

Høringsnotat

**Endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for
leger og tannleger (spesialistforskriften), m.fl.**

Utsendt: 3. juli 2024

Høringsfrist: 14. oktober 2024

1	Innledning	2
2	Spesialistforskriften	4
2.1	Bakgrunn.....	4
2.2	Gjeldende rett.....	5
2.3	Departementets vurderinger og forslag	5
2.3.1	Veiledning under spesialistutdanningen.....	5
2.3.2	Stillinger for leger i spesialisering - kravet til stillingsprosent i åpen uselektert allmennpraksis - § 8 fjerde ledd	8
2.3.3	Opprettelse av stillinger i utdanningens første del	10
2.3.4	Roller og ansvar i spesialistutdanningen for leger – etablering av nye spesialistgodkjenninger - § 3 andre ledd	14
3	Forskrift om kompetansekrav for leger og akuttmedisinforskriften.....	15
3.1	Bakgrunn.....	15
3.2	Gjeldende rett.....	15
3.2.1	Forskrift om kompetansekrav for leger i helse- og omsorgstjenesten.....	15
3.2.2	Akuttmedisinforskriften	15
3.3	Departementets vurderinger og forslag	16
4	Økonomiske og administrative konsekvenser	16
5	Forslag til forskriftsendringer	17

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag til endringer i:

- forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften),
- 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), og
- 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.)

I kapittel 2 foreslås endringer i spesialistforskriften. Departementet foreslår her at kommuner og helseforetak eller sykehus skal kunne inngå avtale om opprettelse av stillinger i spesialistutdanningens første del (LIS1) utover det som er nasjonalt fastsatt. For disse stillingene foreslås at det i særlige tilfeller kan avtales unntak fra rekkefølgekravet i LIS1, om først tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For at leger som ikke følger rekkefølgekravet skal ha rett til refusjon fra folketrygden foreslår departementet endringer i forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter.

Videre foreslår departementet et unntak fra kravet om at veileder for lege under spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin må være spesialist i den aktuelle spesialiteten. Det foreslås at veileder i særlige tilfeller kan være lege med betydelig erfaring fra hhv. allmennmedisinsk, samfunnsmedisinsk, og arbeidsmedisinsk arbeid.

Det foreslås også at kravet om arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid i åpen uselektert allmennpraksis i spesialistutdanningen for allmennmedisin, oppheves. Det foreslås økt fleksibilitet for gjennomføringen av veiledning under spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Departementet foreslår i tillegg at spesialistforskriften endres slik at departementet, og ikke Helsedirektoratet, fastsetter endringer i legespesialitetene.

I kapittel 3 foreslår departementet endringer i forskrift om kompetansekrav for leger og i akuttmedisinforskriften. Det foreslås at unntaksvilkårene fra kompetansekravene for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og til lege som har legevakt forlenges med virkning frem til og med 30. juni 2025. For at legevikarene som oppfyller disse midlertidige kompetansekravene skal ha rett til refusjon fra folketrygden, foreslår departementet endringer i forskrift om trygderefusjon for leger m.v. slik at perioden for rett til refusjon forlenges frem til og med 30. juni 2025.

2 Spesialistforskriften

2.1 Bakgrunn

Utfordringer i allmennlegetjenesten, og fastlegeordningen spesielt, har hatt stor oppmerksomhet over flere år. Regjeringen satte derfor ned et hurtigarbeidende ekspertutvalg i august 2022 som fikk i oppdrag å utrede konkrete forslag til tiltak for å gjøre allmennlegetjenesten mer bærekraftig. Utvalget skulle blant annet se på organisering og finansiering, legevakt, innretningen av spesialistutdanningen i allmenntmedisin og kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (heretter Ekspertutvalget) leverte sin rapport 18. april 2023.¹

For å bedre rekrutteringen, redusere arbeidsbelastningen og gjøre ordningen bærekraftig, foreslår utvalget blant annet endringer i organisering og finansiering for mer tverrfaglighet, endringer i oppgavedeling og ledelse, samt endringer i kompetansekrav, oppgavereduksjon, legevakt og digitale verktøy.

I dette høringsnotatet følger departementet opp flere av utvalgets anbefalinger knyttet til innretningen av spesialistutdanningen i allmenntmedisin.

Ekspertutvalget viser til at mange kommuner har store utfordringer med å ivareta sitt sørge-for-ansvar for legetjenester, og at det er behov for å rekruttere flere fastleger. Utvalget foreslår en rekke tiltak for å styrke rekrutteringen. De peker på noen særlige utfordringer knyttet til spesialistutdanningen sett på bakgrunn av dagens situasjon med svekket rekruttering og kapasitet i allmennlegetjenesten. Dette omfatter blant annet tid til veiledning, tilgjengelige veiledere og vurderingen av om praktisk tjeneste oppfyller kravene til to års uselektert allmenntpraksis. Utvalget peker også på mangel på LIS1-stillinger. Utvalget mener at sykehus og kommuner innenfor egne budsjett bør gis muligheten til å lyse ut LIS1-stillinger når de har behov for og mulighet til det.

Departementet er opptatt av å legge til rette for bedre rekruttering til fastlegeordningen gjennom en god, fleksibel og trygg spesialistutdanning i allmenntmedisin. Kapasiteten i LIS1-ordningen er en utfordring og det gjør at mange leger ikke får LIS1-stilling. Det reduserer tilgangen på leger til videre spesialisering, herunder for allmenntmedisin. Det er nå 1185 LIS1-stillinger etter den siste økningen med 66 stillinger i 2024, hvor de siste stillingene skal innrettes på videre spesialisering i allmenntmedisin og psykiatri.

Forslagene i dette høringsnotatet til endringer spesialistforskriften skal bidra til bedre rekruttering av leger over hele landet og mer fleksibel gjennomføring av spesialistutdanningen i allmenntmedisin. Dette i tråd med regjeringens mål og forslag i Meld. St. 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027².

