

Høringsnotat

Forslag til endringer i akuttmedisinforskriften og flere forskrifter som gjelder allmennleger

Høringsfrist: 19. november 2019

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	4
2	Forslag til endringer i akuttmedisinforskriften.....	4
2.1	Bakgrunn.....	5
2.2	Gjeldende rett.....	8
2.2.1	Forskrift om kompetansekrav for leger.....	8
2.2.2	Akuttmedisinforskriften.....	9
2.2.3	Om krav til kompetanse til annet helsepersonell i vakt.....	10
2.2.4	Takst for e-konsultasjon hos fastlege.....	11
2.3	Departementets vurderinger og forslag.....	11
2.3.1	Bakvaktbestemmelsen.....	12
2.3.2	Unntaksbestemmelsene.....	13
2.3.3	Tilpasning til andre forskrifter.....	15
2.3.4	Bruk av takst for e-konsultasjon i legevakt-piloten.....	16
3	Forslag om forskriftsendringer som følge av endrede kompetansekrav for allmennleger 17	
3.1	Innledning.....	17
3.1.1	Forskrifter det foreslås endringer i.....	17
3.1.2	Sammenheng med nye kompetansekrav for allmennleger.....	17
3.1.3	Leger med allmennlegeutdanning fra andre EØS-land.....	18
3.1.4	Terminologi.....	18
3.2	Gjeldende rett.....	19
3.2.1	EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.....	19
3.2.2	Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits.....	20
3.2.3	Forskrift om kompetansekrav for leger.....	20
3.2.4	Forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger.....	21
3.2.5	Spesialistforskriften.....	21
3.2.6	Forskrift om stønad til dekning av utgifter hos lege.....	22
3.3	Departementets vurderinger og forslag.....	23
3.3.1	Generelt om likebehandling etter EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.....	23

3.3.2	Spesialistgodkjenning og konvertering av eksisterende godkjenninger (forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits og spesialistforskriften)	25
3.3.3	Forskrift om stønad til dekning av utgifter hos lege	26
3.3.4	Forskrift om kompetansekrav for leger	27
3.3.5	Forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger	28
4	Økonomiske og administrative konsekvenser	29
5	Forslag til forskriftsendringer	30

1 Innledning

I dette høringsnotatet fremmes det forslag til endringer i akuttmedisinforskriften og flere forskrifter som gjelder allmennleger.

Det foreslås endringer i

- forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)
- forskrift 27. juni 2019 nr. 923 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger
- forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits, inkludert vedlegg II
- forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger
- forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og
- forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon

Endringsforslagene i akuttmedisinforskriften omhandler bestemmelsen om kravet til bakvakt og bestemmelsen som åpner for at fylkesmannen kan gjøre unntak fra kravene til kompetanse.

Endringsforslagene i de andre forskriftene har blant annet sammenheng med forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft i 2017 og legers rettigheter etter EØS-regelverket. Endringene i disse forskriftene innebærer en tydeliggjøring av gjeldende rett.

I kapittel 2 redegjøres for endringsforslag i akuttmedisinforskriften samt endring av merknad B9 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger.

I kapittel 3 redegjøres for endringsforslag i de andre forskriftene.

Økonomiske og administrative konsekvenser framgår av kapittel 4.

Forslag til endringer framgår av kapittel 5.

2 Forslag til endringer i akuttmedisinforskriften

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

- Endre kravet til bakvakt slik at det ikke stilles et generelt krav til utrykningsplikt for bakvakten. Kravet erstattes med at den enkelte kommune eller det enkelte vakt-distrikt må vurdere om bakvakten ved behov skal kunne rykke ut for å bistå leger i vakt.

- Forskriften § 7 tredje ledd om fylkesmannens adgang til å gjøre unntak fra kompetansekravene oppheves.
- Forskriften § 8 andre ledd om fylkesmannens adgang til å gjøre unntak fra kompetansekravene i første ledd oppheves.
- Endre begrepet "allmennpraktiserende lege" til "spesialist i allmennmedisin" i bestemmelsen i § 7 første ledd bokstav e om kompetansekrav til lege som kan ha legevakt alene uten kvalifisert bakvakt som en tilpasning til bl.a. forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Videre omfattes følgende forslag i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege:

- endre merknad B9 til takst 2ae slik at lege i hovedlegevaktsentral i forbindelse med igangsatt pilotprosjekt på legevaktfeltet kan utløse takst for e-konsultasjon (videokonsultasjon).

2.1 Bakgrunn

Denne gjennomgangen av akuttmedisinforskriften omfatter kun kommunal legevaktjeneste. I høringsrunden 2014/2015 forut for fastsettelsen av forskriften kom det fram at KS og store deler av kommunesektoren var bekymret for at mange kommuner, særlig i distriktene, ikke ville klare å oppfylle kompetansekravene som ble stilt i forskriften. Dette gjaldt særlig krav til grunnkompetanse for lege som kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt (jf. forskriften § 7).

For at kommunene skulle få tid på seg til å rekruttere leger og legge til rette for å få på plass nødvendig kompetanse, ble det gitt en treårig overgangsordning for krav til grunnkompetanse for lege fram til 1. mai 2018. Samtidig ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag, i dialog med KS, å følge med på i hvilken grad bestemmelsene i akuttmedisinforskriften etterleves, spesielt utarbeide en tallmessig oversikt over kompetanse- og personellutviklingen i legevaktjenesten fra 1. mai 2015 og beskrive hvilke prosesser/tiltak kommunene har iverksatt for å oppfylle forskriftens krav til kompetanse. Evalueringsrapporten ble overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet i slutten av januar 2018.

Nærmere om Helsedirektoratets evalueringsrapport

På vegne av Helsedirektoratet, som ledd i direktoratets oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet, utførte både Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) tidlig i 2017 kartlegginger i hhv. kommuner og legevakter. Gjennom kartleggingene uttrykte mange av aktørene bekymringer for situasjonen med tanke på overgangsordningens utløp 1. mai 2018. Det framgår av Helsedirektoratets rapport at vel 70 pst av legene tilknyttet de forskjellige legevaktene på undersøkelsestidspunktet i 2017 ville kunne oppfylle akuttmedisinforskriftens krav per 1. mai 2018. For noen kommuner og legevakter var imidlertid andelen leger som ville kunne oppfylle kravene mye

lavere, og for disse kommunene ville det være en stor utfordring å oppfylle kompetansekravene til lege i vakt (jf. undersøkelsen fra Nklm). Videre fremgår at kun 42 pst av kommunene per 1. januar 2017 hadde en bakvaktordning med utrykningsplikt i tråd med kravet i forskriften. Drøyt halvparten av de minste og mindre sentrale kommunene hadde en bakvaktordning (jf. undersøkelsen fra NSDM). Helsedirektoratet anbefalte i rapporten å forlenge overgangsordningen for krav til grunnkompetanse for lege i vakt, og at man i overgangsperioden foretok en helhetlig gjennomgang av akuttmedisinforskriften.

Høring 2017/2018

Parallelt med Helsedirektoratets kartlegging og rapport sendte departementet på høring forslag til noen mindre endringer i forskriften. Det var behov for å forlenge overgangsordningene for oppfyllelse av kompetansekrav til bemanning på ambulanserbiler og for krav til gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Videre var det behov for å justere kravet til grunnkompetanse for lege i vakt som en tilpasning til forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det var behov for å gjøre unntak fra bakvaktens utrykningsplikt i forbindelse med pilotprosjektet som forberedes på legevaktfeltet.

Et overveldende flertall av høringsinstansene uttalte seg også om deler av forskriften det i høringsrunden 2017/2018 ikke var foreslått å endre. Spesielt gjaldt dette rekrutterings-situasjonen i allmennlegetjenesten (fastlegeordningen og legevaktstjenesten) og forskriftens krav om bakvakt som må kunne rykke ut når det er nødvendig for leger som ikke oppfyller kompetansekravene som stilles til lege som kan ha legevakt alene.

De fleste som tok opp temaet, mente at en utrykningsplikt for bakvakt for leger som ikke oppfyller kompetansekravene, verken er nødvendig eller hensiktsmessig. Ut fra beskrivelsene synes det å være vanlig praksis at praktiske spørsmål, for eksempel om lokale forhold og hvordan systemene fungerer, løses i samtale med sykepleier eller per telefon med en mer erfaren lege/bakvakt, mens medisinskfaglige spørsmål og/eller transportvalg i stor grad avklares per telefon med spesialisthelsetjenesten/sykehuslegen eller per telefon med bakvakt.

