

Fra turnustjeneste til LIS1

Michael 2022; 19: 52–7.

Turnustjenesten for leger er avviklet, og er ikke lenger noe krav for å få autorisasjon som lege. I stedet har vi fått «leger i spesialisering, del 1» (LIS1), som er en første, felles del av alle spesialiseringsløp. LIS1 er beregnet å ta like lang tid som den gamle turnustjenesten, og innholdet er mye av det samme. For å sikre ensartet utbytte av tjenesten, er det utarbeidet mye mer detaljerte læringsmål enn tidligere. Fordelingen av stillingene skjer ikke lenger etter loddtrekning, men stillingene søkes etter de samme prinsipper som i arbeidslivet for øvrig.

En praktisk tjeneste for medisinske kandidater ble foreslått allerede i 1911 (1), men det var først etter studieplankomiteens innstilling om nedkorting av studietiden til 6–6 ½ år, at prinsippet om en etterfølgende praktisk tjeneste ble knesatt i kongelig resolusjon 20. oktober 1950. Før plikttjenesten kunne innføres, ble det nedsatt et nytt utvalg som utredet de praktiske sidene ved tjenesten. Utvalget avga sin innstilling 26. februar 1952, og turnustjenesten for leger ble fastsatt ved kongelig resolusjon av 24. april 1954. Tjenesten, som omfattet ett år på sykehus og et halvt år i distrikt, ble satt i drift fra 1955.

Formålet med turnustjenesten var fra begynnelsen rent pedagogisk: Gjennom praktisk legearbeid under veiledning og oppsyn fra en erfaren kollega, skulle de unge kandidatene opparbeide nødvendig erfaring og ferdigheter til å utøve legевirksomhet på egenhånd. Først etter fullført turnustjeneste fikk de sin autorisasjon til selvstendig virke som lege.

De første årene var det vanskelig å få sykehusene og de offentlige legene til å ta imot turnuskandidater. Utover på 1960-tallet ble det imidlertid legemangel i Norge, og turnuskandidatene ble redningen for mange sykehus og legedistrikter. Det førte til en stigende misnøye blant turnuslegene, som klagde på det utdanningsmessige innholdet i tjenesten og mente at dette

bare var «kamouflert beordring». Misnøyen kulminerte i dannelsen av en egen kandidatforening i 1965. Turnuslegene var på det tidspunktet blitt så uunnværlige i helsetjenesten at sentrale myndigheter og Legeforeningen lot seg presse inn i intense forhandlinger, som førte til betydelig bedring av kandidatenes lønns- og arbeidsforhold. Det ble også nedsatt en ny turnuskomite som skulle foreslå tiltak for å bedre den utdannelsesmessige verdien av turnustjenesten. Etter anmodning fra komiteen foretok Vandvik & Jakobsen en undersøkelse som ble publisert i *Tidsskriftet* i 1970 (2). De fant store variasjoner i tjenestens innhold, og foreslo at det måtte utarbeides nærmere retningslinjer for turnustjenesten. Helsedirektoratet utarbeidet etter hvert en målbeskrivelse og retningslinjer som ble revidert flere ganger (3, 4), og i 2001 en egen turnusforskrift (5).

Etter at arbeids- og læringsforholdene for turnuslegene ble bedret, later det til å ha blitt mer politisk akseptert at turnustjenesten også ble et virkemiddel for legefordeling: Det ble opprettet flere turnusstillinger i rekrutteringssvake områder, og i flere deler av landet ble turnuslegene det viktigste rekrutteringspotensialet for videre ansettelser. Selv om fordelingen av turnusstillingene skjedde etter loddtrekning, og mange leger ble «sendt ut i distriktet mot sin vilje», valgte mange å bli der – i hvert fall for noen år (6). Rekrutteringseffekten av turnustjenesten har variert opp gjennom årtiene; avhengig av konjunktorene på legemarkedet totalt sett.

