

Høringsnotat

Endringer i flere forskrifter om krav til kompetanse m.m. for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

(Del av oppfølging av Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenestens anbefalinger vedrørende krav til kompetanse m.m. for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten)

Høringsfrist: 1.2.2025

1	Hovedinnholdet i høringsnotatet.....	3
2	Bakgrunn.....	3
3	Om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	4
3.1	Innledning	4
3.2	Gjeldende rett.....	5
3.2.1	Regulering i lov.....	5
3.2.2	Regulering i forskrift	5
3.3	Departementets vurdering og forslag	11
3.3.1	Innledning.....	11
3.3.2	Om kravene til kompetanse etter forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.....	12
3.3.3	Krav til lege for å utløse rett til trygderefusjon.....	21
4	Veiledning av LIS1 og ALIS - forslag om endringer i forskrift om fastlegeordning i kommunene	22
4.1	Innledning	22
4.2	Gjeldende rett.....	22
4.3	Departementets vurderinger og forslag.....	23
5	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	24
6	Forslag til endringer	26

1 Hovedinnholdet i høringsnotatet

I dette høringsnotatet foreslås endringer i flere forskrifter som skal bidra til å sikre nødvendig legekompentanse og økt rekruttering av leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at befolkningen får god tilgang til helsehjelp.

Departementet foreslår endringer i følgende forskrifter:

- forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (forskrift om kompetansekrav for leger)
- forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)
- forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter (forskrift om trygderefusjon for leger m.v.)
- forskrift 26. juni 2023 nr. 1125 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger (stønadsforskriften).
- forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene (forskrift om fastlegeordning i kommunene)

Forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) er behandlet i eget høringsnotat som ble sendt på høring 3. juli 2024 med høringsfrist 14. oktober 2024.

2 Bakgrunn

Regjeringen satte ned et hurtigarbeidende ekspertutvalg i august 2022 som fikk i oppdrag å utrede konkrete forslag til tiltak for å gjøre allmennlegetjenesten mer bærekraftig. Ekspertutvalget leverte sin rapport 18. april 2023. Utvalget kom med 59 konkrete forslag til tiltak, sortert under overskriftene organisering, finansiering, tverrfaglighet, fastlegers arbeid med attester, kompetanse i allmennlegetjenesten og digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse. Til grunn for utvalgets forslag til tiltak ligger det at det skal være likeverdig tilgang på helsetjenester, bredde i tilbudet og flest mulig tjenester i nærmiljø, samt kontinuitet, formålstjenlig, bærekraftig og effektiv bruk av ressurser.

Utfordringer i allmennlegetjenesten, og fastlegeordningen spesielt, har hatt stor oppmerksomhet over flere år. Det har særlig vært søkelys på at innbyggere ikke får oppfylt sin rett til å stå på fastlegeliste. Selv om en de siste årene har sett en positiv utvikling, har fortsatt om lag 173 000 innbyggere ikke fastlege. Departementet understreker at det å ikke ha fastlege ikke er ensbetydende med at innbyggerne ikke får forsvarlig helsehjelp. De fleste lister uten fast lege er betjent av vikar. Det fremgår av Ekspertutvalgets rapport at innbyggere på lister uten fastlege har omtrent like mange

allmennlegekonsultasjoner per år som pasienter med fastlege, og de har ikke flere legevaktbesøk enn pasienter med fastlege. Distriktene har størst utfordringer med å rekruttere fastleger, og tilsvarende er kontinuitet i lege-pasientforholdet lavest i de minst sentrale kommunene.

Fastlegene har over tid gitt uttrykk for økende arbeidsbelastning, og at stadig flere jobber lengre dager, på kvelder og i helger. Ekspertutvalget har påpekt at organisering og finansiering av legetjenesten i kommunen ikke oppleves attraktivt nok for unge leger. For departementet er det viktig å sikre at manglende rekruttering og stabilitet ikke går ut over forsvarligheten av tjenestetilbudet. Det er utfordrende for kommuner å rekruttere leger og det er en økende tendens til bruk av vikarer. Videre viser undersøkelser at legene er for lite integrert i øvrige tjenester, at dagens ordning gir for lite handlingsrom for kommunene med lite tjenesteinnovasjon og lite tverrfaglighet. Etter senere års styrking av allmennlegetjenesten med økning i basistilskudd og et nasjonalt tilskudd til kommuner for leger som spesialiserer seg i allmenntilmedisin (ALIS) oppgir flere leger at arbeidsbelastningen er redusert, og færre vurderer å forlate yrke enn tidligere. I tillegg har økningen i antallet stillinger for leger i spesialistutdanningens første del (LIS1-stillinger) bidratt til at flere leger er kvalifisert for å starte som ALIS. I 2024 har rekrutteringen til spesialisering i allmenntilmedisin vært rekordhøy og flere yngre leger har valgt å bli allmennlege.

Kravene til kompetanse har bidratt til å begrense kommunenes tilgang på leger og gitt lite fleksibilitet i hvordan spesialistutdanningen kan gjennomføres. Selv om det nå sees en bedring i rekrutteringen, er det fortsatt behov for tiltak for å sikre tilstrekkelig legebemanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet vurderer i likhet med Ekspertutvalget at det er nødvendig å foreta endringer som kan bidra til å lette på utfordringene samtidig som en sikrer at forsvarlighetskravet er ivarettatt og at det er god kvalitet på tjenestene.

3 Om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

3.1 Innledning

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er personellintensive tjenester, og tjenestenes kvalitet er avhengig av personellens kvalifikasjoner, kunnskap og holdninger. God kompetanse på riktig nivå, på rett sted og til riktig tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Utviklingstrendene i befolkningens forventninger og demografi forsterker dette poenget. Både Helsepersonellkommissjonen og Ekspertutvalget peker på at helsepersonell i framtiden vil måtte ta hånd om flere pasienter og brukere enn i dag, og at den største behovs- og aktivitetsøkningen vil komme i kommunen.

Kompetansekrav må balansere hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet med hensynet til rekruttering og tilstrekkelig tilgang på leger. Det har siden opprinnelig vedtakelse av forskrifter om kompetansekrav vært behov for unntaksvilkår fra kompetansekravene.

Dette skyldes i hovedsak vanskeligheter for kommunene med å rekruttere personell som oppfyller kompetansekravene

Det er videre sentralt at regelverket er forståelig slik at det er mulig å etterleve for kommunene og helsepersonellet. Dagens regelverk er svært komplisert og ikke lett tilgjengelig. Det er også noe inkonsistens mellom forskriftene.

3.2 Gjeldende rett

3.2.1 Regulering i lov

Kommunene har etter lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvaret er nærmere presisert i lovens § 3-2 første ledd hvor ansvaret for fastlegeordning og legevakt er regulert. Tjenestene som tilbys eller ytes skal etter lovens § 4-1 være forsvarlige, og kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. Kommunens lovpålagte plikt innebærer å tilby opplæring og oppfølging dersom dette er nødvendig for at helsepersonellet skal kunne yte forsvarlige tjenester. Det vises også til helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 om at kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven, får påkrevd videre- og etterutdanning.

Det er i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) stilt krav til det enkelte helsepersonells yrkesutøvelse, hvor det i § 4 fremgår at helsepersonellet skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Forsvarlighetskravet knyttes opp mot en konkret vurdering av den enkelte leges kompetanse og ferdigheter i forhold til aktuelle arbeidsoppgaver.

Pasientens og brukerens rettigheter er regulert i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Etter § 2-1 a andre ledd har pasient og bruker rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» fra kommunen. Bestemmelsen speiler kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen.

Etter lovens § 2-1 c har enhver som er bosatt i en norsk kommune rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale.

3.2.2 Regulering i forskrift

3.2.2.1 Forskrift om kompetansekrav for leger

Forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (forskrift om kompetansekrav for leger) er gitt i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, og formålet med forskriften er å bidra til å heve kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. § 1. Den gjelder for alle leger som tiltrer

stillinger med oppgave å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. Forskriftens § 3 lyder:

Kommunen skal sikre at leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven

- a) har spesialistgodkjenning i allmennmedisin*
- b) er under spesialisering i allmennmedisin, eller*
- c) har godkjenning som allmennlege etter § 8 i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon eller som spesialist i allmennmedisin eller allmennpraktiserende lege etter § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits.*

Forskriften fastslår at leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal være spesialist i allmennmedisin, være under spesialisering i allmennmedisin eller ha godkjenning som allmennlege eller allmennpraktiserende lege. Kompetansekravene kan ses på som en presisering av forsvarlighetskravet.

I forskriftens § 4 første ledd bokstav a er det gjort unntak fra kravet til kompetanse etter § 3 for leger som tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet. Videre er det i samme bestemmelse gjort unntak med grunnlag i rekrutteringsutfordringer i kommunen slik at leger som ikke har oppnådd alle læringsmålene i del 1 (spesialistutdanningens første del – heretter omtalt som «LIS1»), kan tilsettes i eller få forlenget vikariater av mer enn ett års varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til og med 31. desember 2024.

Departementet har sendt på høring forslag om å forlenge unntaksbestemmelsen til å gjelde for vikariater med varighet frem til og med 30. juni 2025 i påvente av endelig regulering av kompetansekravene. Kommuner som benytter seg av unntak etter § 4 må rapportere om bruken av unntaket til Helsedirektoratet. Det er også i § 4 første ledd bokstav b og c gjort unntak for leger som deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid eller leger som har en godkjent spesialistutdanning og arbeider utenfor fastlegeordningen.

