptakssystem. Plassane blir fordelte etter kandidatane sine ønskje og

samanhaldne med rangering etter visse kriterie. I praksis har datasystemet vist seg å ha problem med å handtere søknadsmassen.

Kandidaten får *Provisional registration* etter fullført grunnutdanning. Dette tilsvarar omtrent vår turnuslisens. *Full registration* får ein etter godkjend turnusteneste/*Foundation year 1*. Dette tilsvarar omtrent vår autorisasjon.

## **Irland**

Irsk grunnutdanning varer normalt 5 år, etterfølgd av 12 månaders turnusteneste/*Internship*. Tenesta inneheld minst 3 månader generell kirurgi og 3 månader i generell indremedisin. Den nyutdanna legen må sjølv skaffe seg tenesteplass.

## **10.5 Andre land**

### **Australia**

Tittel etter endt grunnutdanning er *Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery*. Den medisinske grunnutdanninga varer fire til seks år. Den fireårige grunnutdanninga byggjer på ein fullført bachelorgrad. Det er krav om 12 månader turnus (*Internship*) før ein kan bli registrert som lege. For å kunne praktisere som lege i Australia må ein vere registrert hos eit av dei åtte *State and Territory Medical Boards*.

### **New Zealand**

Tittel etter endt grunnutdanning er *Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery*. Den medisinske grunnutdanninga varer i seks år. For å kunne praktisere som lege i New Zealand må ein vere registrert hos *Medical Council of New Zealand*. Etter registrering er det krav om arbeidserfaring i minst 12 månader under vegleiing.

### **Canada**

Tittel etter endt grunnutdanning er *Doctor of Medicine*. Grunnutdanninga varer normalt fire år etter fullført bachelorgrad (tilsvande fire år) innan relevante basalfag. Det er ikkje turnusteneste i Canada. I det siste studieåret må studentane velje spesialitet og dei får spesialistlisens etter avslutta grunnutdanning. Legar må ha spesialistkompetanse for å få fast stilling i Canada.

Northern Ontario School of Medicine (NOSM) er den nyaste etablerte grunnutdanninga og har den mest radikale distriktsmedisinske utdanningsprofilen. Ein stor del av undervisninga er på allmennlegekontor og i lokalsjukehus. I heile tredje studieår er studentane i ein distriktskommune, og den teoretiske delen av utdanninga er internettbasert.

### **USA**

Tittel etter endt grunnutdanning er *Doctor of Medicine*. Grunnutdanninga varer fire år, og byggjer normalt på ein annan fullført bachelorgrad. For å kunne praktisere som lege i USA må ein vere registrert hos *Medical Board* i ein av statane. Krava for å bli registrert varierer frå stat til stat.

## 10.6 Oppsummering av ulike modellar

Tabell 10.2 gir ei samanstilling av grunnutdanning og obligatorisk teneste for å få autorisasjon som lege, når ein ser bort frå krava til vegleidd teneste for å oppnå trygderefusjonsrett.

**Tabell 10.2 Grunnutdanning og turnusteneste/praktisk teneste i ein del land**  
(data frå SAFH 2009)

| Land                  | Grunnutdanning  | Turnusteneste/praktisk teneste                            | Sum    |
|-----------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------|--------|
| Noreg                 | 6 år            | 18 månader                                                | 7,5 år |
| Sverige               | 5,5 år          | 18 månader + AT-prov                                      | 7 år   |
| Danmark               | 6 år            | 12 månader                                                | 7 år   |
| Finland               | 6 år            | 0                                                         | 6 år   |
| Polen                 | 6 år            | 13 månader + statseksamen                                 | 7,1 år |
| Ungarn                | 6 år            | 0                                                         | 6 år   |
| Tsjekkia,<br>Slovakia | 6 år            | 0                                                         | 6 år   |
| Tyskland              | 6 år            | 0                                                         | 6 år   |
| Nederland             | 6 år            | Dei to siste åra av grunnutdanninga er i praksis          | 6 år   |
| Belgia                | 7 år            | Dei to siste åra av grunnutdanninga er i hovudsak praksis | 7 år   |
| Storbritannia         | 5 år            | To år, men Full registration etter eitt år                | 6 år   |
| Irland                | 5 år            | 12 månader                                                | 6 år   |
| Australia             | 6 år (evt. 2+4) | 12 månader                                                | 7 år   |
| New Zealand           | 6 år            | 12 månader vegleidd teneste etter registrering            | 6 år   |
| Canada                | 4+4 år          | 0                                                         | 8 år   |

Tabellen under presenterer lengd og innhald i turnusteneste eller tilsvarende ordningar for nokre land.

**Tabell 10.3: Noreg og nokre EU-land: lengde, oppbygging og innhald av turnusteneste**  
(data frå SAFH 2009)

|                           | Noreg      | Sverige                                                                                                      | Danmark                                                                                                                                           | UK                                                                                   | Irland                                                                                                   | Polen      |
|---------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Samla lengd               | 18 månader | 18-24 månader (minst 18)                                                                                     | Tidlegare 18 månader. 12 mndr. frå 2008/2009 *                                                                                                    | 12 månader ** (24 månader FP)                                                        | 12 månader                                                                                               | 13 månader |
| Av dette i sjukehus       | 12 månader | Minst 12 mndr. (minst 9 mndr. indremedisin og kirurgi, med minst 3 mndr. av kvar; og minst 3 mndr psykiatri) | Gammalt: 12 (minst 2 og maks. 3 avdelingar, minst 3 mndr. på kvar avd.)<br>Nytt: 12 månader fordelt på to avdelingar (minst 6 må vere i sjukehus) | Gamle turnus: Minst 6 mndr. (av dette minst 3 mndr. indremedisin og 3 mndr. kirurgi) | Obligatorisk med minst 3 mndr. indremedisin og minst 3 mndr. kirurgi. Elles valfridom innan visse rammer |            |
| Av dette i allmennpraksis | 6 månader  | Minst 6 mndr.                                                                                                | Gammalt: 6 månader<br>Nytt: Mulig med 6 månader, men ikkje obligatorisk                                                                           | Mulig, men ikkje obligatorisk i gamle turnus                                         | Mulig med inntil 3 mndr, men ikkje obligatorisk                                                          |            |
| Må finne plass sjølv      | Nei        | Ja                                                                                                           | Nei <sup>1</sup>                                                                                                                                  | Ja/Nei ***                                                                           | Ja                                                                                                       |            |

\* Kandidatane sender påmelding med ønske i prioritert rekkefølge til Sundhetsstyrelsen. Kandidatane blir deretter fordelt regionvis.

\*\* UK har eigentleg lagt om frå 1 års "internship" til 2 års "foundation programme", men "foundation year 1" tilsvarar i realiteten den "gamle" turnustenesta og "full registration" blir framleis gitt etter 1 år.

\*\*\* Kandidatane søker plassar i "foundation programme" gjennom eit sentralt opptakssystem. Plassane blir fordelte etter ønske sammenhalde med eit system som rangerer søkerarar etter visse kriterier.

Denne gjennomgangen viser eit stort mangfald av ulike krav om arbeidserfaring under vegleiing som blir sett i nokre land, medan andre legg utvida praksisperiodar inn i grunnutdanninga eller set krav om spesialistutdanning for å få fast stilling som lege.

Mange nyutdanna legar som startar i praktisk teneste i Noreg er utdanna i utlandet. Våren 2009 fordelte turnuslegane seg slik på utdanningsland (jf tabell 6.2):

- 57% av dei var utdanna i Noreg
- 20% var utdanna i andre land med turnusteneste, særleg Polen, Danmark, Sverige og Irland
- 17% % av dei var utdanna i land som ikkje har turnusteneste: Ungarn, Tyskland, Tsjekkia og Slovakia
- 6% hadde grunnutdanning frå andre land i og utanom Europa.

## Del 3: Bakgrunnsopplysningar

### 11 Tabellar

#### 11.1 Helsetenestene

**Tabell v1.1: Drifts- og personelldata for spesialisthelsetenesta 1972-2007**

(data frå SSB, St.meld. nr 9 (1974-75) (116), Samdata sykehus og Samdata psykisk helsevern)

|                                       | 1972 *  | 1994   | 2000   | 2005   | 2007   |
|---------------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|
| Døgnplassar                           | 31.100  | 20.823 | 20.035 | 19.369 | 18.649 |
| - i somatiske sjukehus                | 21.400  | 14.002 | 13.944 | 13.999 | 13.546 |
| - i psykisk helsevern ****            | 9.575*  | 6.821  | 6.091  | 5.370  | 5.103  |
| Gjennomsnittleg liggjetid (i døgn)    |         |        |        |        |        |
| - i somatiske sjukehus                | 12-13   | 6,8    | 6,0    | 5,1    | 5,0    |
| - i psykisk helsevern****             | 200*    | 57     | 56     | 36     | 32     |
| Polikliniske konsultasjonar i 1.000   |         | 3.425  | 4.287  | 4.778  | 5.302  |
| - i somatiske sjukehus                | Ukjent  | 2.915  | 3.591  | 3.451  | 3.730  |
| - i psykisk helsevern****             | Ukjent  | 510    | 696    | 1.327  | 1.572  |
| Alle årsverk                          |         | 62.280 | 75.076 | 83.318 | 85.769 |
| - i somatiske sjukehus                | 27.800  | 47.680 | 58.522 | 64.186 | 65.382 |
| - i psykisk helsevern ****            |         | 14.600 | 16.554 | 19.132 | 20.387 |
| Legeårsverk i spesialisthelsetenesta  |         |        |        | 10.515 | 11.144 |
| - i somatiske sjukehus                | 2.400   | 5.054  | 7.073  | 8.283  | 8.729  |
| - i psykisk helsevern****             | ?       | 860    | 1.141  | 1.411  | 1.532  |
| - i privat spesialistpraksis ***      | (535)** | ?      | ?      | 1.143  | 1.144  |
| Legeårsverk i prosent av alle årsverk |         |        |        |        |        |
| - i somatiske sjukehus                | 8,6     | 10,6   | 12,1   | 12,5   | 12,9   |
| - i psykisk helsevern****             | ?       | 5,9    | 6,9    | 7,4    | 7,5    |

\*) 1972-tala omfattar sjukehus og klinikkavdelingar,men ikkje sjukeheimar eller barne- og ungdomspsykiatri.

\*\*) 1974-tal for legar, dvs. ikkje legeårsverk.

\*\*\*) Avtalte spesialistårsverk med driftstilskot frå fylkeskommunen/RHF.

\*\*\*\*) Psykiatriske sjukeheimar er ikkje medrekna.

**Tabell v1.2: Fastlegeordninga: vekst og aldersfordeling 2003-2008** (etter data frå NAV 2009)\*

|                            | 30-39 år  | 40-54 år    | 55-66 år    | 67 år+  | Sum   |
|----------------------------|-----------|-------------|-------------|---------|-------|
| 30.06.2003                 | 817 (22%) | 2.102 (57%) | 747 (20%)   | 35 (1%) | 3.701 |
| 30.09.2008                 | 961 (24%) | 1.748 (44%) | 1.177 (30%) | 60 (2%) | 3.946 |
| Endringar i femårsperioden | + 144     | - 354       | + 430       | + 25    | + 245 |

\*Merknad: tal for 2009 ikkje tilgjengelege pr. 11.02.2010.

**Tabell v1.3: Fastlegepraksisar: geografisk fordeling 2007, prosentdel i kommunar med mindre enn 5.000 innbyggjarar, og og praksisar avslutta 2006-08** (etter data frå NAV 2009)

|                  | Fastlegepraksisar pr 30.06.2007: |                                               | Praksisar avslutta i 2006-2008: |                                      |
|------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
|                  | Antal                            | %-del i kommunar med under 5.000 innbyggjarar | Antal *                         | %-del av alle praksisar 30.06.2007** |
| Østfold          | 210                              | 9                                             | 22                              | 10                                   |
| Akershus         | 385                              | 1                                             | 42                              | 11                                   |
| Oslo             | 441                              | 0                                             | 38                              | 9                                    |
| Hedmark          | 157                              | 10                                            | 40                              | 25                                   |
| Oppland          | 168                              | 23                                            | 28                              | 17                                   |
| Buskerud         | 203                              | 20                                            | 28                              | 14                                   |
| Vestfold         | 167                              | 5                                             | 28                              | 17                                   |
| Telemark         | 141                              | 21                                            | 29                              | 21                                   |
| Aust-Agder       | 94                               | 27                                            | 18                              | 19                                   |
| Vest-Agder       | 152                              | 12                                            | 15                              | 10                                   |
| Rogaland         | 296                              | 10                                            | 42                              | 14                                   |
| Hordaland        | 377                              | 14                                            | 53                              | 14                                   |
| Sogn og Fjordane | 104                              | 46                                            | 24                              | 23                                   |
| Møre og Romsdal  | 215                              | 23                                            | 40                              | 19                                   |
| Sør-Trøndelag    | 228                              | 15                                            | 54                              | 24                                   |
| Nord-Trøndelag   | 103                              | 25                                            | 22                              | 21                                   |
| Nordland         | 213                              | 32                                            | 67                              | 31                                   |
| Troms            | 147                              | 33                                            | 33                              | 22                                   |
| Finnmark         | 79                               | 44                                            | 19                              | 24                                   |
| Sum/%-del        | 3.880                            | 15                                            | 642                             | 17                                   |

\* Bare tre av dei 642 fastlegepraksisane blei avslutta fordi legen var død.