Mange av instansene beskrev dagens situasjon i eget og tilgrensende legevaktstrikter, og hvordan kompetansekravene som stilles i akuttmedisinforskriften vil påvirke situasjonen negativt dersom det ikke gjøres endringer. Et stort antall kommuner, kommuneoverleger og legevaktsamarbeid redegjorde for rekrutteringsutfordringer og en situasjon med få faste leger og en høy andel vikarer (1-2 faste leger av totalt 5-6). Før overgangsordningens utløp 1. mai 2018 var det allerede få leger til å dele på vaktene, og mange av disse var ikke vaktkompetente og ville etter 1. mai måtte ha bakvakt dersom overgangsordningen ikke ble forlenget, eller forskriftens krav til bakvakt ikke ble endret. For mange leger ville det innebære vakt annen hver dag. Få av disse kommunene hadde en fast tilknyttet spesialist i allmennmedisin. Ofte hadde de lege under spesialisering, men som ikke forble i kommunen. I mange av disse kommunene er befolkningsgrunnlaget for lite til å ha flere enn én lege på vakt. Dette er gjerne kommuner som har vaktklasse 1, dvs. 0-10 minutters aktiv vakt per klokke. Videre gikk det fram at utrykning til legevaktstasjon for å bistå en uerfaren lege sjelden er aktuelt. Mange

mente også at bakvakt i liten grad er nødvendig de siste to av de seks obligatoriske månedene i kommunen for leger i spesialistutdanningens første del.

Spesielt aktører i distriktskommuner, men også større kommuner, tok opp at et krav til bakvakt som kan rykke ut om nødvendig, vil binde opp svært mange legeressurser og øke vaktbelastningen på kvalifiserte leger betydelig. Det ble fryktet at opprettholdelse av et slikt krav i forskriften ville forverre rekrutteringssituasjonen i fastlegeordningen og dermed også i legevakttjenesten. En eventuell sammenslåing av legevaktdistrikter, som uansett ikke ville la seg gjøre i mange distrikter grunnet geografiske forhold, ville medføre lengre reisevei til legevaktstasjon for innbyggerne, og i de fleste tilfeller et dårligere tilbud.

Det som derimot syntes viktig for instansene, og som de mente ville styrke kvaliteten i legevakttjenesten, var mulighet for veiledning per telefon for uerfarne leger og da spesielt for leger i spesialistutdanningens første del. De syntes å mene at bakvaktens primære oppgave burde være å bistå med kunnskap om systemet og lokale forhold. Mange uttalte dessuten at langt viktigere enn bakvakt, er opplæring lokalt før man starter med vakter, og lokal samtrening internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten i tråd med krav i akuttmedisinforskriften § 4. Dette gjaldt også for vikarer.

De fleste som uttalte seg om rekrutteringssituasjonen og kravet til bakvakt tok til orde for å ta bort plikten til å rykke ut. Noen pekte på at det kunne være en mulighet å åpne for dispensasjon fra utrykningsplikten for mindre sentrale kommuner, eller å innføre en differensiert utrykningsplikt på bakgrunn av kommunestørrelse ut fra at behovet for bakvakt kan være større i mer befolkete områder på grunn av risiko for samtidighetskonflikter. Det ble også uttalt at det er viktigere å etablere et system for sikker veiledning av en kvalifisert bakvakt enn at denne kan rykke ut. Et par aktører tok opp at eventuelle tilpasninger også kan gjøres gjennom endringer i forskriftens unntaksbestemmelse.

Behandling i Stortinget

Den kgl. res.en med forslag til forskriftsendringer etter høringen ble behandlet 20. april 2018. I tillegg til de forslagene som hadde vært på høring, ble det i den kgl. res.en fremmet forslag om å forlenge overgangsordningen for krav til grunnkompetanse for lege fram til 1. januar 2020 uten forutgående høring. Samtidig ble det vedtatt å gjøre en helhetlig gjennomgang av forskriften i løpet av perioden med overgangsordning.

Dagen før behandlingen av den kgl. res.en fattet Stortinget følgende to vedtak i behandlingen av Representantforslag 129 S (2017-2018) om å endre akuttmedisinforskriftens krav til bakvakt i legevakt, jf. Innst. 218 S (2017-2018):

Vedtak nr. 620:

"Stortinget ber regjeringen endre akuttmedisinforskriften § 7 slik at det ikke settes et generelt krav til bakvakt med utrykningsplikt."

Vedtak nr. 621:

"Stortinget ber regjeringen sikre at alle legevakter har en ordning der bakvakt med lokal-kunnskap og selvstendig vaktkompetanse er tilgjengelig på telefon for leger uten selvstendig vaktkompetanse."

Det er stort sammenfall mellom utfordringene skissert i Helsedirektoratets rapport og høringsinstansenes situasjonsbeskrivelser.

På bakgrunn av Helsedirektoratets rapport, høringsinstansenes uttalelser og Stortingets vedtak nr. 620, er det spesielt behov for å vurdere nærmere bestemmelsen om krav til bakvakt.

Videre finner departementet grunn til å vurdere bestemmelsene som åpner for at fylkesmannen kan gjøre unntak fra kompetansekravene, jf. forskriften §§ 7 og 8.

En annen årsak til å gjøre endringer i akuttmedisinforskriften er behov for tilpasning til andre forskrifter som regulerer allmennlegenes virksomhet (forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits (som gjennomfører EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv artikkel 4 og artikkel 21 om likebehandling av helsepersonell)). Tilpasningen innebærer kun tekniske endringer.

2.2 Gjeldende rett

Både forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (forskrift om kompetansekrav for leger) og forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) regulerer krav til medisinskfaglig kompetanse (utdanning og erfaring) for leger som skal jobbe i kommunalt organisert legevakt.

Akuttmedisinforskriften stiller særskilte krav til medisinskfaglig kompetanse, herunder også praksis og kurs, for lege som kan ha legevakt alene uten kvalifisert bakvakt. I tillegg stiller forskrift om trygderefusjon for leger m.v. noen minimumskrav for rett til trygderefusjon.

2.2.1 Forskrift om kompetansekrav for leger

Hovedregelen etter forskrift om kompetansekrav for leger § 3 er at alle leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Hensynet bak hovedregelen er at stadig flere komplekse helse- og omsorgstjenester ytes i kommunene til pasienter og brukere som ofte har sammensatte behov. Kravet om spesialisering ble vedtatt for å heve kvaliteten og bidra til nødvendig medisinskfaglig bredde- og dybdekompetanse i kommunen. I forskriften § 4 er det gjort unntak for leger som tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet, men her bør en merke seg de minimumskrav for rett til trygderefusjon som er fastsatt i forskrift om trygderefusjon for leger m.v. Kommunen skal etter bestemmelsens andre ledd innen utgangen av hvert år rapportere til Helsedirektoratet om bruken av unntaksbestemmelsen. Det er videre i § 5 vedtatt overgangsordninger for leger som per 1. mars 2017 ikke oppfylte gitte vilkår.

2.2.2 Akuttmedisinforskriften

Akuttmedisinforskriften § 7 første ledd stiller kompetansekrav for lege som kan ha legevakt alene uten bakvakt.

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

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

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

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

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

e) *Legen har godkjenning som 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. Legen må i tillegg, eller som del av den veiledete tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.*

Kommunens plikt til å etablere bakvaktordninger for leger som ikke oppfyller de medisinskfaglige kompetansekravene i første ledd framgår av § 7 andre ledd, som lyder:

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal

ha bakvakt. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig. Plikten til å rykke ut omfatter ikke bakvaktlege ansatt i "hovedlegevaktsentral" i forbindelse med pilotprosjekter som skal gjennomføres på legevaktfeltet.

Dette innebærer at dersom det kun er én lege på vakt og vedkommende ikke oppfyller kravene som stilles i første ledd bokstav a, b, c, d eller e, må kommunen sørge for at det er bakvakt tilgjengelig som legen kan rådføre seg med i medisinskfaglige spørsmål. Bakvakten må oppfylle kravene i første ledd bokstav a, b, c, d eller e. Om nødvendig må bakvakten kunne rykke ut for å bistå den uerfarne legen i konsultasjonen med pasienten.

Det er i § 7 tredje ledd gitt unntak fra kompetansekravene i første ledd:

Dersom det ikke er mulig for kommunen å skaffe leger som oppfyller kompetansekravene, kan fylkesmannen gjøre unntak fra kravene i første ledd. Det kan bare gjøres unntak for leger som tiltrer i vikariater av inntil to måneders varighet og som har gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste etter forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger § 4, eller har gjennomført spesialistutdanningens første del/LIS1 (et og et halvt år). Det kan ikke gjøres unntak for leger som skal ha bakvakt.

Dette innebærer at kommunen må sørge for at vikarlege, som ikke oppfyller kravene i § 7 første ledd, har en bakvakt å rådføre seg med hvis behov skulle oppstå. Det er imidlertid adgang for fylkesmannen til å gi fritak fra kompetansekravet for lege som skal arbeide inntil to måneder i et vikariat dersom kommunen ikke har kunnet skaffe vikar som oppfyller kompetansekravene.