3.2.2.2 Akuttmedisinforskriften

Forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Formålet med forskriften er å bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Kompetansekravene i forskriftens § 7 første ledd bokstav a-e oppstiller fem alternative vilkår for at lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt og lyder:

En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når vilkårene i bokstav a, b, c, d eller e er oppfylt:

a. Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering. For leger med allmennlegeutdanning fra andre EØS-land eller Sveits gjelder vilkårene i bokstav e.

b. Legen har gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen (cand.med. eller norsk autorisasjon). Legen må i tillegg, eller som del av tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

c. Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 8, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger. Veiledet tjeneste kan f.eks. gjennomføres i stilling i den kommunale allmennlegetjenesten, eller i stilling i helseforetak der legen er under spesialisering. Legen må i tillegg, eller som del av den veiledete tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

d. Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 11 fjerde ledd, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger. Dette gjelder lege som per 31. desember 2005 hadde en fastlegehjemmel eller stilling ved kommunal legevakt og opprettholdt sin rett til trygderefusjon da kravet om tre års veiledet tjeneste ble innført 1. januar 2006. Legen må i tillegg, eller som del av den veiledete tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

e. Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin etter § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits. Legen må i tillegg, eller som del av den veiledete tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Forskriften stiller krav om at leger som har legevakt alene skal være spesialist i allmennmedisin, ha godkjenning som allmennlege eller ha gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter fullført cand. med. grad etter mottatt norsk autorisasjon. Leger som ikke er spesialister i allmennmedisin, og leger med allmennlegeutdanning fra Norge, må i tillegg, eller som en del av tjenesten, ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale allmennlegetjenesten eller ha gjennomført 40 legevakter. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Etter § 7 andre ledd plikter kommunen å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Den enkelte kommune eller den enkelte legevakt må

vurdere om bakvakten ved behov skal være tilgjengelig for til stede-veiledning av lege i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene i første ledd.

Det eksisterer i dag unntak fra kompetansekravene i § 7 tredje ledd som lyder:

Med grunnlag i rekrutteringsutfordringer kan kommunen gi unntak for ovennevnte kompetansekrav for leger som har oppnådd læringsmålene i spesialistutdanningens første del eller tilsvarende spesialistutdanningens første del. Slikt unntak kan gis frem til og med 31. desember 2024. Statsforvalteren skal orienteres om unntak som gis etter denne bestemmelsen.

Departementet har sendt på høring forslag om å forlenge unntaksbestemmelsen til å gjelde for vikariater med varighet frem til og med 30. juni 2025 i påvente av endelig regulering av kompetansekrav.

3.2.2.3 Forskrift om trygderefusjon for leger m.v.

Forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter (forskrift om trygderefusjon for leger m.v.) regulerer i § 1 første ledd nr. 1 i hvilke tilfeller det ytes stønad for undersøkelse og behandling hos lege, spesialist i klinisk psykologi og fysioterapeut. Regelverket er for leger tilpasset kravene til kompetanse som fremgår i forskrift om kompetansekrav for leger og i akuttmedisinforskriften, herunder unntaksbestemmelsene.

Bestemmelsen lyder:

Folketrygden yter stønad for undersøkelse og behandling hos lege, spesialist i klinisk psykologi og fysioterapeut i følgende tilfeller:

- 1. Vedkommende yrkesutøver har fastlegeavtale med kommunen, introduksjonsavtale med kommunen og fastlege eller avtale med kommunen eller individuell driftsavtale med regionalt helseforetak. En yrkesutøver med fastlegeavtale må i tillegg oppfylle kravene i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 3 jf. § 4 og § 5. Fastlegen og lege med introduksjonsavtale må ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del. Kravet om å ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del gjelder ikke for lege som tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet, jf. forskrift om kompetansekrav for leger § 4 første ledd bokstav a). Når det med grunnlag i rekrutteringsutfordringer i kommunen er nødvendig for å sikre at kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke overskrides, kan tilsetting i eller forlengelse av vikariater være på til sammen mer enn ett års varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til 31. desember 2024. Kravet om å ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del gjelder ikke for lege som har fastlegeavtale med kommunen, lege med introduksjonsavtale eller for lege som tiltrer et vikariat, og som oppfyller kravene i forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger*

(spesialistforskriften) § 18 tredje ledd. Rett til refusjon etter § 1 punkt 1 gir også rett til refusjon ved deltakelse i legevakt som del av fastlegevikariat.

2. *Ved nødvendig sykebesøk utenom ordinær arbeidstid av fastlønnet kommunelege.*
3. *Legen deltar i kommunalt organisert legevakt. Slik deltakelse gir ikke rett til trygderefusjon for annen pasientbehandling. Legen må ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del. Kravet om å ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del gjelder ikke for lege som tiltrer et vikariat av inntil to måneders varighet og som har grunnutdanning og tilsvarende erfaring som etter tredje punktum fra EU/EØS-land eller fra tredjeland med godkjenning etter § 23 første ledd i forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits. Når det med grunnlag i rekrutteringsutfordringer i kommunen er nødvendig for å sikre at kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke overskrides, kan tilsetting i eller forlengelse av vikariatet være på til sammen mer enn to måneders varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til 31. desember 2024. Kravet om å ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del gjelder ikke for lege som tiltrer et vikariat, og som oppfyller kravene i forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) § 18 tredje ledd.*
4. *Legen yter øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven § 7.*
5. *Ved pasientbehandling hos utdanningskandidater og lærere ved visse undervisningsinstitusjoner etter departementets bestemmelse.*
6. *Når turnuslege/lege under spesialisering i spesialistutdanningens første del, som har gjennomført turnustjenesten i sykehus eller som har oppnådd læringsmålene i spesialistutdanningens første del i spesialisthelsetjenesten, deltar i kommunal legevakt eller jobber hos fastlege, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 2 nr. 3.*
7. *Når lege i spesialistutdanning i utdanningens andre og tredje del utfører pasientbehandling hos lege som har individuell driftsavtale med regionalt helseforetak. Stønaden utbetales til legen som har individuell driftsavtale med regionalt helseforetak.*

Lege, spesialist i klinisk psykologi og fysioterapeut som er omfattet av bestemmelsens første ledd punkt 1 plikter å ha direkte oppgjør og fremsette oppgjørskravet digitalt.

For at en lege skal ha rett til trygderefusjon må kravene i forskrift om kompetansekrav for leger være oppfylt og legen må ha gjennomført norsk turnustjeneste eller oppnådd læringsmål i LIS1, jfr. forskrift om trygderefusjon for leger m.v.. Det er gjort enkelte unntak fra kravet om LIS1 for leger som kommer inn under

unntaksbestemmelsene i forskrift om kompetansekrav for leger § 4 bokstav a, og for leger i vikariat i legevakt på inntil 2 måneder. Det betyr at lege uten LIS1 eller tilsvarende i et vikariat i kommunal legevakt som ikke overstiger 2 måneder, kan utløse trygderefusjon selv om legen ikke har LIS1. Dette unntaket er erstattet av unntak for vikariater med varighet frem til og med 31. desember 2024 som følge av rekrutteringsutfordringer.

3.2.2.4 Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger

Forskrift 26. juni 2023 nr. 1125 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger (stønadsforskriften) regulerer retten til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger, dvs. fastleger og privatpraktiserende spesialister som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Forskriften regulerer når det ytes stønad og etter hvilke takster. Stønadsforskriften regulerer pasientenes rett til å få refundert legeutgifter fra folketrygden. Stønaden utbetales fra Helfo direkte til legen, eventuelt til kommunen dersom legen er fastlønnet i kommunen (gjelder både for fastleger og legevaktleger), jf. folketrygdloven §§ 22-2 og 5-1 fjerde ledd og stønadsforskriften § 2 nr. 1. Stønadsforskriften fastsetter hvilke behandlinger/prosedyrer som kan utløse trygderefusjon og egenandeler/egenbetalinger fra medlemmet/pasienten. I § 2 nr. 6 i stønadsforskriften fremgår det bl.a. at egenandeler/egenbetalinger for å oppsøke leger er uttømmende regulert i forskriften. Det fremgår av § 3 i forskriften hvilke typer tjenester og pasientgrupper som legen kan få stønad etter honorartakstene for, dvs. i hvilke tilfeller egenandelen refunderes av folketrygden.

3.2.2.5 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav til styring og ledelse i tjenesten. Forskriften tydeliggjør at internkontroll skal være en integrert og naturlig del av virksomhetenes styringssystem. Det nærmere innholdet i hvilke krav som omfattes av styringssystemet og hvor ansvaret for å oppfylle plikten ligger, utdypes nærmere i forskriften. Lovbestemte krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet utdypes også. Forskriften er tydelig på at det alltid er den ansvarlige for virksomheten som har det overordnede ansvaret for styringssystemet.

I ledelsesansvaret ligger det etter forskriften §§ 6 til 9 en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. I dette ligger det blant annet et krav om å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

Forsvarlighetskravet innebærer at det må gjøres en kompetansevurdering knyttet til oppgavene som skal løses, og samtidig sørges for nødvendig opplæring. Dette gjelder for all helse- og omsorgstjeneste som tilbys i kommunen, og kommer i tillegg til den formelle/offentlig godkjente kompetansen legen har.

