

## **Høringsnotat**

---

**Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialist i allmenmedisin eller under spesialisering**

**Høringsfrist 23. november 2016**

1	Innledning.....	3
2	Spesialistutdanningen i allmennmedisin .....	5
2.1	Innledning.....	5
2.2	Fire hovedkategorier med utdanningsaktiviteter .....	5
2.3	Etterutdanning/resertifisering .....	6
2.4	Spesialister i allmennmedisin – noen tall og sammenhenger .....	7
3	Gjeldende rett .....	8
3.1	Innledning.....	8
3.2	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) .....	8
3.3	Akuttmedisinforskriften.....	8
3.4	Yrkeskvalifikasjonsdirektivet og forskrift om veiledet tjeneste.....	9
3.4.1	Innledning .....	9
3.4.2	EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv .....	9
3.4.3	Forskrift om veiledet tjeneste.....	10
3.5	Helsepersonelloven.....	11
4	Departementets vurdering og forslag .....	12
4.1	Innledning.....	12
4.2	Et krav om spesialisering.....	13
4.2.1	Yrkeskvalifikasjonsdirektivet som ramme .....	13
4.2.2	Et krav om å være spesialist eller under spesialisering.....	14
4.3	Ulike krav til kompetanse innen kommunale helse- og omsorgstjenester .....	15
4.4	Rekruttering og behov for særskilte tiltak .....	15
4.5	Spesialisttittelen og krav til resertifisering (etterutdanning) .....	17
4.6	Overgangsordninger .....	18
4.6.1	Leger som jobber i kommunen per 31.12.2016 .....	18
4.6.2	Leger som har gjennomført veiledet tjeneste, leger som er under veiledning og leger med autorisasjon fra før 31.12.2016.....	19
4.6.3	Legevakt.....	20
5	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	22
5.1	Innledning.....	22
5.2	Kommunen .....	22

5.3	Forvaltningen og stønadsbudsjettet .....	23
5.4	Legene, Legeforeningen og utdanningsfondene .....	23
5.5	Pasientene .....	25
6	Forslag til forskrifter .....	26

## 1 Innledning

I Meld. St. nr. 26 (2014-15) står det at regjeringen vil: "*at alle allmennleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin.*" Dette høringsnotatet følger opp forslaget og drøfter innføringen av et skjerpet kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet foreslår i høringsnotatet å forskriftsfeste at leger som tilknyttes kommunen etter 1. januar 2017 skal være spesialister i allmennmedisin eller være under spesialisering. Kravet gjelder leger som yter helsehjelp. Leger som utelukkende jobber administrativt er ikke omfattet av forslaget. Nytt krav til kompetanse må balanseres mot kommunens mulighet til å sikre tilstrekkelig bemanning i tjenesten. Departementet foreslår derfor å gjøre unntak fra kravet for leger som tiltrer et vikariat av inntil to måneders varighet og for leger som deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid. Videre foreslår departementet en overgangsordning for leger som har en kommunal stilling eller fastlegehjemmel per 31. desember 2016, og for leger som ved ikrafttreddelsen av forskriften har gjennomført veiledet tjeneste eller er under veiledning. Det foreslås at sistnevnte gruppe skal få muligheten til å fullføre veiledningen og kunne fortsette å yte helsehjelp i kommunen uten å måtte fullføre en spesialistutdanning i allmennmedisin.

Formålet med forslaget er å øke kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved å heve kompetansen hos allmennlegene. Spesialistene i allmennmedisin får gjennom sin utdanning en medisinskfaglig bredde- og dybdekompetanse godt tilpasset kommunale behov. Kommunen må på sin side både legge til rette for, og følge med på, at deres ansatte og avtaleparter gjennomfører den spesialiseringen de påbegynner.

Innføringen av krav om å være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering, vil føre til endringer i forskrift om veiledet tjeneste. Kravet om å ha gjennomført tre års veiledet tjeneste for å få allmennlegebevis og rett til å utløse refusjoner fra folketrygden, vil på sikt bli erstattet av et krav om å være spesialist i allmennmedisin.

Forslag om krav til spesialisering i allmennmedisin må videre ses i sammenheng med det pågående arbeidet med endringer i spesialistutdanningen for leger. I høringen av forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) som avsluttes 14. oktober, foreslås det blant annet regler om aktørenes roller og ansvar i spesialistutdanningen, om stillinger for leger under

spesialisering, om krav til utdanningsvirksomheter og om spesialistgodkjenning. Forslagene i ovennevnte høring retter seg først og fremst mot "sykehusspesialitetene".

Endringer i kravet til kompetanse hos legene vil øke utbetalingene fra folketrygden, ettersom spesialister i allmennmedisin kan utløse høyere refusjoner enn de som ikke har gjennomført spesialiseringen.

Videre foreslår departementet å endre reglene for å beholde tittelen "spesialist i allmennmedisin". I tråd med forslaget vil spesialister som ikke resertifiserer seg beholde spesialisttittelen, legene vil imidlertid miste retten til å utløse forhøyet refusjon fra folketrygden.

## 2 Spesialistutdanningen i allmenntmedisin

I dette kapitlet beskrives spesialiteten i allmenntmedisin, og hvordan utdanningen gjennomføres.

### 2.1 Innledning

Spesialistutdanningen i allmenntmedisin er en relativt ung spesialitet i Norge. De første spesialistene fikk sin godkjenning på begynnelsen av 1980- tallet. De første spesialistene ble kalt "Allmenntpraktiker Dnlf". For å bli spesialister i allmenntmedisin må leger gjennomføre et strukturert utdanningsløp over 5 år. Spesialister som ønsker å beholde spesialisttittelen må dessuten hvert femte år gjennomføre et strukturert etterutdanningsløp (resertifisering).

I målbeskrivelse og gjennomføringsplan for spesialiteten i allmenntmedisin utgitt av Legeforeningen defineres spesialiteten i allmenntmedisin slik:

*Allmenntlegen skal ha en bred og generell kunnskap om alle sykdommer og helseplager som rammer befolkningen. Legen skal se og behandle hele mennesket i sin sosiale kontekst, og fagområdet allmenntmedisin omfatter derfor kunnskap om individet, familien og samfunnet. Allmenntlegen er som oftest den første legen som møter pasienten og legenes praksis skal være åpen og tilgjengelig for mennesker som søker hjelp for sine helseplager. Møtet med pasienten kan finne sted på legekontoret, legevakt og i sykebesøk, samt ved andre kommunale helsetjenester. Allmenntlegen skal ha en forpliktende rolle i forhold til sin pasientgruppe og ta vare på pasienten over tid, slik at pasienten kan føle seg trygg for at det er en lege som har oversikt over pasientens helseplager"*

Spesialiteten i allmenntmedisin er både en bredde- og en dybdespesialitet. Spesialistene må kunne vurdere og kjenne igjen en lang rekke ulike sykdommer og symptomer hos sine pasienter. Det forventes dessuten at spesialistene gjennom videre- og etterutdanningen har tilegnet seg en dypere forståelse for, og kunnskap om, det allmenne sykdomsbildet i et tverrsnitt av befolkningen. For å sikre at utdanningen er tilrettelagt for å gi legen denne kunnskapen er spesialiseringen i allmenntmedisin er delt inn i 4 hovedkategorier med utdanningsaktiviteter.

### 2.2 Fire hovedkategorier med utdanningsaktiviteter

Første del er 4 års tjeneste på heltid i allmenntpraksis hvorav minst halvparten skal være i kurativ virksomhet i åpen uselektert praksis. Den resterende del kan være innen andre allmenntmedisinske arbeidsområder som for eksempel arbeid i sykehjem, kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud, ved helsestasjon eller i skolehelsetjenesten. I denne 4-årsperioden kreves det gjennomført 40 legevakter. Første del kan gjennomføres på deltid ned til 50 prosent stilling med tilsvarende forlenget utdanningsløp.

Del to er ett år i institusjonstjeneste "sykehusåret". Tjeneste gjennomføres ved klinisk sykehusavdeling eller ved poliklinikk. Tjeneste innen habilitering kan også godkjennes etter vurdering av hver enkelt institusjon.