Hensynet bak unntaksbestemmelsen har vært å gi små- og utkantkommuner som erfaringsmessig har utfordringer med rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten, mulighet til å kunne benytte vikarer selv om disse ikke oppfyller kompetansekravene i første ledd. Bestemmelsen gir ikke unntak fra generelle krav til forsvarlighet i tjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven kap. 4 og forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

I forskriften § 21 er det vedtatt overgangsordning hvor det fremgår at krav til grunnkompetanse for lege etter § 7 første ledd skal være oppfylt innen 1. januar 2020, men at krav til kurs for lege etter § 7 første ledd og til annet helsepersonell etter § 8 første ledd skal være oppfylt innen 1. mai 2021.

2.2.3 Om krav til kompetanse til annet helsepersonell i vakt

Akuttmedisinforskriften § 8 første ledd regulerer helsefaglige kompetansekrav til annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, blant annet operatører av kommunale legevaktsentraler, jf. også § 13 bokstav f. Bestemmelsen stiller krav om at personellet skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Fylkesmannen kan etter bestemmelsens andre ledd gjøre unntak fra kompetansekravene dersom det midlertidig ikke er mulig å skaffe nok helsepersonell som oppfyller kravene i første ledd.

2.2.4 Takst for e-konsultasjon hos fastlege

Takst 2ae for e-konsultasjon hos fastlege framgår av forskrift 27. juni 2019 nr. 923 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege kapittel II. Taksten omfatter både tekstkonsultasjon og videokonsultasjon. Taksthonoraret består av en egenandel på kroner 155 og refusjon fra folketrygden på kroner 5. Taksten kunne fram til 1. juli 2019 kun kombineres med takst 2dd (Tillegg for allmennlege som har fått godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år) og takst 2p (Tillegg til konsultasjonstakst for allmennlege som har medisinsk doktorgrad eller graden Ph.d.). Fra 1. juli kan taksten også kombineres med 2cd, 2cdd (Tillegg for tidsbruk mv. inkludert for godkjent spesialist i allmennmedisin), 2ld (Systematisk legemiddelgjennomgang hos fastlege), 612 a og b (Nødvendig samtale (utover det som naturlig hører inn i en konsultasjon) med hhv. pårørende/foresatt til pasient med psykiatrisk eller nevrologisk sykdom mv. og foreldre/foresatte ved pediatriske (yngre enn 18 år) problemstillinger mv.), 615 (Samtaletterapi ved allmennlege mv.) 616 (Særlig tidkrevende arbeid ved henvising mv.) og 617 (Bruk av anerkjent skjema for kartlegging av psykiatrisk og/eller nevrologisk sykdom mv.). Nærmere forutsetninger for bruk av taksten framgår av merknad B9:

Merknad B9

E-konsultasjon innebærer elektronisk kommunikasjon mellom pasient og hans/hennes fastlege eller dennes stedfortreder. Fastlegen eller dennes stedfortreder skal ha behandlingsansvar for pasienten. E-konsultasjonen skal være journalverdig, jf. ordinær konsultasjon/sykebesøk. E-konsultasjonen skal inneholde en medisinsk vurdering og anses slutført når legen har vurdert henvendelsen og gitt pasienten svar. Eventuelle tillegsspørsmål og innhenting av supplerende informasjon fra pasienten er inkludert. Fastlegen, eller dennes stedfortreder, skal normalt besvare pasientens henvendelse innen 5 arbeidsdager. Legen avgjør om slik konsultasjon skal tilbys pasientene. Kommunikasjonen skal skje i tråd med Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren.

Dette innebærer at taksten som hovedregel kun kan benyttes av fastlege eller dennes stedfortreder/vikar ved behandling av egne listeinnbyggere. Taksten vil vanligvis ikke kunne benyttes av lege i legevakt. Før 1. juli 2019 kunne taksten kun brukes ved etablert sykdom/lidelse hos pasienten og ikke ved akutt eller nyoppstått sykdom/lidelse. Dette ble endret gjennom forhandlingene mellom Staten og Legeforeningen om Statsavtalen i juni 2019. Bakgrunnen var å gjøre det mer teknologinøytralt for fastlegen ved valg av type konsultasjon.

2.3 Departementets vurderinger og forslag

Før vedtagelsen av akuttmedisinforskriften i 2015, ble det i liten grad stilt kompetansekrav til leger og annet helsepersonell i legevakt.

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

Det er samtidig viktig å unngå utilsiktede konsekvenser som vil svekke kvaliteten i tjenesten i stedet for å styrke den. For strenge kompetansekrav kan på grunn av rekrutteringsutfordringer gjøre det vanskelig å knytte til seg et tilstrekkelig antall leger som oppfyller kompetansekravene. Det er viktig å finne en balanse som gjør at kravene som stilles til kompetanse er mulige å innfri for de fleste kommuner og legevakter, samtidig som de sikrer et forsvarlig tjenestetilbud.

Departementet har kommet til at det er nødvendig å foreta endringer i akuttmedisinforskriften § 7 andre ledd om kommunens plikt til å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene i bestemmelsens første ledd. De endringene som departementet foreslår i § 7 andre ledd medfører at det er grunn til også å vurdere om unntaksbestemmelsen i forskriften § 7 tredje ledd, som åpner for at fylkesmannen kan gjøre unntak fra kravene i første ledd, skal oppheves. Endelig vil departementet foreslå endringer i forskriften § 8 om kompetansekrav til annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, hvor det i bestemmelsens andre ledd tilsvarende åpnes for at fylkesmannen kan gjøre unntak fra kravene i bestemmelsens første ledd.

2.3.1 Bakvaktbestemmelsen

2.3.1.1 Om kravet til bakvakt

I gjeldende forskrift § 7 andre ledd stilles det krav til bakvakt for leger som ikke oppfyller de medisinskfaglige kompetansekravene for å ha vakt alene etter første ledd.

Det er stort sammenfall mellom beskrivelsene i Helsedirektoratets rapport om implementeringen av akuttmedisinforskriften og bekymringene og beskrivelsene av situasjonene lokalt i kommuner og legevaktdistrikter fra høringsinstansene vinteren 2017/2018. For nærmere redegjørelse, vises det til kap. 2.

Det er bred enighet om viktigheten av å stille kvalitetskrav til legevaktjenesten. Kommunene er imidlertid forskjellige på mange måter. Mens det i de minste kommunene ikke er pasientgrunnlag for flere enn én lege i vakt samtidig, vil større kommuner eller legevaktdistrikter med et stort befolkningsgrunnlag kunne ha behov for å etablere en ordning med bakvakt som kan rykke ut, for eksempel ved samtidighetskonflikter. Som det framgår av kap. 2, kan et generelt krav om å ha bakvakt som om nødvendig kan rykke ut, binde opp ressurser som i mange tilfeller ikke er nødvendig faglig sett. Departementet mener at det er viktig å opprettholde kravet om bakvakt, men at det er den enkelte kommune eller legevaktdistrikt selv, basert på en risiko- og sårbarhetsanalyse, som må vurdere behovet for om bakvakten skal kunne rykke ut. Det vises til kravet til forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 4, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Departementet foreslår derfor at kravet om at bakvakten skal kunne rykke ut oppheves, og erstattes med at den enkelte kommune eller det enkelte vakt-distrikt selv må vurdere behovet for om bakvakten skal kunne rykke ut for å bistå lege som ikke oppfyller kompetansekravene i § 7 første ledd.

Stortinget har bedt regjeringen om å sikre at alle legevakter har en ordning der bakvakt med lokalkunnskap og selvstendig vaktkompetanse er tilgjengelig per telefon for leger uten selvstendig vaktkompetanse (jf. anmodningsvedtak nr. 621). Vedtaket er i tråd med uttalelser fra mange høringsinstanser om hva som faktisk vil bidra til å styrke kvaliteten i tjenesten. Departementet er enig i at det er viktig med bakvaktordning for leger uten selvstendig vaktkompetanse. Det er imidlertid viktig å presisere at de kompetansekravene som fremgår i forskrift om kompetansekrav for leger og akuttmedisinforskriften omhandler medisinskfaglig kompetanse, herunder også praksis og kurs. Dette gjelder følgelig også for de krav som stilles til bakvakt. Kommunene må selv vurdere hvordan ordningen skal organiseres, herunder for eksempel om dette best løses ved interkommunalt samarbeid om legevakt og bakvaktordning.

Det stilles mao i disse forskriftene ikke krav til lokalkunnskap. Kommunene må sørge for at lege har nødvendig lokalkunnskap for å sikre en forsvarlig legevaktstjeneste. Det følger av helse- og omsorgslovgivningen at kommunene/virksomheten skal organisere virksomheten slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, herunder sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap og kompetanse. Nødvendig lokalkunnskap er viktig blant annet for å oppfylle akuttmedisinforskriftens krav til samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester, jf. § 4. Det vises til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som stiller tydelige krav særlig til ledelse. Forskriften er et viktig verktøy for den som har ansvaret for virksomheten for systematisk styring og ledelse og kontinuerlig forbedring slik at tjenestetilbudet til enhver tid er forsvarlig. Departementet mener på bakgrunn av ovennevnte at krav til nødvendig lokalkunnskap følger av gjeldende rett og at det ikke er nødvendig eller hensiktsmessig at dette reguleres nærmere.