3.3 Departementets vurdering og forslag

3.3.1 Innledning

De vanligste oppgavene for leger i kommunen er å jobbe som fastlege og å jobbe på legevakt, i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og i sykehjem. Det er vanlig at én og samme lege deltar på flere av disse arenaene. Fastleger har for eksempel etter forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene (forskrift om fastlegeordning i kommunene) plikt til å delta i legevakt, og de kan pålegges å utføre allmennlegeoppgaver, utenfor legevakt og fastlegeordningen, inntil 7,5 time per uke, se nærmere omtale i kapittel 4.

Tilstrekkelig og god kompetanse er avgjørende for at virksomheten kan tilby forsvarlige tjenester. Det er viktig at legen som møter innbyggerne har nødvendig kompetanse også for at innbyggerne skal ha tillit til at de får nødvendig og god helsehjelp. Tilstrekkelig og god kompetanse er også viktig for legen selv som har behov for å kjenne seg trygg på de valgene som tas i de ulike situasjonene som legen står overfor. Det vil også kunne bidra til at legen blir bedre i stand til å ivareta den viktige portvokterrollen som ligger til leger i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Departementet vurderer at det er nødvendig å foreta endringer i kompetansekravene for leger i kommunale helse og omsorgstjenester. Kompetansekrav må sammenholdes med kommunenes mulighet for å sørge for en tilstrekkelig legebemanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Så langt det er forenlig med kravet til forsvarlighet, må fordelene ved kompetansekravene vurderes mot mulige ulemper de kan ha for rekruttering, stabilitet og kontinuitet. Det er viktig å finne en balanse som gjør at kravene som stilles til kompetanse er mulige å innfri for de fleste kommuner, samtidig som de sikrer et forsvarlig tjenestetilbud. Kompetansekravene må videre ta hensyn til prinsipper for styring av kommunesektoren. Kravene må også sees i sammenheng med andre forhold ved tjenesten og innretning på spesialistutdanningen. Kravene til gjennomføring av spesialistutdanning og krav til legens kompetanse må vurderes opp mot effekten disse har på kapasiteten og kvaliteten i tjenesten. For lave krav til kompetanse kan gi dårligere allmennlegetjenester til befolkningen. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har for eksempel uttalt at de er uenig i tiltak som firer på kompetansekravene i akuttmedisinforskriften og fremhever at det på sikt kan virke negativt for rekrutteringen fordi det fører til dårligere forhold for nyutdannede leger. Departementet vurderer at det er viktig at legene opplever seg trygge i de situasjonene som møter dem. Fagområde for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen har uttalt at å redusere kompetansekravene til legene som jobber for fastleger vil kunne føre til at den allmennmedisinske spesialiteten vil synke i anseelse og det vil bli mindre attraktivt å arbeide som fastlege. På samme tid kan for strenge kompetansekrav gjøre det vanskelig å knytte til seg et tilstrekkelig antall leger som oppfyller kravene, og hvor manglende tilgjengelighet og diskontinuitet, også kan gi dårligere allmennlegetjenester til befolkningen. Enkelte kommuner opplever at kompetansekravene i dag virker begrensende på muligheten til å rekruttere og beholde

stabil legebemanning. Disse utfordringene har vært særlig synlige under pandemien og senere i forbindelse med flyktninger fra Ukraina.

Departementets forslag når det gjelder krav til kompetanse for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten innebærer en lemping av kravene til kompetanse på noen områder, mens det innebærer en skjerping av kravene på andre områder. Der kompetansekravene skjerpes er dette kun i forhold til gjeldende midlertidige unntaksbestemmelser. Endringene som foreslås i det følgende vil etter departementets vurdering bidra til å lette på de beskrevne utfordringene samtidig som en sikrer at forsvarlighetskravet er ivaretatt og at det er god kvalitet på tjenestene.

Blant endringene som foreslås, fremmer departementet to alternative forslag til unntaksbestemmelser fra krav om spesialisering. Departementet ber om at høringsinstansene uttaler seg særskilt om disse alternativene. Alternativ (1) er unntak for arbeidsforhold eller avtaleforhold av inntil ett års varighet, og i tillegg unntak for arbeidsforhold eller avtaleforhold av varighet inntil 4 måneder per kalenderår. Alternativ (2) er unntak for arbeidsforhold eller avtaleforhold av inntil ett års varighet, og i tillegg unntak for arbeidsforhold eller avtaleforhold av varighet inntil 4 måneder per kalenderår. I tillegg gis det tidsubegrenset unntak for krav om spesialisering for leger med LIS1 som er ansatt i vikariater i henhold til arbeidsmiljølovens § 14-9, annet ledd punkt b.

Videre legger departementet frem to alternativer til minimumskompetanse for å kunne ha legevakt uten bakvakt. Departementet ber også her høringsinstansens særskilt uttale seg om forslaget om de to alternativene, henholdsvis enten å stille krav til å være under spesialisering i spesialistutdanningens andre eller tredje del (LIS2 eller LIS3) eller å ha oppnådd læringsmålene i spesialistutdanningens første del (LIS1), for å kunne ha legevakt uten bakvakt.

Departementet ber også høringsinstansene særlig vurdere om det fremstår oversiktlig og pedagogisk at kompetansekrav til lege i legevakt foreslås regulert i forskrift om kompetansekrav for leger, med henvisning til disse i akuttmedisinforskriften.

3.3.2 Om kravene til kompetanse etter forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

3.3.2.1 Krav til spesialisering

Departementet foreslår å endre forskrift om kompetansekrav for leger § 3 slik at første ledd regulerer krav til kompetanse for leger med oppgave å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven generelt, mens andre ledd regulerer særskilte krav til leger som yter helsehjelp innenfor fastlegeordningen. Det vises til kapittel 6 for forslag til bestemmelser. Forskriftens § 3 første ledd vil således gjelde for leger i legevakt, sykehjem, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kommunal akutt døgnenhet (KAD) m.fl.

I § 3 første ledd foreslås tre alternative krav til kompetanse. Det foreslås at legen må ha spesialistgodkjenning som lege, være under spesialisering i spesialistutdanningens andre eller tredje del (LIS2 eller LIS3), eller ha godkjenning som allmennlege.

Departementet åpner med dette opp for at andre spesialister enn spesialister i allmenntidisin oppfyller kompetansekravene om de jobber utenfor fastlegeordningen. Dette vil også gjelde for leger fra andre EØS-land, Sveits og Storbritannia som har spesialistgodkjenning etter forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits, eller etter forskrift om godkjenning av helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra Storbritannia. Sistnevnte forskrift trådte i kraft 1. desember 2023 og gjennomfører retten til godkjenning av helsepersonells yrkeskvalifikasjoner ervervet i Storbritannia, som følger av frihandelsavtalen som ble inngått mellom Island, Liechtenstein og Norge og Storbritannia 8. juli 2021. Departementet foreslår også å videreføre at leger med godkjenning som allmennlege etter forskrift om veiledet tjeneste, oppfyller kompetansekravene. Se forslag til forskriftsendring under kapittel 9.

Departementet vurderer at det er behov for å stille krav om spesialisering for å praktisere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette for å sikre tilstrekkelig kvalitet i tjenestene og for å kunne være trygg i rollen som lege og kunne gjøre gode vurderinger. Leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten blir daglig stilt overfor mange ulike medisinskfaglige utfordringer, og de jobber ofte alene eller med få andre å rådføre seg med. Et krav om å være spesialist eller under spesialisering er vurdert som nødvendig. Å være under spesialisering medfører at legen får regelmessig supervisjon og veiledning.

For leger utenfor fastlegeordningen vurderer departementet at det også er andre spesialiteter enn allmenntidisin som kan være relevante. Det bør derfor stilles et mer generelt krav om spesialisering. Det vil så være opp til arbeidsgiver å vurdere om vedkommende lege har nødvendig kompetanse til å utføre pålagte arbeidsoppgaver i kommunen, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det er viktig at kommunene er bevisste sin rolle som arbeids- og oppdragsgiver for at kravet får den ønskede effekten på kvaliteten i tjenesten. Departementets forslag vil bidra til større fleksibilitet for kommunene i hvilke leger som kan ansettes ved at det for leger utenfor fastlegeordningen ikke settes begrensning til at legen må være under spesialisering i allmenntidisin eller ferdig spesialist i allmenntidisin. Forslaget åpner også opp for at kommunen kan være læringsarena for flere spesialiteter. Gjennom dette kan det også bidra til rekruttering av flere leger ved at kommunale helse- og omsorgstjenester fremstår som en faglig attraktiv arbeidsplass.

Departementet foreslår en særskilt regulering av krav til kompetanse for leger *innenfor fastlegeordningen* gjennom et nytt andre ledd i § 3 i forskrift om kompetansekrav for leger. Departementet foreslår at det som i dag skal stilles krav om å være ferdig spesialist i allmenntidisin eller under spesialisering i allmenntidisin for å arbeide som lege innenfor fastlegeordningen i tråd med Ekspertutvalgets forslag. Dette omfatter også leger med spesialistgodkjenning i allmenntidisin etter forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits, og etter forskrift om godkjenning av helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra Storbritannia. Departementet opprettholder i tillegg regulering som medfører at leger med godkjenning som allmennlege etter forskrift om veiledet tjeneste, oppfyller kompetansekravene.