\*\* Nokre av praksisane kan ha blitt avslutta fleire gonger i løpet av denne treårsperioden.

**Tabell v1.4: Spesialistgodkjenninger: antal 2007 og tilgang 2002-2017. Dei fire største spesialitetane står med feit skrift**

(data frå Dnlf sitt høyringsdokument Utredning om spesialistutdanningen av leger 2007 (57))

| Spesialitet                  | Nye godkjenningar: |                    | Antal under 67 år med godkjenning: |                    |                  |
|------------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------|------------------|
|                              | 2002-2006          | 2007-2016          | Antal 2007                         | Antal 2017         | % auke 2007-2017 |
| <b>Allmennmedisin a)</b>     | <b>504</b>         | <b>1.666-3.900</b> | <b>2.456</b>                       | <b>2.995-5.062</b> | <b>22-106</b>    |
| Anestesiologi                | 156                | 306                | 654                                | 797                | 22               |
| Arbeidsmedisin               | 40                 | 97                 | 226                                | 250                | 11               |
| Barne- og ungdomspsykiatri   | 70                 | 155                | 189                                | 294                | 56               |
| Barnekirurgi                 | 3                  | 9                  | 15                                 | 18                 | 20               |
| Barnesjukdommar              | 116                | 237                | 485                                | 592                | 22               |
| Blodsjukdommar               | 19                 | 39,2               | 60                                 | 77                 | 28               |
| Endokrinologi                | 17                 | 35,2               | 68                                 | 83                 | 22               |
| Fordøyingssjukdommar         | 31                 | 112,8              | 183                                | 223                | 22               |
| Fysikalsk medisin og rehab.  | 43                 | 119                | 140                                | 208                | 49               |
| Fødselshjelp og kvinnesjukd. | 120                | 246                | 530                                | 615                | 16               |
| Gastroenterologisk kirurgi   | 57                 | 140                | 185                                | 274                | 48               |
| <b>Generell kirurgi</b>      | <b>98</b>          | <b>505</b>         | <b>876</b>                         | <b>1.068</b>       | <b>22</b>        |
| Geriatrici                   | 20                 | 67,5               | 81                                 | 120                | 48               |
| Hjartesjukdommar             | 64                 | 187                | 263                                | 371                | 41               |
| Hud- og veneriske sjukdommar | 21                 | 74                 | 137                                | 167                | 22               |
| Immunologi og transf.med.    | 17                 | 28,4               | 55                                 | 68                 | 24               |
| <b>Indremedisin</b>          | <b>271</b>         | <b>700</b>         | <b>1.338</b>                       | <b>1.631</b>       | <b>22</b>        |
| Infeksjonssjukdommar         | 22                 | 40,3               | 81                                 | 98                 | 21               |
| Karkirurgi                   | 8                  | 55                 | 86                                 | 105                | 22               |
| Kjevekirurgi og munnholesjd. | 3                  | 14,5               | 22                                 | 27                 | 23               |
| Klinisk farmakologi          | 10                 | 30                 | 37                                 | 54                 | 46               |
| Klinisk nevrofysiologi       | 10                 | 20                 | 25                                 | 37                 | 48               |
| Lungesjukdommar              | 33                 | 116                | 155                                | 208                | 34               |
| Medisinsk biokjemi           | 15                 | 30,4               | 75                                 | 75                 | 0                |
| Medisinsk genetikk           | 9                  | 15,1               | 35                                 | 45                 | 29               |
| Medisinsk mikrobiologi       | 24                 | 68                 | 92                                 | 124                | 35               |
| Nevrokirurgi                 | 17                 | 22                 | 54                                 | 66                 | 22               |
| Nevrologi                    | 81                 | 168                | 286                                | 384                | 34               |
| Nukleærmedisin               | 12                 | 26,8               | 44                                 | 54                 | 23               |
| Nyresjukdommar               | 30                 | 73                 | 97                                 | 144                | 48               |
| Onkologi                     | 43                 | 131                | 147                                | 239                | 63               |
| Ortopedisk kirurgi           | 90                 | 202                | 389                                | 474                | 22               |
| Patologi                     | 39                 | 104                | 166                                | 223                | 34               |

|                                |            |            |              |              |           |
|--------------------------------|------------|------------|--------------|--------------|-----------|
| Plastikkirurgi                 | 26         | 42,9       | 99           | 121          | 22        |
| <b>Psykatri</b>                | <b>289</b> | <b>700</b> | <b>1.076</b> | <b>1.446</b> | <b>34</b> |
| Radiologi                      | 135        | 234        | 481          | 586          | 22        |
| Revmatologi                    | 32         | 86         | 131          | 176          | 34        |
| Samfunnsmedisin                | 22         | 333        | 453          | 580          | 28        |
| Thoraxkirurgi                  | 10         | 31         | 58           | 71           | 22        |
| Urologi                        | 30         | 105        | 125          | 185          | 48        |
| ØNH-sjukdommar                 | 49         | 140        | 280          | 341          | 22        |
| Augesjukdommar                 | 57         | 167        | 329          | 401          | 22        |
| SUM b)                         | 2.237      | 5.680      | 9.855        | 12.540       |           |
| Antal legar med spesialitet b) |            |            | 7.880        | 9.875        |           |

a) For allmennmedisin reknar høyringsdokumentet med tre framskrivingalternativ.

b) Her er bare rekna med arbeidsmedisin og dei spesialitetane som høyrer til i spesialisthelsetenesta, ikkje allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Merknad: Det er færre spesialistar enn spesialistgodkjenningar fordi kvar spesialist i snitt har 1,25 spesialistgodkjenningar.

**Tabell v1.5: Nye spesialistgodkjenningar 2005-2009 (data frå legeforeningen.no (52))**

|                          | 2005 | 2006 | 2007  | 2008 | 2009  | Sum   |
|--------------------------|------|------|-------|------|-------|-------|
| Allmennmedisin           | 138  | 151  | 207   | 170  | 163   | 829   |
| etter norske reglar      | 96   | 113  | 139   | 121  | 117   | 586   |
| konvertering a)          | 42   | 38   | 68    | 49   | 46    | 243   |
| Alle andre spesialitetar | 736  | 824  | 799   | 828  | 1.048 | 4.235 |
| etter norske reglar      | 490  | 465  | 413   | 449  | 576   | 2.393 |
| konvertering b)          | 246  | 359  | 386   | 379  | 472   | 1.842 |
| Alle spesialitetar       | 874  | 975  | 1.006 | 998  | 1.211 | 5.064 |

a) Alle konverteringar (overføring av spesialistgodkjenning) for allmennmedisin var frå Norden.

b) Av dei andre spesialitetane var vel  $\frac{3}{4}$  frå Norden (lett aukande) og knapt  $\frac{1}{4}$  frå andre EØS-land (lett fallande). Av konverteringane frå andre EØS-land var 24% for anestesiologi og radiologi, 16% for kirurgi (med greinspesialitetar), 11% for indremedisin (med greinspesialitetar) og 9% for psykiatri.

**Tabell v1.6: Spesialitetar hos legar under 70 år i Noreg 2005 og 2010, og kor mange personar som var spesialistar (data frå legeforeningen.no (52))**

|                                    | 07.02 2005 | 01.03.2007 | 04.01.2010 | auke<br>2005-2010 | Nye godkjenningar<br>2005-2009 |
|------------------------------------|------------|------------|------------|-------------------|--------------------------------|
| Allmennmedisin                     | 2.453      | 2.469      | 2.633      | 180               | 829                            |
| Alle andre spesialitetar           | 10.047     | 10.309     | 11.254     | 1.207             | 4.235                          |
| Alle spesialitetar                 | 12.500     | 12.778     | 13.887     | 1.387             | 5.064                          |
| Alle personar med<br>spesialitet * | 9.913      | 10.161     | 11.102     | 1.189             |                                |

\* Korrigert for dobbeltspesialitet

**Tabell v1.7: Antal legar i alle aldrar 1955-2008, og prosentvis auke (data frå SSB)**

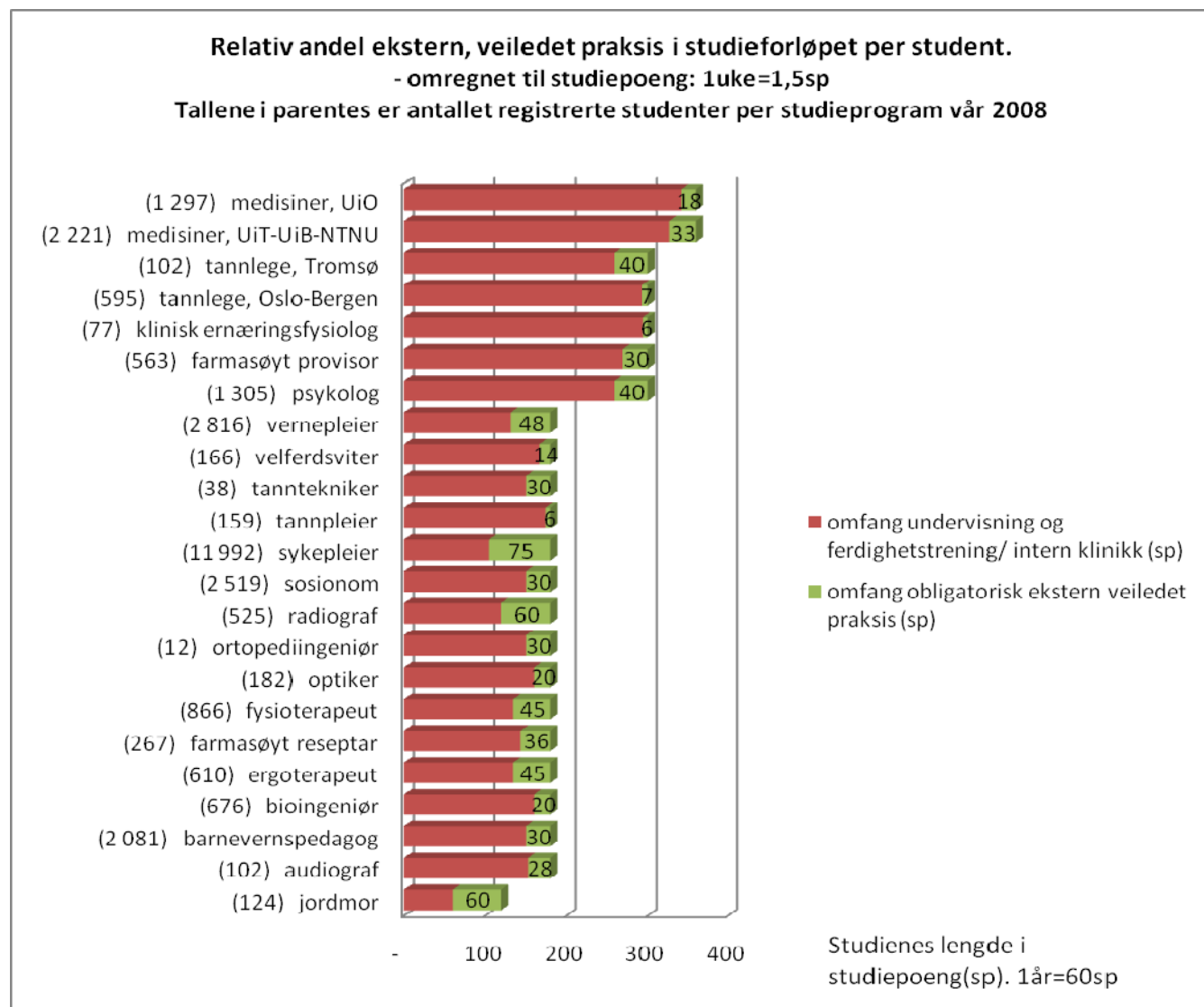
| Tidsrom   | Antal legar, i alle aldrar | Årleg auke, i prosent |
|-----------|----------------------------|-----------------------|
| 1955-1960 | 3.769 => 4.066             | 1,6                   |
| 1979-1985 | 8.345 => 10.110            | 3,5                   |
| 2000-2004 | 17.957 => 20.375           | 3,4                   |
| 2004-2007 | 20.375 => 22.831           | 4,-                   |
| 2007-2008 | 22.831 => 23.990           | 5,1                   |

**Tabell v1.8: Legar med utanlandsk statsborgarskap sysselsette i Noreg 4. kvartal 2008, og prosentendring frå 2006 (data frå SSB 2009)**

|                           | Danmark  | Finland | Sverige  | Tyskland | Resten av Europa | Andre land | I alt       |
|---------------------------|----------|---------|----------|----------|------------------|------------|-------------|
| Legar:                    |          |         |          |          |                  |            |             |
| - antal                   | 212      | 23      | 280      | 274      | 455              | 188        | 1.432       |
| - prosentendring frå 2006 | + 20     | - 12    | - 15     | - 7      | + 29             | - 10       | + 3         |
| Legespesialistar:         |          |         |          |          |                  |            |             |
| - antal                   | 216      | 35      | 302      | 479      | 352              | 61         | 1.445       |
| - prosentendring frå 2006 | + 5      | + 17    | + 11     | + 27     | + 29             | + 61       | + 21        |
| Sum (%-del)               | 428 (15) | 58 (2)  | 582 (20) | 753 (26) | 807 (28)         | 249 (9)    | 2.877 (100) |

## 11.2 Grunnstudiet

**Tabell v2.1: Relativ andel ekstern, veiledet praksis i studieforløpet per student** (data fra Universitets- og høyskolerådet 2009)



Praksis er her definert som den obligatoriske tida studentane skal vere i reelle arbeidssituasjonar i yrkesfeltet, der dei sjølve utfører profesjonsspesifikke oppgåver under vegleiing av kompetent personale på praksisstaden. Her er det ikkje teke omsyn til kor sjølvstendig dei gjer dette arbeidet, poenget er at studentane er ute i praksisfeltet der dei får utfordringar ut frå kor dei er i studieforløpet.