2.3.1.2 Pilotprosjektene på legevaktfeltet

Gjennom endringer i akuttmedisinforskriften, som trådte i kraft 1. mai 2018, ble det lagt til rette for gjennomføring av pilotprosjekter på legevaktfeltet ved at det i § 7 andre ledd siste punktum ble gitt unntak fra bakvaktlegens plikt til å rykke ut for bakvaktlege ansatt i "hovedlegevaktsentral" i forbindelse med pilotprosjekt. Som en følge av at departementet nå foreslår å endre bestemmelsen om bakvakt i § 7 andre ledd gjennom å fjerne den generelle plikten til å rykke ut når det er nødvendig, vil det ikke lenger være behov for unntak for legevaktspiloten. Gjeldende § 7 andre ledd siste punktum foreslås derfor tatt ut.

2.3.2 Unntaksbestemmelsene

2.3.2.1 Om unntak fra kompetansekravene etter § 7

Unntaksbestemmelsen i forskriften § 7 tredje ledd åpner for at fylkesmannen kan gjøre unntak fra kravene i første ledd "for leger som tiltrer i vikariater av inntil to måneders varighet og som har gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste etter forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger § 4, eller har gjennomført

spesialistutdanningens første del/LIS1 (et og et halvt år). Det kan ikke gjøres unntak for leger som skal ha bakvakt."

På grunn av overgangsordningen i akuttmedisinforskriften for krav til grunnkompetanse for lege, henholdsvis fram til 1. mai 2018 og deretter forlenget til 1. januar 2020, har unntaksbestemmelsen i forskriften § 7 tredje ledd i praksis ikke vært virksom.

Da man i 2015 innførte en unntaksbestemmelse, ble denne begrunnet i utfordringer over tid med rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten i små- og utkantkommuner. Det ble antatt at en del distriktskommuner kunne få utfordringer med å oppfylle kompetansekravene som ble stilt til lege i vakt. Unntaket var begrenset til å omfatte vikariater av inntil to måneders varighet. Det ble sett hen til forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger, som hadde en lignende unntaksbestemmelse begrunnet i rekrutteringsutfordringer i en del distriktskommuner. Sammenlignet med sistnevnte strammet unntaksbestemmelsen i akuttmedisinforskriften i noen grad inn hvilke leger det kunne gjøres unntak for, men begrensningen til vikariater av inntil to måneders varighet var den samme. Det ble vurdert at det ikke kunne gjøres unntak for lege i bakvakt, ettersom en primærvakt/vikarlege uten nødvendige kvalifikasjoner ville kunne bli svært sårbar uten en bedre kvalifisert lege å støtte seg til i medisinskfaglige spørsmål.

Departementet har vurdert unntaksbestemmelsen på nytt. Departementet har funnet at det ikke er nødvendig eller hensiktsmessig å videreføre en adgang for fylkesmannen til å gjøre unntak fra kompetansekravene. Departementet lempet på kravet som stilles til bakvakt slik at det ikke stilles et krav til utrykningsplikt. Dette vil gjøre det enklere for kommuner å ha en bakvaktordning for alle leger som ikke oppfyller kompetansekravene for å ha legevakt alene etter § 7 første ledd. Dette kan skje enten ved at kommunen har en egen bakvaktordning, eller en felles ordning med en eller flere kommune(r) en har inngått samarbeid med. Departementet foreslår derfor at forskriften § 7 tredje ledd oppheves.

2.3.2.2 Om unntak fra kompetansekrav til annet helsepersonell etter § 8

Akuttmedisinforskriften § 8 regulerer kompetansekrav til annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, blant annet operatører av kommunale legevaktsentraler. Bestemmelsens første ledd stiller krav om at personellet skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Departementet har vurdert behovet for bestemmelsens andre ledd om at fylkesmannen skal kunne gjøre unntak fra disse kravene. Det ble ved vedtakelsen av akuttmedisinforskriften fastsatt en overgangsordning for kompetansekravene for å gi kommunene nødvendig tid til å sørge for nødvendig kompetanse i tjenesten. Etter at forskriftens krav til kompetanse har vært kjent i snart fem år, vurderer departementet at det ikke er grunn til å opprettholde bestemmelsen om at fylkesmannen kan gjøre unntak fra disse, sett hen til overgangsperiodens varighet. Departementet foreslår at bestemmelsen om at fylkesmannen kan gjøre tidsbestemt unntak fra første ledd, dersom det ikke er mulig å skaffe nok helsepersonell som tilfredsstillende kravene i første ledd, oppheves.

2.3.2.3 Begrepsbruk

I forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) omtales de ulike delene av spesialistutdanningen som "spesialistutdanningens første, andre og tredje del". I akuttmedisinforskriften § 7 tredje ledd omtales spesialistutdanningens første del også som LIS 1. I forskrifter der det vises til de ulike delene av spesialistutdanningen bør det benyttes samme terminologi som i spesialistforskriften. Departementet foreslår derfor å endre § 7 tredje ledd ved å ta bort "/LIS1".

2.3.3 Tilpasning til andre forskrifter

2.3.3.1 Kompetansekrav til lege i § 7 første ledd bokstav e

Det vises til høringsnotatet del II med forslag til endringer i flere forskrifter som følge av endrede kompetansekrav for allmennleger. Endringene innebærer språklige og lovtekniske endringer for å tydeliggjøre gjeldende rett og harmonere bruk av begreper. Endringene har sammenheng med forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra 2017 og legers rettigheter etter forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits. Det er av samme grunn også behov for å endre akuttmedisinforskriften § 7 første ledd bokstav e.

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 1. mars 2017, fastsetter krav til legenes kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (fastleger, legevaktleger mv.). Tidligere var kravet til å kunne praktisere selvstendig som lege med rett til å kunne utløse trygderefusjon at legen hadde godkjenning som allmennlege etter forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger eller som allmennpraktiserende lege etter forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits § 10. Hovedregelen nå er at legen enten skal være spesialist i allmennmedisin eller være under spesialisering.

Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits § 10 fastsetter en rett for EØS-utdannede til å få godkjenning som allmennpraktiserende lege. Forskriften gjennomfører EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv artikkel 4 og artikkel 21 om likebehandling. Bestemmelsen innebærer at leger som har allmennlegeutdanning fra et annet EØS-land eller Sveits, skal få godkjenning også i Norge. De må da legge frem et "kvalifikasjonsbevis" som nevnt i forskriften vedlegg II punkt 5.1.4.

For å tydeliggjøre EUs krav om likebehandling, og som en tilpasning til forskrift om kompetansekrav for leger foreslår derfor departementet å forskriftsfeste at leger med allmennlegeutdanning fra andre EØS-land eller fra Sveits, som har fått godkjenning som allmennpraktiserende lege i samsvar med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, skal få godkjenning som "spesialist i allmennmedisin" (Det vises til høringsnotatet del II). I tråd med dette foreslås at EØS-forskriften § 10 første ledd skal lyde: "Søker har rett til godkjenning som *spesialist i allmennmedisin* dersom søkeren

- a) har autorisasjon eller lisens som lege i samsvar med § 5 eller § 6, og
- b) fremlegger slikt bevis som nevnt i forskriften vedlegg II punkt 5.1.4.

I forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) er dette gjennomført ved et tillegg i forskriften § 33 andre ledd fastsatt gjennom endringer 20. desember 2018.

Det går fram av akuttmedisinforskriften § 7 første ledd bokstav e at en lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når: "e) Legen 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. Legen må i tillegg, eller som del av den veiledete tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering."

Departementet foreslår at "allmennpraktiserende lege" i akuttmedisinforskriften § 7 første ledd bokstav e erstattes av "spesialist i allmennmedisin".

2.3.4 Bruk av takst for e-konsultasjon i legevaktpiloten

Departementet har besluttet å gjennomføre et pilotprosjekt på legevaktfeltet for å prøve ut en modell for hvordan legevakt kan organiseres i framtiden, spesielt i områder med lang reiseavstand til legevakt. Prosjektet omfatter interkommunalt samarbeid om legevakt i to større geografiske områder; Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevaktsamarbeid og Romsdal interkommunale legevakt (forankret i hhv. Førde kommune og Molde kommune). Målet er at samarbeid og ressursdeling skal gi større fleksibilitet, bedre utnyttelse av de samlede ressursene og gode tjenester lokalt. Det tas sikte på oppstart 1. september 2019. Pilotprosjekten består av tre nivåer; 1) hovedlegevaktsentral/legevaktstasjon med lege i vakt 24/7, 2) dagens legevaktstasjoner med lege i vakt og 3) legevaktsatellitter der annet helsepersonell i vakt gjør lokale avklaringer i samråd med lege på nivå 1. Et viktig aspekt ved legevaktpiloten er å prøve ut samhandling mellom lege 24/7 i hovedlegevaktsentral og sykepleier og ambulansarbeider i legevaktsatellitt. Ved behov for legetilsyn er det tenkt brukt videokonsultasjon.