Generalistkompetansen til spesialister i allmennmedisin er fundamentet for at flere og mer avanserte oppgaver kan løses nær der folk bor, samt fundamentet for god oppgavedeling og samhandling, behandling på riktig nivå og en trygg akuttmedisinsk kjede. Dette er videre viktig for å motvirke vekst i helprivate tjenester. Spesialister i allmennmedisin ivaretar legeoppgaver innen de fleste deltjenester i kommunen. Det å være spesialist i allmennmedisin er et bevis på en bredde- og dybdekompetanse innen det allmennmedisinske fagfeltet. Spesialister i allmennmedisin utgjør den fremste medisinskfaglige kompetansen i kommunen. Spesialistutdanningen i allmennmedisin er rettet mot allmennlegetjenesten i kommunene og gir legen både faglig bredde og dybde til å inneha nødvendig kompetanse til å møte komplekse oppgaver i tjenesten.

Kompetansenivå hos leger i kommunen kan ha betydning for antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Generelt sett har spesialister i allmennmedisin mer erfaring og kompetanse til å håndtere et bredt spekter av medisinske problemer selv, noe som kan føre til færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å merke seg at henvisningspraksis kan variere betydelig mellom individuelle leger og avhenger av mange faktorer, inkludert pasientens tilstand og legens erfaring. En lege under spesialisering eller som er ferdig spesialist vil i større grad enn en som ikke har begynt på et spesialiseringsløp ha kompetanse til å ivareta portvokterrollen og bidra til at flest mulige pasienter behandles i kommunen, samtidig som pasienter som har behov henvises til spesialisthelsetjenesten.

Departementet vurderer at det derfor er viktig å opprettholde krav om spesialisering i allmennmedisin. Kravet medfører at fastleger som ikke er spesialister eller omfattes av unntaksbestemmelser, må starte spesialisering i allmennmedisin. Se 3.3.2.2 for omtale av unntaksbestemmelser.

Det er lagt til rette for en god spesialistutdanning i allmennmedisin blant annet gjennomtilskuddsordningen «Nasjonal ALIS og veiledning» som utgjør over 500 mill. kroner og gjennom de etablerte ALIS-kontorene. Dette har bidratt til en jevn økning i antall leger som starter spesialisering i allmennmedisin. Gjennom krav om spesialisering motvirkes bruk av vikarer uten nødvendig kompetanse. Vikarer er generelt dyre for kommunene, slik som blant annet påpekt av KS og ikke minst er det uheldig for pasienter at de ikke har en fast fastlege.

3.3.2.2 Unntak fra krav til spesialisering

Departementet fremmer to alternative forslag til unntaksbestemmelser fra krav om spesialisering. Som alternativ 1 foreslår departementet en unntaksbestemmelse hvor det går frem at kravet om spesialisering i § 3 ikke gjelder for leger med oppgave å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven som tiltrer ett eller flere arbeidsforhold eller avtaleforhold av inntil totalt ett års varighet. Det foreslås videre i bestemmelsen at kravet om spesialisering ikke gjelder for leger som tiltrer ett eller flere arbeidsforhold eller avtaleforhold med varighet på inntil 4 måneder per kalenderår. Etter departementets vurdering vil dette bidra til å legge til rette for tilstrekkelig rekruttering til vikariater som følge av fravær fra egen praksis, og for å gi leger mulighet til å prøve ut å jobbe som fastlege. Dette innebærer enn innskjerping av tiden for bruk av unntaksbestem-

melse for den enkelte lege sammenholdt med dagens unntaksbestemmelse, hvor det åpnes for at vikariater kan forlenges utover ett år på bakgrunn av rekrutteringsutfordringer.

Det siste året har det imidlertid vært en markant bedring av rekrutteringen til fastlegeordningen, og antall innbyggere uten fastlege har sunket fra 228 000 i august 2023 til 173 000 i oktober 2024. I 2023 var det avtalt 6909 legeårsverk i kommunene, noe som var en økning på 5,7 pst fra året før. Noen av årsverkene kommer som følge av leger som benytter dagens unntaksbestemmelser, men det store flertallet av økningen i årsverk er av leger som er under spesialisering i allmenntilleggsmedisin. Regjeringen har gjennomført en stor satsing på ALIS-tilskudd, blant annet for å gjøre allmenntilleggsmedisin til en attraktiv karrierevei for unge leger. Søknadene til ALIS-tilskudd har økt jevnt de siste årene, og det siste året har det tilkommet 498 nye leger i tilskuddsordningen. Totalt sett er det 2320 leger som har søkt ALIS-tilskudd siste år. Samtidig rapporterer en større andel fastleger at de er tilfredse med arbeidsbelastningen (økning fra 20 pst. til 39 pst fra 2022 til 2024) og andelen fastleger som beskriver det som litt eller svært sannsynlig at de er fastlege om fem år har steget fra 50 pst til 70 pst i samme tidsrom.

Kontinuitet i relasjonen mellom lege og pasient er en viktig verdi ved fastlegeordningen, og effekten av kontinuitet har blitt undersøkt i flere studier de siste årene. En nylig studie fra NTNU viser økt bruk av helsetjenester blant innbyggere er fastlegen pensjonerte seg eller sluttet på permanent basis. Liknende funn ble publisert i en nydebatert artikkel fra UiB og NORCE i 2022, hvor det også ble funnet effekter på mortalitet. OECD løfter også kontinuitet som en sentral verdi ved primærhelsetjenesten. Dog understreker departementet at kontinuitet er ett av flere mål på kvalitet, og at pasienter som ikke møter en fast fastlege i de fleste tilfeller får god helsehjelp. Særlig for pasienter med sammensatte og langvarige tilstander er det viktig med en fast fastlege som kjenner og kan følge opp pasienten.

Sammenliknet med alternativ (2) kan alternativ (1) gi sterkere insentiv til å starte spesialisering ved at muligheten til leger for å gå fra vikariat til vikariat reduseres. Departementet ønsker å gi insentiver til spesialisering i allmenntilleggsmedisin, slik at tilgangen på fastleger med nødvendig kompetanse øker og kommunene dermed unngår å måtte bruke vikarer. Departementet vil påpeke at det er ønskelig å begrense muligheten for leger til å jobbe som vikarer i lang tid av hensyn til både kommunenes økonomi og av hensyn til pasientsikkerhet og kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient. Departementet ønsker heller ikke å legge til rette for kommersiell utleie av fastlegevikarer. Varighet av arbeidsforhold eller avtaleforhold beregnes ut fra antall dager, uavhengig av stillingsprosent. Dette vil hindre at leger kan gå i lave stillingsprosenter i mange år uten at de omfattes av krav om spesialisering. Departementet vurderer at det er særlig uheldig av hensyn til pasientsikkerheten at leger, som jobber i lave stillingsprosenter, ikke starter i et spesialiseringsløp. Forslaget innebærer for eksempel at et vikariat på 30 % i to uker vil regnes som et arbeidsforhold på 14 dager. Arbeidsforholdene eller avtaleforholdene kan fordeles over flere år. Det betyr at en lege som jobber 50 prosent i en kommune i 6 måneder, og 50 prosent i en annen kommune i nye 6 måneder vil ha nådd «taket» for bruk av unntaksbestemmelsen ved opphør av sistnevnte arbeidsforhold eller avtaleforhold. Det

understrekes at unntaksbestemmelsen er knyttet til den enkelte lege. Bruk av unntaksbestemmelsen registreres av kommunen. Den enkelte lege utløser rett til trygderefusjon via Helfo så lenge legens kompetanse er i tråd med bestemmelsene i forskrift om kompetansekrav for leger. Varighet av bruk av unntaksbestemmelsen registres av Helfo. For å legge til rette for kortere ferievikariater, og for å gi mulighet til å benytte samme lege som vikar over flere år, foreslår også departementet at det i tillegg gis unntak for arbeidsforhold eller avtaleforhold med varighet på inntil fire måneder per kalenderår. Unntakene innføres for alle arbeidsforhold og avtaleforhold for leger med oppgave å yte helsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også legevakt. Dette gir en konsistent regulering og muliggjør at leger i kortere arbeidsforhold eller avtaleforhold kan jobbe på tvers av tjenestested. Denne reguleringen vil være en betydelig lemping av kompetansekrav i særlig legevakt. Den foreslåtte oppmykningen vil åpne for at flere leger kan jobbe i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Unntak fra krav om spesialisering har i forskrift vært begrenset til vikariater. Et vikariat er en midlertidig ansettelse når en person blir ansatt for å utføre arbeid i stedet for en annen. Dette kan være når en fast ansatt er midlertidig fraværende på grunn av for eksempel sykdom, permisjon eller ferieavvikling eller i påvente av nyansettelse. Vikariatet er begrenset til en tidsperiode og opphører når avtaleperioden er ferdig. I forslag til nye bestemmelser benyttes begrepet arbeidsforhold. Et arbeidsforhold defineres som den juridiske relasjonen mellom en arbeidstaker og en arbeidsgiver. Forslaget til regulering innebærer at det ikke lenger skilles mellom vikariater og faste arbeidsforhold eller avtaleforhold. Departementet mener dette er hensiktsmessig for å bidra til en enkel og oversiktlig regulering. Departementet understreker likevel at for varige eller faste arbeidsforhold og avtaleforhold så bør legen starte spesialisering uavhengig av mulighet for å benytte unntaksbestemmelser. Departementet oppfordrer derfor den enkelte kommune til å legge til rette for spesialisering for leger.