Del tre i spesialistutdanningen består i et toårig utdanningsprogram som gjennomføres i veiledningsgrupper sammen med andre leger i spesialisering. Programmet er obligatorisk og minst ett av de to årene må være mens legen arbeider i allmennpraksis. Gruppen møtes tre timer hver annen uke eller seks timer hver fjerde uke i to år. Veiledningen i grupper er basert på pedagogiske prinsipper for læring hvor det legges vekt på refleksjon over egen og kollegers praksis. Veiledningsgruppene ledes av en spesialist i allmennmedisin som også har Legeforeningens veilederutdanning. Veilederen sin oppgave er blant annet å legge til rette for deltakernes læring i form av bekreftelser, tilføyelser og endringer av faglige holdninger, teoretiske kunnskaper og kliniske ferdigheter. Det er og et mål at deltakerne sosialiseres inn i faget og blir tryggere i rollen som allmennlege. Virksomheten i veiledningsgruppen evalueres av gruppen samlet underveis og ved avslutning.

Fjerde og siste hoveddel i spesialistutdanningen i allmennmedisin består av en samling med andre utdanningsaktiviteter som dels er obligatoriske og dels valgfrie. De ulike aktivitetene gir ulike poeng ved gjennomføring. For å få godkjenning som spesialist i allmennmedisin må legen ha gjennomført aktiviteter som til sammen gir minimum 400 poeng. Av disse er 250 obligatoriske og består av kurs innen ulike medisinske fagområder, herunder kurs i akuttmedisin og grunnkursene A, B, C og D<sup>1</sup>, og obligatoriske praksisbesøk (både besøk hos en kollega og fra en kollega).

Leger som har gjennomført ovennevnte utdanningsaktiviteter sender en søknad om spesialistgodkjenning, inkludert nødvendig dokumentasjon, til Helsedirektoratet.

## 2.3 Etterutdanning/resertifisering

Som den eneste legespesialiteten mister spesialister i allmennmedisin sin specialisttittel om de ikke innen 5 år kan dokumentere å ha gjennomført et strukturert etterutdanningsløp. Leger som ønsker å beholde spesialiteten i allmennmedisin må følgelig resertifisere seg hvert 5. år. Kravet om resertifisering hvert femte år varer så lenge legen driver praksis, men kravene reduseres for leger som skal resertifisere seg etter de fyller 60 år. Etterutdanningen består i arbeid i åpen uselektert praksis i et år i løpet av de 5 årene. Arbeidet kan gjennomføres i deltidstilling ned i 1/5 stilling. Både arbeid i kommunale legevakt og annet allmennmedisinsk arbeid kan telle med ved siden av arbeid i åpen uselektert praksis. Legen kan også kombinere 6 måneder fulltidstilling ved enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold eller i sykehjem med minst 6 måneder i åpen uselektert praksis. I tillegg må legen gjennomføre utdanningsaktiviteter tilsvarende 300 poeng, hvorav 140 poeng er obligatoriske aktiviteter. Blant annet må spesialisten delta i smågruppeundervisning, gjennomføre praksisbesøk og delta på ulike kliniske emnekurs

---

<sup>1</sup> <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistgodkjenning/lege/allmennmedisin>

innen minst 5 ulike fagområder. Søknad om resertifisering med tilhørende dokumentasjon av gjennomførte utdanningsaktiviteter sendes Helsedirektoratet.

## **2.4 Spesialister i allmennmedisin – noen tall og sammenhenger**

I dag er det legen selv som velger å bli spesialist i allmennmedisin. Med unntak av arbeid som utløser refusjon fra folketrygden er det nok å være autorisert lege for å jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Arbeidsgiver står imidlertid fritt til å stille krav om spesialistutdanning når de lyser ut kommunale stillinger. Slik sett kan en spesialisering gi et konkurransefortrinn. Erfaringsmessig er dette en mulighet som kommunene benytter seg av i ulik grad.

I likhet med leger som har gjennomført veiledet tjeneste kvalifiserer spesialister i allmennmedisin for å få utstedt allmennlegebevis til bruk i resten av EØS-området. Et allmennlegebevis dokumenterer at innehaveren har gjennomført en etterutdanning i tråd med yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 28. Beviset dokumenterer at innehaveren utløse refusjon fra nasjonale trygdeordninger i hele EØS-området. I Norge kan spesialistene også utløse forhøyet refusjon fra folketrygden. Ett ikke ubetydelig fortrinn. Anslag viser at fastleger som er spesialister i allmennmedisin i gjennomsnitt har om lag 300 000 kroner høyere brutto næringsinntekt enn leger som ikke er spesialister. Høyere refusjon for spesialister har vært et insentiv for legene i lang tid nå. Trolig har et økonomisk insentiv som dette hatt en positiv påvirkning på antallet spesialister innen fastlegeordningen. I følge Helsedirektoratets siste årsverk statistikk for leger i helse- og omsorgstjenesten var om lag 57 prosent av fastlegene spesialister i allmennmedisin. I tillegg kommer om lag 20-25 prosent som er under spesialisering i allmennmedisin. Basert på usikre anslag er trolig om lag 80 prosent av 4500 fastleger spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Økningen i andelen spesialister blant fastlegene har den senere tid flatet ut. I absolutte tall er det stadig en økning i antallet spesialister blant fastlegene, men på grunn av mange nye fastleger de senere årene har andelen fastleger som er spesialister gått noe ned.

Statistikken over antallet spesialister i allmennmedisin tilknyttet øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester er ikke like god som for kommunale fastleger. Trolig er tallene nokså like, ettersom det ofte er fastlegene som utfører andre allmennlegeoppgaver i kommunen i bistillinger.

## 3 Gjeldende rett

### 3.1 Innledning

I dette kapittelet gjøres det rede for kravene til legers kompetanse som gjelder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og regelverket knyttet til spesialistutdanning for leger.

Utover særbestemmelser knyttet deltakelse i legevakt og retten til å utløse trygderefusjoner er dokumentasjon på autorisasjon tilstrekkelig for at legen kan utføre legeoppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kompetansekrav til leger som deltar i legevakt følger av forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). Tilsvarende følger det av forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon hvilke krav som stilles til leger i kommunale tjenester som helt eller delvis finansieres av folketrygden.

Helsepersonelloven regulerer autorisasjon og godkjenning av helsepersonell og er hjemmel for forskriftsreguleringen av spesialistutdanning og spesialistgodkjenning.

### 3.2 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommuner å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. For å oppfylle denne plikten må kommunen tilby en allmennlegetjeneste. Loven påbyr videre kommunen å ha en legevaktstjeneste, en fastlegeordning og en helsestasjons- og skolehelsetjeneste, jf. § 3-2. Når det gjelder krav til kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er dette generelt regulert i form av krav til et forsvarlig tjenestetilbud, herunder plikt til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten og en plikt for personell i tjenesten til å ta del i nødvendig videre- og etterutdanning, jf. henholdsvis §§ 4-1 og 8-2 tredje ledd. I lovens § 3-2 andre ledd er Kongen i statsråd gitt hjemmel til å fastsette bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

### 3.3 Akuttmedisinforskriften

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. regulerer blant annet kompetansekrav for leger i vakt.

I § 7. *Kompetansekrav til lege i vakt mv.* heter det at en lege kun kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når vilkårene i bokstav a eller bokstav b er oppfylt:

- a) *Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.*



- b) *Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 8 eller § 11 fjerde ledd, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger, eller § 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 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.*

I den grad leger uten den ovennevnte kompetansen deltar i legevakt må kommunen sørge for bakvakt til vedkommende lege med nødvendig kompetanse. Dersom det ikke er mulig for kommunen å skaffe leger som oppfyller kompetansekravene, kan fylkesmannen gjøre unntak fra kompetansekravene i forskriften § 7 første ledd. Unntaket er midlertidig, og kan bare gjøres for leger som tiltrer i vikariater av inntil to måneders varighet og som har gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste. Det kan ikke gjøres unntak fra kompetansekravet for leger som skal ha bakvakt.

I medhold av akuttmedisinforskriften § 21 første ledd trer ikke kravet til kompetanse i kraft før 1. mai 2018. Inntil bestemmelsen trer i kraft følger kompetansekravet for å delta i kommunal legevakt av forskrift om veiledet tjeneste § 3, (se nedenfor).