Bærekraften som forsvant

Turnustjenesten var i utgangspunktet en rettighet for søkerne, og en forutsetning for å få full autorisasjon som lege. Fra årtusenskiftet ble det utdannet stadig flere medisinerere; ikke minst norske ungdommer som studerte i utlandet. De fleste av disse ønsket turnustjeneste i Norge. Fra 1998 til 2009 ble antallet turnusstillinger i sykehusene mer enn doblet; fra 403 til 895 (7). Også en del utenlandske statsborgere søkte turnus i Norge som en inngangsport til den norske helsetjenesten. Etter hvert kunne man ikke fortsette å opprette nye turnusstillinger i takt med antallet søkere, og man måtte begynne å operere med ventelister som stadig økte. Med det store antallet norske ungdommer som nå studerte medisin i utlandet, innså man at turnusordningen ikke lenger var bærekraftig.

Samtidig ble det reist kritikk mot det «beordringssystemet» som den trekningsbaserte fordelingen medførte. Den ble stemplet som «kvinnediskriminerende» fordi det ble ansett som mer belastende for kvinnelige enn mannlige leger å måtte flytte med familie til andre deler av landet. Søknadene om særplassering av sosiale og familiære grunner økte sterkt, og turnusordningen ble stadig vanskeligere å administrere.

I 2012 ble det derfor besluttet å endre den trekningsbaserte tildelingen av turnusplasser, og erstatte den med en søknadsbasert ordning, som skulle ligne mest mulig på ordinære tilsettingsprosesser i arbeidslivet: Helseforetak og kommuner skulle lyse ut stillingene i Helsedirektoratets «turnusportal» og kandidatene kunne legge inn elektroniske søknader på de stillingene de ønsket. Den første søknadsrunden ble gjennomført våren 2013. Som i andre tilsettingsprosesser skulle helseforetakene, i samarbeid med de tilknyttede kommunene, gjennomgå søknadene og plukke ut de best kvalifiserte til intervju. Det er ingen begrensning i hvor mange søknader hver kandidat kan sende inn, og mange foretak mottok langt over 700 søknader. Tilbud om stilling ble sendt ut fra alle helseforetak samtidig og med kort svarfrist. For å sikre rekrutteringen til hele landet, ble tilbud om stillinger i rekrutteringssvake områder sendt ut først, og kandidatene måtte svare før tilbud ble sendt ut fra mer sentrale sykehus og kommuner. Denne ordningen ble avvirket i 2015, da man så at det ikke var vanskelig å fylle opp stillingene også i mer perifere strøk. Det er fortsatt langt flere søkere enn stillinger, og mange må søke både to og tre ganger før de får en stilling. Selv om antall LIS1-stillinger har blitt økt de siste par årene, går til enhver tid 400–700 nyutdannede leger og venter på å komme inn i ordningen.

Den søknadsbaserte tildelingen er blitt evaluert både av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (8), og av Helsedirektoratet (9). Hovederfaringen er at mange helseforetak, til tross for den store administrative byrden ved tilsettingene, er fornøyd med ordningen: De får dyktige og motiverte leger, som de selv har plukket ut, og som er lette å rekruttere til videre spesialisering i foretaket. Så lenge det er færre stillinger enn søkere, har det ikke vært vanskelig å fylle opp stillingene i alle deler av landet. Selv Helse Finnmark har hatt over 400 søkere på sine utlysninger.

Kommunene, særlig i distriktene, er mindre fornøyde. Stillingene i kommunene er knyttet opp mot stillinger i et bestemt foretak, og det har vært en forutsetning at kommunene skulle involveres i tilsettingsprosessen. Det har i liten grad skjedd, og kommunene hevder at foretakene velger ut de kandidatene som er mest motivert for arbeid i foretaket. Mange distriktskommuner har også opplevd at kandidatene, i tråd med arbeidslivets rettigheter, sier opp stillingen i kommunen like før tiltredelse og finner seg en restplass i en mer attraktiv kommune. Legefordelings- og rekrutteringseffekten av den nye ordningen må derfor sies å ha blitt dårligere for de rekrutteringssvake kommunene.