I alternativ (2) stilles likelydende krav som i alternativ (1) med et tillegg av at det også foreslås tidsbegrenset unntak for krav om spesialisering for leger med LIS1 som er ansatt i vikariater i henhold til arbeidsmiljølovens § 14-9, annet ledd pkt. (b). Dette forslaget er i tråd med forslag fra Ekspertutvalget. Det understrekes at det foreslås unntak for vikariater, ikke avtaleforhold slik som i øvrige forslag til unntaksbestemmelser. Dette forslaget vil medføre at et noe større antall leger kan praktisere i kommunale helse- og omsorgstjenester uten å spesialisere seg. I tråd med arbeidsmiljølovens bestemmelser så vil en arbeidstaker ha krav på fast ansettelse dersom vedkommende forblir i ett vikariat sammenhengende i over tre år.

Det kan stilles spørsmål ved forsvarligheten knyttet til at leger rett etter fullført grunnutdanning får vikarstillinger på fastlegekontor, sykehjem, fengsler mm. hvor de jobber alene med svært komplekse arbeidsoppgaver uten tilstrekkelig oppfølging. Det understrekes også at leger med utenlandsk grunnutdanning og/eller utenlandsk arbeidserfaring i særlig grad kan ha behov for opplæring og veiledning i praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Problemstillingen gjelder også under dagens unntaksbestemmelser.

Departementet vurderer likevel at kravet til nødvendig veiledning og supervisjon ivaretas gjennom kommunens plikt til å tilby opplæring og oppfølging dersom dette er nødvendig for at helsepersonellet skal kunne yte forsvarlige tjenester. Det vises til kapittel 3.2 om gjeldende rett for en nærmere beskrivelse av kommunens og virksomhetens plikt til å legge til rette for at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det følger et stort faglig ansvar med å praktisere selvstendig som lege. Mangel på strukturert oppfølging og læring kan få uheldige konsekvenser for den enkelte lege, og ikke minst for pasientene. Den enkelte lege har etter helsepersonelloven § 4 plikt til å utøve yrket forsvarlig. Forsvarlighetskravet knyttes opp mot en konkret vurdering av den enkelte legens kompetanse og ferdigheter i forhold til aktuelle arbeidsoppgaver. Departementet vil fremheve viktigheten av å investere i god veiledning og supervisjon. Dette vil bidra til at legen raskere blir trygg i rollen, får bedre innsikt i når det er forsvarlig å gjøre oppgaver selvstendig og når man bør innhente støtte og hjelp. Gevinsten vil være at kommunen og andre kollegaer vil få en bedre fungerende lege. Dette vil etter departementets vurdering være nødvendig for å oppfylle forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 hvor det fremgår at kommunen skal organisere virksomheten slik at forsvarligheten ivaretas, og at helsepersonell har tilstrekkelig fagkompetanse.

Det arbeider i dag flere leger i den kommunale helse- og omsorgstjeneste som omfattes av dagens utvidete unntaksbestemmelse i forskrift om kompetansekrav for leger, akuttmedisinforskriften og forskrift om trygderefusjon for leger m.v. For å legge til rette for at disse kan gis tid til å tilpasse seg nye kompetansekrav, foreslår departementet en overgangsordning der tellende tid i arbeidsforhold omfattet av unntaksbestemmelsene regnes fra 1. juli 2025 for leger som har tilrådt et arbeidsforhold før 30. juni 2025. For leger som tiltrer et arbeidsforhold etter 30. juni 2025 regnes tid i arbeidsforhold omfattet av unntaksbestemmelser fra tiltredelsestidspunktet.

Departementet viser til at det er blitt sendt på høring forslag om forskriftsendringer som gjør at kommuner og sykehus selv skal kunne opprette egne LIS1-stillinger. Formålet med dette forslaget er blant annet å bidra til at flere leger raskere kan oppfylle kompetansekravene.

For at både statsforvalter, Helsedirektoratet og sentrale myndigheter skal ha oversikt over bruk av unntaksbestemmelsene, foreslår departementet å stille krav om at den enkelte kommune innen 31. mars hvert år skal rapportere til statsforvalter om bruken av unntaksbestemmelsene i det foregående år. Departementet erfarer at dagens bestemmelse om rapportering ikke etterleves, og ser behov for en presisering med tydelig frist for innrapportering. Departementet vil be Helsedirektoratet i samarbeid med statsforvalter å etablere løsninger slik at alle kommuner rapporterer samme data. Det er ønskelig at det legges til rette for enkel elektronisk rapportering. Dette vil også redusere den administrative byrden for kommunene og statsforvalter ved rapporteringen.

3.3.2.3 Krav til kompetanse for å ha legevakt uten bakvakt

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) § 7 første ledd bokstav a-e

oppstiller fem alternative vilkår for at lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, se punkt 3.2.2.2.

Kommunal legevakttjeneste er en virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta den oppfølging som anses nødvendig. Legevakten skal være befolkningens sikkerhetsnett for de akutte tilstandene som oppstår tilfeldig over hele døgnet. Legevakt er en beredskapstjeneste og preges tidvis av situasjoner med akutte problemstillinger hvor raske avgjørelser er nødvendige, samtidig som legen ofte må treffe beslutninger alene. Det er derfor viktig å stille krav til kvaliteten i tjenesten

Samtidig er det viktig å understreke at flere kommuner er i en presset situasjon, og den totale belastningen på tjenesten er stor. Helsedirektoratet har påpekt at kompetansekravene i mange kommuner medfører økt vaktbelastning for leger med bakvaktkompetanse, da de må ha bakvakt i tillegg til sine egne vakter. Dette har vært en særlig utfordring i befolkningsmessig små kommuner (EY og Vista Analyse, 2019,

Det er i mange tilfeller fastleger som har bakvaktene. Flere bakvakter per fastlege gir økt arbeidspress på de som kan ta disse vaktene, og dette igjen kan svekke rekrutteringen til allmennlegetjenesten og det kan forverre situasjonen med tilgang til fastlegetjenester. Jo flere leger som ikke kan gå selvstendige vakter i legevakt, jo mere legeressurser må være tilgjengelig for kommunal legevakt

Bakvaktordningen har sin bakgrunn i forsvarlighetshensyn, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4. Som Ekspertutvalget har påpekt i sin rapport, blir legevaktsdistriktene større, flere oppgaver utføres i kommunene i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, og kompleksiteten av de medisinske problemstillingene øker også i legevaksarbeidet. I situasjoner der legen som er eneste lege på vakt, ikke har tilstrekkelig kompetanse, vil det av forsvarlighetshensyn være nødvendig med en bakvakt som kan konsulteres. Utover det strenge hensynet til forsvarlighet, vil en erfaren bakvaktlege kunne bidra med god støtte til en mindre erfaren lege når det gjelder pasientvurdering, og dermed også kunne bidra til å forhindre unødvendige innleggelse i sykehus. Å ha bakvakt gir også trygghet og kan bidra til at flere leger ønsker å jobbe på legevakt.

Belastningen av vakt kan oppleves større ved tilstedeværelsesplikt. I utgangspunktet er det kun legevaktdistrikt i vaktklasse 4 som har tilstedeværelsesplikt på legevakt. Imidlertid praktiserer, ifølge Ekspertutvalget, omtrent hver femte kommune tilstedeværelsesplikt ved beredskapsvakt, grunnet lang reisevei fra vaktlegens hjem til legevakt.

Departementet er opptatt av å balansere hensynene til kvalitet, pasientsikkerhet og trygghet for den enkelte lege i sin yrkesutøvelse, opp mot hensynet til at kommunene må ha mulighet til å bemanne legevakt med tilstrekkelig personell. Samtidig må det tas hensyn til vaktbelastningen på leger med vaktkompetanse. Høyere kompetansekraft kan medføre større utfordringer med rekruttering. På den annen side vil høyere kompetansekraft bidra til trygghet for unge leger, noe som vil styrke pasientsikkerheten, samt gi bedre fagmiljøer og øke attraktiviteten og dermed også bedre rekruttering.

Departementet hører derfor to alternative kompetansekrav for å kunne ha legevakt uten bakvakt. Begge alternativene er en betydelig oppmykning fra krav før innføring av midlertidige unntaksbestemmelser. Det vil således være lettere for kommunene å bemanne legevakter, og det vil være færre leger som må stille som bakvakt.

Det første alternativet er krav om å ha oppnådd læringsmålene i LIS1 samt ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Dette forslaget er i tråd med Ekspertutvalget tilrådning. Det andre alternativet er krav om å være under spesialisering i LIS2/LIS3 samt ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. De to alternativene drøftes nærmere under. Det henvises til kapittel 9 for forslag til forskriftsendringer. Det bes særlig om innspill fra høringsinstansene på hvilket av de to alternative løsningene som vil være hensiktsmessig å innføre.

I begge alternative forslag vurderer departementet at kravet til kompetanse for å være bakvakt bør være godkjent spesialistutdanning eller å være under spesialisering i LIS2/LIS3, av hensyn til pasientsikkerheten. Uavhengig av hvilke krav til minimumskompetanse som fastsettes, endres ikke kommunens plikt til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Kommunen og ledelsen på legevakten skal sørge for at egne ansatte og oppdragstakere får påkrevd videre- og etterutdanning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2. Det følger også av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 at ledelsen skal ha oversikt over de ansattes kompetanse. Det forutsettes at arbeidsgiver/oppdragsgiver gjør en konkret vurdering av om den aktuelle lege har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver. Det forutsettes også at det legges til rette for god oppfølging og kompetansehevende tiltak, herunder veiledning mv. for leger som vurderes å ha behov for dette for å ivareta nødvendig kvalitet og pasientsikkerhet.