**Tabell v2.2: Norske legestudentar med lån frå Statens lånekasse 1993-2009**  
 (data frå Statens lånekasse for studerande ungdom 2009: <http://www.lanekassen.no/>)

| Studieår | I Noreg | I utlandet a) | Sum   | andel i utlandet (%) |
|----------|---------|---------------|-------|----------------------|
| 1993/94  | 1.842   | 439           | 2.281 | 19                   |
| 1994/95  | 2.161   | 579           | 2.740 | 19                   |
| 1995/96  | 2.249   | 783           | 3.032 | 26                   |
| 1996/97  | 2.384   | 963           | 3.347 | 29                   |
| 1997/98  | 2.574   | 1.193         | 3.767 | 32                   |
| 1998/99  | 2.609   | 1.493         | 4.102 | 36                   |
| 1999/00  | 2.812   | 1.658         | 4.470 | 37                   |
| 2000/01  | 2.833   | 1.793         | 4.626 | 39                   |
| 2001/02  | 2.904   | 1.880         | 4.784 | 39                   |
| 2002/03  | 3.039   | 1.934         | 4.973 | 39                   |
| 2003/04  | 3.046   | 2.008         | 5.054 | 40                   |
| 2004/05  | 3.123   | 2.093         | 5.216 | 40                   |
| 2005/06  | 3.225   | 2.212         | 5.437 | 41                   |
| 2006/07  | 3.313   | 2.311         | 5.624 | 41                   |
| 2007/08  | 3.377   | 2.349         | 5.726 | 41                   |
| 2008/09  |         | 2.383         |       |                      |

a) Medrekna kjøpte studieplassar utanlands.

**Tabell v2.3: Norske legestudentar i utlandet 2008/09 med lån frå Statens lånekasse**  
(data frå Statens lånekasse 2009)

|                 | Land             | Antal | prosent |
|-----------------|------------------|-------|---------|
| Norden:         | Danmark          | 261   | 11      |
|                 | Sverige          | 11    | 0,5     |
| Sentral-Europa: | Polen            | 954   | 40      |
|                 | Ungarn           | 486   | 20      |
|                 | Tsjekkia         | 185   | 8       |
|                 | Slovakia         | 203   | 9       |
|                 | Tyskland         | 103   | 4       |
|                 | Irland           | 36    | 1,5     |
|                 | Storbritannia    | 31    | 1,3     |
|                 | Nederland        | 18    | 0,8     |
|                 | Frankrike        | 3     |         |
|                 | Spania           | 1     |         |
|                 | Italia           | 1     |         |
|                 | Resten av Europa | 61    | 2,6     |
| Amerika         | USA              | 4     |         |
| Oseania         | Australia        | 25    | 1       |
| Sum             |                  | 2.383 | 100%    |

**Tabell v2.4: Kandidatar påmelde til turnusteneste 2004-2009, etter utdanningsstad**  
(data frå SAFH 2009)

|      | Med norsk utdanning |     |      |     |     | Med utanlandsk utdanning a) | Alle  |
|------|---------------------|-----|------|-----|-----|-----------------------------|-------|
|      | UiO                 | UiB | NTNU | UiT | Sum |                             |       |
| 2004 | 198                 | 186 | 118  | 113 | 615 | 401                         | 1.016 |
| 2005 | 204                 | 161 | 96   | 93  | 554 | 380                         | 934   |
| 2006 | 185                 | 155 | 102  | 105 | 547 | 467                         | 1.014 |
| 2007 | 244                 | 174 | 109  | 70  | 597 | 515                         | 1.112 |
| 2008 | 207                 | 142 | 100  | 100 | 549 | 553                         | 1.102 |
| 2009 | 233                 | 164 | 129  | 97  | 623 | 720                         | 1.343 |

a) SAFH har ikkje særskilde tal for kor mange av desse som har norsk statsborgarskap.

## 11.3 Inntak i norsk helseteneste

**Tabell v3.1: Timeplan for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell sitt arbeid med turnustenesta for legar (frå SAFH 2009)**

| Tidspunkt                  | Oppgåver                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Januar                     | <p>Sende brev til dei studentane (norske) som ikkje er cand.med. innan turnusstart 15. februar og derfor ikkje kan starte turnus då, dei blir overført til neste mulige turnusstart (kopi til UiO).</p> <p>Kandidatar med utdanning utanfor Noreg og dei som ikkje har norsk språk innan turnusstart må sjølv informere SAFH, dersom meldinga kjem for seint blir dei overført til neste turnusstart (altså eitt år seinare).</p>                                                                                                                                                                                                    |
| Veke 4                     | Trekningsresultatet for turnusstart i august blir offentleggjort (UiO gjer dette).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Veke 5 (tidleg i februar)  | Søknader om særplassar og utsetjingar må vere ferdigbehandla, liste blir oversendt til UiO for turnusstart i august (for dei skal ikkje vere med i trekninga om plass).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                            | SAFH sender brev til alle sjukehusa ca 3 månader før turnusstart og ber om tilbakemelding om kor mange plassar som skal leggjast ut for val, kor mange 2-delte og 3-delte plassar, og eventuelle merknader helseføretaket ønskjer å ha med på lista. Svara kjem på e-post til SAFH, som set opp liste og sender til UiO (viktig for å luke ut særplassar og andre tildelte plassar).                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Veke 5-6 (først i februar) | <p>Turnuslisensar blir utarbeidde for turnusstart februar på bakgrunn av liste frå UiO. For kandidatar utanom Noreg, Sverige og Danmark må SAFH sjekke lister frå alle universitet, EU-saker og lister over 3.-landsutdanningar frå Sekretariatet for utanlandsmedisinatar om kandidatane har bestått utdanning, og sjekke språk. Den siste tida er det mange tredjelands statsborgarar med utdanning frå EU-land som er påmelde til norsk turnus, det er veldig mykje arbeid med desse sakene fordi språkkunnskapen ofte ikkje er god nok slik at det blir underkjenningssaker.</p>                                                 |
| Veke 7                     | <p>Val av turnusplassar i sjukehus for turnusstart i august byrjar måndag kl 0900 ved UiO.</p> <p>Val av fylke skjer hos Fylkesmannen sånn litt etter litt.</p> <p>SAFH får mange telefonar og e-postar frå turnuslegane i forkant og i løpet av valet.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ca 13. februar             | Sende turnuslisensar for ca 450 kandidatar direkte til sjukehusa. Dette blir gjort eit par dagar før turnusstart, fordi søknader om utsetjingar plar kome tett opp til turnusstart.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 15. februar                | TURNUSSTART                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Februar                    | <p>Sende brev til fylkesmennene med oversikt over dei kandidatane som kjem til fylket og skal byrje i kommuneturnus 15. august (dette er dei som byrja i sjukehusturnus i august året før).</p> <p>Tidlegare sende SAFH denne lista mykje tidlegare, men på grunn av utsetjingar tett opp til turnusstart blir lista no sendt så seint som mulig.</p> <p>Sidan turnusstart i august 2008 har SAFH overboka kandidatar til kvart fylke pga. fråfallsproblematikken. Dersom det blir for mange kandidatar til kvart fylke, må SAFH etter tilråding frå Fylkesmannen gi pålegg til kommunane (som kan klage til Helsedirektoratet).</p> |
| Mars/april                 | Brev til alle sjukehusa med liste over tildelte turnuslegar som skal byrje turnustenesta i august. Dette blir gjort på grunnlag av liste frå UiO og valet som blei gjennomført i veke 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1. mai                     | Påmeldingsfrist for turnusstart 15. februar neste år. Frist for søknad om særplass til SAFH, barneplass og parplass til UiO. SAFH får ein del søknader om særplass på medisinsk grunnlag og brukar medisinsk-fagleg rådgjevar i vurderingane.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

**Tabell v3.2: Modell for å vurdere kor mange kandidatar med utanlandsk utdanning som melde seg på til turnusteneste 2004-2009** (data frå Statens lånekasse 2009 og SAFH 2009)

|      | 1                                                    | 2                           | 3                                  | 4                                                                | 5                              |
|------|------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| År   | Med lån frå Statens lånekasse<br>Antal i 1. studieår | Framskriving med 6 studieår | Studiet avslutta med betalingsplan | Alle med utanlandsk utdanning som melde seg på til turnusteneste | Utan lån frå Statens lånekasse |
| 1998 | 355                                                  |                             |                                    |                                                                  |                                |
| 1999 | 350                                                  |                             |                                    |                                                                  |                                |
| 2000 | 364                                                  |                             |                                    |                                                                  |                                |
| 2001 | 362                                                  |                             | 269                                |                                                                  |                                |
| 2002 | 357                                                  |                             | 306                                |                                                                  |                                |
| 2003 | 355                                                  |                             | 292                                |                                                                  |                                |
| 2004 | 425                                                  | 355                         | 344                                | 401                                                              | 46                             |
| 2005 | 456                                                  | 350                         | 343                                | 380                                                              | 30                             |
| 2006 | 484                                                  | 364                         | 385                                | 467                                                              | 103                            |
| 2007 | 458                                                  | 362                         | 412                                | 515                                                              | 153                            |
| 2008 | 504                                                  | 357                         | 496                                | 553                                                              | 196                            |
| 2009 |                                                      | 355                         |                                    | 720                                                              | 365                            |
| 2010 |                                                      | 425                         |                                    |                                                                  |                                |
| 2011 |                                                      | 456                         |                                    |                                                                  |                                |
| 2012 |                                                      | 484                         |                                    |                                                                  |                                |
| 2013 |                                                      | 458                         |                                    |                                                                  |                                |
| 2014 |                                                      | 504                         |                                    |                                                                  |                                |

Tabell v3.2 er ein modell for å vurdere kor mange kandidatar med utanlandsk grunnutdanning og statsborgarskap som årleg melder seg på til norsk turnusteneste.

Kolonne 1 viser kor mange som det året byrja på legestudium i utlandet med lån frå Statens lånekasse. Vi reknar med at dette samsvarar med kor mange norske statsborgarar som byrja på legestudium i utlandet det året.

Kolonne 2 er ei teoretisk framskriving av dei som byrja på utanlandsk legestudium 6 år tidlegare med lån frå lånekassa. Den viser kor mange slike som kunne ha meldt seg på til turnusteneste det året dersom studietida var 6 år, ingen avbraut studiet, og alle melde seg på utan å vente. Men Statens lånekasse opplyser at i praksis er det ganske mange som brukar meir enn 6 år på studiet: av årskullet som byrja i 1998 hadde bare 57% fullført etter 6 år og 74% etter 7 år, og for fleire tidlegare årskull var fullføringsgraden ca 80% men etter langt meir enn 6 år. – Tala i kolonne 2 er såleis høgare enn reelt påmeldingstal til turnusteneste.

Kolonne 3 viser reelle tal for kor mange som det året fekk betalingsplan frå Statens lånekasse, som opplyser at desse tala ikkje bare omfattar dei som har fullført studiet, men også dei som avbryt, tek pause i studiet eller må studere eitt år utan lån pga. forseinking. Derfor kan dei ikkje brukast som mål for norske statsborgarar med fullført utanlandsk grunnutdanning.