For de unge legene selv, er erfaringene delte: På den ene siden har de større mulighet til selv å velge hvor de vil arbeide; på den annen side må de kjempe hardt for å få en stilling. Mange forteller at de allerede tidlig i stu-

diet begynner å posisjonere seg for å få en LIS1-stilling der de ønsker; ved å jobbe mye klinisk ved siden av studiet og delta i aktiviteter som blir vektlagt ved tilsetting. Studentene kan oppleve det som viktigere å «få en fot innenfor» på et sykehus, enn å konsentrere seg om selve studiet.

Det er vel knappheten på stillinger, ikke tildelingsordningen i seg selv, som skaper disse problemene. En LIS1-plass er ikke lenger noen rettighet for den enkelte lege; like lite som de senere har rett til stilling innenfor akkurat den spesialiteten de ønsker seg mest. Siden så stor andel av de nye legene utdanner seg utenfor Norge, har norske myndigheter ingen mulighet for å regulere legemarkedet gjennom antallet studieplasser som opprettes. Antall LIS1-stillinger er derfor blitt en flaskehals som regulerer hvor mange som kommer inn i spesialisering i den offentlige helsetjenesten. Antallet stillinger ble holdt konstant på 950 stillinger årlig i en del år, men i 2019 foreslo Helsedirektoratet å opprette 200 nye LIS1-stillinger (10). Etter det har man økt antall stillinger i flere omganger, og i løpet av 2023 vil målet om 1150 stillinger årlig være nådd.

Fra grunnutdanning til spesialistutdanning

Internasjonale avtaler (11) som Norge har tiltrådt, reiste utover på 2000-tallet spørsmål om vi hadde lov til å kreve turnustjeneste før kandidatene kunne få autorisasjon som lege. Samtidig ønsket vi å beholde den viktige funksjonen som turnustjenesten hadde hatt, både for legefordeling og som pedagogiske virkemiddel. Det at mange norske leger ble utdannet i utlandet, med varierende grad av klinisk erfaring i studiet, var et tilleggsargument. I tillegg til opparbeidelse av klinisk dyktighet, har profesjonalisering opp mot den norske helsetjenestens innretning og verdier vært en viktig målsetting ved turnustjenesten.

Det var derfor et sterkt ønske om å beholde de pedagogiske virkemidlene fra den gamle turnustjenesten, selv om autorisasjon som lege fra 2012 ble gitt etter avlagt eksamen som cand. med. Løsningen ble å videreføre mange av elementene fra turnustjenesten over i den nye spesialistutdanningen som var under planlegging og ble innført i 2016. Tanken var å etablere en felles basisopplæring som var obligatorisk for å komme videre i alle spesialiseringsløp – Leger i spesialisering, del 1. LIS1 var født.

Den nye spesialistutdanningen (12, 13) er innrettet mot den *kompetansen* som legen skal oppnå, mer enn mot tjenestetid på forskjellige avdelinger og gjennomføring av bestemte kurs og andre læringsaktiviteter. Det er en minstetid for utdanningen (seks og et halvt år inkl. LIS1), men det er oppnådde *læringsmål* som bestemmer når man kan godkjennes som spesialist. Det er slutt på grenspesialiteter, men de kirurgiske og indremedisinske

spesialitetene har hver sin felles del 2 (etter LIS1) før de tar fatt på LIS3 som er unik for hver spesialitet.

I den nye spesialistutdanningen har *arbeidsgiver* fått en sterkere rolle enn tidligere. For å bli godkjent som utdanningsvirksomhet i en bestemt spesialitet, må helseforetaket (eller kommunen) legge fram en plan for utdanningsstillingene og hvordan læringsmålene skal kunne oppnås. Det er legens linjeleder som, etter å ha innhentet uttalelse fra veileder og supervisor, skal attestere at læringsmålene er oppfylt. Det er etablert en egen digital «kompetanseportal» der alle læringsmål og læringsaktiviteter skal loggføres, og der kandidatens progresjon kan følges og den endelige godkjenningen til slutt kan gis.