Eksisterende takst 2ae E-konsultasjon hos fastlege i forskrift 27. juni 2019 nr. 923 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege kapittel II omfatter både tekstbasert konsultasjon og konsultasjon per video. Merknad B9 til taksten begrenser bruken av taksten til pasientens fastlege eller dennes stedfortreder. Dette innebærer at taksten i de fleste tilfeller ikke kan brukes av lege i vakt.

Departementet foreslår i dette høringsnotatet at merknad B9 til takst 2ae endres slik at det gjøres unntak fra særkrav ved bruk av e-konsultasjon (i praksis videokonsultasjon) for lege i hovedlegevaktsentral i legevaktpiloten. Som det går fram av kap. 2.2.4, kan takst 2ae blant annet kombineres med tilleggstakst 2dd for spesialist i allmennmedisin. Etersom bakvaktlege i hovedlegevaktsentral i de fleste tilfeller vil ha spesialistgodkjenning i allmennmedisin, er det lagt til grunn at takst 2dd vil være aktuell å bruke i kombinasjon med takst 2ae ved videokonsultasjon i legevaktpiloten. Det foreslås ikke å åpne for andre kombinasjoner med takst 2ae i piloten. Det vises til omtale under kap. 5 Økonomiske og administrative konsekvenser.

3 Forslag om forskriftsendringer som følge av endrede kompetansekrav for allmennleger

3.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringer i flere forskrifter som gjelder allmennleger. Endringene innebærer språklige og lovtekniske endringer/justeringer for å tydeliggjøre gjeldende rett og harmonere bruk av begreper. Endringene har sammenheng med forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra 2017 og legers rettigheter etter forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits.

Forslagene i dette kapitlet vil ikke innebære innholdsmessige (materielle) endringer.

3.1.1 Forskrifter det foreslås endringer i

I dette kapitlet redegjøres det for forslag til endringer i følgende forskrifter:

- Forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits (Korttittel: Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits; i høringsnotatet omtalt som "EØS-forskriften")
- Forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (Korttittel: Spesialistforskriften)
- Forskrift 27. juni 2019 nr. 923 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (Korttittel: Forskrift om stønad til dekning av utgifter hos lege; i høringsnotatet omtalt som "stønadsforskriften")
- Forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Korttittel: Forskrift om kompetansekrav for leger; i høringsnotatet omtalt som "kompetanseforskriften")
- Forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon (Korttittel: Forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger; i høringsnotatet omtalt som "forskrift om veiledet tjeneste")

3.1.2 Sammenheng med nye kompetansekrav for allmennleger

Behovet for endringer henger særlig sammen med nye kompetansekrav for allmennleger fastsatt i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (kompetanseforskriften). Som hovedregel gjelder at lege som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven enten må være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering. Ordningen med godkjenning som allmennlege med rett til trygderefusjon etter tre års veiledet tjeneste, jf. forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere

som allmennlege med rett til trygderefusjon, er under avvikling. Det er behov for å gjøre tilpasninger i andre forskrifter som følge av reglene i kompetanseforskriften.

3.1.3 Leger med allmennlegeutdanning fra andre EØS-land

Departementet foreslår å forskriftsfeste at leger med allmennlegeutdanning fra andre EØS-land eller fra Sveits som har fått godkjenning som allmennpraktiserende lege i samsvar med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, skal få godkjenning som "spesialist i allmennmedisin". Det følger av EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv artikkel 4 og artikkel 21 at disse legene må likebehandles. Disse legene kan i dag utløse tilleggskostnader etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (stønadsforskriften, jf. § 2 nr. 7), på samme måte som spesialister i allmennmedisin utdannet i Norge. Departementet foreslår at dette tydeliggjøres i EØS-forskriften og at det gjøres endringer i enkelte andre forskrifter i tråd med dette. En slik tilpasning er allerede gjennomført i spesialistforskriften, jf. kap. 3.2.1.

3.1.4 Terminologi

Departementet har registrert noe uklarhet i begreper som benyttes om leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og foreslår derfor å gjøre tilpasninger i flere forskrifter for å tydeliggjøre og harmonisere begrepsbruken.

Den mest brukte betegnelsen for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i dag er "allmennlege". Begrepet synes brukt synonymt med begrepet "allmennpraktiserende lege" som var mer brukt tidligere. Begrepene brukes både om lege uten spesialistutdanning i allmennmedisin, og generelt der de inkluderer "spesialist i allmennmedisin". Med "allmennlege" og "allmennpraktiserende lege" som generelle begreper menes lege som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten til forskjell fra lege i spesialisthelsetjenesten som kan være legespesialist ansatt i sykehus, eller spesialist som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak (privatpraktiserende spesialist). Det kan ofte synes tilfeldig hvilken betegnelse som brukes; allmennlege eller allmennpraktiserende lege. I Helsepersonellregisteret (HPR) er både lege godkjent etter EØS-forskriften ("allmennpraktiserende lege") og etter forskrift om veiledet tjeneste ("allmennlege") innregistrert som "allmennlege". Begge disse forskriftene gjennomfører artikler i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.

I dette høringsnotatet brukes begrepet "allmennlege" om lege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med unntak av 1) i beskrivelsene under Gjeldende rett der "allmennpraktiserende lege" er det som benyttes i det aktuelle regelverket, og 2) der omtalen spesifikt gjelder "spesialist i allmennmedisin".

I gjeldende regelverk brukes disse betegnelse:

Spesialist i allmennmedisin: Lege som har gjennomført utdanning fastsatt i spesialistregelverket for spesialiteten i allmennmedisin.

Allmennpraktiserende lege: Lege som har fått konvertert sin utdanning i allmennmedisin fra annet EØS-land eller fra Sveits til Norge (jf. EØS-forskriften § 10).

Allmennlege: Lege som har fått godkjenning etter forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger etter veiledet tjeneste gjennomført i Norge.

3.2 Gjeldende rett

3.2.1 EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv

EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv (2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner) skal sikre retten til å få godkjenning og praktisere sitt yrke i et annet EØS-land. Direktivet gir leger 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.

3.2.1.1 Krav til allmennlegeutdanningen

Krav til allmennlegeutdanningen er regulert i artikkel 28. Det stilles krav om minst tre års praktisk og teoretisk videreutdanning etter den medisinske grunnutdanningen, for å oppfylle kravene i bestemmelsen. 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.

Alle EØS-land må melde inn til EU-kommisjonen hvordan de oppfyller disse minimumskravene til utdanningen (notifisering). Norge har tidligere meldt inn kravene som følger av forskrift om veiledet tjeneste (jf. punkt under om forskrift om veiledet tjeneste). Norge har nå meldt inn nye kompetansekrav (jf. punktene under om kompetanseforskriften og spesialistforskriften).

3.2.1.2 Rett til å utløse trygderefusjon

For at en lege skal kunne utløse trygderefusjon fra folketrygden/staten, er det et grunnvilkår at legen enten oppfyller de norske kravene til gjennomført allmennlegeutdanning, har allmennlegebevis fra et annet EØS-land, eller er under utdanning som allmennlege, jf. artikkel 29 andre ledd.

3.2.1.3 Godkjenning og likebehandling av leger med allmennlegeutdanning fra andre EØS-land

Det følger av EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv artikkel 4 at yrkesutøvere utdannet i andre EØS-land, skal ha samme tilgang til godkjenning, ansettelser og spesialistutdanning som de som er utdannet i Norge.

Direktivet krever at Norge gir godkjenning til alle leger som kan dokumentere at de har allmennlegeutdanning fra et annet EØS-land. Direktivet gir rett til automatisk godkjenning av kvalifikasjonene til allmennleger som kan fremlegge kvalifikasjonsbevis fra utdanningslandet som nevnt i vedlegg V, jf. artikkel 21. Leger som har fullført allmennlegeutdanningen har rett

til å få utstedt allmennlegebevis fra det landet der utdanningen er gjennomført. Allmennlegebeviset er dokumentasjon på at vedkommende har gjennomført praktisk utdanning etter avsluttet grunnutdanning i det aktuelle landet, i samsvar med artikkel 28.

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. Dette er gjennomført i EØS-forskriften § 10, se punkt 2.2. Vi har etter artikkel 21 plikt til å gi godkjenningen samme rettsvirkning som godkjenning etter norske regler. Dette betyr at vi må likebehandle alle allmennlegeutdannede utdannet i et EØS-land uansett utdanningsland. Kravet om likebehandling betyr at de har rett til samme tittel og til å kunne utløse trygderefusjon på samme vilkår som leger utdannet i Norge.

Retten til godkjenning og likebehandling gjelder selv om utdanningen er kortere eller mindre omfattende enn den norske utdanningen.