## **3.4 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet og forskrift om veiledet tjeneste**

### **3.4.1 Innledning**

Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon gjennomfører artiklene 28 og 29 i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv (2005/36/EF om godkjenning av faglige kvalifikasjoner) i norsk rett.

### **3.4.2 EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv**

Yrkeskvalifikasjonsdirektiv gir leger, tannleger, optikere og andre yrkesutøvere som har rett til å utøve yrket i et EØS-land, rett til å få anerkjent sine yrkesmessige kvalifikasjoner og til å utøve yrket i øvrige EØS-land.

Det følger av direktivet artikkel 4 at leger, tannleger og andre yrkesutøvere utdannet i andre EØS-land skal ha samme tilgang til ansettelse og spesialistutdanning som de som er utdannet i Norge.

Direktivet gir rett til automatisk godkjenning av kvalifikasjonene til blant andre leger, tannleger, legespesialister og allmennleger som kan fremlegge kvalifikasjonsbevis fra utdanningslandet som nevnt i vedlegg V, jf. artikkel 21. Dette er yrker der direktivet stiller minstekrav til utdanningen (harmoniserte yrker).

Krav til allmennleger er regulert i artikkel 28. Det stilles krav om minst tre års praktisk og teoretisk videreutdanning. I tillegg er det stilt enkelte krav til innholdet i utdanningen, blant annet om minst seks måneders tjeneste i henholdsvis allmennlegepraksis og sykehus. Bestemmelsen stiller minstekrav til allmennlegeutdanningen. Staten fastsetter selv nivået og innholdet på utdanningen, bare minstekravene i direktivet er oppfylt. Artikkel 28 er gjennomført i norsk rett i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger.

Leger som har fullført allmennlegeutdanningen har rett til å få utstedt allmennlegebevis fra det aktuelle landet. Allmennlegebeviser er dokumentasjon på at vedkommende har gjennomført praktisk utdanning etter avsluttet grunnutdanning i det aktuelle landet. Innehavere av dette beviset skal sikres tilgang til deltakelse i yrkeslivet på lik linje med leger med tilsvarende bevis fra oppholdslandet/landet hvor vedkommende søker arbeid. EØS-forskriften § 10 gir rett til godkjenning i Norge for leger med allmennlegebevis fra andre EU-/EØS-land.

### **3.4.3 Forskrift om veiledet tjeneste**

Forskriften gjelder leger som ønsker å utøve kurativ, pasientrettet virksomhet innenfor kommunal allmennlegetjeneste som helt eller delvis finansieres gjennom stykkprisrefusjon fra folketrygden (fastlege- og legevaktvirksomhet). Hovedregelen etter forskriften er at leger skal ha gjennomført minst tre års veiledet tjeneste for å kunne få godkjenning som allmennlege med adgang til å praktisere selvstendig med trygderefusjon.

Formålet med veiledet tjeneste er at allmennlegen gjennom arbeid under veiledning skal få tilstrekkelig praktisk erfaring for å kunne utføre selvstendig legevirkosomhet på en forsvarlig måte uten unødig tidstap eller utgift for pasienter, helseinstitusjoner, trygden eller andre. Den veiledede tjenesten gjennomføres dels i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og dels i spesialisthelsetjenesten.

Vilkårene for å kunne utløse refusjon fra folketrygden følger av forskriften § 3. Det er et grunnvilkår at legen er autorisert i Norge, dvs. etter helsepersonelloven § 48 flg. Videre er det et vilkår at leger har gjennomført veiledet tjeneste eller jobber under veiledning. Leger som har gjennomført utdanningen i et annet EØS-land kan utløse refusjon fra folketrygden når de begynner i veiledet tjeneste, for leger utdannet i Norge eller et annet land utenfor EØS-området må fullføre norsk turnustjeneste før de kan utløse refusjon under veiledning. I ovennevnte høringen av spesialistforskriften foreslås det også endringer i tilknytning til regelverket for veiledet tjeneste. Dersom forslagene i høringsnotatet blir besluttet slik det er foreslått vil forskrift om veiledet tjeneste bli endret i tråd med forslagene der, jf. høringsnotatets kap 14.3.

Den veiledede tjenesten kan gjennomføres på ulike tjenestesteder i kommunen, så som i fastlegekontor eller legevakt, men den kan også gjennomføres som lege i forsvaret eller som lege under spesialisering i sykehus. Gjennomføringen av veiledet tjeneste gir legen rett til allmennlegebevis og en selvstendig rett til å utløse refusjon fra folketrygden. Spesialiteten i allmenntmedisin og den veiledede tjenesten er bygget opp av mange av de samme elementene, men kravene for å bli spesialist i allmenntmedisin er strengere.

Spesialister i allmennmedisin oppfyller følgelig kravet om minst tre års veiledet tjeneste, og har rett på allmennlegebevis etter endt spesialisering.

### **3.5 Helsepersonelloven**

I medhold av helsepersonelloven § 51 er departementet gitt hjemmel til å fastsette forskrifter om spesialistutdanning for autorisert helsepersonell og godkjenning av spesialister. I forskriften kan det blant annet gis bestemmelser om utdanningens innhold og lengde, og regler om godkjenning av utdanningsinstitusjoner og organisering av utdanningsstillinger.

Departementet har i forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger gitt regler om spesialistutdanningen for leger. Videre her Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i ovennevnte forskrift § 3 fastsatt *Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger*. Både forskriften og de generelle reglene gjelder for alle legespesialitetene, herunder spesialister i allmennmedisin. I medhold av de generelle bestemmelsen er det fastsatt hvilke læringsaktiviteter spesialister i allmennmedisin skal dokumentere at de har gjennomført for å bli godkjent som spesialister, jf. kap. 2 over. Beslutningen om å gi spesialistgodkjenning fattes av Helsedirektoratet med Helsepersonellnemda som klageinstans. I høringsnotat om regelverket for spesialistutdanningen for leger er det foreslått å gjøre visse endringer som vil påvirke rammene for spesialistutdanningen. Se ovennevnte høringsnotat om endringer av spesialistforskriften for en nærmere gjennomgang av foreslåtte endringer.

## 4 Departementets vurdering og forslag

### 4.1 Innledning

Regjeringens ønsker for utviklingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er utførlig beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)). De ansatte er tjenestens viktigste ressurs. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er personellintensive tjenester, og tjenestenes kvalitet er avhengig av personellens kvalifikasjoner, kunnskap og holdninger. God kompetanse på riktig nivå og sted og til riktig tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Utviklingstrendene i befolkningens forventninger og demografi forsterker dette poenget. Regjeringen har gjennom Kompetanseløft 2020 utviklet en egen plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I Primærhelsetjenestemeldingen har regjeringen varslet å utrede konsekvensene av å stille krav om at alle leger som jobber klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, enten er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Om det skal stilles krav om resertifisering, som i dag, skal vurderes.

Allmennleger 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. Spesialistene i allmennmedisin utgjør den fremste medisinskfaglige kompetansen i kommunen. De vanligste oppgavene i kommunen er fastlege, legevakt, helsestasjons- og skolehelsetjeneste og lege i sykehjem. Det er vanlig at én og samme lege deltar på flere av disse arenaene. Bl.a. har fastleger plikt til å delta i legevakt, og de kan pålegges å utføre allmennlegeoppgaver utenfor legevakt og fastlegeordningen i inntil 7,5 time per uke. Kommunale leger blir daglig stilt overfor mange ulike medisinskfaglige utfordringer, og de jobber ofte alene eller med få andre å rådføre seg med. Det er grunn til å tro at leger gjennom grunnutdanningen alene, ikke får den kompetansen som er nødvendig for å sikre tilstrekkelig kvalitet i de mange deltjenestene kommunale leger er forventet og forpliktet til å delta i. Et krav om å være spesialist eller under spesialisering vil bidra til å øke legenes kompetanse og følgelig heve kvaliteten i tjenestene. Spesialister i allmennmedisin vil også kontinuerlig videreutdanne seg. Det er viktig at kommunene er beviste sin rolle som arbeids- og oppdragsgiver for at kravet får den ønskede effekten på kvaliteten i tjenesten.