Den nye LIS1-tjenesten er bygget over samme lest som den gamle turnustjenesten: Ett år i sykehus etterfulgt av et halvt år i kommunehelsetjenesten. Legen skal arbeide under veiledning og supervisjon av erfarne kolleger, med økende grad av selvstendighet etter hvert som kompetansen øker. Opplæringen struktureres etter de samme prinsipper som resten av spesialistutdanningen: Kravene til veiledning og supervisjon er utvidet og formalisert, og det er fastsatt en rekke *læringsmål* (14) som kandidaten skal oppnå i løpet av tjenesten: 85 *kliniske læringsmål*, (101 for de kandidatene som også har tjeneste i psykiatrien) som omfatter både klinisk arbeidsmåte og en rekke kliniske tilstander som alle leger bør kunne håndtere. I tillegg kommer 50 *felles kompetansemål* som omhandler kommunikasjon og samhandling, etikk og lovverk, kvalitet og pasientsikkerhet, kunnskapshåndtering og pasientmedvirkning mm.

Oppsummering

Mye har forandret seg siden turnustjenesten ble innført i 1955, men de grunnleggende utfordringene rundt overgangen fra student til selvstendig profesjonsutøver er langt på vei de samme. Denne profesjonaliseringsfasen har gått fra å være avslutningen på grunnutdanningen til å bli begynnelsen på spesialistutdanningen, og kravene til hva kandidatene skal tilegne seg av kunnskaper, ferdigheter og holdninger er mer eksplisitte.

Turnustjenesten har opp gjennom årtiene vært et viktig virkemiddel for legefordeling, og dermed bidratt til at Norge har kunnet opprettholde en så desentralisert helsetjeneste. Så lenge det er færre LIS1-stillinger enn søkere, ser denne effekten ut til å holde seg for spesialisthelsetjenestens vedkommende. Men distriktskommunene har ikke de virkemidlene de trenger for å sikre stabil tilgang på LIS1 i den søknadsbaserte ordningen. Det er med på å forsterke allmennlegekrisa i distriktene.

Litteratur

1. Forhandlingerne på det 14. lægelandsmøte 1911, foreløpig referat. *Tidsskr Nor Legeforen* 1911; 31: 828–833.
2. Vandvik B, Jakobsen A. Turnustjenesten og turnuskandidatene fra et utdanningsmessig synspunkt. *Tidsskr Nor Legeforen* 1970; 90: 1318–51.
3. Helsedirektoratet. *Turnustjeneste for medisinske kandidater*. IK-27/89. Oslo: Helsedirektoratet, 1989.
4. Statens helsetilsyn. *Turnustjenesten for leger*. IK-17/98. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
5. *Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for lege ved loddtrekning*. FOR 2001–12–20 nr 1549. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-20-1549> 12.1.2022
6. Straume K, Shaw DMP. Internship at the ends of the earth – a way to recruit physicians? *Rural and Remote Health* 2010; 10: 1366–75.
7. Helsedirektoratet. *Nybyrjarstilling for legar*. IS-1783/2010. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
8. Abelsen B, Gaski M. *Ny turnustjeneste for leger*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2017.
9. Helsedirektoratet. *Spesialistutdanning for leger, LIS1*. IS-3002/2021. Oslo: Helsedirektoratet, 2021.
10. Helsedirektoratet. *Foreslår opprettelse av 200 nye LIS1-stillinger* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet, 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/foreslar-opprettelse-av-200-nye-lis1-stillinger> 12.1.2022
11. *EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv* 2005/36/EF. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:02005L0036-20211210&qid=1642100593738&from=DA> 12.1.2022
12. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>
13. Arntzen E, Samset PM. Spesialistutdanningen for leger – tydelig ansvar, bedre kvalitet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 898–9. doi: 10.4045/tidsskr.16.0402
14. Helsedirektoratet. LIS1 – Læringsmål <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/lis1/lis1-laeringsmal> 12.1.2022

Karin Straume
karin.straume@helsedir.no
Helsedirektoratet
Postboks 220, Skøyen
0213 Oslo

Karin Straume er fagdirektør i Helsedirektoratet.