Kolonne 4 er reelle tal frå SAFH for kor mange kandidatar med utanlandsk utdanning som melde seg på til norsk turnusteneste det året, jf tabell 2.4.

Kolonne 5 viser tala i kolonne 4 fråtrekt tala i kolonne 2. Dette gir minimumstal for kor mange utanlandske statsborgarar som melde seg på til norsk turnusteneste det året.

**Tabell v3.3: Innvilga autorisasjonar for legar 2001-2008**  
(data frå SAFH 2009)

| Utdanningsstad    | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | Sum    |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Noreg             | 517   | 606   | 405   | 395   | 425   | 413   | 411   | 441   | 3.613  |
| Anna nordisk land | 647   | 655   | 657   | 641   | 652   | 523   | 498   | 490   | 4.763  |
| EØS utanom Norden | 197   | 188   | 170   | 252   | 458   | 392   | 410   | 435   | 2.502  |
| Land utanfor EØS  | 0     | 0     | 212   | 326   | 140   | 158   | 174   | 91 a) | 1.101  |
| Sum               | 1.361 | 1.449 | 1.444 | 1.614 | 1.675 | 1.486 | 1.493 | 1.457 | 11.979 |

a) Nedgangen i talet på autoriserte legar med utdanning frå land utanfor EØS heng saman med avgrensa kapasitet på den spesielle prosedyren for testing av legar med utdanning frå desse landa.

## 11.4 Turnusplassar i sjukehus

**Tabell v.4.1: Sjukehus med turnuslegar hausten 2007: alle legeårsværk og turnuslegane som byrja der 15. februar og 15. august 2007**

(data om turnuslegar frå SAFH 2009 og om andre legeårsværk frå Helsedirektoratet 2009)

| Fylke      | Sjukehus                          | Legeårsværk i sjukehus hausten 2007: |                      |           |
|------------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------|-----------|
|            |                                   | Alle legar<br>antal                  | Turnuslegar<br>antal | % av alle |
| Østfold    | Sykehuset Østfold HF              | 403                                  | 40                   | 10        |
| Akershus   | Sykehuset Asker og Bærum          | 181                                  | 13                   | 7         |
|            | Akershus universitetssykehus      | 454                                  | 28 a)                | 6         |
| Oslo       | Aker universitetssykehus          | 250                                  | 21                   | 8         |
|            | Ullevål universitetssykehus       | 960                                  | 13                   | 1         |
|            | Diakonhjemmet sykehus             | 139                                  | 13                   | 9         |
| Hedmark    | Sykehuset Innlandet Elverum       | 136                                  | 15                   | 11        |
|            | Sykehuset Innlandet Kongsvinger   | 59                                   | 10                   | 17        |
|            | Sykehuset Innlandet Hamar         | 71                                   | 17                   | 24        |
|            | Sykehuset Innlandet Tynset        | 27                                   | 6                    | 22        |
| Oppland    | Sykehuset Innlandet Lillehammer   | 151                                  | 19                   | 13        |
|            | Sykehuset Innlandet Gjøvik        | 140                                  | 18                   | 13        |
| Buskerud   | Sykehuset Buskerud                | 275                                  | 23                   | 8         |
|            | Blefnell sykehus Kongsberg        | 56                                   | 10                   | 18        |
|            | Ringerike sykehus                 | 80                                   | 9                    | 11        |
| Vestfold   | Sykehuset i Vestfold              | 276                                  | 32                   | 12        |
| Telemark   | Blefnell sykehus Notodden         | 38                                   | 6                    | 16        |
|            | Blefnell sykehus Rjukan           | 15                                   | 6                    | 40        |
|            | Sykehuset Telemark                | 233                                  | 23                   | 10        |
| Aust-Agder | Sørlandet sykehus HF Arendal      | 164                                  | 18                   | 11        |
| Vest-Agder | Sørlandet sykehus HF Flekkefjord  | 29                                   | 8                    | 28        |
|            | Sørlandet sykehus HF Kristiansand | 265                                  | 22                   | 8         |
| Rogaland   | Stavanger universitetssjukehus    | 383                                  | 30                   | 8         |
|            | Helse Fonna HF Haugesund sjukehus | 181                                  | 22                   | 12        |
| Hordaland  | Helse Fonna HF Stord sjukehus     | 49                                   | 11                   | 22        |
|            | Helse Fonna HF Odda sjukehus      | 18                                   | 7                    | 39        |
|            | Haukeland universitetssjukehus    | 800 b)                               | 28                   | 4         |
|            | Voss sjukehus                     | 37                                   | 9                    | 24        |
|            | Haraldsplass diakonale sykehus AS | 69                                   | 4                    | 6         |
| Sogn og    | Helse Førde HF: Førde             | 163                                  | 19                   | 12        |

|                                              |                                    |       |        |     |
|----------------------------------------------|------------------------------------|-------|--------|-----|
| Fjordane                                     | sentralsjukehus                    |       |        |     |
|                                              | Helse Førde HF: Lærdal sjukehus    | 32    | 10     | 31  |
|                                              | Helse Førde HF: Nordfjord sjukehus | 34    | 8      | 24  |
| Møre og Romsdal                              | Helse Sunnmøre HF Ålesund sjukehus | 221   | 30     | 14  |
|                                              | Helse Sunnmøre HF Volda sjukehus   | 42    | 8      | 19  |
|                                              | Molde sjukehus                     | 155   | 21     | 14  |
|                                              | Kristiansund sykehus               | 68    | 14     | 21  |
| Sør-Trøndelag                                | St. Olavs hospital HF              | 623   | 38     | 6   |
| Nord-Trøndelag                               | Sykehuset Namsos                   | 89    | 13     | 15  |
|                                              | Sykehuset Levanger                 | 158   | 20     | 13  |
| Nordland                                     | Helgelandssykehuset Mosjøen        | 29    | 6      | 21  |
|                                              | Helgelandssykehuset Rana           | 52    | 9      | 17  |
|                                              | Helgelandssykehuset Sandnessjøen   | 49    | 9      | 18  |
|                                              | Nordlandssykehuset Bodø            | 223   | 29     | 13  |
|                                              | Nordlandssykehuset Lofoten         | 30    | 9      | 30  |
|                                              | Nordlandssykehuset Vesterålen      | 38    | 9      | 24  |
|                                              | Universitetssh. Nord-Norge Narvik  | 42    | 10     | 24  |
| Troms                                        | Universitetssh. Nord-Norge Harstad | 87    | 18     | 21  |
|                                              | Universitetssh. Nord-Norge Tromsø  | 536   | 27     | 5   |
| Finnmark                                     | Helse Finnmark Hammerfest          | 62    | 15     | 24  |
|                                              | Helse Finnmark Kirkenes            | 37    | 5      | 14  |
| Sum årsverk i institusjonar med turnuslegar  |                                    | 8.709 | 808 c) | 9,3 |
| Sum årsverk i institusjonar utan turnuslegar |                                    | 2.484 |        |     |

a) Medrekna to turnuslegar på Stensby sykehus

b) Frårekna 28 årsverk på Voss sjukehus

c) Dette er 369 som byrja i turnus 15.02.2007 og 439 som byrja 15.08.2007.

**Tabell v4.2: Fylkesvis fordeling av turnuslegar i sjukehus 1965 og 2007**  
(data frå Årbok for Den norske lægeforening 1966-67 (117) og SAFH 2009)

| Fylke            | Plassar 01.01.1967 | Plassar hausten 2007 | Prosent auke |
|------------------|--------------------|----------------------|--------------|
| Østfold          | 18                 | 40                   | 120          |
| Akershus         | 12                 | 41                   | 242          |
| Oslo             | 5                  | 47                   | 840          |
| Hedmark          | 14                 | 48                   | 143          |
| Oppland          | 11                 | 37                   | 236          |
| Buskerud         | 14                 | 42                   | 200          |
| Vestfold         | 9                  | 32                   | 256          |
| Telemark         | 11                 | 35                   | 218          |
| Aust-Agder       | 4                  | 18                   | 350          |
| Vest-Agder       | 10                 | 30                   | 200          |
| Rogaland         | 10                 | 52                   | 420          |
| Hordaland        | 9                  | 59                   | 555          |
| Sogn og Fjordane | 4                  | 37                   | 825          |
| Møre og Romsdal  | 18                 | 73                   | 305          |
| Sør-Trøndelag    | 7                  | 38                   | 443          |
| Nord-Trøndelag   | 6                  | 33                   | 450          |
| Nordland         | 34                 | 81                   | 138          |
| Troms            | 10                 | 45                   | 350          |
| Finnmark         | 7                  | 20                   | 186          |
|                  | 213                | 808                  | 279          |

**Tabell v4.3: Sjukehus med særplassar i 2008: alle turnusplassar og særplassar a)**  
(data om særplassar frå SAFH 2009 og om andre legeårsverk frå Helsedirektoratet 2009)

| Sjukehus                        | 15.02.2008:  |            | 15.08.2008:  |            | 2008: Sum særplassar |
|---------------------------------|--------------|------------|--------------|------------|----------------------|
|                                 | Alle plassar | Særplassar | Alle plassar | Særplassar |                      |
| Sykehuset Østfold               | 21           | 1          | 20           | 1          | 2                    |
| Akershus universitetssykehus    | 15           | 6          | 15           | 2          | 8                    |
| Sykehuset Asker og Bærum        | 0            | 0          | 7            | 2          | 2                    |
| Aker universitetssykehus        | 12           | 2          | 12           | 1          | 3                    |
| Ullevål universitetssykehus     | 7            | 2          | 7            | 2          | 4                    |
| Diakonhjemmets sykehus          | 7            | 1          | 7            | 3          | 4                    |
| Sykehuset Innlandet Kongsvinger | 6            | 1          | 0            | 0          | 1                    |

|                                            |     |    |     |    |    |
|--------------------------------------------|-----|----|-----|----|----|
| Sykehuset Innlandet<br>Gjøvik              | 0   | 0  | 9   | 1  | 1  |
| Sykehuset Buskerud                         | 13  | 1  | 13  | 1  | 2  |
| Blefjell sykehus<br>Kongsberg              | 6   | 1  | 0   | 0  | 1  |
| Sørlandet sykehus<br>Arendal               | 0   | 0  | 10  | 1  | 1  |
| Sørlandet sykehus<br>Kristiansand          | 12  | 2  | 0   | 0  | 2  |
| Sørlandet sykehus<br>Flekkefjord           | 0   | 0  | 4   | 3  | 3  |
| Stavanger<br>universitetssjukehus          | 0   | 0  | 16  | 2  | 2  |
| Haukeland<br>universitetssjukehus          | 16  | 3  | 16  | 1  | 4  |
| Kristiansund sykehus                       | 0   | 0  | 8   | 1  | 1  |
| St. Olavs hospital                         | 21  | 2  | 0   | 0  | 2  |
| Sykehuset Namsos                           | 7   | 1  | 7   | 1  | 2  |
| Sykehuset Levanger                         | 11  | 1  | 10  | 2  | 3  |
| Helgelandssykehuset<br>Mo i Rana           | 5   | 1  | 0   | 0  | 1  |
| Nordlandssykehuset<br>Bodø                 | 15  | 1  | 0   | 0  | 1  |
| Universitetssykehuset<br>Nord-Norge Tromsø | 14  | 1  | 14  | 1  | 2  |
| Sum:                                       | 188 | 27 | 175 | 25 | 52 |

a) Særplassordninga er forklart i avsnitt 8.5.1

## 11.5 Kvalitet i turnustenesta i sjukehus

**Tabell v5.1: Legeårsverk hausten 2007 på dei 12 sjukehusa med evalueringsresultat over landsgjennomsnittet 2007-08** (opplysningar om legeårsverk frå Helsedirektoratet 2009, om turnuslegar frå SAFH 2009 og om kvalitetsvurderingar frå Den norske legeforening 2006, 2007, 2008)

| Fylke     | Sjukehus                           | Legeårsverk hausten 2007 |                      |            |
|-----------|------------------------------------|--------------------------|----------------------|------------|
|           |                                    | Alle legar<br>antal      | Turnuslegar<br>antal | prosentdel |
| Oslo      | Aker universitetssykehus           | 250                      | 21                   | 8          |
|           | Ullevål universitetssykehus        | 960                      | 13                   | 1          |
| Hedmark   | Sykehuset Innlandet Tynset         | 27                       | 6                    | 22         |
| Buskerud  | Ringerike sykehus                  | 80                       | 9                    | 11         |
| Telemark  | Blefjell sykehus Notodden          | 38                       | 6                    | 16         |
|           | Blefjell sykehus Rjukan            | 15                       | 6                    | 40         |
| Hordaland | Helse Fonna HF Stord sjukehus      | 49                       | 11                   | 22         |
|           | Helse Fonna HF Odda sjukehus       | 18                       | 7                    | 39         |
|           | Voss sjukehus                      | 37                       | 9                    | 24         |
| Nordland  | Helgelandssh. Sandnessjøen         | 49                       | 9                    | 18         |
|           | Universitetssh. Nord-Norge Narvik  | 42                       | 10                   | 24         |
| Troms     | Universitetssh. Nord-Norge Harstad | 87                       | 18                   | 21         |
| Sum/%-del |                                    | 1.652                    | 125 a)               | 7,6 b)     |

a) Dette var 15% av alle turnuslegane.

b) På dei 8 sjukehusa med mindre enn 50 årsverk var turnuslegane i snitt 23% av alle årsverk.