Kommunen har en stor grad av frihet til å organisere sitt tjenestetilbud, men på noen områder er denne friheten begrenset. Blant annet plikter kommunen å organisere legevakt, fastlegeordning og helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Og selv om helse- og omsorgstjenesteloven ikke stiller særskilte kompetansekrav til leger i kommunen, må fastleger og legevaksleger ha fullført minimum tre år med veiledet tjeneste eller være under veiledning etter avsluttet grunnutdanning, jf. forskrift om veiledet tjeneste. En spesialist i allmennmedisin oppfyller kravet til veiledet tjeneste. Kravet til kompetanse følger av folketrygdloven, og av forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Legearbeid utført i fastlegeordningen og i legevakt er delvis er finansiert av folketrygden, og kravene til kompetanse er en forutsetning for at

legen skal kunne utløse refusjoner fra folketrygden. Departementet mener det er uheldig at finansieringskilden, og ikke kompleksiteten i oppgaveporteføljen, styrer kravene til kompetanse hos leger i kommunen. Nye regler til kompetansekrav for deltakelse i legevakt er et eksempel på at det er kompleksiteten i oppgavene som er styrende for kravene til kompetanse.

I dette høringsnotatet foreslås det få endringer i selve utdanningen i allmennmedisin og ingen innholdsendringer. Innholdet i utdanningen for spesialister i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er under vurdering. Departementet vil utarbeide et eget forslag om spesialistutdanningen og -godkjenningen for ovennevnte spesialiteter. I den forbindelse vil det blir vurdert hvilke av bestemmelsene i forslaget til ny spesialistforskrift som skal gjelde for disse spesialitetene. Behovet for eventuelle særregler vil også bli vurdert. Forslag om nye ordninger for disse spesialitetene vil bli sendt på en egen høring.

## **4.2 Et krav om spesialisering**

### **4.2.1 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet som ramme**

Et krav om å være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering for å jobbe klinisk i kommunen vil påvirkes av, og påvirker, hvordan Norge har valgt å gjennomføre yrkeskvalifikasjonsdirektivet i norsk rett. I kap. 3 over er det redegjort både for bestemmelsene i forskrift om veiledet tjeneste og for aktuelle bestemmelser i yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

Formålet med yrkeskvalifikasjonsdirektivet er blant annet å sikre at gjennomført og godkjent utdanning på nærmere vilkår kan medbringes på tvers av landegrenser innen EØS-området. En rekke yrker er harmonisert gjennom direktivet. Norge er, som øvrige EØS-land, forpliktet til å godkjenne gjennomført harmonisert utdanning i et annet EØS-land og å gi vedkommende tilgang til arbeidsmarkedet som om utdanningen var gjennomført i Norge. Det er en forutsetning at vedkommende yrkesutøver kan dokumentere sin utdanning gjennom aktuelle utdanningsbevis. Spesialistutdanningen i allmennmedisin er i en særstilling sammenlignet med de fleste andre legespesialitetene. Spesialistutdanningen i allmennmedisin er ikke harmonisert. I direktivet artikkel 28 stilles det imidlertid et sett med minimumskrav til leger som jobber med allmennlegeoppgaver som refunderes av nasjonale trygdeordninger. Alle EØS-land må melde inn til EU-kommisjonen<sup>2</sup> hvordan de oppfyller disse minimumskravene til allmennlegeutdanningen. Norge har meldt inn kravene som følger av forskrift om veiledet tjeneste, jf. kap. 3 over. Leger som gjennomfører veiledet tjeneste kan utløse refusjoner i Norge, og de har krav på et allmennlegebevis fra norske myndigheter som gir tilsvarende muligheter i resten av EØS-området. Leger med allmennlegebevis fra et annet EØS-land vil ha tilsvarende rett til å utløse refusjoner i Norge.

---

<sup>2</sup> Norge og øvrige EFTA-land melder inn til ESA

Direktivet oppstiller et sett med minstekrav for oppfyllelse, det er imidlertid ikke noe i veien for å overoppfylle direktivet. Et krav om spesialisering i allmennmedisin gjør at Norge overoppfyller sine forpliktelser etter ovennevnte direktiv.

#### **4.2.2 Et krav om å være spesialist eller under spesialisering**

Det er i dagens allmennlegeordning ikke opprettet egne utdanningsstillinger for allmennleger i spesialisering. Utdanningen for allmennleger er, som for øvrige legespesialiteter, praksisnær ved at opplæringen skjer i ordinære legestillinger. Leger under spesialisering er en viktig resurs når det kommer til å dekke befolkningens behov for legetjenester. Ved innføring av ny spesialistutdanning for leger opphører dagens turnusordning og det innføres en felles første del (del I) for alle legespesialitetene. Del I av spesialiseringen, på samme måte som dagens turnusordning, gjennomføres delvis i kommunen. For å kunne påbegynne videre spesialisering må derfor alle leger ha jobbet minst 6 måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I gjennomsnitt bruker en lege over 8 år på å gjennomføre spesialiseringen i allmennmedisin. Det har særlig vært utfordringer knyttet til gjennomføringen av institusjonsåret som har vært utfordrende. I forbindelse med arbeidet med endringer i regelverket for spesialistutdanningen for leger generelt (ny spesialistforskrift), er problemstilling adressert, og helseforetakene er gitt et ansvar for å legge til rette for sykehuspraksisen for allmennlegespesialistene. Dette vil ikke løse alle utfordringer knyttet til institusjonsåret, men det vil bidra til å bedre situasjonen. Departementet vil følge med på utviklingen i antallet spesialister og gjennomsnittlig utdanningstid, og på bakgrunn av dette eventuelt foreslå ytterligere tiltak.

På bakgrunn av endringer i turnusordningen og det forhold at leger i spesialisering er en viktig ressurs, foreslår departementet at leger som er under spesialisering (alle spesialiteter) kan utføre klinisk arbeid i kommunale stillinger/fastlegehemler, jf. utkast til § 3 første ledd bokstav a og b i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er kommunen som skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, følgelig er det også kommunen som må kontrollere at leger de tilknytter seg er under spesialisering og at legen gjennomfører de aktuelle læringsaktivitetene som kreves for å bli spesialist. Videre må kommunene legge til rette for at leger de tilknytter seg får muligheten til å delta i nødvendige læringsaktiviteter som spesialiseringen forutsetter.

Norge kan ikke forskjellsbehandle leger som kan dokumentere å ha gjennomført en allmennlegeutdanning i et annet EØS-land og dokumenterer dette med et allmennlegebevis. Leger med allmennlegebevis fra et annet EØS-land må følgelig få tilsvarende muligheter som leger med allmennlegebevis fra Norge. Det er variasjoner knyttet til hvilke krav statene stiller for å få allmennlegebevis, men felles for dem alle er at de oppfyller minstekravene satt i yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Det er derfor ikke avgjørende hvor utdanningen er gjennomført. Leger med et allmennlegebevis vil som en konsekvens av dette også kunne jobbe i kommunen selv om de har en utdanning som rent faktisk er kortere enn den norske spesialistutdanningen i allmennmedisin. Departementet

foreslår at leger som kan dokumentere å ha gjennomført minimum tre års praktisk tjeneste i medhold av yrkeskvalifikasjonsdirektivet art. 28 kan jobbe klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Se forslag til § 3 første ledd bokstav c i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

### **4.3 Ulike krav til kompetanse innen kommunale helse- og omsorgstjenester**

Kommunale leger yter tjenester inne ulike deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For kommunale legetjenester som helt eller delvis finansieres av folketrygden (fastleger og legevakt) stilles det krav til legen om videreutdanning (veiledet tjeneste). For øvrige kommunale legetjenester (eksempelvis legetjenester i kommunale institusjoner) er det tilstrekkelig at legen er autorisert. Departementet har vurdert om det er hensiktsmessig å videreføre en ordning med ulike krav til legens kompetanse innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dagens krav om videreutdanning for fastleger og leger i legevakt er i stor grad begrunnet i våre EØS-rettslige forpliktelser, og mindre i kompleksiteten i arbeidsoppgaver legen forventes å utføre. Det følger av EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv at leger som skal utløse refusjoner fra nasjonale trygdeordninger må ha en videreutdanning etter autorisasjon<sup>3</sup>. Det er argumenter for at fastleger bør gjennomføre en videreutdanning etter avslutte grunnutdanning begrunnet i den "portvokterfunksjon" de har. Det er imidlertid liten tvil om at leger i øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester også vil kunne ha nytte av den økte kompetansen en spesialisering i allmennmedisin gir.