¹ [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#).

² [Meld. St. 9 \(2023–2024\) \(regjeringen.no\)](#)

Departementet har innhentet Helsedirektoratets faglige vurderinger knyttet til forslagene nedenfor om endringer i spesialistforskriften.

2.2 Gjeldende rett

Med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 3-5, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 51 og lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 8-1 har Helse- og omsorgsdepartementet fastsatt forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).

Forskriften regulerer spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger innen ulike spesialiteter og spesialistgodkjenning av tannleger der dette er særskilt angitt. Legespesialitetene, med tilhørende læringsmål og faglig innhold, er regulert i forskriftens vedlegg 1 og 2.

Forskriften trådte i kraft 1. mars 2017 for utdanningens første del og 1. mars 2019 for utdanningens andre og tredje del.

De relevante bestemmelsene omtales sammen med de respektive endringsforslagene.

2.3 Departementets vurderinger og forslag

2.3.1 Veiledning under spesialistutdanningen

2.3.1.1 Antall timer veiledning - § 2 tredje ledd

Spesialistforskriften § 2 tredje ledd: *Den praktiske tjenesten skal gjennomføres under veiledning og supervisjon av kvalifiserte leger. Under spesialistutdanningen i allmennmedisin skal veiledningen i gjennomsnitt utgjøre minimum fire timer per måned i 10,5 av årets måneder i den tid lege i spesialisering har praktisk tjeneste i en registrert utdanningsvirksomhet.*

Med veiledning menes refleksjon, råd og oppfølging av faglig progresjon under spesialiseringen og bidrag i vurderingen av legen som er under spesialisering (LIS), og innebærer planlagte og regelmessige møter mellom LIS og veileder.³

For å sikre et minimumsomfang på veiledningen for leger under spesialisering i allmennmedisin (ALIS), er det forskriftsfestet at veiledningen i gjennomsnitt skal være på minst fire timer per måned i 10,5 av årets måneder. Dette gjelder i den perioden legen har praktisk tjeneste i en registrert utdanningsvirksomhet, i praksis vil dette være en kommune. Gjennomsnittskravet medfører at timetallet kan variere noe fra måned til måned ut fra hva som er mest hensiktsmessig. Regelverket gir med andre ord rom for noe fleksibilitet for hvordan veiledningen kan gjennomføres innen et kalenderår.

³ [Definisjoner - Helsedirektoratet](#)

Ekspertutvalget peker imidlertid på at behovet for veiledning vil kunne være varierende gjennom utdanningsløpet. Utvalget mener at det forskriftsfestede kravet knyttet til gjennomsnittlig veiledning per måned ikke gir tilstrekkelig rom for fleksibilitet i gjennomføringen av veiledningen.

Departementet er enig med Ekspertutvalget i at behovet for veiledning vil kunne være forskjellig for eksempel tidlig og sent i utdanningsløpet, og at individuelle forhold som for eksempel erfaring, vil kunne påvirke behovet for veiledning. En lege som har kommet langt i utdanningsløpet vil kunne ha behov for mindre eller annen form for veiledning enn en som akkurat har startet sin spesialisering. Videre vil en lege som har betydelig arbeidserfaring fra allmennt medisinsk arbeid når vedkommende starter sin spesialisering i allmennt medisin, kunne ha mindre behov for veiledning enn en uten slik erfaring. Det vil også kunne være mindre behov for individuell veiledning den tiden legen har gruppeveiledning.

For å øke fleksibiliteten i gjennomføringen av veiledningsløpet foreslår departementet å omformulere minimumskravet om antall timer til veiledning fra gjennomsnittlig 4 timer per måned i 10,5 måneder til i gjennomsnitt 42 timer per år. Den samlede veiledningstiden skal være lik som tidligere og vil da i gjennomsnitt tilsvare minimum 42 timer per år (4 timer per måned i 10,5 måneder), men veiledningstiden må da ikke utgjøre minimum 42 timer hvert eneste år i spesialiseringsløpet. På den måten kan veiledningen av den enkelte ALIS bedre tilpasses den enkeltes behov gjennom hele utdanningsløpet, samtidig som legen totalt sett vil ha krav på samme antall som etter gjeldende regelverk. Departementet ber om høringsinstansenes syn på dette og eventuelt andre forslag som kan øke fleksibiliteten i ordningen.

2.3.1.2 Veileders kompetanse - § 25 tredje og fjerde ledd

Spesialistforskriften § 25 tredje ledd: Veilederen for lege i utdanningens første del skal være en lege med nødvendig erfaring. Veilederen for lege i utdanningens andre og tredje del skal være godkjent spesialist i en av spesialitetene med felles faglig plattform for utdanningens andre del eller i den aktuelle spesialiteten for utdanningens tredje del. Under lengre tjenesteopphold utenfor den ansvarlige utdanningsvirksomheten i utdanningens andre eller tredje del, kan veilederen ha spesialistgodkjenning i en annen spesialitet.

Spesialistforskriften § 25 fjerde ledd: Dersom særlige hensyn tilsier det kan Helsedirektoratet etter søknad fra utdanningsvirksomhet gi tidsavgrenset fritak fra kravet i tredje ledd andre punktum om at veilederen for lege under spesialistutdanning i allmennt medisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin skal være godkjent spesialist i den aktuelle spesialiteten.

Spesialistforskriften § 25 regulerer utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege. Blant annet skal utdanningsvirksomheten oppnevne individuell veileder for den enkelte lege. Det er et krav at veileder i utdanningens tredje del er godkjent spesialist i den spesialiteten utdanningen gjelder. Det betyr at veileder for ALIS

må være spesialist i allmenntmedisin. Under lengre tjenesteopphold utenfor den ansvarlige utdanningsvirksomheten i utdanningens (andre eller) tredje del, kan likevel veilederen ha spesialistgodkjenning i en annen spesialitet.

