
LIS1-tjenesten: Jeg kom, jeg så, jeg kryssset av

LEDER

BEANCA GJØLBERG GROTTENBERG

beancasofie@outlook.com

Beanca Gjølberg Grottenberg er lege i spesialisering i onkologi, Avdeling for blod- og kreftsykdommer, Stavanger universitetssjukehus, medlem av styret i Yngre legers forening og medlem i Legeforeningens LIS1-komité.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ordningen med turnustjeneste ble i 2017 erstattet med LIS1-tjeneste, dvs. lege i spesialisering del 1. Med omleggingen fulgte også en kvalitetsreform. Men har egentlig utbyttet av tjenesten blitt bedre?

Turnustjenesten ble i 2017 erstattet av tjeneste som lege i spesialisering del 1, gjerne forkortet LIS1-tjeneste, som første del av utdanningen til spesialist. Selv om antallet LIS1-stillinger øker, vedvarer køen av unge leger som venter på en slik stilling (1). Den nye spesialistutdanningen skulle være en kvalitetsreform, men foreløpig synes den største endringen å være et betydelig økt dokumentasjonskrav. Det er over hundre læringsmål – et vidt spenn fra kliniske ferdigheter til etiske betraktninger – som skal dokumenteres, krysses av og godkjennes i ny LIS1-ordning.

Ordningen med turnustjeneste for leger ble innført i 1954 og var den gang en overgang fra en nokså teoribasert utdanning til klinisk virksomhet. Med EØS-avtalen kunne etter hvert alle leger med europeisk statsborgerskap få et nummer i trekningen om turnusplass, og dette ble en av flere faktorer som førte til økt kø av folk som ventet på en turnusplass.

«Ett av flere dilemmaer har vært å skille søkerne fra hverandre i ansettelsesprosessen»

I starten av 2000-tallet så man derfor behov for å finne en løsning på lange ventetider (2). I 2012 ble autorisasjonstidspunktet flyttet til umiddelbart etter medisinsk embetseksamen i Norge. Ordningen med turnustjeneste ble samtidig omgjort fra en rettighetsbasert til en søknadsbasert ordning. Dette førte til en ressurskrevende ansettelsesprosess to ganger i året. Ett av flere dilemmaer har vært å skille søkerne fra hverandre i ansettelsesprosessen, der et viktig kvalifikasjonsprinsipp har blitt relevant legeerfaring – paradoksalt nok. Flere og flere kvalifiserte leger i kø har ført til forventning om CV-bygging blant medisinstudentene allerede fra starten av studiet.

LIS1-tjeneste inngår nå som første del av den norske spesialistutdanningen og er obligatorisk for å fortsette videre spesialisering. Strukturen med ett år i sykehus og et halvt år i distrikt er uendret. Med ny ordning for spesialistutdanningen ble det innført læringsmål og krav om minstetid for hele spesialistutdanningen. Helse- og omsorgsdepartementet bestemmer innholdet i spesialistforskriften og antall ordinære LIS1-stillinger (3), mens Helsedirektoratet har ansvar for å følge opp bestemmelsene i forskriften. Legeforeningen jobber særskilt med kvalitet og innhold i tjenesten, herunder læringsmål og læringsaktiviteter, med en egen fagmedisinsk LIS1-komité. Komiteens rolle er å gi råd til Helsedirektoratet i alle faglige spørsmål som omhandler spesialistutdanning.

Den nye ordningen for utdanning av legespesialister har ikke blitt evaluert på nasjonal basis, dette til tross for innføring av en nasjonal kvalitetsreform for spesialistutdanningen (3). Veiledning og supervisjon er grunnleggende for å gjennomføre fortløpende kompetansevurdering og er en forutsetning for å godkjenne læringsmål (4), men det finnes ingen nasjonal standard for hvordan kompetansevurdering skal gjennomføres.

«Det finnes ingen nasjonal standard for hvordan kompetansevurdering skal gjennomføres»

«Jeg har aldri møtt min veileder og er snart ferdig med sykehusåret, får jeg LIS1 godkjent?» «Veiledning er kun gjennomgang av læringsmålsjekklisten, uten reell vurdering.» «Jeg er alene på legekontoret fire av fem dager i hele sommer. Er det greit?» Slike tilbakemeldinger får Yngre legers forening fra LIS1-leger og tillitsvalgte. Inntrykket er at det er stor variasjon i innhold og gjennomføring av LIS1-tjenesten – fra veldig bra til stort forbedringspotensial, både på sykehus og i kommunene. Vi får høre at LIS1-legenes utdanning er det første som må vike når vanlig drift må prioriteres. LIS1-legene er sjelden i posisjon til å etterspørre reell kompetansevurdering når ikke systemet legger til rette for det. Det er ikke manglende vilje blant kollegaene det står på, men manglende tid, rom og satsing på kompetansevurdering i en travel klinisk hverdag.

Utdanning er en av helsetjenestens kjerneoppgaver. Regelmessig veiledning og hyppig supervisjon må være regelen. Kvalitetsreformen har, slik jeg ser det, blitt en dokumentasjonsreform, ikke en kvalitetsreform. Verken i

spesialisthelsetjenesten eller i primærhelsetjenesten er det ressurser til å etterleve spesialistforskriftens krav. Ressursene må på plass, slik at vi faktisk får en *reell* kvalitetsreform.

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Leger i spesialisering – Statusrapporter for søknadsrunder. www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-spesialisering-statusrapporter-for-soknadsrunder Lest 15.7. 2022.
2. Kun seks av ti fikk turnusplass. Dagens medisin 12.2.2004. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2004/02/12/kun-seks-av-ti-fikk-turnusplass/> Lest 15.7. 2022.
3. FOR-2016-12-08-1482. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482?q=spesialistforskriften> Lest 15.7. 2022.
4. Helsedirektoratet. Veiledning og supervisjon. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmennmedisin/veiledning-og-supervisjon> Lest 15.7. 2022.

Publisert: 15. august 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0430
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. februar 2026.