**Tabell v5.2: Legeårsverk hausten 2007 på dei 10 sjukehusa med evalueringsresultat under landsgjennomsnittet 2007-08** (opplysningar om legeårsverk frå Helsedirektoratet 2009, om turnuslegar frå SAFH 2009 og om kvalitetsvurderingar frå Den norske legeforening 2006, 2007, 2008)

| Fylke           | Sjukehus                           | Legeårsverk hausten 2007 |                      |            |
|-----------------|------------------------------------|--------------------------|----------------------|------------|
|                 |                                    | Alle legar<br>antal      | Turnuslegar<br>antal | prosentdel |
| Østfold         | Sykehuset Østfold HF               | 403                      | 40                   | 10         |
| Vestfold        | Sykehuset i Vestfold               | 276                      | 32                   | 12         |
| Telemark        | Sykehuset Telemark                 | 233                      | 23                   | 10         |
| Rogaland        | Helse Fonna HF Haugesund sjukehus  | 181                      | 22                   | 12         |
| Hordaland       | Haukeland universitetssjukehus     | 800 a)                   | 28                   | 4          |
| Møre og Romsdal | Helse Sunnmøre HF Ålesund sjukehus | 221                      | 30                   | 14         |
| Sør-Trøndelag   | St. Olavs hospital HF              | 623                      | 38                   | 6          |
| Nord-Trøndelag  | Sykehuset Levanger                 | 158                      | 20                   | 13         |
| Nordland        | Nordlandssykehuset Bodø            | 223                      | 29                   | 13         |
| Troms           | Universitetssh. Nord-Norge Tromsø  | 536                      | 27                   | 5          |
| Sum/%-del       |                                    | 3.654                    | 289 b)               | 7,9        |

a) Frårekna 28 årsverk på Voss sjukehus

b) Dette var 36% av alle turnuslegane.

**Tabell v5.3: Dei 22 sjukehusa der turnuslegane hausten 2007 var enn 15% av legeårsverka**  
(opplysningar om legeårsverk frå Helsedirektoratet 2009, om turnuslegar frå SAFH 2009 og om kvalitetsvurderingar frå Den norske legeforening 2006, 2007, 2008)

| Fylke               | Sjukehus                              | Legeårsverk hausten 2007 |                      |            | Dnlf:<br>evaluering av<br>sjukehusturnus |
|---------------------|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|------------|------------------------------------------|
|                     |                                       | Alle legar<br>antal      | Turnuslegar<br>antal | prosentdel |                                          |
| Hedmark             | Sykehuset Innlandet Kongsvinger       | 59                       | 10                   | 17         |                                          |
|                     | Sykehuset Innlandet Hamar             | 71                       | 17                   | 24         |                                          |
|                     | Sykehuset Innlandet Tynset            | 27                       | 6                    | 22         | over gjsn.                               |
| Telemark            | Blefjell sykehus Kongsberg            | 56                       | 10                   | 18         |                                          |
|                     | Blefjell sykehus Notodden             | 38                       | 6                    | 16         | over gjsn.                               |
|                     | Blefjell sykehus Rjukan               | 15                       | 6                    | 40         | over gjsn.                               |
| Vest-Agder          | Sørlandet sykehus HF Flekkefjord      | 29                       | 8                    | 28         |                                          |
| Hordaland           | Helse Fonna HF Stord sjukehus         | 49                       | 11                   | 22         | over gjsn.                               |
|                     | Helse Fonna HF Odda sjukehus          | 18                       | 7                    | 39         | over gjsn.                               |
|                     | Voss sjukehus                         | 37                       | 9                    | 24         | over gjsn.                               |
| Sogn og<br>Fjordane | Helse Førde HF: Lærdal sjukehus       | 32                       | 10                   | 31         |                                          |
|                     | Helse Førde HF: Nordfjord<br>sjukehus | 34                       | 8                    | 24         |                                          |
| Møre og<br>Romsdal  | Helse Sunnmøre HF Volda<br>sjukehus   | 42                       | 8                    | 19         |                                          |
|                     | Kristiansund sykehus                  | 68                       | 14                   | 21         |                                          |
| Nordland            | Helgelandssykehuset Mosjøen           | 29                       | 6                    | 21         |                                          |
|                     | Helgelandssykehuset Rana              | 52                       | 9                    | 17         |                                          |
|                     | Helgelandssykehuset<br>Sandnessjøen   | 49                       | 9                    | 18         | over gjsn.                               |
|                     | Nordlandssykehuset Lofoten            | 30                       | 9                    | 30         |                                          |
|                     | Nordlandssykehuset Vesterålen         | 38                       | 9                    | 24         |                                          |
|                     | Universitetssh. Nord-Norge Narvik     | 42                       | 10                   | 24         | over gjsn.                               |
| Troms               | Universitetssh. Nord-Norge<br>Harstad | 87                       | 18                   | 21         | over gjsn.                               |
| Finnmark            | Helse Finnmark Hammerfest             | 62                       | 15                   | 24         |                                          |
| Sum/%-del           |                                       | 964                      | 215 a)               | 22,3       |                                          |

a) Dette var 27% av alle turnuslegane, fordelt med 82 stk. på sjukehus over gjennomsnittet og 133 stk. på gjennomsnittssjukehus.

## 11.6 Store og små sjukehus med turnuslegar

**Tabell v6.1: Dei 16 sjukehusa med turnuslegar som hausten 2007 hadde mindre enn 50 legeårsværk** (opplysningar om legeårsværk frå Helsedirektoratet 2009, om turnuslegar frå SAFH 2009 og om kvalitetsvurderingar frå Den norske legeforening 2006, 2007, 2008)

| Fylke            | Sjukehus                           | Legeårsværk hausten 2007 |                   |            | Dnlf: evaluering av sjukehusturnus |
|------------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------|------------|------------------------------------|
|                  |                                    | Alle legar antal         | Turnuslegar antal | prosentdel |                                    |
| Hedmark          | Sykehuset Innlandet Tynset         | 27                       | 6                 | 22         | over gjsn.                         |
| Telemark         | Blefjell sykehus Notodden          | 38                       | 6                 | 16         | over gjsn.                         |
|                  | Blefjell sykehus Rjukan            | 15                       | 6                 | 40         | over gjsn.                         |
| Vest-Agder       | Sørlandet sykehus HF Flekkefjord   | 29                       | 8                 | 28         |                                    |
| Hordaland        | Helse Fonna HF Stord sjukehus      | 49                       | 11                | 22         | over gjsn.                         |
|                  | Helse Fonna HF Odda sjukehus       | 18                       | 7                 | 39         | over gjsn.                         |
|                  | Voss sjukehus                      | 37                       | 9                 | 24         | over gjsn.                         |
| Sogn og Fjordane | Helse Førde HF: Lærdal sjukehus    | 32                       | 10                | 31         |                                    |
|                  | Helse Førde HF: Nordfjord sjukehus | 34                       | 8                 | 24         |                                    |
| Møre og Romsdal  | Helse Sunnmøre HF Volda sjukehus   | 42                       | 8                 | 19         |                                    |
| Nordland         | Helgelandssykehuset Mosjøen        | 29                       | 6                 | 21         |                                    |
|                  | Helgelandssykehuset Sandnessjøen   | 49                       | 9                 | 18         | over gjsn.                         |
|                  | Nordlandssykehuset Lofoten         | 30                       | 9                 | 30         |                                    |
|                  | Nordlandssykehuset Vesterålen      | 38                       | 9                 | 24         |                                    |
|                  | Universitetsssh. Nord-Norge Narvik | 42                       | 10                | 24         | over gjsn.                         |
| Finnmark         | Helse Finnmark Kirkenes            | 37                       | 5                 | 14         |                                    |
| Sum/%-del        |                                    | 546                      | 127 a)            | 23,3       |                                    |

a) Dette var 16% av alle turnuslegane, halvparten var på sjukehus over gjennomsnittet og ingen under gjennomsnittet.

**Tabell v6.2: Dei 21 sjukehusa med turnuslegar som hausten 2007 hadde meir enn 150 legeårsverk** (opplysningar om legeårsverk frå Helsedirektoratet 2009, om turnuslegar frå SAFH 2009 og om kvalitetsvurderingar frå Den norske legeförening 2006, 2007, 2008)

| Fylke            | Sjukehus                           | Legeårsverk hausten 2007 |                      |            | Dnlf: evaluering av sjukehusturnus |
|------------------|------------------------------------|--------------------------|----------------------|------------|------------------------------------|
|                  |                                    | Alle legar<br>antal      | Turnuslegar<br>antal | prosentdel |                                    |
| Østfold          | Sykehuset Østfold                  | 403                      | 40                   | 10         | under gjsn.                        |
| Akershus         | Sykehuset Asker og Bærum           | 181                      | 13                   | 7          |                                    |
|                  | Akershus universitetssykehus       | 454                      | 28 a)                | 6          |                                    |
| Oslo             | Aker universitetssykehus           | 250                      | 21                   | 8          | over gjsn.                         |
|                  | Ullevål universitetssykehus        | 960                      | 13                   | 1          | over gjsn.                         |
| Oppland          | Sykehuset Innlandet Lillehammer    | 151                      | 19                   | 13         |                                    |
| Buskerud         | Sykehuset Buskerud                 | 275                      | 23                   | 8          |                                    |
| Vestfold         | Sykehuset i Vestfold               | 276                      | 32                   | 12         | under gjsn.                        |
| Telemark         | Sykehuset Telemark                 | 233                      | 23                   | 10         | under gjsn.                        |
| Aust-Agder       | Sørlandet Sykehus Arendal          | 164                      | 18                   | 11         |                                    |
| Vest-Agder       | Sørlandet sykehus Kristiansand     | 265                      | 22                   | 8          |                                    |
| Rogaland         | Stavanger universitetssjukehus     | 383                      | 30                   | 8          |                                    |
|                  | Helse Fonna Haugesund sjukehus     | 181                      | 22                   | 12         | under gjsn.                        |
| Hordaland        | Haukeland universitetssjukehus     | 800 b)                   | 28                   | 4          | under gjsn.                        |
| Sogn og Fjordane | Helse Førde: Førde sentralsjukehus | 163                      | 19                   | 12         |                                    |
| Møre og Romsdal  | Helse Sunnmøre Ålesund sjukehus    | 221                      | 30                   | 14         | under gjsn.                        |
|                  | Molde sjukehus                     | 155                      | 21                   | 14         |                                    |
| Sør-Trøndelag    | St. Olavs hospital                 | 623                      | 38                   | 6          | under gjsn.                        |
| Nord-Trøndelag   | Sykehuset Levanger                 | 158                      | 20                   | 13         | under gjsn.                        |
| Nordland         | Nordlandssykehuset Bodø            | 223                      | 29                   | 13         | under gjsn.                        |
| Troms            | Universitetssh. Nord-Norge Tromsø  | 536                      | 27                   | 5          | under gjsn.                        |
| Sum/%-del        |                                    | 7.055                    | 516 c)               | 7,3        |                                    |

a) Medrekna 2 turnuslegar på Stensby sykehus

b) Frårekna 28 årsverk på Voss sjukehus

c) Dette var 64% av alle turnuslegane. Av desse var 34 på sjukehus over gjennomsnittet og 289 under gjennomsnittet.

## 11.7 Sjukehus med vegleing av turnuslegar og legar i spesialisering (LiS)

**Tabell v7.1: Legeårsverk med vegleing hausten 2007 på dei 12 sjukehusa med evalueringsresultat over landsgjennomsnittet 2007-08**

(data for legeårsverk frå Helsedirektoratet 2009, for turnuslegar frå SAFH 2009 og for LiS frå SINTEF 2009)

| Fylke                               | Sjukehus                            | Alle lege-<br>årsverk | LiS: legar i<br>spesialisering | turnuslegar | prosentdel<br>m/vegledning |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------|----------------------------|
| Oslo                                | Aker universitetssykehus            | 250                   | 79,8                           | 21          | 40                         |
|                                     | Ullevål universitetssykehus         | 960                   | 332,5                          | 13          | 36                         |
| Hedmark                             | Sykehuset Innlandet Tynset          | 27                    | 2                              | 6           | 30                         |
| Buskerud                            | Ringerike sykehus                   | 80                    | 27                             | 9           | 45                         |
| Telemark                            | Blefjell sykehus Notodden           | 38                    | 12                             | 6           | 47                         |
|                                     | Blefjell sykehus Rjukan             | 15                    | 0                              | 6           | 40                         |
| Hordaland                           | Helse Fonna HF Stord sjukehus       | 49                    | 12                             | 11          | 47                         |
|                                     | Helse Fonna HF Odda sjukehus        | 18                    | 1                              | 7           | 44                         |
|                                     | Voss sjukehus                       | 37                    | 0                              | 9           | 24                         |
| Nordland                            | Helgelandssykehuset Sandnessjøen    | 49                    | 9                              | 9           | 37                         |
|                                     | Universitetsssh. Nord-Norge Narvik  | 42                    | 9                              | 10          | 45                         |
| Troms                               | Universitetsssh. Nord-Norge Harstad | 87                    | 20                             | 10          | 34                         |
| Sum/prosentdel                      |                                     | 1.652                 | 511,3                          | 125         | 39                         |
| Sum/prosentdel utan Aker og Ullevål |                                     | 442                   | 99 a)                          | 91 a)       | 43                         |

a) Ratio LiS : turnuslegar er 4,1, men 1,1 når Aker og Ullevål ikkje er medrekna.