Det kan imidlertid være situasjoner hvor kravet om at veileder for lege under spesialistutdanning i allmenntmedisin, samfunntmedisin og arbeidsmedisin (ASA-spesialitetene) skal være godkjent spesialist i den aktuelle spesialiteten er vanskelig å oppfylle. Det er derfor for disse tre spesialitetene lagt inn en sikkerhetsventil ved at utdanningsvirksomheter har adgang til å søke Helsedirektoratet om et tidsbegrenset fritak fra kravet om at veileder må være spesialist i den aktuelle spesialiteten der særlige hensyn tilsier dette, jf. spesialistforskriften § 25 fjerde ledd. Det kan for eksempel være at en kommune i en periode har uforholdsmessige utfordringer med å få oppnevnt veileder, og dermed ikke kan tilby spesialisering i for eksempel allmenntmedisin i tråd med kravene i spesialistforskriften dersom det ikke innvilges unntak.

Også Ekspertutvalget tar opp utfordringer med spesialistforskriftens krav om at veileder for ALIS skal være spesialist i allmenntmedisin. Utvalget peker på at i kommuner med få spesialister i allmenntmedisin kan veiledningen av en eller flere ALIS være tidkrevende og gi uforholdsmessig stor belastning. Der det er få eller ingen spesialister å velge mellom, kan kravet til veileder få utilsiktede konsekvenser ved at kravet om spesialist i allmenntmedisin settes foran egnethet og pedagogiske ferdigheter. Utvalget mener også at unntaksordningen er tidkrevende og byråkratisk.

Departementet vil understreke at den individuelle veilederen har viktige funksjoner overfor ALIS. Veilederen skal fremme refleksjon, gi råd, følge opp faglig progresjon i henhold til den individuelle utdanningsplanen og bidra i vurderingen av læringsmål. Av denne grunn vil departementet påpeke at det er et klart mål at veileder for ALIS skal være spesialist i allmenntmedisin.

Departementet ser likevel at kapasitetsutfordringene i allmenntlegetjenesten kan gjøre det vanskelig å imøtekomme kravet om at veileder for ALIS må være spesialist i allmenntmedisin, og at kommuner av den grunn ikke kan tilby spesialisering i allmenntmedisin i tråd med kravene i forskriften. Unntaksordningen skal imidlertid være en sikkerhetsventil nettopp i slike tilfeller, men departementet forstår at en søknadsbasert unntaksordning kan fremstå som u hensiktsmessig.

Departementet foreslår av denne grunn at den søknadsbaserte unntaksordningen oppheves når det gjelder allmenntmedisin, og at det åpnes for at ALIS i særlige tilfeller kan få oppnevnt en veileder som ikke er spesialist i allmenntmedisin uten at det må søkes fritak fra Helsedirektoratet. I slike tilfeller skal veilederen være lege med betydelig erfaring fra allmenntmedisinsk arbeid. Med særlige tilfeller mener departementet det bør ses hen til gjeldende unntaksordning hvor det blant annet kan legges vekt på rekrutteringssvake kommuner, mulighetene for å skaffe veileder utenfor kommunen blant annet gjennom samarbeid med nabokommuner og gjennomførte tiltak for å skaffe veileder som er spesialist i allmenntmedisin.

Hva som vil tilfredsstillende kravet om betydelig erfaring fra allmennmedisinsk arbeid må vurderes konkret i det enkelte tilfelle. Departementet vil fremheve at erfarne allmennleger med godkjent veiledet tjeneste etter forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon (forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger) vil være en gruppe leger som må anses å ha betydelig arbeidserfaring, og som etter departementets vurdering vil kunne bidra på en god måte i veiledningen av ALIS. Veilederkompetanse i form av gjennomført veilederutdanning/-kurs og/eller tidligere erfaring som veileder bør vektlegges.

Det vil være den enkelte kommune som vurderer i det konkrete tilfellet om det foreligger særlige tilfeller, og det vil være den enkelte kommune som må vurdere om kravet om betydelig erfaring fra allmennmedisinsk arbeid er oppfylt og med det har ansvaret for at veileder har tilstrekkelig kompetanse til å veilede ALIS.

Departementet mener at denne endringen vil bidra til at kommuner ved mangel på spesialister i allmennmedisin enklere kan finne hensiktsmessige løsninger som sikrer god veiledning for ALIS uten en formalistisk søknadsprosess.

Selv om utfordringene knyttet til veileder i allmennmedisin, ikke fullt ut vil være gjeldende for de to andre ASA-spesialitetene (samfunnsmedisin og arbeidsmedisin), mener departementet at det ikke er hensiktsmessig å opprettholde den søknadsbaserte ordningen for disse to spesialitetene. Departementet foreslår derfor at denne ordningen oppheves samtidig som det åpnes for at i særlige tilfeller kan veilederen for leger under spesialisering samfunnsmedisin og arbeidsmedisin være leger med betydelig samfunnsmedisinsk og arbeidsmedisinsk arbeid. Den enkelte utdanningsvirksomhet må i hvert enkelt tilfelle vurdere om det foreligger særlige tilfeller, videre om kravet til betydelig erfaring fra hhv. samfunnsmedisinsk eller arbeidsmedisinsk arbeid er oppfylt og med det ha ansvaret for at veileder har tilstrekkelig kompetanse til å veilede.

2.3.2 Stillinger for leger i spesialisering - kravet til stillingsprosent i åpen uselektert allmennpraksis - § 8 fjerde ledd

Spesialistforskriften § 8 fjerde ledd: *For leger i spesialisering tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter, skal utdanningen gjennomføres på heltid. En registrert utdanningsvirksomhet som skal ansette leger eller inngå avtale med leger som skal gjennomføre spesialistutdanning, skal påse at spesialistutdanningen gjennomføres på heltid. Spesialiseringen kan likevel gjennomføres på deltid dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene. Minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin i åpen uselektert allmennpraksis, jf. § 2 fjerde ledd første punktum, må gjennomføres innenfor en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid. Dersom særlige hensyn tilsier det kan Helsedirektoratet etter søknad gi fritak fra kravet om en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid.*

Spesialistutdanningen for leger omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter i minst seks og et halvt år etter tildelt autorisasjon eller lisens, jf. spesialistforskriften § 2 første ledd. Som hovedregel skal spesialistutdanningen gjennomføres på heltid. Utdanningen kan likevel gjennomføres på deltid dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene, jf. § 8 tredje ledd.