Kravet om videreutdanning for deltakelse i legevakt er særskilt drøftet i forbindelse med endringer i akuttmedisinforskriften. Når endringene trer i kraft vil kravene til kompetanse for deltakelse i legevakt uten bakvakt være strengere enn dagens krav. De fastsatte kravene til kompetanse for leger i legevakt etter akuttmedisinforskriften vil være strengere enn de kravene som foreslås i dette høringsnotatet. De fastsatte kompetansekravene for deltakelse i legevakt har nær sammenheng med de utfordringer leger kan vente å møte i legevakt. Departementet foreslår at kravet om å være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering gjøres gjeldende for alle leger som jobber klinisk med pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Se forslag til § 2 i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I kap 4.4 og 4.6 nedenfor drøftes unntak fra kravet og overgangsordninger når nytt krav trer i kraft.

### **4.4 Rekruttering og behov for særskilte tiltak**

I Primærhelsemeldingen ble det varslet å se særskilt hen til tiltak som kan sikre fortsatt god legedekning i distriktene i vurderingen knyttet til å innføre et krav om spesialisering.

---

<sup>3</sup> Yrkeskvalifikasjonsdirektivet er hovedsakelig implementert i norsk rett gjennom forskrift om veiledet tjeneste. Se kap. 3 for en nærmere omtale.

Departementet har vurdert ulike kompenserende tiltak for å ta særlig hensyn til rekrutteringssituasjonen.

Et mulig tiltak kan være å gjøre unntak fra kompetansekravet enten generelt for en kommune (tilsvarende muligheten for suspensasjon som gjelder i fastlegeordningen) eller i enkelttilfelle der det viser seg særlig utfordrende å rekruttere kvalifiserte leger. En annen mulighet er å gjøre unntak fra kompetansekravet for leger som tiltrer korte vikariater. Unntak kan også innføres i en overgangsperiode på noen år fra kravet blir innført, slik det ble gjort ved innføringen av nye kompetansekrav i akuttmedisinforskriften. Det å åpne opp for permanente unntak fra et krav som innføres for å heve kvaliteten og kompetansen i tjenesten er i seg selv uheldig, og vil bidra til å undergrave selve tiltaket og redusere effekten av det. Det kan skapes et inntrykk av at kvalitet og kompetanse er mindre viktig i enkelte kommuner. På den annen side gir permanente unntak den beste forutsigbarheten for leger og kommunen i planleggingen av tjenestetilbudet. Departementet har også vurdert muligheten for unntak fra kompetansekravet etter søknad til Fylkesmannen for kommuner hvor det kan dokumenteres å foreligge vedvarende rekrutteringsutfordringer. Rekruttering til kommunale legestillinger har lenge vært en viktig faktor i departementets arbeid med å videreutvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En ordning med individuelle søknader om fritak fra et kompetansekrav kan være et godt og treffsikkert virkemiddel for å redusere risikoen for redusert rekruttering ved innføringen av økte krav til kompetanse. Det vil gi mulighet for en individuell vurdering der det er mulig å legge vekt på lokale forhold ved den aktuelle kommunen. På den annen siden vil en slik ordning gi inntrykk av en aksept for ulik kvalitet i tjenestetilbudet avhengig av hvor tjenesten ytes. Det vil være vanskelig å sette presise kriterier for når unntaket kommer til anvendelse, og det vil være en tildes krevde unntaksordning å administrere for Fylkesmannen.

Departementet mener at et snevert, men permanent, unntak for korte vikariater på inntil 2 måneder balanserer hensynet til kvalitet og rekruttering. Som et minstekrav må legen være autorisert lege i Norge, eller dokumentere å ha gjennomført grunnleggende legeutdanning i et annet EØS-land. Kommuner som benytter seg av den foreslåtte unntaksbestemmelsen vil få et særskilt ansvar for å følge med på kvaliteten i egne tjenester.

For å unngå at et snevert unntak utvides gjennom flere fortløpende søknader fra den samme legen, foreslår departementet at grensen på 2 måneder er absolutt og det vil ikke være anledning for den samme legen å jobbe mer enn 2 måneder i sammenheng. Dette gjelder også dersom den samme legen bytter arbeidsgiver/praksis (og kommune) etter at den første tomånedersperioden er avsluttet. Ettersom dette er ment å være et snevert unntak fra hovedregelen, foreslår departementet videre at det som et minimum er to måneder mellom hver periode hvor det gjøres unntak for en konkret lege.

Kommunen vil og være ansvarlig for at den aktuelle legen har hatt det nødvendige opphold i yrkesaktivitet siden forrige arbeidsforhold omfattet av unntaksbestemmelsen. Kravene til forsvarlighet blir ikke redusert som følge av dette. Se forslag til § 4 i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.



## 4.5 Spesialisttittelen og krav til resertifisering (etterutdanning)

Spesialister i allmennmedisin må i henhold til dagens praksis resertifisere seg hvert 5. år for å beholde spesialisttittelen. Resertifiseringen er et strukturert etterutdanningsløp som bidrar til at spesialister i allmennmedisin er under kontinuerlig etterutdanning.

Departementet mener en slik tilnærming til kontinuerlig og livslang læring er et gode som bør videreføres i utdanningen for spesialister i allmennmedisin. Se kap. 2 for en nærmere redegjørelse for innholdet i resertifiseringsløpet. Vedkommende vil ved manglende resertifisering i medhold av dagens praksis miste retten til å benevne seg som spesialitet i allmennmedisin, og ikke kunne utløse forhøyet refusjon fra folketrygden.

Det å innføre et krav om å være spesialist eller under spesialisering stiller kravet om resertifisering, og tap av spesialisttittelen ved manglende resertifisering, i et noe annet lys. Med det nye kravet til spesialisering vil en lege ansatt i kommunen risikere å miste jobben for mangel på oppfyllelse av de formelle kompetansekrav ved manglende resertifisering.

Den formen for etterutdanning som resertifiseringen representerer er positivt for kvaliteten og kompetansen i tjenesten. Det er videre slik at legen har gode muligheter til å gjennomføre de aktuelle læringskravene innen de 5 årene som er satt av til oppgaven. For det første er det godt med tid. Dessuten er mange av de oppgavene legen jobber med til daglig tellende i et resertifiseringsløp. For annet helsepersonell i kommunen vil det være opp til arbeidsgiver å vurdere hvorvidt vedkommende er skikket til å utføre bestemte oppgaver. Et automatisk tap av sin avtale med/stilling i kommunen for leger som ikke resertifiserer seg vil være et omfattende inngrep overfor den enkelte. Et tap av stilling/hjemmel er krevende for legen, men også for kommunen hvor vedkommende jobber. Det er ønskelig at de fleste spesialistene gjennomfører resertifiseringen hvert 5. år, men en videreføring av automatisk tap av spesialiteten ved manglende resertifisering kan sette arbeidsgiver i en unødig krevende situasjon. Det kan oppstå konkrete situasjoner hvor det sett fra kommunens side ikke er ønskelig å avslutte avtale-/arbeidsforholdet selv om vedkommende lege ikke resertifiserer seg. Videre kan det oppstå særskilte grunner til at en lege ikke kan oppfylle resertifiseringskravet. Departementet legger til grunn at det er kommunen som er nærmest til å vurdere når en slik situasjon oppstår, og foreslår derfor at det er opp til kommunen å vurdere om de ønsker å videreføre avtaleforholdet selv om den aktuelle legen ikke resertifiserer seg. Det er en forutsetning at legen beholder spesialiteten med eller uten nødvendig resertifisering for å få til en slik løsning. Det å beholde spesialisttittelen er i tråd med det som gjelder for andre spesialiteter både i Norge og i øvrige Europeiske land. Det er videre i tråd med Helsedirektoratets forslag i rapport IS-2139 Fremtidens legespesialister – Spesialiststruktur- og innhold i samfunns- og allmennmedisin (SISAM).