3.2.2 Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits

EØS-forskriften § 10 fastsetter en rett for EØS-utdannede til å få godkjenning som allmennpraktiserende lege i et annet EØS-land enn det landet de har gjennomført og fått godkjent sin praksis i. Forskriften gjennomfører EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv artikkel 21. Bestemmelsen innebærer at leger som har allmennlegeutdanning fra et annet EØS-land eller Sveits, skal få godkjenning også i Norge. De må da legge frem et "kvalifikasjonsbevis" som nevnt i forskriften vedlegg II punkt 5.1.4.

Det fremgår av EØS-forskriften § 27 Bruk av tittel, første ledd at "Helsepersonell som har autorisasjon, lisens, eller spesialistgodkjenning etter forskriften, skal bruke den norske yrkestittelen som svarer til vedkommende yrke."

3.2.3 Forskrift om kompetansekrav for leger

Kompetanseforskriften fastsetter kravene til legenes kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (fastleger, legevaktleger mv.). Formålet med forskriften er å heve kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved å styrke kompetansen til allmennlegene. Det er et mål at alle leger som inngår avtale med kommunen etter 1. mars 2017, f. eks. om fastlegevirksomhet, etter hvert skal være spesialister i allmennmedisin. Samtidig vil ordningen med godkjent veiledet tjeneste for allmennleger gradvis fases ut (jf. punkt 2.4 under), slik at det etter hvert vil være ett kompetansenivå for allmennleger i Norge. Dette vil være mer i samsvar med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.

Forskriften gjelder ved legers tiltredelse i fastlegehjemler, stillinger ved kommunale legevakter og andre stillinger med oppgave om å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. § 2.

Kommunen skal sikre at ett av følgende vilkår er oppfylt, jf. § 3:

- Legen er spesialist i allmennmedisin.
- Legen er under spesialisering.
- Legen har godkjenning som allmennlege etter forskrift om veiledet tjeneste.

- Legen har godkjenning som allmennpraktiserende lege etter EØS-forskriften.

Forskriften trådte i kraft 1. mars 2017.

Hovedregelen er at legen enten skal være spesialist i allmennmedisin eller være under spesialisering, jf. strekpunkt én og to over. Godkjenning som allmennlege etter forskrift om veiledet tjeneste, jf. tredje strekpunkt, er i realiteten en overgangsordning ettersom godkjenning etter forskrift om veiledet tjeneste er under avvikling, jf. punkt 2.4 under. Som en overgangsordning kan også lege med godkjenning som allmennlege etter sistnevnte forskrift, eller som inngikk veiledningsavtale med kommunen i henhold til forskriften § 6 før 1. mars 2017, oppfylle kravet til den kompetanse kommunen skal sikre. Veiledet tjeneste må da være påbegynt før 1. mars 2018 (jf. kompetanseforskriften § 5 bokstav e). For godkjenning som allmennpraktiserende lege etter EØS-forskriften, jf. fjerde strekpunkt, vises det til EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv som krever at leger med allmennlegeutdanning fra andre EØS-land likebehandles med leger med allmennlegeutdanning gjennomført i Norge (jf. punkt 2.1).

3.2.4 Forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger

Forskrift om veiledet tjeneste gjennomfører artiklene 28 og 29 i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Forskriften fastsetter kravene for å få godkjenning som allmennlege med rett til trygderefusjon etter gjennomført praksis i Norge, jf. § 8. For å få godkjenning må legen gjennomføre minst tre år med veiledet tjeneste. Den veilede tjenesten kan gjennomføres i den kommunale allmennlegetjenesten eller mens legen er under spesialisering i et helseforetak. Legene må også gjennomføre obligatoriske kurs i løpet av de tre årene. Leger med spesialistgodkjenning i allmennmedisin oppfyller automatisk disse kravene. Godkjenning gir rett til å utløse trygderefusjon etter stønadsforskriften, se punkt 2.6. Videre gir godkjenningen legen rett til automatisk godkjenning i andre EØS-stater i samsvar med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.

Som følge av at kompetansekravene ble endret i 2017, ble det besluttet at ordningen med veiledet tjeneste og godkjenning etter forskriften skal avvikles/gradvis fases ut. Fra 1. mars 2017 er det ikke lenger mulig for leger å inngå nye veiledningsavtaler med kommunen for å gjennomføre den veilede tjenesten. Dette følger av § 11 første ledd andre punktum, der det fremgår at reglene om veiledet tjeneste bare gjelder for leger som før 1. mars 2017 hadde inngått veiledningsavtale med kommunen, og for leger som per 31. desember 2005 innehadde en fastlegehjemmel eller stilling ved kommunal legevakt og hadde gjennomført minst to års veiledet tjeneste (jf. § 11 fjerde ledd). Dermed fikk bare de som allerede hadde påbegynt veiledet tjeneste, mulighet til å få godkjenning etter forskriften. Dette betyr at adgangen til å få godkjenning som allmennlege etter forskrift om veiledet tjeneste, nå gradvis blir avviklet.

3.2.5 Spesialistforskriften

3.2.5.1 Spesialistutdanningen

Spesialistforskriften fastsetter innholdet i spesialistutdanningen for leger og omfatter alle legespesialitene. Endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for

leger og tannleger (spesialistforskriften) som gjelder spesialiteten i allmennmedisin, ble fastsatt

20. desember 2018 og trådte i kraft 1. mars 2019 når det gjelder utdanningens andre og tredje del. Spesialiseringen i allmennmedisin er i hovedsak bygget opp på samme måte som den nye spesialistutdanningen i sykehusspesialitetene som trådte i kraft 1. mars 2017. Utdanningen skal gjennomføres på minst seks og et halvt år.

Som et ledd i ny organisering av spesialistutdanningen for leger, er ordningen med turnustjeneste avviklet. I stedet er elementer av turnustjenesten videreført i spesialistutdanningens første del som alle leger må gjennomføre som del av spesialiseringen. Det er fastsatt overgangsregler for dem som har gjennomført turnustjeneste eller spesialistutdanningens første del.

3.2.5.2 Spesialistgodkjenning

Spesialistforskriften har også regler om spesialistgodkjenning for spesialistutdanning gjennomført i Norge eller i andre land, jf. §§ 29 til 33. Søknad fra lege som har spesialistgodkjenning fra et annet EØS-land eller Sveits, behandles etter reglene i EØS-forskriften.

3.2.6 Forskrift om stønad til dekning av utgifter hos lege

Det følger av lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-4 at trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Det er et vilkår i andre ledd om at stønad til legehjelp bare gis dersom legen har fastlegeavtale med kommunen, jf. lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd, eller avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a sjette ledd. Det kreves ikke fastlegeavtale eller avtale om driftstilskudd når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.

Departementet har i forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter gitt nærmere bestemmelser om i hvilke tilfeller folketrygden yter stønad for undersøkelse og behandling hos lege, spesialist i klinisk psykologi og fysioterapeut. Det følger av § 1 nr. 6 at leger i spesialistutdanningens første del ("LIS 1") omfattes av forskriften.

I forskrift 27. juni 2019 nr. **923** om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (i det videre kalt "stønadsforskriften") er det nærmere regulert når det ytes stønad og etter hvilke takster.

Stønadsforskriften regulerer pasientenes rett til å få refundert legeutgifter fra folketrygden. I praksis er dette organisert slik at trygderefusjonen utbetales direkte til legen, jf. direkte oppgjør etter stønadsforskriften § 2 nr. 2, jf. folketrygdloven § 22-2 andre ledd. Pengene utbetales av Helfo. For å effektivisere utbetalingene, skjer disse direkte til legen, eventuelt til kommunen dersom legen er fastlønnet i kommunen (gjelder både for fastleger og legevaktleger).

Stønadsforskriften fastsetter hvilke behandlinger/prosedyrer som kan utløse trygderefusjon og egenandeler/egenbetalinger fra medlemmet/pasienten. Videre fastsetter forskriften satsene for trygderefusjon og egenandeler.

Retten til refusjon etter forskriften gjelder "allmennpraktiserende lege" (allmennlege) og "privatpraktiserende spesialist", (dvs. spesialist som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak), jf. § 2 nr. 1. I forskriften differensieres det i hovedsak mellom tre typer takster; takster merket med * som kun kan kreves av spesialist som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak, seks takster som, med ett unntak, kun kan kreves av godkjent spesialist i allmennmedisin (tilleggstakstene 2cdd, 2dd, 2dk, 11dd, 11dk og 14d) og takster for allmennpraktiserende lege/allmennlege som kan kreves av alle tre legekategorier, men der noen takster i hovedsak benyttes av allmennleger. Takst 14d kan også kreves av spesialist som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak. I tillegg kommer takst 2p som er en tilleggstakst for allmennlege som har medisinsk doktorgrad eller graden Ph.d. De seks nevnte tilleggstakstene kan kreves i tillegg til vanlig konsultasjonstakst, sykebesøktstakst eller møtegodtgjørelse når legen deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter som et ledd i behandlingsopplegg for enkeltpasienter.