Ved spesialisering i allmennmedisin skal minst to år av spesialistutdanningen gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis, jf. spesialistforskriften § 2 fjerde ledd. Det følger av forskriften § 8 fjerde ledd at disse to årene må gjennomføres innenfor en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid. Dersom legen gjennomfører utdanningen på deltid, skal samlet utdanningstid og utdanningstiden i åpen uselektert allmennpraksis forlenges tilsvarende.

Med åpen uselektert allmennpraksis menes en praksis som er åpen for alle, uten en forutgående siling eller utvelgelse av pasienter eller sykdommer eller lidelser. Dette dreier seg om praksis som fastlege, og som hovedregel skal legen ha ansvar for egen liste. I særlige tilfeller er det imidlertid mulig å gjennomføre utdanning i åpen uselektert allmennpraksis uten ansvar for egen liste.

Kravet til minimum to år i åpen uselektert allmennpraksis skal sikre at alle spesialister i allmennmedisin har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta og håndtere et bredt (uselektert) utvalg av problemstillinger. Kravet om minst 50 prosent arbeidstid skal sikre kontinuitet i pasientoppfølgingen. I praksis handler dette blant annet om å ha ansvar for lengre pasientforløp, tilgjengelighet, oppfølging og kontroller, håndtering av prøvesvar og koordinering.

Den nedre grensen på minst 50 prosent stilling i åpen uselektert allmennpraksis gjør at leger som av ulike grunner jobber i mindre stillingsprosenter ikke vil klare å oppfylle kravene for å bli spesialist i allmennmedisin. Det samme gjelder for leger som jobber i ulike former for turnusordninger. På grunn av rekrutteringsutfordringer har flere kommuner tatt i bruk ulike turnusordninger (såkalt «nordsjøturnus»), for eksempel to uker med arbeid i kommunen etterfulgt av en periode med fire uker uten tilstedeværelse i kommunen. Denne typen turnus vurderes per i dag ikke som tellende tjenestetid for åpen uselektert allmennpraksis, men kan benyttes som allmennmedisinsk tjenestetid for den resterende tiden. Dette har medført at disse legene ikke kan fullføre spesialistutdanningen i kommunen.

For å oppnå mer fleksibilitet knyttet til gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis, anbefaler Ekspertutvalget at kravet om minst 50 prosent stilling fjernes. Utvalget peker på at legen da kan jobbe i lavere stillingsprosent dersom dette ikke er i veien for å gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene.

Som nevnt over er kontinuitet i pasient-lege-relasjonen et sentralt hensyn bak kravet om to års åpen uselektert allmennpraksis i minst 50 prosent stilling. En lavere stillingsprosent kan føre til en uheldig oppstyking av spesialistutdanningen, og det kan gå utover

kontinuiteten i pasientoppfølgingen. Departementet vurderer likevel at disse hensynene kan ivaretas også i lavere stillingsprosenter. En forutsetning er imidlertid at utdanningstiden forlenges tilsvarende reduksjonen i stillingsprosent. For eksempel vil en 20 prosent stilling medføre at legen må jobbe i åpen uselektert praksis i ti år (tilsvarer to år i 100 prosent stilling). Det vil også være en forutsetning at læringsmålene kan oppnås gjennom aktuelle læringsaktiviteter i den lavere stillingsprosenten.

Departementet foreslår derfor at kravet om arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid i åpen uselektert allmennpraksis oppheves, slik at arbeid i stillingsandel på mindre enn 50 prosent ikke er til hinder for at legen kan gjennomføre læringsaktiviteter og oppnå nødvendige læringsmål i allmennmedisin.

Den enkelte utdanningsvirksomhet må vurdere om det er mulig å gjennomføre spesialistutdanningen på deltid slik at legen får gjennomført de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene. Det må på vanlig måte utarbeides en individuell utdanningsplan, jf. spesialistforskriften § 25. Planen må vise hvordan spesialistutdanningen planlegges gjennomført i den gitte stillingsprosenten, og angi når og på hvilken læringsarena de enkelte læringsmålene skal oppnås og innenfor hvilken tidshorisont.

Departementet mener at dette forslaget kan bidra til at flere leger kan tilbys spesialisering i allmennmedisin i kommunen. Mange kommuner med rekrutteringsutfordringer ansetter i dag leger som fastlegevikarer uten at vikarene verken er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering i allmennmedisin, jf. unntaksbestemmelsen i § 4 i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En opphevelse av kravet om minst 50 prosent stilling vil kunne bidra til at flere kommuner heller kan tilby spesialistutdanning i allmennmedisin fremfor vikarbruk. Dette vil gi en mer hensiktsmessig ressursbruk med økt utdanningskapasitet, noe som igjen kan bidra til bedre rekruttering av fastleger.

2.3.3 Opprettelse av stillinger i utdanningens første del

2.3.3.1 Opprette egne stillinger – unntak fra § 11 første ledd

Spesialistforskriften § 11 første ledd: Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter hvor mange stillinger i spesialistutdanningens første del som skal opprettes i sykehusene og i kommunene. Helsedirektoratet fordeler antall stillinger i sykehus til hvert av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene oppretter stillinger innen helseregionen i de enkelte helseforetakene. Stillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fastsettes fylkesvis av Helsedirektoratet, og fordeles til de enkelte kommunene i samråd med statsforvalteren.