Departementet mener at leger utdannet i et annet EØS-land, på lik linje med spesialister i allmennmedisin, bør "resertifisere" seg hvert 5. år. Når det gjelder leger som jobber med allmennlegeoppgaver som ikke er finansiert av folketrygden, mener departementet at de samme hensynene som nevnt over også gjelder for denne gruppen leger. Videre vil det

ikke være aktuelt å frata leger allmennlegebevis utstedt i et annet land som følge av manglende resertifisering etter norske regler.

Departementet foreslår at leger som har gjennomført spesialistutdanningen i allmennmedisin beholder spesialisttittelen så lenge legen har autorisasjon/lisens som lege. Det blir følgelig ikke aktuelt med et automatisk tap av stilling/hjemmel ved manglende resertifisering. Manglende resertifisering får heller ingen konsekvenser for tildelt allmennlegebevis. Nødvendige endringer i regelverket for spesialistutdanningen i allmennmedisin vil bli gjennomført.

Departementet forventer at både kommuner og leger ser verdien i å resertifisere seg hvert femte år. I dag kan spesialister i allmennmedisin utløses høyere refusjoner fra folketrygden (fastleger og legevakt). I gjennomsnitt har spesialister om lag 300.000 kroner høyere brutto inntekt enn en ikke-spesialist. Når legen er ansatt tilfaller de økte refusjonsinntektene i utgangspunktet kommunen. For å bidra til at flest mulig spesialister resertifiserer seg foreslår departementet å videreføre dagens insentivordning med utløsning av forhøyde takster for spesialister i allmennmedisin. For å treffe formålet er må imidlertid ordningen justeres noe. Det vil ikke lengre være tilstrekkelig å være spesialist, legen eller kommunen må dokumentere overfor Helfo at vedkommende har gjennomført den nødvendige resertifiseringen<sup>4</sup>. Tilsvarende gjelder for leger med allmennlegebevis fra et annet EØS-land. Se forslag til forskrift om endring i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 2 nr 7.

Når det gjelder leger som hverken er spesialister eller under spesialisering på det tidspunktet forslaget trer i kraft, foreslår departementet ingen særskilte tiltak i denne omgang. På bakgrunn av de erfaringer vi høster med dette forslaget vil det vurderes om det er nødvendig å utarbeide et eget kompetansehevingsløp for disse legene.

## **4.6 Overgangsordninger**

Med innføringen av et kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må det samtidig tas stilling til hvilke krav som skal gjelde for leger som allerede er tilknyttet kommunen når kravet trer i kraft, jf. blant annet drøftingen i kap. 4.2. Videre vil innføringen av kravet til kompetanse gjøre det nødvendig å ta stilling til hvilke krav som gjelder for leger som ville vært kvalifiserte for å yte helsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men som etter at kravet trer i kraft ikke lengre innehar den nødvendige formalkompetansen.

### **4.6.1 Leger som jobber i kommunen per 31.12.2016**

Kravet om å være spesialist eller være under spesialisering kan pålegges alle, inkludert de som er i arbeid når kravet innføres, eller det kan gjelde de som tiltrer den aktuelle stillingen eller fastlegehjemmelen etter at kravet innføres. Det er argumenter for begge

---

<sup>4</sup> Dette skjer gjennom oppføring i Helsepersonellregisteret.

løsninger. Et krav for alle vil sørge for at antallet spesialister øker raskere, leger som ikke er spesialister vil få økt sin kompetanse og kvaliteten i tjenesten vil heves raskere.

Om lag 900 fastleger er i dag ikke spesialister. I tillegg kommer et ukjent, men langt lavere, antall kommunalt ansatte leger som jobber kurativt med pasienter. Et krav om at også disse skal bli spesialister vil gi en betydelig økning i antallet personer under spesialisering, og økningen vil komme umiddelbart fra det tidspunktet kravet trer i kraft. Det er neppe tilstrekkelig kapasitet, hverken økonomisk eller personellmessig, i utdanningssystemet for en slik stor og umiddelbar økning. Videre vil dette være et betydelig inngrep i den arbeidsavtalene/fastlegeavtalen vedkommende lege har inngått med kommunen. Til dette kan det bemerkes at de fleste legeoppgaver i kommunen i større og mindre grad er tellende i spesialiteten i allmennmedisin. Det ville derfor vært mulig å argumentere for at disse legene allerede var under spesialisering gjennom arbeid i åpen uselektert praksis. For å fullføre en utdanningsløpet ville imidlertid legene måtte jobb ett år i spesialisthelsetjenesten og delta i en rekke utdanningsaktiviteter utover det de driver med til daglig. Hvis også erfarne leger må gjennomføre et år i institusjonstjeneste vil legen blant annet ha behov for vikar under fraværet. Trolig vil et krav for alle gi utfordringer knyttet til rekruttering. En gradvis innføring av kravet om spesialisering vil derfor redusere eventuelle utfordringer et hevet krav til kompetanse vil kunne medføre.

Departementet foreslår at kravet om å være spesialist eller under spesialisering innføres for leger som kommunen tilknytter seg etter at kravet trer i kraft. Dette gir også den beste forutsigbarheten for legen og kommunen, og det gir kommunene en mulighet til å planlegge for fremtiden. En innføring av kravet for "nye" leger vil i seg selv være en overgangsordning for innføringen av kompetansekravet. Se kap 4.5. for en nærmere drøfting av behovet for øvrige overgangsordninger. Se forslag til § 5 første ledd bokstavene a, b og c i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

#### **4.6.2 Leger som har gjennomført veiledet tjeneste, leger som er under veiledning og leger med autorisasjon fra før 31.12.2016**

Etter gjeldende regelverk er det et krav om at fastleger og legevaktsleger har gjennomført minst tre års veiledet tjeneste eller er under veiledning for å kunne utløse refusjon fra folketrygden. Leger som gjennomfører veiledningen har også rett til å få utstedt allmennlegebevis. Ovenfor foreslår departementet å gi leger som er i arbeid i kommunen muligheten til å fortsette i jobben uten å måtte fullføre en spesialisering i allmennmedisin. Men hva med de som oppfyller dagens krav, men som ikke er per 31.12.2016 jobber i kommunen? Skal de måtte gjennomføre en spesialisering? Departementet har også vurdert hvilke regler som skal gjelde for leger, som ved innføringen av kravet er under veiledning eller har inngått en avtale om veiledning med oppstart etter at et det nye kravet trer i kraft. Videre har departementet vurdert om hvilke krav som skal gjelde for leger autorisert før kompetansekravet endres, men som ikke er ansatt i kommunen per 31.12.16.

Departementet foreslår at leger som allerede har fått utstedt allmennlegebevis kan yte helsehjelp i kommunen etter 31.12.16. Dette gjelder uavhengig av om de er i kommunal

jobb eller ikke ved ikrafttredelsestidspunktet. Se utkast til § 3 første ledd bokstav c i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Videre mener departementet at det bør innføres en overgangsordning for leger som er i ferd med å gjennomføre veiledet tjeneste. Departementet foreslår at disse legene skal få mulighet til å fullføre den veiledningen de har påbegynt. Leger som har startet opp eller har inngått avtale om oppstart i veiledet tjeneste før spesialistkravet trer i kraft vil med dette forslaget få mulighet til å fullføre sitt påbegynte utdanningsløp. Når tjenestetiden er gjennomført kan vedkommende begynne/fortsette som lege i kommunen uten samtidig å fullføre en spesialisering. Vedkommende lege vil også få utstedt allmennlegebevis når den veiledede tjenesten er gjennomført.

Fra 1. januar 2017 vil muligheten for å inngå nye avtaler om veiledet tjeneste være begrenset til leger som allerede er under veiledning, slik at disse legene får mulighet til å fullføre det de har påbegynt. Se § 3 i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og forslag til endring av forskrift om veiledet tjeneste § 11 første ledd.