**Tabell v7.2: Legeårsverk med vegleing hausten 2007 på dei 28 sjukehusa med gjennomsnitts evalueringsresultat 2007-08**

(data for legeårsverk frå Helsedirektoratet 2009, for turnuslegar frå SAFH 2009 og for LiS frå SINTEF 2009)

| Fylke            | Sjukehus                              | Alle lege-<br>årsverk | LiS        | turnus-<br>legar | prosentdel<br>m/vegledning |
|------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------|------------------|----------------------------|
| Akershus         | Sykehuset Asker og Bærum              | 181                   | 68         | 13               | 45                         |
|                  | Akershus universitetssykehus          | 454                   | 166        | 28               | 43                         |
| Oslo             | Diakonhjemmet sykehus                 | 139                   | 46,5       | 13               | 38                         |
| Hedmark          | Sykehuset Innlandet Elverum           | 136                   | 52         | 15               | 49                         |
|                  | Sykehuset Innlandet Kongsvinger       | 59                    | 14         | 10               | 41                         |
|                  | Sykehuset Innlandet Hamar             | 71                    | 20         | 17               | 52                         |
| Oppland          | Sykehuset Innlandet Lillehammer       | 151                   | 49         | 19               | 45                         |
|                  | Sykehuset Innlandet Gjøvik            | 140                   | 46         | 18               | 46                         |
| Buskerud         | Sykehuset Buskerud                    | 275                   | 101,5      | 23               | 45                         |
|                  | Blefjell sykehus Kongsberg            | 56                    | 15         | 10               | 45                         |
| Aust-Agder       | Sørlandet sykehus HF Arendal          | 164                   | 54         | 18               | 44                         |
| Vest-Agder       | Sørlandet sykehus HF Flekkefjord      | 29                    | 4          | 8                | 41                         |
|                  | Sørlandet sykehus HF Kristiansand     | 265                   | 82,5       | 22               | 39                         |
| Rogaland         | Stavanger universitetssjukehus        | 383                   | 126        | 30               | 41                         |
|                  | Haraldsplass diakonale sykehus        | 69                    | 27         | 4                | 45                         |
| Sogn og Fjordane | Helse Førde HF: Førde sentralsjukehus | 163                   | 47         | 19               | 40                         |
|                  | Helse Førde HF: Lærdal sjukehus       | 32                    | 4          | 10               | 44                         |
|                  | Helse Førde HF: Nordfjord sjukehus    | 34                    | 7          | 8                | 44                         |
| Møre og Romsdal  | Helse Sunnmøre Volda sjukehus         | 42                    | 9          | 8                | 40                         |
|                  | Molde sjukehus                        | 155                   | 49         | 21               | 45                         |
|                  | Kristiansund sykehus                  | 68                    | 20         | 14               | 50                         |
| Nord-Trøndelag   | Sykehuset Namsos                      | 89                    | 21         | 13               | 38                         |
| Nordland         | Helgelandssykehuset Mosjøen           | 29                    | 5          | 6                | 38                         |
|                  | Helgelandssykehuset Rana              | 52                    | 14         | 9                | 44                         |
|                  | Nordlandssykehuset Lofoten            | 30                    | 6          | 9                | 50                         |
|                  | Nordlandssykehuset Vesterålen         | 38                    | 6          | 9                | 39                         |
| Finnmark         | Helse Finnmark Klinikk Hammerfest     | 62                    | 17         | 15               | 52                         |
|                  | Helse Finnmark Klinikk Kirkenes       | 37                    | 10         | 5                | 41                         |
| Sum/%-del        |                                       | .3.403                | 1.086,5 b) | 394 b)           | 43,5                       |

a) Medrekna 7 turnuslegar på Stensby sykehus

b) Ratio LiS : turnuslegar er 2,8.

**Tabell v7.3: Legeårsverk med vegleiing hausten 2007 på dei 10 sjukehusa med evalueringsresultat under landsgjennomsnittet 2007-08**

(data for legeårsverk frå Helsedirektoratet 2009, for turnuslegar frå SAFH 2009 og for LiS frå SINTEF 2009)

| Fylke           | Sjukehus                           | Alle lege-<br>årsverk | LiS        | turnuslegar | prosentdel<br>m/vegleiing |
|-----------------|------------------------------------|-----------------------|------------|-------------|---------------------------|
| Østfold         | Sykehuset Østfold HF               | 403                   | 125,6      | 40          | 41                        |
| Vestfold        | Sykehuset i Vestfold               | 276                   | 95         | 32          | 46                        |
| Telemark        | Sykehuset Telemark                 | 233                   | 83         | 23          | 45                        |
| Rogaland        | Helse Fonna HF Haugesund sjukehus  | 181                   | 71         | 22          | 51                        |
| Hordaland       | Haukeland universitetssjukehus     | 800 a)                | 306,5      | 28          | 42                        |
| Møre og Romsdal | Helse Sunnmøre HF Ålesund sjukehus | 221                   | 76         | 30          | 48                        |
| Sør-Trøndelag   | St. Olavs hospital HF              | 623                   | 217,5      | 38          | 41                        |
| Nord-Trøndelag  | Sykehuset Levanger                 | 158                   | 50         | 20          | 44                        |
| Nordland        | Nordlandssykehuset Bodø            | 223                   | 79         | 29          | 48                        |
| Troms           | Universitetssh. Nord-Norge Tromsø  | 536                   | 223        | 27          | 44                        |
| Sum/prosentdel  |                                    | 3.654                 | 1.326,6 b) | 289 b)      | 44,2                      |

a) Frårekna 28 årsverk på Voss sjukehus

b) Ratio LiS : turnuslegar er 4,6.

## 11.8 Turnusplassar i kommunehelsetenesta

**Tabell v8.1: Turnuslegar i kommunane hausten 2008, fordelt etter helseregion og kommunestorleik**  
(data frå SAFH 2009 og SSB 2009)

| Helseregion                   | Sør-Øst  | Vest    | Midt    | Nord    | sum (%)   |
|-------------------------------|----------|---------|---------|---------|-----------|
| mindre enn 5.000 innbyggjarar | 42       | 32      | 35      | 50      | 159 (38)  |
| 5-9.999 innbyggjarar          | 31       | 12      | 19      | 23      | 85 (20)   |
| 10-19.999 innbyggjarar        | 28       | 16      | 8       | 10      | 62 (15)   |
| 20-49.999 innbyggjarar        | 38       | 8       | 7       | 7       | 60 (14)   |
| 50.000+ innbyggjarar          | 35 a)    | 15      | 2       | 4       | 56 (13)   |
| Sum (%)                       | 174 (41) | 83 (20) | 71 (17) | 94 (22) | 422 (100) |

a) 22 av desse i Oslo

**Tabell v8.2: Sentralitet for kommunar med turnuslegar hausten 2008, og fordelinga av turnuslegar i dei** (etter data frå SSB 2009 og SAFH 2009)

| Sentralitet                      | 0: minst sentral | 1: mindre sentral | 2: noko sentral | 3: mest sentral | sum |
|----------------------------------|------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----|
| Alle kommunar med turnuslege :   | 98               | 40                | 58              | 120             | 316 |
| - turnuslegar i desse kommunane  | 112              | 49                | 76              | 185             | 422 |
| Antal småkommunar med turnuslege | 75               | 19                | 23              | 31              | 148 |
| - turnuslegar i desse kommunane  | 83               | 20                | 23              | 33              | 159 |

Merknad: SSB sin definisjon av sentralitet er forklart i avsnitt 7.3.2

**Tabell v8.3: Småkommunar med mindre enn 5.000 innbyggjarar: turnuslegane sin andel av legeårsverka hausten 2008** (etter data frå SAFH 2009 og SSB 2009 )

| Helseregion                                 | Sør-Øst | Vest | Midt | Nord | Sum |
|---------------------------------------------|---------|------|------|------|-----|
| Antal småkommunar                           | 72      | 49   | 50   | 66   | 237 |
| Kor mange av dei som hadde                  |         |      |      |      |     |
| - turnuslege                                | 42      | 29   | 35   | 43   | 149 |
| - turnuslege i meir enn 30% av legeårsverka | 21      | 12   | 21   | 26   | 80  |

Merknad: SSB sin definisjon av sentralitet er forklart i avsnitt 7.3.2

**Tabell v8.4: Namn og sentralitet for 80 kommunar med under 5.000 innbyggjarar der turnuslege var meir enn 30% av legeårsverka hausten 2007**  
(etter data frå SSB 2009 og SAFH 2009)

| Kommune nr. | kommune       | sentra-<br>litet | %  | Kommune nr. | Kommune      | sentra-<br>litet | %  |
|-------------|---------------|------------------|----|-------------|--------------|------------------|----|
| 0119        | Marker        | 3                | 33 | 1557        | Gjemnes      | 2                | 33 |
| 0239        | Hurdal        | 3                | 50 | 1573        | Smøla        | 0                | 33 |
| 0432        | Rendalen      | 0                | 33 | 1622        | Agdenes      | 3                | 50 |
| 0438        | Alvdal        | 0                | 33 | 1630        | Åfjord       | 0                | 33 |
| 0439        | Folldal       | 0                | 50 | 1633        | Osen         | 0                | 50 |
| 0441        | Os            | 0                | 33 | 1635        | Rennebu      | 3                | 33 |
| 0511        | Dovre         | 0                | 33 | 1644        | Holtålen     | 0                | 33 |
| 0512        | Lesja         | 0                | 33 | 1711        | Meråker      | 3                | 33 |
| 0513        | Skjåk         | 0                | 33 | 1717        | Frosta       | 3                | 33 |
| 0514        | Lom           | 0                | 33 | 1724        | Verran       | 1                | 50 |
| 0543        | Vestre Slidre | 0                | 33 | 1736        | Snåsa        | 1                | 33 |
| 0621        | Sigdal        | 3                | 33 | 1742        | Grong        | 1                | 33 |
| 0714        | Hof           | 3                | 33 | 1743        | Høylandet    | 1                | 50 |
| 0728        | Lardal        | 3                | 33 | 1744        | Overhalla    | 1                | 33 |
| 0827        | Hjartdal      | 2                | 33 | 1812        | Sømna        | 1                | 33 |
| 0829        | Kviteseid     | 0                | 33 | 1815        | Vega         | 0                | 33 |
| 0929        | Åmli          | 2                | 50 | 1818        | Herøy        | 0                | 33 |
| 0914        | Valle         | 0                | 33 | 1822        | Leirfjord    | 1                | 33 |
| 0941        | Bykle         | 0                | 50 | 1825        | Grane        | 1                | 33 |
| 1026        | Åseral        | 3                | 33 | 1826        | Hattfjelldal | 0                | 33 |
| 1027        | Audnedal      | 3                | 33 | 1827        | Dønna        | 1                | 33 |
| 1111        | Sokndal       | 3                | 33 | 1828        | Nesna        | 2                | 33 |
| 1114        | Bjerkreim     | 3                | 33 | 1834        | Lurøy        | 0                | 33 |
| 1129        | Forsand       | 3                | 50 | 1838        | Gildeskål    | 0                | 33 |
| 1232        | Eidfjord      | 0                | 33 | 1840        | Saltdal      | 1                | 33 |
| 1242        | Samnanger     | 3                | 33 | 1845        | Sørfold      | 1                | 50 |
| 1264        | Austrheim     | 3                | 33 | 1848        | Steigen      | 0                | 50 |
| 1266        | Masfjorden    | 3                | 33 | 1849        | Hamarøy      | 0                | 33 |
| 1418        | Balestrand    | 0                | 50 | 1852        | Tjeldsund    | 2                | 50 |
| 1419        | Leikanger     | 0                | 50 | 1854        | Ballangen    | 2                | 33 |
| 1421        | Aurland       | 0                | 33 | 1920        | Lavangen     | 0                | 50 |
| 1422        | Lærdal        | 0                | 33 | 1926        | Dyrøy        | 0                | 50 |
| 1431        | Jølster       | 1                | 33 | 1929        | Berg         | 0                | 50 |
| 1514        | Sande         | 1                | 33 | 1939        | Storfjord    | 0                | 33 |

|      |         |   |    |      |           |   |    |
|------|---------|---|----|------|-----------|---|----|
| 1524 | Norddal | 0 | 33 | 2002 | Vardø     | 0 | 50 |
| 1526 | Stordal | 2 | 50 | 2014 | Loppa     | 0 | 33 |
| 1545 | Midsund | 2 | 33 | 2018 | Måsøy     | 0 | 50 |
| 1546 | Sandøy  | 0 | 50 | 2022 | Lebesby   | 0 | 33 |
| 1547 | Aukra   | 2 | 33 | 2023 | Gamvik    | 0 | 50 |
| 1551 | Eide    | 2 | 33 | 2028 | Båtsfjord | 0 | 40 |