Departementet fastsetter årlig hvor mange LIS1-stillinger som skal opprettes. Dette er stillinger som finansieres med øremerkede midler over statsbudsjettet. Det har de senere årene vært en gradvis økning i LIS1-stillingene. Kapasiteten i LIS1-ordningen er en

utfordring, siden legene må ha gjennomført denne delen før de kan gå videre i spesialiseringløpet.

Helsedirektoratet har tidligere vurdert tiltak for å øke kapasitet og utnyttelse av stillinger for LIS1. Ett av tiltakene direktoratet foreslo var å åpne for at helseforetak kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov.⁴ Også Ekspertutvalget foreslår at kommuner og sykehus gis mulighet til å lyse ut egne LIS1-stillinger. Utvalget peker på at en slik løsning vil være en forbedring for kommunen, for eksempel ved at de kan tilby LIS1-stillinger i stedet for å ansette leger uten LIS1 i dyre vikariater. I spesialisthelsetjenesten ivaretar i dag leger uten LIS1 ulike arbeidsoppgaver innen flere fagfelt.

For å bidra til bedre rekruttering av leger over hele landet foreslår departementet at det åpnes for at kommuner og helseforetak eller sykehus i fellesskap kan opprette egne LIS1-stillinger ved behov (heretter kalt egenoprettede stillinger). Dette vil være stillinger som kommer i tillegg til de stillingene som er finansiert over statsbudsjettet. De egenoprettede stillingene må finansieres innenfor kommunens og helseforetakets egne budsjetttrammer i tråd med behov. Det er en økende bruk av innleid, ofte dyr arbeidskraft, og det er ulike tidsavgrensede stillinger for leger uten LIS1 både i kommuner og helseforetak. Departementet vurderer at det vil være mer hensiktsmessig og bedre ressursbruk om tjenesten i stedet kan benytte ressursene til egenoprettede LIS1-stillinger. Dette vil føre til at legen får gjennomført første delen av spesialistutdanningen, og tjenesten kan også legge opp til et utdanningsløp for videre spesialisering det er særlig behov for, herunder allmennleger og psykiatere.

Det vil være samme krav til innhold og kvalitet i de egenoprettede stillingene som for de stillingene som er opprettet av departementet. Det betyr at kravene i spesialistforskriften vil gjelde på vanlig måte. Blant annet vil utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege, herunder kravet om individuelle utdanningsplaner, supervisjon og veiledning, gjelde på vanlig måte, jf. spesialistforskriften § 25.

For at kommuner og helseforetak eller sykehus skal kunne opprette egne LIS1-stillinger må det være enighet om det. Legen skal tilbys et helt LIS1-løp. Den enkelte kommune og helseforetaket eller sykehuset må derfor inngå en samarbeidsavtale om gjennomføringen og finansieringen av den enkelte stilling.

For de nasjonalt opprettede LIS1-stillingene følger det av spesialistforskriften § 13 at kommunen og helseforetaket eller sykehuset skal samarbeide om å lyse ut stillinger koblet, slik at den som ansettes får gjennomført hele utdanningens første del innenfor én utlyst stilling. Det følger av bestemmelsen at stillingene kan kobles enten ved at søkeren ansettes samtidig i en stilling ved et sykehus eller et helseforetak og i en stilling i en bestemt kommune, eller ved at søkeren ansettes først i en stilling ved et sykehus eller et helseforetak og deretter gis rett til ansettelse i én av de kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med. Dette vil også gjelde for de egenoprettede LIS1-stillingene.

⁴ [Spesialistutdanning for leger - LIS1 - IS-3002.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/IS-3002.pdf)

Stillingene skal lyses ut i Helsedirektoratets stillingsportal på vanlig måte, jf. spesialistforskriften § 12 første ledd. De nasjonalt opprettede stillingene lyses ut samlet to ganger årlig. For de egenopprettede stillingene foreslår departementet at det gjøres et unntak slik de ved behov kan lyses ut fortløpende. Det krever at kommunen og helseforetaket eller sykehuset har en plan for gjennomføring av LIS1-løpet utenom de to faste oppstartstidspunktene, bl.a. relatert til behov for veileder og integrasjon i vaktplaner, kurs og læringsaktiviteter.

Departementet mener at forslaget om at kommuner og helseforetak eller sykehus kan opprettet egne LIS1-stillinger vil kunne bidra til bedre rekruttering av leger over hele landet. Samtidig ser departementet at denne muligheten kan medføre en sentralisering ved at disse stillingene i første rekke opprettes i byer og større kommuner. Dette kan bidra til rekrutteringsutfordringer i mindre sentrale strøk og en skjevfordeling av leger. Av denne grunn mener departementet at det blir viktig å følge med på utviklingen av de egenopprettede stillingene. Helsedirektoratet skal derfor monitorere disse stillingene, både med tanke på plassering og volum. Dersom utviklingen av egenopprettede stillinger viser at det oppstår en geografisk skjevfordeling av LIS1-stillinger, vil departementet vurdere å iverksette hensiktsmessige tiltak, Departementet ber om synspunkter og innspill til tiltak som kan bidra til å unngå en slik skjevfordeling.

Kommuner som mottar lege i LIS1, tildeles et tilskudd. Vilkårene for tildeling av tilskudd er regulert gjennom Helsedirektoratets tilskudsregelverk; *Kommuner som mottar lege i spesialisering del 1 (LIS1)*. Spesialistforskriften § 16 fastsetter imidlertid at det ikke skal gå ut over kommunen i tilfeller kommunen, av grunner den ikke kan rå over, ikke har lege i spesialisering. Dette innebærer at det økonomiske tilskuddet skal utbetales til kommunen også i disse tilfellene. Det åpnes imidlertid ikke for at kommuner skal kunne motta tilskudd for de egenopprettede stillingene. Dette vil måtte fremgå av tilskudsregelverket, men departementet foreslår at dette også fremkommer klart av spesialistforskriften § 16.