Følgende fremgår av forskriften § 2 nr. 7 første og andre ledd:

"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. okt 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)."

Sistnevnte innebærer at leger som i dag er godkjente "allmennpraktiserende leger" etter EØS-forskriften kan kreve de nevnte spesialisttilleggene. Det kommer imidlertid ikke tydelig nok fram at disse legene kan fortsette å kreve tilleggstakstene mens etterutdanning pågår på samme vilkår som spesialist i allmennmedisin med godkjenning fra Norge.

3.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet gir i punkt 3.3.1 en generell redegjørelse for bakgrunnen for noen av endringsforslagene. I punkt 3.3.2 til 3.3.5 drøfter departementet de konkrete endringsforslagene.

3.3.1 Generelt om likebehandling etter EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv

I det følgende redegjøres blant annet for hva likebehandling innebærer og retten til å stille nasjonale tilleggskrav.

3.3.1.1 Likebehandling

Leger med allmennlegeutdanning fra et annet EØS-land

Likebehandling er et krav etter EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, jf. artikkel 4 og artikkel 21. Kravet om likebehandling gjelder uavhengig av om det gjelder en lege fra et land der

utdanningen er betydelig kortere eller mindre omfattende enn den norske spesialistutdanningen i allmennmedisin. Kravet gjelder dermed også uavhengig av om den aktuelle legen har en spesialistutdanning og -godkjenning som tilsvarer den norske spesialistutdanningen og -godkjenningen. Det avgjørende må i alle tilfeller være at legen har et allmennlegebevis (EU-legebevis/EØS-legebevis) i samsvar med EØS-forskriften § 10 og yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 21 og 28, jf. direktivets vedlegg 5.1.4.

Etter stønadsforskriften blir leger med allmennlegeutdanning fra et annet EØS-land likebehandlet med spesialister i allmennmedisin med godkjenning fra Norge når det gjelder trygderefusjon. Dette fremgår imidlertid ikke helt klart av forskriften.

Norge har imidlertid adgang til å stille nasjonale tilleggsvilkår, så fremt disse vilkårene er de samme for norskutdannede som for EØS-utdannede. Stønadsforskriftens krav om godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin for å kunne utløse tilleggstakster, er eksempel på et slikt vilkår (jf. stønadsforskriften § 2 nr. 7 første og andre ledd).

Leger med allmennlegeutdanning fra et annet EØS-land eller Sveits har imidlertid i dag ikke rett til å bruke tittelen spesialist i allmennmedisin. Departementet foreslår derfor endringer i godkjenningsreglene i EØS-forskriften og spesialistforskriften slik at allmennleger med godkjenning etter EØS-forskriften skal få rett til å bruke tittelen spesialist i allmennmedisin.

I tråd med kompetanseforskriften, som trådte i kraft 1. mars 2017, kan ikke tittelen "spesialist i allmennmedisin" lenger trekkes tilbake dersom legen ikke har fullført etterutdanningsprogram i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste fem år. Retten til å kunne kreve tilleggstakster for spesialist i allmennmedisin forutsetter imidlertid fremdeles gjennomført slikt etterutdanningsprogram.

Departementet mener at lege med allmennlegeutdanning fra et annet EØS-land bør likebehandles med spesialist i allmennmedisin med godkjenning fra Norge. En godkjenning som allmennlege/allmennpraktiserende lege fra et annet EØS-land bør med andre ord gi rett til å bruke tittelen spesialist i allmennmedisin. Videre bør en slik godkjenning gi rett til å kunne utløse tilleggstakster for trygderefusjon på linje med leger som har godkjenning som spesialist i allmennmedisin fra Norge.

Leger med godkjenning etter forskrift om veiledet tjeneste

Departementet har vurdert om leger med godkjenning som allmennlege etter forskrift om veiledet tjeneste, også skal likebehandles med spesialister i allmennmedisin. Departementet vil imidlertid ikke foreslå dette.

Vi viser til at formålet med kompetanseforskriften var å heve kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved å heve kompetansen hos allmennlegene. Likebehandling i denne sammenheng ville innebære at leger med godkjent tre års veiledet tjeneste, blir likebehandlet med spesialister i allmennmedisin som har flere år lengre og mer omfattende utdanning. Dette vil også kunne være villedende for innbyggerne/pasientene som vil forutsette at legen har mer kompetanse enn det som faktisk er tilfelle.

Dersom denne utdanningen skulle anerkjennes på lik linje med spesialistutdanning, ville man sende uheldige signaler som ville kunne virke bremsende på arbeidet med å heve fastlegekompetansen i kommunene i tråd med formålet med kompetanseforskriften. Retten til å kunne kreve tilleggskrav for spesialist i allmennmedisin etter stønadsforskriften i dagens ordning fungerer som et insitament for leger til å ta spesialistutdanning i allmennmedisin. Dette er en ønsket effekt og i samsvar med formålet med endrede kompetansekrav. Dersom leger med tre års veiledet tjeneste skulle kunne kreve tilleggskrav, ville dette kunne føre til mindre motivasjon for å ta spesialistutdanning i allmennmedisin. Kommunene ville også kunne få tilsvarende mindre motivasjon for å legge til rette for at legene tar spesialistutdanning.

Departementet vil også bemerke at antallet leger med godkjenning etter forskrift om veiledet tjeneste gradvis vil reduseres. Vi viser til at ordningen med veiledet tjeneste er under utvikling og at alle allmennleger på sikt vil være spesialister.

3.3.1.2 Terminologi

Forskriftene bruker i dag ulike benevnelser ut fra hvilke forskrifter legene er godkjent etter. Videre brukes det ulike eller uklare benevnelser på samme gruppe leger. Dette fører til at det kan være vanskelig å vite hvilke regler som gjelder. Det er derfor behov for en klar og ensartet terminologi knyttet til begrepene allmennlege, allmennpraktiserende lege og spesialist i allmennmedisin. Vi foreslår at følgende terminologi legges til grunn i disse forskriftene med unntak av i EØS-forskriften og spesialistforskriften i tilfeller der "allmennpraktiserende lege" viser til en formell yrkestittel:

Allmennlege: Lege som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (f.eks. fastlege, legevaktlege eller helsestasjonslege) – til forskjell fra lege i spesialisthelsetjenesten. Har samme betydning som allmennpraktiserende lege.

Spesialist i allmennmedisin: Lege som har gjennomført og fått godkjent utdanning i spesialiteten allmennmedisin, inkludert lege som har fått konvertert sin utdanning i allmennmedisin fra et annet EØS-land eller Sveits etter EØS-forskriften § 10 eller fra tredjeland etter spesialistforskriften § 33.

3.3.2 Spesialistgodkjenning og konvertering av eksisterende godkjenninger (forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits og spesialistforskriften)

3.3.2.1 Nye godkjenninger

Det følger av punkt 3.1.1 at leger som har godkjenning som allmennpraktiserende lege etter EØS-forskriften skal få godkjenning som spesialist i allmennmedisin. Departementet foreslår at dette gjennomføres ved at uttrykket "allmennpraktiserende lege" endres til "spesialist i allmennmedisin" i EØS-forskriften § 10 første ledd. Gjennom endringer i spesialistforskriften som ble fastsatt 20. desember 2018, er dette gjennomført ved et tillegg i forskriften § 33 andre ledd.

3.3.2.2 Konvertering av eksisterende godkjenninger

I tillegg er det behov for regler som åpner for å konvertere tidligere godkjenninger av utdanningen i Norge til spesialistgodkjenninger. Departementet foreslår at det forskriftsfestes at lege som allerede har "godkjenning som allmennpraktiserende lege" etter EØS-forskriften, skal likestilles med og ha rett til å bruke tittelen "spesialist i allmennmedisin". Departementet mener at det ikke er hensiktsmessig å legge opp til at konvertering skal gjennomføres etter søknad. Dette vil medføre unødig ekstraarbeid for Helsedirektoratet. Vi viser til at det er tale om en ubetinget rett for søkerne, som ikke vil være betinget av en konkret vurdering. Departementet foreslår en ny bestemmelse om konvertering i spesialistforskriften § 33 andre ledd andre punktum, samt endringer i EØS-forskriften § 10 og stønadsforskriften § 2 nr. 7.