Merknad: 17 av desse kommunane har sentralitet 3, 10 har sentralitet 2, 13 har sentralitet 1 og 40 har sentralitet 0. SSB sin definisjon av sentralitet er forklart i avsnitt 7.3.2

## 11.9 Statleg oppfølging og tilsyn

**Tabell v9.1: Fylkesmennene i 2008: vekeverk brukt til turnustenesta for legar**  
(Helsedirektoratet 2009)

| Fylke            | Vekeverk innsats til |                    |       |
|------------------|----------------------|--------------------|-------|
|                  | administrasjon       | pedagogiske tiltak | Sum   |
| Østfold          | 11                   | 14                 | 25    |
| Oslo og Akershus | 22,5                 | 22,5               | 45    |
| Hedmark          | 18                   | 15,75              | 33,75 |
| Oppland          | 12                   | 13                 | 25    |
| Buskerud         | 13                   | 17                 | 30    |
| Vestfold         | 3                    | 11,25              | 14,25 |
| Telemark         | 2                    | 18                 | 20    |
| Aust-Agder       | 4                    | 28,8 a)            | 32,8  |
| Vest-Agder       | 2                    | a)                 | 2     |
| Rogaland         | 13,5                 | 20,25              | 33,75 |
| Hordaland        | 4                    | 24                 | 28    |
| Sogn og Fjordane | 4                    | 4 b)               | 8     |
| Møre og Romsdal  | 7                    | 31                 | 38    |
| Sør-Trøndelag    | 6                    | 19                 | 25    |
| Nord-Trøndelag   | 5,5                  | 16,25              | 21,75 |
| Nordland         | 8                    | 54                 | 62    |
| Troms            | 3                    | 36                 | 39    |
| Finnmark         | 22,4                 | 13,5               | 35,9  |
| Sum - vekeverk   | 160,9                | 358,3              | 519,2 |
| - årsverk        | 3,5                  | 8                  | 11,5  |

a) Vest-Agder samarbeidde med Aust-Agder

b) Fylkesmannen i Sogn og Fjordane opplyser om gruppevegleiing av turnuslegar både i kommuneturnus og i sjukehusturnus.

**Tabell v9.2: Tilsynssaker om turnuslegar 2006-08**

(etter opplysninger i Statens helsetilsyn sitt RegROT-register for rettighets- og tilsynssaker 2008)

|                                | Legevakt   | Allmennlegearbeid | Sjukehus   | Sum        |
|--------------------------------|------------|-------------------|------------|------------|
| Ingen merknad                  | 12         | 19                | 7          | 38         |
| Med merknad:                   |            |                   |            |            |
| - råd/vegleiing                | 8          | 4                 | 9          | 21         |
| - påpeika pliktbrøt            | 1          | 1                 | 3          | 5 a)       |
| - oversendt til Helsetilsynet  | 2          | 2                 | 1          | 5 b)       |
| Sum med merknad:               | 11         | 7                 | 13         | 31         |
| Sum totalt                     | 23         | 26                | 20         | 69         |
| <i>Prosentdel utan merknad</i> | <i>52%</i> | <i>73%</i>        | <i>35%</i> | <i>55%</i> |

a) Dei fem påpeika pliktbrøta var om mangel på øyeblikkeleg hjelp (legevakt), manglande informasjon og samtykke (allmennlegearbeid) og dårleg/feil behandling, feil/for sein diagnose, oppførsel (sjukehus).

b) Dei fem oversendingssakene var om dårleg/feil behandling og mangel på øyeblikkeleg hjelp (legevakt), dårleg/feil behandling, undersøkjing i samband med straffbare forhold (allmennlegearbeid) og dårleg/feil behandling, atferd og skikkethet (sjukehus).

**Tabell v9.3: Alle tilsynssaker i kommunehelsetenesta 2006-08**

(etter opplysninger i Statens helsetilsyn sitt RegROT-register for rettighets- og tilsynssaker 2008)

|                                                  | Allmennlege + kommunelege | Turnuslege i kht.       |
|--------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Årsverk v/årsslutt 2007                          | ca 3.960 a)               | ca 440                  |
| Tilsynssaker pr år i snitt i kommunehelsetenesta | 598 (15 pr 100 årsverk)   | 16 (3,6 pr 100 årsverk) |
| Avslutting av desse:                             |                           |                         |
| - ingen merknad                                  | 265 (=44%)                | 10 (=63%)               |
| - råd/vegleiing                                  | 144 (=24%)                | 4 (=25%)                |
| - påpeika pliktbrøt                              | 108 (=18%)                | 0,7 (=4%)               |
| - oversende til Helsetilsynet                    | 81 (=14%)                 | 1,3 (=8%)               |

a) Dette er 4.400 kommunale legeårsverk fråtrekt turnuslegane.

## 12 Litteraturliste

1. Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege. FOR-2001-12-20-1549.
2. Turnustjenesten for leger: en helhetlig gjennomgang. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. Tilgjengeleg frå: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00040/Turnustjenesten\\_for\\_40449a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00040/Turnustjenesten_for_40449a.pdf).
3. Helse-og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2009-2010). Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/pages/2250451/PDFS/PRP200920100001HODDDDPDFS.pdf>
4. Helse-og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. St. meld. nr 47 (2008-2009). Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/pressemeldinger/pressemeldinger/2009/samhandlingsreformen-rett-behandling--p.html?id=567911>
5. Turnustjenesten for leger: saksnummer: 05/1666. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Tilgjengeleg frå: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-9\\_2005\\_1445a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-9_2005_1445a.pdf)
6. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. 32005L0036.
7. Straume K. Øvelse gir mestring? Turnuslegers reaksjon på usikkerhet i pasientbehandlingen – på begynnelsen og slutten av kommuneturnustjenesten [masteroppgave]. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2003.
8. Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som ortopediingeniør og kiropraktor. FOR-2000-12-21-1382.
9. Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut. FOR-2009-09-09-1175.
10. Smeby JC, Vågan A. Fra utdanning til arbeid. I: Alvsvåg H, Førland O, red. Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribes; 2007.
11. Smeby JC, Vågan A. Recontextualising professional knowledge – newly qualified nurses and physicians. Journal of Education and Work 2008;21(2):159-73.
12. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet: et godt tilbud til de som trenger det mest. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2005. NOU 2005: 11.
13. Helse-og omsorgsdepartementet. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. St. meld.nr 35 (2006-2007). Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-35-2006-2007-.html?id=475114>
14. Kunnskapsdepartementet. Læreren - rollen og utdanninga. St. meld.nr 11 (2008-2009). Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-11-2008-2009-.html>
15. Flores MA, Day C. Contexts which shape and reshape new teachers' identities: A multi-perspective study. Teaching and Teacher Education 2010;22(2):219-32.

16. Cooper JM, Alvaredo A. Preparation, recruitment and retention of teachers. Paris: The International Academy of Education : The International Institute for Educational Planning; 2006. Education Policy Series 5.
17. Kompetanseutvikling i barnevernet : kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2009. NOU 2009:8.
18. Behov for endringer i turnustjenesten for leger? Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2003. Tilgjengeleg frå: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00000/IS-0035\\_864a.doc](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00000/IS-0035_864a.doc).
19. Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger. Oslo: Turnusrådet; 2007. Tilgjengeleg frå: [http://www.legeforeningen.no/asset/35651/1/35651\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/35651/1/35651_1.pdf).
20. Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengeleg frå: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00089/Utviklingsstrategi\\_f\\_89669a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00089/Utviklingsstrategi_f_89669a.pdf).
21. Steinert S. Veiledning av turnusleger i kommunene - behov for legestillinger. Notat til Helsedirektoratet. Oslo: 2008.
22. Berentzen, Å. Oppmelding til turnus – trekning blant utenlandsstudenter [E-mail]. Sendt til Helsedirektoratet (postmottak@helsedir.no) 2009 Nov 6 [sitert 2009 Nov 6].
23. Slørdahl, S. Turnustjenesten for leger – uttalelse frå dekanene [E-mail]. Sendt til Helsedirektoratet (postmottak@helsedir.no) 2009 Dec 17 [sitert 2009 Dec 17].
24. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank quarterly 2005;83(3):457-502.
25. Thorsen O, Steinert S. Utdanningsstillinger i allmennmedisin - en nødvendig videreutvikling av fastlegeordningen. Notat til Helsedirektoratet. 2008. Tilgjengeleg frå: [http://www.nsdsm.no/filarkiv/File/Eksterne\\_rapporter/081128UtdStillingerNotatHdir.pdf](http://www.nsdsm.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/081128UtdStillingerNotatHdir.pdf).
26. Straume K. Internship at the Ends of the Earth – a way to recruit physicians? Rural and Remote Health. Under publisering 2010.
27. Straume K. Retention of health workers in remote areas - experiences from Northern Norway [ppt presentasjon - foredrag på 9th WONCA Rural Health World 2009 Conference]. 2010. Tilgjengeleg frå: [http://www.nsdsm.no/filarkiv/File/presentasjoner/WONCA\\_09\\_KST\\_1\\_Lagret\\_automatisk\\_1\\_.pdf](http://www.nsdsm.no/filarkiv/File/presentasjoner/WONCA_09_KST_1_Lagret_automatisk_1_.pdf)
28. Helse- og omsorgsdepartementet. Om lov om endringar i helsepersonelloven (opphevelse av adgangen til å delegere spesialistgodkjenningssmyndighet til private yrkesorganisasjoner). Ot.prp.nr.83 (2008-2009). Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/pages/2186300/PDFS/OTP200820090083000DDDPDFS.pdf>
29. Senjalegen: modell for framtidig god legetjeneste i kommunene Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy: utredning og forslag fra styringsgruppa. Senja: 2008. Tilgjengeleg frå: [http://www.somna.kommune.no/nordland/somna/somnak.nsf/Attachments/7897A4F353BBD80EC1257654003D00E6/\\$FILE/2008-senjalegerapport+\(3\).doc](http://www.somna.kommune.no/nordland/somna/somnak.nsf/Attachments/7897A4F353BBD80EC1257654003D00E6/$FILE/2008-senjalegerapport+(3).doc)
30. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). LOV 2005-06-17 nr 62.
31. Lov om likestilling mellom kjønnene (likestillingsloven). LOV-1978-06-09-45.
32. Barne- og familiedepartementet. Om lov om endringer i likestillingsloven m.v. (plikt til å arbeide for likestilling, skjerping av forbudet mot forskjellsbehandling på grunn av kjønn, forbud mot seksuell trakassering m.v.). Ot. prp.nr 77 (2000-2001). Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-77-2000-2001-/18.html?id=313083>