For å bidra til et oversiktlig regelverk foreslår departementet å regulere krav til kompetanse for å ha legevakt i forskrift om kompetansekrav for leger, med henvisning i § 7 i akuttmedisinforskriften.

3.3.2.3.1 Nærmere om alternativ 1 - krav til LIS1 samt kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering

Ekspertutvalget og Helsedirektoratet vurderer at gjennomført LIS1 eller tilsvarende og kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering er tilstrekkelig krav for å jobbe selvstendig i legevakt uten bakvakt. Utvalget påpeker imidlertid at dette forutsetter at det bør sikres medisinskfaglig støtte for leger i vakt, og god opplæring i lokale rutiner og samtrening med akuttmedisinsk team i kommunen, samt ambulansetjenesten.

Helsedirektoratets vurdering er imidlertid at det ikke fremstår hensiktsmessig å forskriftsfeste krav til annet personell til stede, utover det som allerede ligger fast knyttet til forsvarlighetskrav, kvalitets- og kompetansekrav, samt regulering i arbeidsmiljøloven. Helsedirektoratet viser videre til kommuneloven § 2-2, der prinsippet om ikke å begrense det kommunale selvstyret mer enn nødvendig for å ivareta nasjonale mål er nedfelt. Den kommunale adgangen til selv å organisere tjenestetilbudet på mest mulig hensiktsmessig måte er best egnet til å sikre god utnytting av ressursene.

En lege som har fullført LIS1 har tilegnet seg en rekke ferdigheter og kunnskaper som legger grunnlaget for videre spesialisering. Legen vil ha minimum 6 måneder klinisk tjeneste i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 12 måneders klinisk tjeneste i spesialisthelsetjenesten, og ha oppnådd spesifikke læringsmål. Et minstekrav om LIS1 vil redusere vaktbelastningen på vaktkompetente leger særlig i befolkningsmessig små kommuner i distriktene. Departementet vil likevel påpeke at dersom det stilles krav om at LIS1 er tilstrekkelig for å ha legevakt alene, vil det medføre at leger som blir stilt overfor krevende medisinske problemstillinger, kan stå alene uten annen mulighet for veiledning enn å ta kontakt med sykehus. Dette vil kunne medføre økt ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.

Departementet bemerker at det for leger med spesialistutdanning fra andre land, så er det Helsedirektoratet som har kompetansen til å vurdere om legen oppfyller læringsmålene i LIS1, og som etter søknad kan bekrefte at læringsmålene skal anses som oppnådd, jf. spesialistforskriften § 32 annet ledd. Arbeidsgiver skal ikke vurdere om en lege med spesialistutdanning fra utlandet har oppnådd læringsmålene i LIS1 basert på attester mv. Helsedirektoratet vil ved godkjenning av læringsmål føre disse opp som godkjent i Kompetanseportalen til den aktuelle legen.

3.3.2.3.2 Nærmere om alternativ 2 - krav til LIS2/LIS3 samt kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Som tidligere nevnt er dagens regelverk svært komplisert og til dels inkonsistent. Dette gjør etterlevelse av regelverket utfordrende. Departementet vurderer det derfor som et selvstendig poeng å stille kompetansekrav på samme nivå i alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten for leger. Departementet mener at krav om å være under spesialisering i LIS2/LIS3 for å ha legevakt alene vil samsvare med det foreslåtte kravet om å være under spesialisering i allmenntilleggsmedisin for leger som jobber innenfor fastlegeordningen, og det foreslåtte kravet om å være under spesialisering i LIS2/LIS3 i en annen spesialitet i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten utenfor fastlegeordningen. Forslaget innebærer at leger som ikke oppfyller kompetansekrav for leger med oppgave å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven utenfor fastlegeordningen i ny § 3 i forskrift om kompetansekrav for leger, må ha bakvakt for å ha legevakt alene.

Det er særlig av hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet, og av hensyn til den enkelte lege, at det er ønskelig med høyest mulig kompetanse. Høy kompetanse vil også bidra til at den enkelte lege som er på vakt i større grad kan føle seg trygg på avgjørelser som må tas i akutte situasjoner. Ved å øke kravet fra LIS1 til å være under spesialisering i LIS2/LIS3 vil legen ha tilegnet seg økt kompetanse, og ikke minst en dypere evne til refleksjon og vurdering av faglige problemstillinger som nettopp et spesialiseringsløp gir. Videre vil leger under spesialisering ha systematisk veiledning og supervisjon og vil gjennom dette også kunne bedre sin kliniske praksis. De fleste nyutdannede leger mangler erfaring som er viktig for å kunne jobbe selvstendig i legevakt. Mange leger opplever også manglende faglig trygghet ved legevaksarbeid som svært utfordrende. Gode

bakvaksordninger vil bidra både til kompetanse, trygghet og pasientsikkerhet. Det er også et viktig rekrutteringstiltak.

Et noe høyere krav vil medføre at noen flere leger vil måtte ha bakvakt, men denne ulempen kan oppveies av større faglig tyngde, modenhet og evne til refleksjon som følger av et spesialiseringsløp. Et større antall fastleger vil på sikt også bidra til mindre vaktbelastning på den enkelte lege.

Krav om LIS2/LIS3 vil gi incentiver for kommunen til å legge til rette for spesialisering. Dersom det stilles krav om LIS2/LIS3, foreslår departementet at det innføres overgangsbestemmelser som vil gi den enkelte lege mulighet til å tilpasse seg.

3.3.3 Krav til leger for å utløse rett til trygderefusjon

Retten til trygderefusjon er nærmere regulert i forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter (forskrift om trygderefusjon for leger m.v). Forskriftens § 1 første ledd nr. 1 regulerer hvilke yrkesutøvere som har refusjonsrett. Regelverket er tilpasset kravene til kompetanse som fremgår i forskrift om kompetansekrav for leger og i akuttmedisinforskriften, herunder unntaksbestemmelsene.

Dagens forskrift har etter departementets vurdering en lite tilgjengelig form. Det bidrar til et uoversiktlig regelverk ved at det stilles kompetansekrav både i forskrift om kompetansekrav for leger, akuttmedisinforskriften og forskrift om trygderefusjon for leger m.v. Departementet foreslår derfor at det gjøres både strukturelle og materielle endringer i forskrift om trygderefusjon for leger m.v. Departementet foreslår at dagens § 1 deles i fire ulike paragrafer som regulerer rett til trygderefusjon ved pasientbehandling hos henholdsvis:

- Leger i den kommunal helse- og omsorgstjenesten
- Leger med individuell driftsavtale med regionalt helseforetak
- Spesialister i klinisk psykologi
- Fysioterapeuter

Det gjøres ingen materielle endringer i reguleringen for leger med individuell driftsavtale med regionalt helseforetak, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter.

Departementet vurderer det hensiktsmessig at en lege som oppfyller minimumskravene til kompetanse i forskrift om kompetansekrav for leger også skal kunne utløse trygderefusjon. Det betyr at tilleggskrav til kompetanse som i dag stilles i forskrift om trygderefusjon for leger m.v. fjernes og erstattes av de foreslåtte helhetlige kompetansekravene i forskrift om kompetansekrav for leger. For leger i den kommunale helse og omsorgstjenesten foreslår departementet at når kompetansekravene i forskrift om kompetansekrav for leger er oppfylt, så vil leger som jobber innenfor fastlegeordningen, leger med avtale med kommune, leger med introduksjonsavtale, leger som jobber på kommunal legevakt, leger som yter øyeblikkelig hjelp og leger i spesialistutdanningens

første del kunne utløse trygderefusjon. Merk at alle kompetansekravene foreslås samlet i forskrift om kompetansekrav for leger, se kapittel 6 for forslag til forskriftsbestemmelser.

4 Veiledning av LIS1 og ALIS - forslag om endringer i forskrift om fastlegeordning i kommunene

4.1 Innledning

I dette kapittelet foreslås endringer i forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene (forskrift om fastlegeordning i kommunene) slik at det fremgår at fastleger kan pålegges å veilede leger i spesialistutdanningens første del (LIS1) og leger i spesialisering i allmenntmedisin (ALIS) som en del av de 7,5 timene fastleger kan tilpliktes.

4.2 Gjeldende rett

Fastleger i fulltidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen i henhold til § 12 i forskrift om fastlegeordning i kommunene. I forskriften § 12 er det listet tre eksempler på slike allmennlegeoppgaver; helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. Bestemmelsen er i hovedsak begrenset til allmenntmedisinsk legearbeid som ikke inngår i listeansvaret. Timeantallet på 7,5 time pr. uke som kan pålegges, er ikke til hinder for at det avtales et høyere timeantall mellom lege og kommunen, jf. § 30. Kommunen står nærmest til å vurdere hvilke allmennlegeoppgaver de til enhver tid har behov for å få løst. Kommunen kan således endre innholdet i de oppgavene fastlegen skal utføre på deres vegne, og om nødvendig pålegge fastlegen å utføre nye oppgaver. Som allmenntmedisinsk legearbeid regnes oppgaver som inngår som en del av kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven, og som kan defineres som allmenntmedisinske oppgaver. Dersom kommunen ønsker å tilplikt andre typer allmennlegeoppgaver enn disse, står kommunen fritt til å gjøre det. Kommunen kan kreve at alle fastleger påtar seg slike oppgaver, også leger som i utgangspunktet ikke ønsker det.