2.3.3.2 Rekkefølgekravet i utdanningens første del – unntak fra § 2 andre ledd

Spesialistforskriften § 2 andre ledd: *Utdanningens første del består av klinisk praksis i tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningens andre del omfatter læringsaktiviteter som skal gi felles kunnskap for noen av spesialitetene. Utdanningens tredje del omfatter spesialitetsspesifikke læringsaktiviteter for hver enkelt spesialitet, enten direkte etter første del eller etter andre del.*

LIS1 har en varighet på 18 måneder, og består av klinisk praksis i tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette følger av spesialistforskriften § 2 andre ledd. LIS1 må være gjennomført før legen kan begynne på andre eller tredje del av utdanningen. Dette følger av spesialistforskriften § 18 første ledd. Det er imidlertid gitt unntak for leger som har gjennomført over halvparten av en spesialistutdanning i utlandet og som bare har en mindre del av læringsmålene i utdanningens første del som ikke er oppnådd.

Hensynet bak rekkefølgekravet i LIS1 er kvalitet og pasientsikkerhet. I sykehus vil legen bli eksponert for en større gruppe pasienter og hvor flere av disse vil være alvorlig syke. Legen jobber i større fagmiljø som gir mulighet for supervisjon, støtte og tettere oppfølging. Dette bidrar til å gi legen trygghet og en modenhet før legen skal arbeide i kommunen hvor vedkommende i større grad vil jobbe alene med pasienter. Det er bred støtte fra fagmiljøet til rekkefølgekravet av hensyn til kvaliteten på tjenestene og av hensyn til pasientsikkerheten.

Også Ekspertutvalget mener rekkefølgekravet er viktig, og den ideelle løsningen er at det opprettholdes. Samtidig mener utvalget at på bakgrunn av at flere leger i påvente av LIS1 har tilegnet seg betydelig arbeidserfaring, bør det åpnes opp for at arbeidsgiver ved ansettelse i stillinger som opprettes av kommuner og helseforetak eller sykehus (jf. forslaget i punkt 2.3.3.1) kan fravike dette kravet.

På bakgrunn av at leger som starter i spesialisering kan ha svært ulik kompetanse, ser departementet at kravet om først 12 måneder i sykehus og deretter 6 måneder i kommunen ikke alltid vil være nødvendig basert på et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv. Leger som har jobbet i sykehus eller i kommunen, kan ha opparbeidet seg arbeidserfaring og kompetanse som gjør at rekkefølgen i LIS1-tjenesten har mindre betydning, både for kvalitet og for pasientsikkerhet.

Departementet foreslår av denne grunn at det for de egenopprettede stillingene i særlige tilfeller kan gjøres unntak fra rekkefølgekravet i LIS1, og med det åpne for at leger kan få et tilrettelagte utdanningsløp i LIS1 i disse stillingene. Unntak fra rekkefølgekravet kan for eksempel bety at legen jobber i kommunen og gjennomfører sykehus-tjenesten i kortere bolker fordelt over tid.

Rekkefølgekravet er imidlertid like viktig for de egenopprettede LIS1-stillingene som for de ordinære LIS1-stillingene, og det bør være nokså høy terskel for å gi unntak fra dette kravet. Departementet mener derfor at unntaket må gjelde i særlige tilfeller der leger med erfaring gjør det forsvarlig å gjøre unntak fra rekkefølgekravet. Dette forutsetter at legen har relevant erfaring av et visst omfang. Det vil være kommunen og helseforetaket eller sykehuset som vurderer om den enkelte lege har tilstrekkelig erfaring slik at det er forsvarlig å gjøre unntak fra rekkefølgekravet. I dette ligger en forutsetning om at det tilrettelagte utdanningsløpet må legges opp slik at legen til enhver tid har den nødvendige kompetansen til å utøve alle arbeidsoppgavene som ligger til stillingen, på en forsvarlig måte. Det vises i denne sammenheng til forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og virksomhetenes ansvar for å sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og kompetanse til å utføre sine oppgaver.

Et tilrettelagt utdanningsløp i LIS1 må avtales mellom den enkelte lege og kommunen og helseforetaket eller sykehuset, herunder ansettelsesforholdet gjennom hele utdanningsløpet. Det er en forutsetning at det legges opp til et utdanningsløp der det er mulig for legen å oppnå alle læringsmålene i LIS1.

Departementet mener en slik løsning vil kunne bidra til bedre rekruttering i distriktene ved at legen kan bli boende i kommunen og slippe å flytte for å gjennomføre 12 sammenhengende måneder i spesialisthelsetjenesten.

Folketrygden yter stønad for undersøkelse og behandling blant annet hos leger som er under spesialisering i spesialistutdanningens første del når denne har oppnådd læringsmålene i spesialisthelsetjenesten og deltar i kommunal legevakt eller jobber hos fastlege, jf. forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter § 1 første ledd nr. 6. Departementet forslår at forskriften endres slik at leger som får unntak fra rekkefølgekravet også skal ha rett til trygderefusjon.

2.3.4 Roller og ansvar i spesialistutdanningen for leger – etablering av nye spesialistgodkjenninger - § 3 andre ledd

Spesialistforskriften § 3 andre ledd: *Direktoratet kan fastsette endringer i forskriftens vedlegg 1 om legespesialitetene og i forskriftens vedlegg 2 om læringsmål. Direktoratet kan også gi anbefalinger om læringsaktiviteter og om vurderingsformer av leger i spesialisering.*

Helsedirektoratet fastsetter endringer i forskriftens vedlegg 1 om legespesialitetene og i forskriftens vedlegg 2 om læringsmål.

I tråd med Meld. St. 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 skal det etableres vurderingskriterier for nye offentlige spesialistgodkjenninger og etablering av nye legespesialiteter. Vurderingen er at det er behov for et helhetlig sett av kriterier i vurderingen av å etablere nye spesialistgodkjenninger, slik at de treffer de relevante behovene, herunder behov som følge av medisinsk-faglig utvikling, behov som følge av sykdomsutvikling og demografi, prioriteringer, og bærekraft i bruk av begrensede personellressurser. Nytt av en spesialistgodkjenning må også veies opp mot ulemper, økte kostnader og effekter på personellbehovet. Opprettelse av nye spesialiteter for leger eller andre helsepersonellgrupper vil ha administrative og økonomiske konsekvenser for bruk av helsepersonellressurser og helse- og omsorgstjenestenes bærekraft.