Departementet foreslår ikke å åpne for at alle leger autorisert før 31.12.2016 skal kunne yte helsehjelp i kommunen uten å starte med en spesialisering. I stedet for å heve kravet til kompetanse vil dette senke kravet sammenlignet med hvordan det er i dag. For fastleger og leger i legevakt er det et krav om minimum tre års tjeneste under veiledning etter avsluttet grunnutdanning. Leger som er autorisert før 31.12.2016 har ikke nødvendigvis denne praktiske erfaringen fra tidligere. Det å ikke åpne opp for denne gruppen vil kunne redusere rekrutteringsgrunnlaget til kommunale legestillinger. Til dette bemerker departementet at det også i dag er et krav om kompetanse for en vesentlig del av de kommunale tjenestene og at de øvrige overgangsordningene gir kommuner tilstrekkelig med muligheter til å rekruttere kompetente leger.

#### **4.6.3 Legevakt**

Fra 1. mai 2015 trådte ny forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i kraft. Forskriften regulerer den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus, herunder den kommunale legevakten. I forskriften § 7 er det stilt krav til kompetanse hos leger som skal delta i kommunal legevakt. Kravet som stilles til lege i vakt, uten bakvakt, er i utgangspunktet strengere enn det kompetansekravet som foreslås innført i dette høringsnotatet. Kompetansekravet for leger i vakt med bakvakt blir ikke endret som en følge av ny akuttmedisinforskrift. Med innføring av et krav om spesialisering vil kompetansekravet til leger med bakvakt også heves. Forslaget om å innføre et kompetansekrav for leger i vakt ble i forarbeidene blant annet begrunnet slik<sup>5</sup>:

*"Legevaktarbeid er en beredskapstjeneste og preges tidvis av situasjoner med til dels akutte problemstillinger hvor raske avgjørelser både er nødvendige og hvor*

---

<sup>5</sup> Kgl.res. 20.mars 2015

*legen ofte må treffe beslutninger alene. Det er derfor viktig å sikre tilstrekkelig kompetanse i tjenesten."*

Den aktuelle bestemmelsen i akuttmedisinforskriften trådte ikke i kraft sammen med resten av forskriften, jf. § 21 første ledd. Kompetansekravet trer først i kraft 1. mai 2018. Frem til den tid er det tilstrekkelig at legen er autorisert og, ettersom legevaktsarbeid utløser refusjoner fra folketrygden, har gjennomført veiledet tjenester eller er under veiledning, jf. forskrift om veiledet tjeneste § 3 første og andre ledd. Et viktig hensyn bak å utsette ikrafttredelsen av kravet til kompetanse for leger i legevakt, var å gi kommunene mulighet til å tilpasse seg kravet. Departementet mener det er riktig å videreføre den muligheten kommunene her har fått til å tilpasse seg nye og strengere kompetansekrav for leger i kommunal legevakt. For å sikre dette må det åpnes opp for å gjøre unntak fra kravet om spesialisering for leger som deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid, jf. forskrift om veiledet tjeneste § 3 andre ledd andre punktum. Departementet foreslår at dette er et tidsbegrenset unntak i en overgangsperiode som gjelder til akuttmedisinforskriften § 7 første ledd trer i kraft.

## 5 Økonomiske og administrative konsekvenser

### 5.1 Innledning

Et krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister i allmenntidisin eller under spesialisering påvirker de som bruker kommunale helse- og omsorgstjenester, og det påvirker kommunen som ansvarlig for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Et krav om økt kompetanse vil også påvirke leger som skal begynne å jobbe i kommunen. I tillegg vil folketrygden bli berørt av at andelen fastleger og legevaksleger som er spesialister i allmenntidisin øker. Dette siste henger sammen med at spesialister i allmenntidisin kan utløse høyere refusjoner fra folketrygden enn leger som ikke er spesialister. I noen grad vil også utdanningskapasiteten og godkjenningsskapasiteten måtte økes. Dette berører i all hovedsak Helsedirektoratet og Den norske legeförening. Nedenfor følger en gjennomgang av de økonomiske og administrative konsekvensene av forslaget.

### 5.2 Kommunen

Et krav om spesialisering for legene vil heve kompetansen i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men det vil også bety at kommunene får en forpliktelse når det gjelder å følge opp kravet. Kommunene må blant annet forsikre seg om at den enkelte lege som de tilknytter seg enten er spesialist eller under spesialisering. Kommunen må videre både følge opp, og legge til rette for, at leger under spesialisering gjennomfører spesialiseringen.

Kommunens ansvar knyttet til utdanningen for kommunale leger varierer avhengig av tilknytningsform. For leger som er tilknyttet kommunen gjennom en fastlegeavtale har kommunen er medvirkningsansvar for at vedkommende lege får adgang til nødvendig etter- og videreutdanning. Rammeavtalen mellom KS og den Norske legeförening operasjonaliserer det kommunale ansvaret knytte til selvstendig næringsdrivende leger i fastlegeordningen. I medhold av avtalen kan legen ta inn vikar når vedkommende er fraværende for å gjennomføre nødvendig videreutdanning. Utover å gi vedkommende lege muligheten til å ta inn vikar ved lengre fravær fra praksisen, er det i utgangspunktet lite kommunen må bidra med overfor selvstendig næringsdrivende fastleger (totalt 95 % er private). I de tilfellene fastlegen ikke selv lykkes med å finne en vikar vil kommunen riktignok "overta" oppgaven og eventuelle kostnader med å fremskaffe vikar. Kommunen vil og få inntektene.

Kommunen som arbeidsgiver vil ha et noe større ansvar i forbindelse med gjennomføringen av spesialiseringen og resertifiseringen (pålagt etter- og videreutdanning) av egne ansatte. Dette gjelder alle kommunalt ansatte leger, inkludert fastleger, sykehjemsleger og leger ansatt ved kommunale øyeblikkelig hjelp enheter. Kommunen skal sørge for at ansatte gjennomfører lovpålagte etter- og videreutdanning. Denne forpliktelsen er ikke ny for kommunen, men med de foreslåtte endringene vil kommunene i noen større grad måtte legge til rette for at flere nyutdannede leger kan

gjennomføre sin spesialisering. Med bakgrunn i at mange leger både er næringsdrivende fastleger, og er ansatt i en deltidsstilling i kommunen vil kommunens ansvar som arbeidsgiver være begrenset, også de økonomiske konsekvensene for kommunene vil være begrensede. Refusjoner fra folketrygden for ansatte fastleger tilfaller dessuten kommunen, disse refusjonene vil også øke når en ansatt fastlege blir spesialist i allmennmedisin. De aktuelle legene vil ha påbegynt sin spesialisering når de starter opp som fastleger. Videre kan også leger ansatt i kommunen søke om støtte fra Utdanningsfond II, se nedenfor.

Det legges ikke opp til en særskilt kompensasjon for kommunene som en følge av innføringen av et krav om spesialisering for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Eventuelle merkostnader er begrensede, de treffer kommunene svært ulikt og eventuelle økte kostnader vil først påløpe når kommunen tilknytter seg ny lege som de må legge til rette for.

Departementet legger videre til grunn at innføringsmetoden, overgangsordningene og foreslåtte unntak fra kravet i konkrete tilfeller i sum vil gjøre at tiltaket i seg selv ikke øker rekrutteringsutfordringene for kommunene.

### **5.3 Forvaltningen og stønadsbudsjettet**

For folketrygden vil kostnadene til allmennlegetjenesten øke når flere av fastlegene blir spesialister. Dette har sammenheng med at spesialister i allmennmedisin kan utløse høyere refusjoner. Leger under spesialisering kan ikke utløse forhøyet takst. Ettersom kravet om spesialisering gjelder for leger kommunen tilknytter seg etter 1. januar 2017 vil økte utgifter for folketrygden komme gradvis, og tidligst 5 år etter at kravet ble innført. Først når alle fastleger enten er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering vil kostnadene av tiltaket foreligge fullt ut. Etter en overgangsperiode vil utbetalingene fra folketrygden øke med om lag 151 mill. kroner gitt at antallet fastleger ligger fast på dagens nivå og at tjenesten forblir organisert om lag som i dag. Utgiftene vil øke mer dersom det i tillegg kommer mange nye fastleger i tiden fremover. Økte utbetalinger til refusjon vil i medhold av dagens finansieringsmodell også økte avsetninger til ulike utdannings- og kvalitetsfond, herunder Legeforeningens fond for etter- og videreutdanning av allmennleger (Utdanningsfond II) gjennom de årlige takstforhandlinger med Legeforeningen. Utdanningsfond og betydningen av fondene for å finansiere utdanningen for spesialister i allmennmedisin omtales nedenfor.