33. Forskrift om endring i forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege. FOR 2009-09-29 nr 1246.
34. Tillit, trygghet, tilgjengelighet: styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020. Oslo: Den norske legeforening; 2009.
35. Helse-og omsorgsdepartementet. Mestring, mulighet og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. St. meld. nr. 25 (2005-2006). Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf>
36. Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Tilgjengeleg frå: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00013/IS-1420\\_13616a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00013/IS-1420_13616a.pdf)
37. Helse-og omsorgsdepartementet. Opptappingsplan for rusfeltet. St.prp. nr. 1 (2007-2008), Del 3, Kapittel 8. Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008-/9.html?id=483775>
38. Lie T, Nesvåg S. Evaluering av rusreformen. Stavanger: International Research Institute of Stavanger; 2006. Rapport IRIS 2006/1227.
39. Helse-og omsorgsdepartementet. Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. St.prp. nr. 63 (1997-1998). Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>
40. Helse-og omsorgsdepartementet. Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St.meld. nr. 25 (1996-1997) .
41. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene?: konsultasjonsstatistikk for 2006. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2007. NAV-rapport 4-2007.
42. Helse-og omsorgsdepartementet. Kap. 720 Helsedirektoratet - tildeling av bevilgning. Prop. 1 S (2009-2010). Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/pages/2250451/PDFS/PRP200920100001HODDDDPDFS.pdf>
43. Health at a glance 2009. Paris: OECD; 2009.
44. Texmon I, Stølen NM. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030: dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008. Oslo: SSB; 2009. Rapporter 2009/9.
45. Oversendelse av uttalelse i sak om tilrettelegging av turnustjenesten. Brev av 22.12.2009 til Helsedirektoratet. Oslo: Likestillings- og diskrimineringsombudet; 2009.
46. Avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde. AVT-1992-05-02, artikkel 28-30.
47. En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Tilgjengeleg frå: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490\\_En\\_solidaris\\_18040a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490_En_solidaris_18040a.pdf)
48. Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell. FOR-2004-02-24-460.
49. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.
50. Utredningsinstruksen med veileder i utredningsarbeid. 2. rev. utg. Oslo: Fornyings- og administrasjonsdepartementet; 2007. Tilgjengeleg frå: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/dok/veiledninger\\_og\\_brosjyrer/2007/veileder-i-utredningsarbeid-2.html?id=446164](http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2007/veileder-i-utredningsarbeid-2.html?id=446164).
51. Helse- og omsorgskomiteen. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i

helsepersonelloven (opphevelse av adgangen til å delegere spesialistgodkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner). Innst. O. nr. 122 (2008–2009). Tilgjengeleg frå: <http://www.stortinget.no/Global/pdf/Innstillinger/Odelstinget/2008-2009/inno-200809-122.pdf>

52. Spesialistgodkjenninger, tabelloversikt. [Nettdokument]. Oslo: Den norske legeforening [oppdatert 4 Jan 2010; lest 4 Mar 2010]. Tilgjengeleg frå: <http://www.legeforeningen.no/id/1437>
53. Evang K. Foredrag på møte for fylkesleger og stadsfysici. Meddelelsesblad for Helsedirektoratet 1961;nr. 1
54. Evang K. Meddelelsesblad for Helsedirektoratet 1961;nr. 1
55. Evang K. Meddelelsesblad for Helsedirektoratet 1962;nr. 1
56. Om helsetjenesten utenfor sykehus. St. meld. nr 85 (1970-71).
57. Utredning om spesialistutdanningen av leger, høringsdokument. Oslo: Den norske legeforening; 2007. Tilgjengeleg frå: [http://www.legeforeningen.no/asset/38289/1/38289\\_1.doc](http://www.legeforeningen.no/asset/38289/1/38289_1.doc).
58. Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven). LOV-1982-11-19-66.
59. Statistisk årbok 1965. Oslo: SSB; 1965.
60. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62.
61. Lov om sykehus m.v. LOV 1969-06-19 nr 57.
62. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61.
63. Spesialisthelsetjenesten 2007: Høy kostnadsvekst, nedgang i behandlinger [nettside]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 8 Jun 2008; lest Mar 2010]. Tilgjengeleg frå: <http://www.ssb.no/speshelse/arkiv/art-2008-06-18-01.html>
64. Larsen Ø, Berg O, Hodne F. Legene og samfunnet. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo : Den norske lægeforening; 1986.
65. Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.: spesialist-, tannhelse- og transporttjenestene, pleie-, alkoholist- og barnevernsinstitusjonene, oppgave- og ansvarsfordeling, finansieringsordninger. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 1982. NOU 1982:10.
66. Hauff E, Kumar B. Hvordan kan legens språkforståelse og kulturelle bakgrunn påvirke risikoen for feil? I: Bratland SV, Lundevall S, red. Læring av feil og klagesaker. Oslo: Statens helsetilsyn; 2009. s. 73-80. Rapport fra Helsetilsynet 7/2009.
67. Årsrapport NPS 2008. En analys av barnmorskors, sjukskøterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Tilgjengeleg frå: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8840/2008-131-10\\_200813110\\_rev1.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8840/2008-131-10_200813110_rev1.pdf)
68. Utdanne nok og utnytte godt: innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengeleg frå: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00108/Utdanne\\_nok\\_og\\_utny\\_108299a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00108/Utdanne_nok_og_utny_108299a.pdf).
69. Forland F, red. Migrasjon og helse: utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Utviklingstrekk i helsesektoren. Tilgjengeleg frå: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00124/Migrasjon\\_og\\_helse\\_124049a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00124/Migrasjon_og_helse_124049a.pdf)
70. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA

2002;287(2):226-35.

71. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.
72. Steinert S, Njølstad I. Legers turnustjeneste i kommunene. Får turnuslegene den praktiske erfaringen og veiledningen de trenger? [masteroppgave]. Tromsø: Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø; 2006.
73. Veileder for turnus i kommunehelsetjenesten. Oslo: Den norske legeforening; 2005. Tilgjengeleg frå: [http://www.legeforeningen.no/asset/28003/1/28003\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/28003/1/28003_1.pdf)
74. Veileder for turnus i sykehus. Oslo: Den norske legeforening; 2005. Tilgjengeleg frå: [http://www.legeforeningen.no/asset/26226/1/26226\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/26226/1/26226_1.pdf)
75. "... er hjelpa nærmast": Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse; 2009. Rapport nr. 1-2009. Tilgjengeleg frå: <http://helse.uni.no/upload/Handlingsplan.pdf>
76. Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene: ASA 4310 for perioden 2008 - 2010. Tilgjengeleg frå: <http://kup.no/id/1138>.
77. Helse- og omsorgsdepartementet. Kap. 720 Helsedirektoratet - tildeling av bevilgning. St.prp. nr. 1 (2006-2007). For budsjettåret 2007. Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STP/20062007/001HOD/PDFS/STP200620070001HODDDDPDFS.pdf>
78. Tilskudd til pilotstudie tredelt turnustjeneste i sykehus med psykiatri. Brev av 18.11.2008 til Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
79. Gadgil, I. Turnusforsøk ved UNN HF - bidrag til rapporten om fremtid turnustjeneste for leger [E-mail]. Sendt til Helsedirektoratet (postmottak@helsedir.no) 2009 Dec 21 [sitert 2009 Dec 21].
80. Gruppebasert veiledning av turnusleger - Årsrapport og regnskap for 2001. Brev av 25.02.2002 til Sosial- og helsedirektoratet. Vadsø: Fylkesmannen i Finnmark; 2002.
81. Rohde T. Vedr. forespørsel i forbindelse med utredning av turnustjenesten for leger - legefording. E-post av 09.03.09 med vedlagt brev frå Helse Finnmark til Helsedirektoratet. Hammerfest: Helse Finnmark HF; 2009.
82. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR 2000-04-14 nr 328.
83. Fordeling, forenkling, forbedring: inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2005. NOU 2005:18.
84. Tøndevold, A. Turnustjenesten for leger - innspill frå KS [E-mail]. Sendt til Helsedirektoratet (postmottak@helsedir.no) 2009 Dec 15 [sitert 2009 Dec 15].
85. Kjølvik J. Små kommuner har høyest utgifter til primærhelsetjenesten. Samfunnsspeilet 2004;18(2):34-7. Tilgjengeleg frå: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200402/ssp.pdf>
86. Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land. FOR-2008-10-08-1130.
87. Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell. FOR-2000-12-21-1384.
88. Forskrift om lisens til helsepersonell. FOR-2000-12-21-1379.
89. RÅDSDIREKTIV 93/16/EØF av 5. april 1993 om å lette den frie bevegelse for leger og om gjensidig godkjenning av deres diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis.

[Almennlegedirektivet]. 31993L0016.

90. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-1967-02-10.
91. Forskrift om turnusordningen for fysioterapikandidater i kommunehelsetjenesten. FOR 1983-06-24 nr 1229.
92. Om presiseringar vedr. krav til turnustjeneste i bestemte situasjonar. Brev av 01.02.2005 til SAFH. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
93. Helse- og omsorgsdepartementet. Krav til veiledet tjeneste for medisinske kandidater som ikke er forpliktet til å gjennomføre turnustjeneste. Rundskriv nr I-1/2008. Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2008/i-12008-krav-til-veiledet-tjeneste-for-m.html?id=496231>
94. Høring - vedr. krav om praktisk tjeneste for leger med utdanning fra EU/EØS-land. Brev av 18.10.2006 til Sosial- og helsedirektoratet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/HRA/Brev%2018-10-2006.pdf>.
95. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). FOR 2007-06-28 nr 814.
96. Legeavtalene. [Nettdokument]. Oslo: KS [oppdatert 20 Nov 2009; lest 4 Mar 2010]. Tilgjengeleg frå: <http://www.ks.no/tema/Arbeidsgiver/Lønns-og-arbeidsvilkar/Legeavtalene/>
97. Lov om folketrygd (folketrygdloven). LOV 1997-02-28 nr 19.
98. Overenskomstens del A2 mellom NAVO-Helse og Den norske legeforening (Dnlf): revidert etter mekling 2007: særskilte lønns- og arbeidsvilkår for leger mellom NAVO-Helse og Den norske legeforening. [Nettdokument]. Oslo: Den norske legeforening [oppdatert 22 Jun 2007; lest 4 Mar 2010]. Tilgjengeleg frå: <http://www.legeforeningen.no/id/122581.1>
99. Lov om statsgaranti for lønnskrav ved konkurs m.v. LOV 1973-12-14 nr 61.
100. Norges Høyesterett. Dom. HR-2007-2162-A - Rt-2007-1851.
101. Turnustjenesten for leger: turnusrapport I-1004B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 2000. Tilgjengeleg frå: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2001/i-1004-b.html?id=277688](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2001/i-1004-b.html?id=277688).
102. Ebbing M, Brinchmann-Hansen Å, Grytten N, Kvavik BO, Vigen T, Taraldset A. Utredning om turnustjenesten. Oslo: Den norske legeforening; 2000. Upublisert.
103. Prosjektgruppe E5 - Regional Helseplan 2001-2004. Turnusplasser for leger i regionen. Konsekvenser for økningen av antall turnuskandidater i 4-års perioden. Kristiansand: 2007.
104. Turnuslege i sykehus – gruppebasert rettledning – oppsummering og vurdering. Brev av 31.10.2008 til Helsedirektoratet. Tønsberg: Fylkesmannen i Vestfold; 2008.
105. Gruppebasert rettleiing av turnuslegar i sjukehus. Brev av 29.10.2008 til Helsedirektoratet. Leikanger: Fylkesmannen i Sogn og Fjordane; 2008.
106. Skeie A, Svori L, Stensland P. Sikring av ferdigheitslæring hjå turnuslegar. Ein studie av turnus i kommunehelsetenesta i Sogn og Fjordane 2007-2008. Leikanger: Fylkesmannen i Sogn og Fjordane; 2008.
107. Vandvik B, Jakobsen A. Turnustjenesten og turnuskandidatene fra et utdannelsesmessig synspunkt. Tidsskrift for den Norske lægeforening 1970;90(21):1319-51.
108. Akre V, Vikanes Å, Hjortdahl P. Profesjonalisering uten styring? En undersøkelse om det faglige

innholdet i turnustjenesten. Tidsskrift for den Norske lægeforening 1992;112(19):2546-51.

109. Vikanes Å, Akre V, Hjortdahl P. Medisinsk grunnutdanning i utakt: Grunnutdanninga slik turnuskandidaten opplever ho. Tidsskrift for den Norske lægeforening 1992;112(19):2541-5.
110. Falck G, Brattebø G, Aarseth O. Er turnuskandidaters opplæring i praktiske prosedyrer god nok? Tidsskrift for den Norske lægeforening 1995;115(17):2091-5.
111. Lundeby T, Tronnes H, Falck G. Unge legers selvrapporterte praktiske ferdigheter. Tidsskrift for den Norske lægeforening 1999;119(19):2849-53.
112. Gaarder K, Eide NA, Falck G. Turnuslegers ferdigheter i praktiske prosedyrer. Tidsskrift for den Norske lægeforening 2000;120(13):1512-7.
113. Falck G, Brattebø G, Brinchmann-Hansen A, Ebbing M. Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter turnustjeneste i distrikt. Tidsskrift for den Norske lægeforening 2003;123(16):2265-7.
114. Kolloen G. Turnustjenesten i et endret landskap. Hvilke endringer og utfordringer står turnusordningen ovenfor? Sett i lys av fastlegereformen og helseforetaksreformen [semesteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for ledelse og helseøkonomi; 2010.
115. Skjelsager K, Lillevang G, Ringsted C. Kort og godt... om den lægelige videreuddannelse. 3 utg. utg. København: Center for Klinisk Uddannelse, Rigshospitalet og Københavns Universitet; 2008.
116. Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. St. meld. nr. 9 (1974-1975).
117. Årbok for Den norske lægeforening 1966-67. Oslo: Den norske lægeforening; 1967.

**Helsedirektoratet**

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

The bottom half of the page features a solid teal background. Overlaid on this background are several thin, white, parallel diagonal lines that slope downwards from left to right, creating a sense of movement and depth.