Med dette som bakgrunn, mener departementet at beslutninger om etablering av nye spesialistgodkjenninger bør fattes av departementet. Det er departementet som har det helhetlige ansvaret for tjenestene, herunder for ressursituasjonen, inkludert vurdering av personellmessige konsekvenser og andre bredere samfunnsmessige hensyn. Dette innebærer at beslutninger om innføring av nye spesialiteter eller avvikling av spesialiteter bør besluttet av departementet. Helsedirektoratet som fagmyndighet bør fortsatt ivareta det faglige ansvaret for utredningen av offentlige spesialistgodkjenninger og vil bidra i utredningsarbeidet før en avgjørelse.

Departementet foreslår at spesialistforskriften § 3 andre ledd endres slik at Helsedirektoratet kun kan fastsette endringer i forskriftens vedlegg 2 om, læringsmål.

3 Forskrift om kompetansekrav for leger og akuttmedisinforskriften

3.1 Bakgrunn

I dette kapitlet foreslår departementet å forlenge varigheten til bestemmelsene om unntak fra kompetansekrav i forskrift om kompetansekrav for leger og i akuttmedisinforskriften. Bakgrunnen for forslaget er i all hovedsak rekrutteringsutfordringer i kommunene. En forlenging av unntaksbestemmelsenes varighet skal bidra til kommunenes arbeid med å kunne tilby nødvendige helsetjenester og hindre en uakseptabel belastning på tjenestene frem til nye permanente kompetansekrav fastsettes som oppfølging av ekspertgruppens rapport.

3.2 Gjeldende rett

3.2.1 Forskrift om kompetansekrav for leger i helse- og omsorgstjenesten

Det fremgår av forskrift om kompetansekrav for leger § 3 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 skal ha spesialistgodkjenning i allmennmedisin eller være under spesialisering i allmennmedisin. For å begynne på spesialistutdanning i allmennmedisin kreves det at læringsmålene i LIS1 er oppnådd.

Formålet med kompetansekravene er å bidra til å heve kvaliteten og styrke pasientsikkerheten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kravene gjelder for alle kommunalt tilknyttede leger med oppgave å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven, inkludert fastleger og leger ved kommunale legevakter.

Spesialister i allmennmedisin får gjennom sin utdanning en medisinskfaglig bredde- og dybdekompetanse godt tilpasset kommunale behov. Bakgrunnen for kravene er særlig at leger i kommunen ofte jobber alene eller med få andre som en kan rådføre seg med, kombinert med at de kan bli stilt overfor kompliserte medisinskfaglige utfordringer. Fastleger har også et uselektert pasientgrunnlag som krever en særskilt kompetanse.

Det er i forskriftens § 4 første ledd bokstav a gjort unntak fra kravet om spesialisering i allmennmedisin for leger som tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet. Med grunnlag i rekrutteringsutfordringer i kommunen kan leger som ikke har oppnådd alle læringsmålene i del 1 tilsettes i eller få forlenget vikariater av mer enn ett års varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til og med 31. desember 2024.

Unntaket er i utgangspunktet kun ment å kunne anvendes når det ikke er mulig å rekruttere vikarlege som oppfyller kompetansekravet.

3.2.2 Akuttmedisinforskriften

Forskriften regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig

hjelp mottar forsvarlige og koordinerte tjenester utenfor sykehus. Kompetansekravene i akuttmedisinforskriften § 7 a-e oppstiller fem alternative vilkår for at lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt. Det eksisterer i dag unntak fra kompetansekravene i bestemmelsens siste ledd. Dersom det foreligger rekrutteringsutfordringer kan kommunen gi unntak fra 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.

3.3 Departementets vurderinger og forslag

Det har over lengre tid vært behov for unntak fra kravene. Dette skyldes i hovedsak vanskeligheter for kommunene med å rekruttere personell som oppfyller kravene. Unntaksvilkårene har tidligere blitt forlenget, sist i juni 2023 med virkning frem til og med 31. desember 2024.

Ekspertutvalget skulle, som tidligere nevnt, blant annet se på kompetansekravene for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalgets forslag om endringer i kompetansekrav, organisering, finansiering og regulering av allmennlegetjenesten vil bli behandlet samlet i eget høringsnotat. Departementet tar sikte på å sende disse forslagene på høring høsten 2024.

I påvente av oppfølgingen av Ekspertutvalget vurderer departementet at det i forskrift om kompetansekrav for leger § 4 første ledd bokstav a og i akuttmedisinforskriften § 7 siste ledd er nødvendig å forlenge unntaksbestemmelsene ytterligere, til 1. juli 2025. Dette for å bidra til kommunenes arbeid med å kunne tilby nødvendige helsetjenester og hindre en uakseptabel belastning på tjenestene frem til nye kompetansekrav fastsettes som oppfølging av ekspertgruppens rapport. Departementet foreslår derfor at unntaket fra kompetansekravene i nevnte forskrifter endres og gis virkning frem til og med 30. juni 2025.

Departementet vil gjøre nødvendige midlertidige tilpasninger i forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter, slik at legevikarene som oppfyller de midlertidige kompetansekravene også vil ha rett til refusjon frem til og med 30. juni 2025.