### **5.4 Legene, Legeforeningen og utdanningsfondene**

Næringsdrivende leger som i dag gjennomfører spesialiseringen i tråd med faglige anbefalinger betaler dette selv gjennom tap av inntekt ved fravær fra praksisen, løpende utgifter til drift av praksisen og utgifter til kurs og obligatoriske veiledningsgrupper. Helsedirektoratet har i sin rapport IS-2139 anslått at legens utgifter, inkludert tap av inntekt, ligger på om lag 750 000 kroner ved gjennomføringen av spesialiseringen. Både på utgiftssiden og inntektssiden er dette er bruttobeløp. En lege i spesialisering vil kunne få inntekter/reduerte utgifter ved å ta inn en vikar i praksisen ved eget fravær. Leger i

spesialisering får dessuten utbetalt lønn i de perioder vedkommende er ansatt i spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan leger søke om støtte fra Utdanningsfond II. Støtten fra Utdanningsfondet vil variere, men anslag fra Helsedirektoratet viser at støtten kan beløpe seg opp til 100 000 kroner. På tross av disse modererende elementene er det forbundet med en betydelig investering for næringsdrivende leger å gjennomføre spesialiseringen. Det er derfor åpnet opp for at spesialister i allmennmedisin kan utløse høyere refusjoner fra folketrygden enn fastleger som ikke er spesialister. Tall fra oppgjørsdataene innsamlet av Helfo viser at spesialister i allmennmedisin i gjennomsnitt har 280 000 kroner i høyere brutto næringsinntekt<sup>6</sup>. Det er følgelig et betydelig økonomisk insentiv for fastleger å gjennomføre spesialiseringen i allmennmedisin.

I forbindelse med de årlige takstforhandlingene mellom Staten, KS og Legeforeningen avsettes det en gitt sum til flere ulike fond etter avtale mellom partene. For avtaleåret 2015/16 ble det avtalt å avsette om lag 46 mill. kroner til Utdanningsfond II og om lag 35 mill. kroner til Utdanningsfond I. Utdanningsfond II gir etter søknad støtte til reise og opphold i forbindelse med kurs som inngår i spesialiseringen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Videre kan det gis støtte til enkelte kursavgifter og til utgifter i forbindelse med veiledningsgrupper. Utdanningsfond II administreres av Legeforeningens sekretariat, og søknad om støtte sendes dit. Økning i antallet leger som blir spesialister vil øke søkningen til utdanningsfondet. I den grad utgiftene øker utover det som avsettes i året må dette løses i kommende takstforhandlinger.

Mange av de læringsaktivitetene og kursene som er tellende i spesialiteten i allmennmedisin gjennomføres av Legeforeningen eller i samarbeid med Legeforeningen. Blant annet er det Legeforeningen som står for organiseringen av veiledningsgrupper, for utdanningen og godkjenningen av veiledere og for godkjenningen av kurs og en rekke andre aktiviteter som inngår i spesialiseringen, jf. kap. 2. En økning i antallet spesialister i allmennmedisin på om lag 15 pst. kan på sikt øke belastningen for Legeforeningens sekretariat noe. Økningen vil imidlertid komme svært gradvis. Det er krevende å kvantifisere merarbeidet med noen grad av sikkerhet. Arrangører<sup>7</sup> av kursaktiviteter kan på nærmere vilkår søke om garanti for dekning av underskuddet ved arrangering av kurs fra Utdanningsfond I. Med en økning i antallet spesialister vil det kunne bli behov for flere kurs som igjen vil søke om garanti fra fondet. På den annen side vil flere spesialister også bety at kurs som arrangeres får flere deltakere. Søknad om underskuddsgaranti sendes Legeforeningens sekretariat som behandler søknaden. Departementet legger til grunn at verken Utdanningsfond I eller Legeforeningens sekretariat i særlig blir påvirket av et krav om spesialisering for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

---

<sup>6</sup> Spesialister i allmennmedisin har ikke vesentlig høyere driftskostnader enn ikke-spesialister, så det meste den forhøyede brutto inntekten vil være netto inntekt.

<sup>7</sup> Lokalavdelinger av Legeforeningen, fagmedisinske foreninger og utvalg samt andre organisasjoner som arbeider med videre- og etterutdanning av leger



## 5.5 Pasientene

Pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester vil merke at kvaliteten på tjenestene øker. På sikt vil de økte kompetansen hos kommunale leger også bidra til at innbyggerne vil oppleve å få flere, bedre og tryggere tjenester levert av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Legetjenester hos fastlegen og i legevakt er delvis finansiert gjennom egenandeler fra pasienter. Gitt dagens system vil derfor pasienter måtte påregne å betale en høyere egenandel ved å gå til fastlege og legevakt når legen som behandler dem er spesialister i allmennmedisin. For tiden er denne forhøyede egenandelen satt til 46,- kroner ved konsultasjon. Økte egenandeler vil imidlertid inngå i egenandelstak 1, så mye av de økte pasientkostandene vil i realiteten bli dekket av folketrygden. Av en anslått total kostnad på om lag 189 mill. kroner dekker folketrygden om lag 151 mill. kroner. De resterende 38 mill. kronene vil dekkes av pasientene gjennom økte egenandeler. Denne økningen vil imidlertid, som for økningen i utbetalinger fra folketrygden, skje gradvis og begynner først fra 5 år etter at kravet innføres.

## 6 Forslag til forskrifter

### I

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

**Fastsatt i kgl.res av xx 2016 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2 annet ledd.**

#### § 1 Formål

*Forskriften skal bidra til å heve kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, gjennom å stille krav om at alle leger i kurativ virksomhet er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.*

#### § 2 Virkeområde

*Forskriften gjelder for alle leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen kurativ stilling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert ansatte leger og privatpraktiserende leger med fastlegeavtale.*

#### § 3 Krav om spesialisering i allmennmedisin

*Kommunen må sikre at leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen kurativ stilling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*

- a) har spesialistgodkjenning i allmennmedisin,*
- b) er under spesialisering eller*
- c) har godkjenning som allmennpraktiserende lege 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 § 10 i forskrift 8.oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits.*

#### § 4 Unntak fra kravet om spesialisering

*Kravet i § 3 gjelder ikke for leger som tiltrer et vikariat av inntil to måneders varighet, eller for leger som deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid.*

#### *§ 5 Overgangsordninger*

*Kravet i § 3 gjelder ikke for leger som den 31. desember 2016*

- a) har en fastlegehjemmel*
- b) har en stilling ved kommunal legevakt eller annen kurativ stilling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*
- c) er i permisjon fra stilling som nevnt i bokstav a eller b,*
- d) kvalifiserer for allmennlegebevis 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*
- e) har inngått veiledningsavtale med kommunen etter § 6 i forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon. Unntaket videreføres når legen fullfører veiledet tjeneste påbegynt før 31. desember 2016*

#### *§ 6 Ikrafttredelse*

*Forskriften trer i kraft 1. januar 2017*

**Forskrift om endring i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon**

**§ 11 første ledd nytt andre punktum skal lyde:**

*Forskriften gjelder bare for leger som før 1. januar 2017 har inngått veiledningsavtale med kommunen etter § 6. Leger som har inngått veiledningsavtale kan forlenge denne eller inngå ny, for å oppnå nødvendig tjeneste under veiledning.*

**Forskrift om endring i forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter**

**§ 1 nr. 1 skal lyde:**

*Vedkommende yrkesutøver har fastlegeavtale med kommunen, 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.*

Forskrift om endring i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege

Ny § 2 nr 7 skal lyde.

*For å kunne kreve tilleggstakster for spesialister i allmennmedisin (takstene 2dd, 2dk, 11dd, 11dk og 14d) er det en forutsetning at legen har fått godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år.*

*Leger som har godkjenning som 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, må innen 5 år få godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin for å kunne kreve tilleggstakster for spesialister i allmennmedisin (takstene 2dd, 2dk, 11dd, 11dk og 14d).*

## II

Ikrafttredelse 1. januar 2017