I henhold til forskrift 12. august 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) § 5 så har kommunen ansvar for spesialistutdanningens første del i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialistutdanningen i allmenntmedisin den tid ALIS er i en registrert utdanningsvirksomhet (kommune). Ansvarer omfatter blant annet at kommunen skal legge til rette for at legen får nødvendig supervisjon og veiledning, jfr. §§ 17 og 25.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter hvor mange stillinger i spesialistutdanningens første del som skal opprettes i sykehusene og i kommunene. Stillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fastsettes fylkesvis av Helsedirektoratet, og fordeles til de enkelte kommunene i samråd med Statsforvalteren. Helsedirektoratet kan om nødvendig pålegge den enkelte kommunen å ansette leger i utdanningens første del. Et slikt pålegg skal så langt som mulig gis i god tid før legen skal starte arbeidet. Helseforetaket eller

kommunen skal få anledning til å uttale seg før slikt pålegg gis, jfr. spesialistforskriften § 11. Departementet har sendt på høring forslag om at kommuner og sykehus i samarbeid kan opprette LIS1-stillinger.

For å sikre et minimumsomfang på veiledningen for leger under spesialisering i allmenntidisin (ALIS), er det forskriftsfestet at veiledningen i gjennomsnitt skal være på minst 42 timer i året, jf. spesialistforskriften § 2.

Kommunene plikter å *medvirke* til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning, jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 8.

4.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet vil påpeke viktigheten av god praksis i kommunale helse- og omsorgstjenester som grunnlag for både rekruttering til spesialisering i allmenntidisin og for å gi et godt grunnlag for arbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette støttes også av både Ekspertutvalget og Helsedirektoratet. Sentralt i en god praksisperiode står veiledning i tillegg til tilgjengelige lokaler/kontorplass. Praksis former grunnleggende kunnskaper, ferdigheter og holdninger og er en viktig del av medisinutdanningen og videre spesialisering. Læring i praksis bidrar til positive synergieffekter mellom praksissted, utdanningsinstitusjon og studenter og kan bidra til økt fag- og forskningssamarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og tjenestene.

Kommuner som har LIS1 i praktisk tjeneste mottar tilskudd fra staten. Tilskuddsordningen "Nasjonal ALIS og veiledning" skal bidra til å dekke kommunens merkostnader til veiledning og til såkalte ALIS avtaler for leger som specialiserer seg i allmenntidisin. Veiledning av medisinstudenter hos fastleger finansieres av utdanningsinstitusjonene. Utdanningsinstitusjonene inngår avtaler med fastleger om gjennomføring av praksis/veiledning, der økonomisk kompensasjon inngår som del av avtalene

Det er utfordrende å skaffe tilstrekkelig antall veiledere til både medisinstudenter, LIS1, og ALIS. Det er også utfordrende å skaffe praksisplasser for særlig medisinstudenter. Som det fremgår i avsnitt 4.2 så kan den enkelte kommune pålegge leger inntil 7,5 timer i andre allmenntidiseoppgaver. Mange kommuner anser allerede i dag veiledning av leger i spesialisering som en oppgave sidestilt med andre offentlige legeoppgaver, men departementet vurderer at det er hensiktsmessig å tydeliggjøre viktigheten av veiledning gjennom å eksemplifisere i forskriften at fastleger kan pålegges veiledning av leger i spesialisering som en del av de 7,5 timene de kan tilpliktes.

Veiledning av medisinstudenter, LIS1 og ALIS konkurrerer til en viss grad om de samme veiledningsressursene i kommunene. Departementet ber derfor særlig om innspill på om forslaget om å tydeliggjøre muligheten til veiledning av LIS1 og ALIS i forskrift om fastlegeordning i kommunene, vil forsterke utfordringene med veiledning av medisinstudenter. I tillegg er det en utfordring med begrenset tilgang til lokaler/kontorplass. Den enkelte fastlegepraksis har i mange tilfeller ikke mulighet til å ha særlig både LIS1 og medisinstudenter samtidig. Medisinstudenter bør i dag ha, i henhold til § 26 i forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning, minst 10 ukers praksis i

primærhelsetjenesten. I de fleste tilfeller har medisinstudenter praksis på samme tid, noe som forsterker utfordringen med mangel på praksisplasser. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor, i dialog med relevante aktører, vurdere mulige tiltak for å legge til rette for god og tilstrekkelig praksisperiode i kommunale helse- og omsorgstjenester, også for medisinstudenter. Departementet viser i denne forbindelse også til at regjeringen har inngått en bilateral samarbeidsavtale med KS for å både øke kvaliteten og kapasiteten på praksis i kommunene for helse- og sosialfagsstudenter.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene gjennomføres innenfor gjeldene økonomiske rammer.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste finansieres i hovedsak gjennom rammetilskudd til kommunene. De ulike delene av den kommunale allmennlegetjenesten finansieres på ulikt vis. For *Fastlegeordningen* er det ulike driftsformer. Hovedmodellen er at kommunene dekker behovet for fastleger gjennom avtaleinngåelse fra næringsdrivende leger.

Næringsdrivende fastleger mottar basisfinansiering fra kommunen, takstrefusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. I tillegg har legene inntekter fra andre kilder, som vaksinerings, erklæringer, forsikringsattester mm.

Det har de siste årene blitt stadig vanligere at legene er fastlønte (om lag 20% i august 2024), og at basistilskuddet og de aktivitetsbaserte inntektene (refusjoner fra folketrygden og egenandeler/egenbetaling) tilfaller kommunen. I tillegg finnes det mange mellomordninger der kommunene for eksempel står for lokaler og ansettelse av personell, men legene fortsatt beholder de aktivitetsbaserte inntektene.

Fra 1. mai 2023 ble basistilskuddet styrket og pasienttilpasset. Det vil si at basistilskuddet som utløses per innbygger varierer på bakgrunn av ulike karakteristika ved innbyggerne. Målet er at innbyggere med høyest forventet forbruk av fastlegetjenester også utløser høyere basistilskudd, slik at deres fastleger kan ha kortere lister eller ansette annet personell for å betjene listene.

I 2023 var de totale utgiftene til fastlegeordningen 14,2 mrd. kroner. 4,5 mrd. kroner (32 pst.) var basisfinansiering, 7,3 mrd. kroner (51 pst.) refusjoner og 2,4 mrd. kroner (17 pst.) var pasientbetaling

Finansieringen av *legevakt* fordeles mellom kommunene (kommunerammen), staten (folketrygdfinansiering av legenes aktivitet (takster)) og pasientene (egenandeler og annen egenbetaling).

Det vanligste er at legene er næringsdrivende som beholder den aktivitetsavhengige betalingen (takster og pasientbetaling). I tillegg mottar legene i legevaktdistrikt med lav forventet aktivitet et eget beredskapstillegg fra kommunene. I økende grad, og særlig i mindre befolkningsstore legevaktdistrikt, har det blitt vanlig at legene mottar fast lønn, og at de aktivitetsavhengige inntektene tilflyter kommunene.

I 2023 var de aktivitetsavhengige utgiftene til legevakt 1 079 mill. kroner. 607 mill. kroner (56 pst.) var takstrefusjoner, mens 472 mill. kroner (44 pst.) var pasientbetaling og refusjon av egenandeler.

I *sykehjem og helsestasjon* er det ingen aktivitetsbasert finansiering fra staten. Kommunene finansierer legetjenester i disse tjenestene over sin egen ramme, og det varierer hvordan det organiseres. Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 12 fastslår at en fastlege i fulltidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler.

Kommunenes utgifter til leger som spesialiserer seg i allmennmedisin dekkes gjennom tilskuddordningen «Nasjonal ALIS og veiledning».

De foreslåtte tiltakene vil etter departementets vurdering bidra til bedre rekruttering av leger til kommunale helse- og omsorgstjenester og bidra til redusert behov for vikarer. Bruk av vikarer har en økonomisk kostnad for kommunene og har kostander for den enkelte pasient ved at kontinuiteten i forholdet mellom pasient og lege kan reduseres.

Ved å lempe på kompetansekrav, særlig til hvilke leger som kan ha legevakt som eneste lege på vakt uten bakvakt, vil det være færre leger som skal være bakvakt. En redusert vaktbelastning vil kunne frigjøre tid hos legen til annet klinisk arbeid, uten at det medfører økte kostander for kommunen.

Kostnader til utvikling og drift av system for registrering av bruk av foreslåtte unntaksbestemmelser dekkes innenfor Helse- og omsorgsdepartementets gjeldende ramme.

6 Forslag til endringer

Departementet foreslår endringer i forskrift om kompetansekrav for leger, akuttmedisinforskriften, forskrift om trygderefusjon for leger m.v., forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og forskrift om fastlegeordning i kommunene som følger nedenfor. Endringene fremgår i kursiv.

I

I forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (forskrift om kompetansekrav for leger) gjøres følgende endringer:

§ 2 skal lyde:

Forskriften gjelder *for leger med oppgave om å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven.*

§ 3 skal lyde:

§ 3. Krav om spesialisering

Kommunen skal sikre at leger med oppgave å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven utenfor fastlegeordningen

- a) har spesialistgodkjenning, eller*
- b) er under spesialisering i spesialistutdanningens andre eller tredje del, eller*
- c) har godkjenning som allmennlege etter forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon, eller*

Kommunen skal sikre at leger med oppgave å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven innenfor fastlegeordningen

- a) har spesialistgodkjenning i allmennmedisin, eller*
- b) er under spesialisering i allmennmedisin, eller*
- c) har godkjenning som allmennlege etter forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon*

Leger med oppgave å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven på kommunalt organisert legevakt skal i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og voldsovergrepshåndtering.