4 Økonomiske og administrative konsekvenser

LIS1-stillinger som kommuner og helseforetak eller sykehus oppretter utover det som er nasjonalt fastsatt, finansieres innenfor kommunes og helseforetakets gjeldende økonomiske rammer. Omfanget av egenoprettede stillinger vil avhenge av de behovene som kommunene og sykehuset eller helseforetaket i felleskap legger til grunn, og som de finner hensiktsmessig å opprette innenfor egne budsjettammer. En LIS1-stilling går over 1,5 år, med 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunen. Den samlede kostnaden for en LIS1-stilling er i overkant av 2 mill. kroner. Som beskrevet i pkt. 2.1.3.1 har mange kommuner og helseforetak i dag store utgifter til vikariater. Departementet legger til

grunn at flere av disse stillingene vil kunne endres til egenopprettede LIS1-stillinger med det forslaget som nå sendes på høring.

De øvrige forslagene har ikke økonomiske eller administrative konsekvenser av vesentlig betydning.

5 Forslag til forskriftsendringer

Forslag til endringer i spesialistforskriften, forskrift om kompetansekrav for leger, akuttmedisinforskriften og forskrift om trygderefusjon for leger m.v.

I

I forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) gjøres følgende endringer (endringene er markert med kursiv):

§ 2 andre ledd skal lyde:

Utdanningens første del består av klinisk praksis i tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. *For stillinger opprettet etter § 11 tredje ledd kan det i særlige tilfeller gis unntak fra denne rekkefølgen, for leger med erfaring som gjør det forsvarlig å gi slikt unntak.* Utdanningens andre del omfatter læringsaktiviteter som skal gi felles kunnskap for noen av spesialitetene. Utdanningens tredje del omfatter spesialitetsspesifikke læringsaktiviteter for hver enkelt spesialitet, enten direkte etter første del eller etter andre del.

§ 2 tredje ledd skal lyde:

Den praktiske tjenesten skal gjennomføres under veiledning og supervisjon av kvalifiserte leger. *Under spesialistutdanningen i allmenntid skal veiledningstiden i gjennomsnitt tilsvare minimum 42 timer per år i den tid lege i spesialisering har praktisk tjeneste i en registrert utdanningsvirksomhet*

§ 3 andre ledd skal lyde:

Direktoratet kan fastsette endringer i forskriftens vedlegg 2 om læringsmål. Direktoratet kan også gi anbefalinger om læringsaktiviteter og om vurderingsformer av leger i spesialisering.

§ 8 fjerde ledd skal lyde:

For leger i spesialisering tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter, skal utdanningen gjennomføres på heltid. En registrert utdanningsvirksomhet som skal ansette

lege eller inngå avtale med lege som skal gjennomføre spesialistutdanning, skal påse at spesialistutdanningen gjennomføres på heltid. Spesialiseringen kan likevel gjennomføres på deltid dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene.

Ny § 11 tredje ledd skal lyde:

Kommunen og helseforetak eller sykehus kan inngå avtale om opprettelse av stillinger i spesialistutdanningens første del utover stillinger som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet etter første ledd.

§ 12 første ledd skal lyde:

Stillinger i utdanningens første del skal lyses ut i Helsedirektoratets stillingsportal. Søkerne ansettes på bakgrunn av søknader via portalen. Stillingerne skal lyses ut samlet to ganger årlig. *Stillinger opprettet etter § 11 tredje ledd kan lyses ut fortløpende i portalen.* Helsedirektoratet fastsetter når søkerne tidligst kan gis tilbud om en stilling. Søknadsfristen skal formidles i god tid og skal ikke være kortere enn to uker. Tidligere utlyste stillinger som blir ledige (reststillinger), skal lyses ut fortløpende i portalen.

§ 16 første ledd skal lyde:

Kommunene mottar et økonomisk tilskudd for å medvirke til gjennomføringen av den praktiske tjenesten i utdanningens første del *ved å ansette leger i stillinger opprettet etter § 11 første eller andre ledd.* Dersom kommunen i en periode ikke har leger i spesialisering i utdanningens første del ansatt på grunn av forhold den ikke selv har kontroll over, skal kommunen likevel få tildelt tilskuddet.

§ 25 fjerde ledd skal lyde:

Veilederen for lege i utdanningens første del skal være en lege med nødvendig erfaring. Veilederen for lege i utdanningens andre og tredje del skal være godkjent spesialist i en av spesialitetene med felles faglig plattform for utdanningens andre del eller i den aktuelle spesialiteten for utdanningens tredje del. Under lengre tjenesteopphold utenfor den ansvarlige utdanningsvirksomheten i utdanningens andre eller tredje del, kan veilederen ha spesialistgodkjenning i en annen spesialitet. *I særlige tilfeller kan veilederen for lege under spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin eller arbeidsmedisin være lege med betydelig erfaring fra henholdsvis allmennmedisinsk, samfunnsmedisinsk, eller arbeidsmedisinsk arbeid.*

§ 25 fjerde ledd oppheves.

§ 25 femte ledd blir fjerde ledd.

II

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

§ 4 første ledd bokstav a skal lyde:

«Kravet om spesialisering i allmenntjenestemedisin i § 3 første ledd gjelder ikke for leger som

- a. tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet. Med grunnlag i rekrutteringsutfordringer i kommunen kan leger som ikke har oppnådd alle læringsmålene i del 1 tilsettes i eller få forlenget vikariatet av mer enn ett års varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til og med *30. juni 2025*.»

III

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

§ 7 siste ledd skal lyde:

«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 *30. juni 2025*. Statsforvalteren skal orienteres om unntak som gis etter denne bestemmelsen.»

IV

I forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter § 1 første ledd nr. 1 skal lyde:

§ 1 første ledd nr. 1 skal lyde:

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 tilsetning i eller forlengelse av vikariater være på til sammen mer enn ett års varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til *30. juni 2025*. 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

§ 1 første ledd nr. 3 skal lyde:

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 tilsetning i eller forlengelse av vikariater være på til sammen mer enn to måneders varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til *30. juni 2025*. 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.

§ 1 første ledd nr. 6 skal lyde:

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. *Det samme gjelder lege i spesialistutdanningens første del i stilling opprettet etter § 11, tredje ledd, jfr. forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).*