Helse- og omsorgsdepartementet hører to alternativer til ny § 3 a

Alternativ (1) Minstekrav om LIS2/LIS3

Ny § 3 a skal lyde:

§ 3 a. Kompetansekrav for lege som skal ha legevakt uten bakvakt

Lege som oppfyller kompetansekravene i § 3 første og tredje ledd kan ha legevakt uten bakvakt.

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger på vakt som ikke oppfyller kompetansekravene i § 3 første og tredje ledd.

Kompetansekravene i § 3 første og tredje ledd gjelder tilsvarende for lege som skal være bakvakt. Den enkelte kommune må vurdere om bakvakten ved behov skal kunne være tilgjengelig for til stede-veiledning av lege på vakt.

Alternativ (2) Minstekrav om LIS1

Ny § 3 a skal lyde:

§ 3 a. Kompetansekrav for lege som skal ha legevakt uten bakvakt

En lege kan ha legevakt uten bakvakt i følgende tilfeller:

- a) Legen oppfyller kompetansekravene i § 3 første og tredje ledd*
- b) Legen har oppnådd læringsmålene i spesialistutdanningens første del og som har gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering eller*
- c) Legen har godkjent turnus etter forskrift 15. juli 1998 nr. 732 forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege og har gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.*

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for lege i vakt som ikke oppfyller kravene i § 3 a.

Kompetansekravene i § 3 første og tredje ledd gjelder tilsvarende for lege som skal være bakvakt. Den enkelte kommune må vurdere om bakvakten ved behov skal kunne være tilgjengelig for til stede-veiledning av lege i vakt.

Helse- og omsorgsdepartementet hører to alternativer til unntaksbestemmelse i ny

§ 4

§ 4 skal lyde:

Alternativ (1)

§ 4. Unntak fra kravet om spesialisering

Kravet om *spesialisering* i § 3 gjelder ikke for lege med *oppgave å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven som tiltrer ett eller flere arbeidsforhold eller avtaleforhold av inntil totalt ett års varighet*. Kravet om *spesialisering* i § 3 gjelder heller ikke for ett eller flere arbeidsforhold eller avtaleforhold med varighet inntil 4 måneder per kalenderår. Varighet av arbeidsforhold eller avtaleforhold beregnes ut fra antall dager, uavhengig av stillingsprosent.

For arbeidsforhold eller avtaleforhold inngått før 1. juli 2025 regnes varigheten av unntak etter denne bestemmelsen fra 1. juli 2025.

Kommune som benytter seg av unntak etter denne bestemmelsen må innen 31. mars hvert år rapportere til statsforvalteren om bruken av unntaksbestemmelsen i foregående år.

Alternativ (2)

§ 4. Unntak fra kravet om spesialisering

Kravet om *spesialisering* i § 3 gjelder ikke for lege med *oppgave å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven som tiltrer ett eller flere arbeidsforhold eller avtaleforhold av inntil totalt ett års varighet*. Kravet om *spesialisering* i § 3 gjelder heller ikke for ett eller flere arbeidsforhold eller avtaleforhold med varighet inntil 4 måneder per kalenderår. Varighet av arbeidsforhold eller avtaleforhold beregnes ut fra antall dager, uavhengig av stillingsprosent.

Kravet om *spesialisering* i § 3 gjelder ikke for lege med *oppgave å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven som har oppnådd læringsmålene i spesialistutdanningens første del og som tiltrer et vikariat, jfr. arbeidsmiljølovens § 14-9, annet ledd (b)*. For arbeidsforhold eller avtaleforhold inngått før 1. juli 2025 regnes varigheten av unntak etter denne bestemmelsen fra 1. juli 2025.

Kommune som benytter seg av unntak etter denne bestemmelsen må innen 31. mars hvert år rapportere til statsforvalteren om bruken av unntaksbestemmelsen i foregående år.

II

I forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) gjøres følgende endringer:

§ 7 Kompetansekrav for lege på vakt og krav til bakvakt.

Kompetansekrav for lege på vakt og krav til bakvakt i kommunal legevakt fremgår av forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten §§ 3, 3 a og 4.

III

I forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter (forskrift om rett til trygderefusjon for leger m.v.) gjøres følgende endringer:

§ 1 skal lyde:

§ 1. Stønad for undersøkelse og behandling hos lege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Folketrygden yter stønad for undersøkelse og behandling hos lege i kommunale helse- og omsorgstjenester som oppfyller kompetansekravene i forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger, i følgende tilfeller:

- a) Legen deltar i fastlegeordningen*
- b) Legen har avtale med kommunen*
- c) Legen har introduksjonsavtale*
- d) Legen er fastlønnet kommuneoverlege som foretar nødvendig sykebesøk utenom ordinær arbeidstid*
- e) Legen deltar i kommunalt organisert legevakt*
- f) Legen er under spesialisering i spesialistutdanningens første del og har oppnådd læringsmålene i spesialisthelsetjenesten og deltar i kommunal legevakt eller jobber hos fastlege, jf. forskrift 26. juni 2023 nr. 1125 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 2 nr. 3. Det samme gjelder lege i spesialistutdanningens første del i stilling opprettet etter § 11 tredje ledd, i forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).*

Lege som er omfattet av bestemmelsens a)- e) plikter å ha direkte oppgjør og fremsette oppgjørskravet digitalt.

Ny § 1 a skal lyde:

§ 1 a Stønad for undersøkelse og behandling hos lege som arbeider utenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste

Folketrygden yter stønad for undersøkelse og behandling hos lege utenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten i følgende tilfeller:

- a) *Legen har individuell driftsavtale med regionalt helseforetak*
- b) *Legen yter øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven § 7*
- c) *Legen er under spesialisering i spesialistutdanningens andre eller tredje del og utfører pasientbehandling hos lege som har individuell driftsavtale med regionalt helseforetak. Stønaden utbetales til legen som har individuell driftsavtale med regionalt helseforetak.*
- d) *Ved pasientbehandling hos utdanningskandidater og lærere ved visse undervisningsinstitusjoner etter departementets bestemmelse*

Lege som er omfattet av bestemmelsens første ledd plikter å ha direkte oppgjør og fremsette oppgjørskravet digitalt.

§ 1 b Stønad for undersøkelse og behandling hos spesialist i klinisk psykologi

Folketrygden yter stønad for undersøkelse og behandling hos spesialist i klinisk psykologi i følgende tilfeller:

- a) *Vedkommende yrkesutøver har individuell driftsavtale med regionalt helseforetak, eller*
- b) *Ved pasientbehandling hos utdanningskandidater og lærere ved visse undervisningsinstitusjoner etter departementets bestemmelse.*

Spesialist i klinisk psykologi som er omfattet av bestemmelsen plikter å ha direkte oppgjør og fremsette oppgjørskravet digitalt.

Ny § 1 c skal lyde:

§ 1 c Stønad for undersøkelse og behandling hos fysioterapeut i følgende tilfeller

Folketrygden yter stønad for undersøkelse og behandling hos fysioterapeut i følgende tilfeller:

- a) *Vedkommende yrkesutøver har avtale om driftstilskudd med kommune*
- b) *Ved pasientbehandling hos utdanningskandidater og lærere ved visse undervisningsinstitusjoner etter departementets bestemmelse*

Fysioterapeut som er omfattet av bestemmelsen plikter å ha direkte oppgjør og fremsette oppgjørskrav digitalt

§ 4 første ledd skal lyde:

§ 4.

Yrkesutøver med fastlegeavtale eller individuell driftsavtale med regionalt helseforetak, som nevnt i §§ 1 første ledd bokstav a, 1 a og 1 b, opprettholder rett til

trygderefusjon ved opphør av fastlegeavtale/driftsavtale såfremt de vil falle inn under bestemmelsen i § 2.

§ 6 første ledd første punktum skal lyde:

§ 6.

Rett til trygderefusjon gis til den som tjenestegjør/vikarierer for lege, spesialist i klinisk psykologi eller fysioterapeut som nevnt i §§ 1 første ledd bokstav a, 1 a og 1 b, og for lege og spesialist i klinisk psykologi som nevnt i § 2.

IV

I forskrift 26. juni 2023 nr. 1125 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege gjøres følgende endringer:

§ 2 nr. 3 skal lyde:

§ 2 nr. 3.

Når *lege mottar* lønn fra kommunen for pasientbehandling i kontorpraksis eller ved legevakt, utbetales stønaden til kommunen. Det samme gjelder for stønad til svangerskapskontroller og veiledning i familieplanlegging som utføres av lege ansatt i helsestasjon.

V

I forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene (forskrift om fastlegeordning i kommunene) gjøres følgende endringer:

§ 12 skal lyde:

§ 12. Fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen

Fastlege i fulltidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler *samt veiledning av leger i spesialistutdanningens første del og leger i spesialisering i allmennmedisin*. Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene. Fastlegens deltakelse i administrative møter med kommunen skal iberegnes i de 7,5 timene.

Fastlegen og kommunen kan inngå avtale om andre oppgaver som skal inngå i de 7,5 timene, jf. første ledd.