3.3.3 Forskrift om stønad til dekning av utgifter hos lege

3.3.3.1 Likebehandling

Som det fremgår av kapittel 2.6, har leger med godkjenning som "allmennpraktiserende lege" etter EØS-forskriften § 10 allerede i dag en forskriftsfestet rett til å kunne utløse tilleggstakster for spesialist i allmennmedisin på samme vilkår som spesialister i allmennmedisin med godkjenning fra Norge. Departementet foreslår endringer i stønadsforskriften § 2 nr. 7 første og andre ledd for å tydeliggjøre denne retten. Vi viser til at leger med allmennlegeutdanning fra andre EØS-land eller fra Sveits, må likebehandles med spesialister i allmennmedisin. Likebehandlingen innebærer at lege med godkjenningsbevis i henhold til EØS-forskriften skal ha rett til de samme tilleggstakster som spesialist i allmennmedisin med godkjenning fra Norge. Som det fremgår under kap. 3.1.1 om likebehandling, har Norge adgang til å stille nasjonale tilleggsvilkår, så fremt disse vilkårene er de samme for norskutdannede som for EØS-utdannede. Vilkåret om at legen må være godkjent spesialist i allmennmedisin i løpet av de siste fem år, eller at spesialisten i allmennmedisin har fått godkjent etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i Norge i løpet av de siste fem år, vil derfor fortsatt gjelde. Dette gjelder med unntak av referansen til spesialistreglene. Etter omleggingen av spesialistutdanningene for leger, er ikke lenger etterutdanningsprogrammet i allmennmedisin en del av spesialistregelverket. I ny spesialistutdanning er spesialistreglene læringsmålene for spesialiteten i allmennmedisin.

I gjeldende forskrift omtales "spesialist i allmennmedisin" som "allmennlege som har fått godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste fem år". Dette skal forstås som lege med godkjent spesialistutdanning i allmennmedisin i Norge, eller lege som har fått godkjent sin utdanning fra et annet EØS-land i løpet av de siste fem år, eller spesialist i allmennmedisin med godkjent gjennomført etterutdanningsprogram for spesialiteten i løpet av de siste fem år.

Det foreslås endringer som tydeliggjør at takstene kan kreves av "spesialist i allmennmedisin" uavhengig av om legen er utdannet i Norge, er godkjent spesialist etter nye godkjenningsregler eller har fått konvertert sin tidligere godkjenning i Norge til spesialist i allmennmedisin. Det er i tillegg et vilkår at spesialistgodkjenningen er oppnådd i løpet av de siste fem år, eller at legen har fått godkjent etterutdanningsprogram i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste fem år. Referansen til spesialistreglene, som tidligere fremgikk av forskriften § 2 nr. 7,

foreslås tatt ut. Det samme gjelder for de aktuelle takststrengene, jf. kap. 5 Forslag til forskriftsendringer.

Takstene i stønadsforskriften kap. II fastsettes gjennom forhandlingene mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene siden og Den norske legeförening på den andre siden. Forhandlingene omfatter privatpraktiserende leger og finner sted hvert år. Gjennom forhandlingene våren 2017 ble det innført en tilleggstakst for bruk av tid for spesialist i allmenntmedisin, takst 2cdd. Retten til å kreve taksten fremgår direkte av stønadsforskriften kap. II B Konsultasjoner og sykebesøk, punkt 2cdd: "Tillegg for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min per påbegynt 15 min. Kan kun kreves av allmennlege som har fått godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmenntmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år. Taksten gjelder også de 5 første årene etter at legen er godkjent spesialist i allmenntmedisin i Norge første gang."

Ved en inkurie er ikke forskriften § 2 nr. 7 første og andre ledd blitt endret tilsvarende. Departementet foreslår derfor at dette gjøres nå i forbindelse med de endringer som foreslås i forskriften § 2 nr. 7 for å tydeliggjøre at lege med godkjent spesialistutdanning i allmenntmedisin fra et annet EØS-land eller Sveits har samme rett som spesialist i allmenntmedisin med godkjenning fra Norge til å kunne kreve de aktuelle tilleggstakstene.

Takststrengene/teksten i takstene 2cdd, 2dd, 2dk, 11dd, 11dk og 14d, som er de seks særskilte tilleggstakstene som kan utløses av spesialist i allmenntmedisin, foreslås endret som en tilpasning til presiseringene som foreslås i forskriften § 2 nr. 7.

3.3.3.2 Terminologi

I stønadsforskriften brukes både begrepet "allmennpraktiserende lege" og "allmennlege" om lege som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som oftest en fastlege. Departementet foreslår endringer i stønadsforskriften slik at denne i hovedsak skiller mellom "allmennlege", "spesialist i allmenntmedisin" og takster merket med * som er forbeholdt spesialist som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak. I takster som kun kan utløses av fastlege, fremgår dette spesielt av taksten og/eller merknaden til taksten.

Departementet foreslår å endre "allmennpraktiserende lege" til "allmennlege" ut fra at disse begrepene forstås som synonyme, jf. innledningen til høringsnotatet og harmonisering med andre forskrifter. Slik endring foreslås i forskriften § 2 nr. 1 første punktum, § 8 første ledd første punktum og i forskriften kap. II; overskriften og takstene 2ad, 2ak, 11ad og 11ak.

3.3.4 Forskrift om kompetansekrav for leger

3.3.4.1 Tilpasninger og terminologi

Departementet foreslår i dette høringsnotatet å endre EØS-forskriften § 10 første ledd slik at søker som oppfyller kriteriene i bokstav a og b har rett til godkjenning som spesialist i allmenntmedisin. Kompetanseforskriften § 3 bokstav c stiller i dag krav om godkjenning som "allmennpraktiserende lege" etter både EØS-forskriften og forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger.

Som en følge av forslaget om å endre EØS-forskriften § 10 foreslår departementet å endre kompetanseforskriften § 3 første ledd bokstav c slik at denne retten tydelig fremgår. Det foreslås også å endre "allmennpraktiserende lege" etter forskrift om veiledet tjeneste til "allmennlege" som er det begrepet som brukes i forskrift om veiledet tjeneste. Jamfør for øvrig omtale av harmonisering av begrepsbruk.

Departementet foreslår også en tilføyelse i kompetanseforskriften § 3 første ledd bokstav b slik at det fremgår tydeligere at legen skal være under spesialisering i *allmenntmedisin*.

Departementet foreslår i tillegg en justering i forskriften § 5 bokstav d) der "allmennpraktiserende lege" foreslås endret til "allmennlege". "Allmennpraktiserende lege" viser også her til forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger der det er begrepet "allmennlege" som brukes.

3.3.4.2 Informasjon til helsepersonellregisteret

Etter gjeldende regler i kompetanseforskriften § 3 andre ledd skal kommunen sende informasjon til Helsepersonellregisteret når en lege starter eller avslutter et ansettelses- eller avtaleforhold i kommunen som et ledd i spesialiseringen i allmenntmedisin. Departementet viser til at formålet med denne registreringen i Helsepersonellregisteret har vært å sikre utbetaling av refusjon. Det viser seg imidlertid at det ikke er nødvendig å registrere i Helsepersonellregisteret dato for når leger starter opp og avslutter spesialisering i kommunen. Helfo har allerede denne informasjonen i KUHR-registeret (kontroll og utbetaling av helse-refusjoner).

Departementet foreslår derfor å oppheve bestemmelsen i forskriften § 3 andre ledd.

3.3.5 Forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger

Departementet foreslår i dette høringsnotatet å endre EØS-forskriften § 10 første ledd slik at søker som oppfyller kriteriene i bokstav a og b har rett til godkjenning som spesialist i allmenntmedisin. Som en følge av dette forslaget foreslår departementet å foreta en tilpasning i forskrift om veiledet tjeneste § 8 andre ledd.

I forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger og i rundskrivet om forskriften, brukes uttrykket "allmennlege" som synonymt med "allmennpraktiserende lege". Departementet foreslår å opprettholde ordlyden i forskriften og foreslår tilsvarende å endre terminologien i de andre forskriftene slik at "allmennlege" blir den betegnelsen som benyttes for lege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten generelt til forskjell fra godkjent spesialist i allmenntmedisin og lege i spesialisthelsetjenesten. Som nevnt i kap. 3.1.2 om terminologi, foreslås ikke endringer i EØS-forskriften og spesialistforskriften i tilfeller der "allmennpraktiserende lege" viser til en formell yrkestittel. Bakgrunnen er å unngå å skape forvirring omkring en tittel som tidligere er notifisert til ESA.

Det foreslås å tydeliggjøre formålet med veiledet tjeneste i § 1 første ledd.

I spesialistforskriften omtales de ulike delene av spesialistutdanningen som "spesialistutdanningens første, andre og tredje del". I forskrift om veiledet tjeneste § 3 første ledd bokstav b og § 4 første ledd bokstav a og d og i andre ledd omtales spesialistutdanningens hhv. første, andre og tredje del som "LIS 1", "LIS 2" og "LIS 3". I forskrifter der det vises til

de ulike delene av spesialistutdanningen bør det benyttes samme terminologi som i spesialistforskriften. Departementet foreslår derfor å endre §§ 3 og 4 slik at det her vises til spesialistutdanningens første, andre og tredje del og ikke til LIS 1, LIS 2 og LIS 3.

4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er bevilget midler til pilotprosjektet på legevaktfeltet på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kap. 762. I Helsedirektoratets opprinnelige vurdering av pilotprosjektets økonomiske og administrative konsekvenser var det ikke tatt høyde for utgifter til videokonsultasjon utført av bakvaktlege i legevaktsentral. På bakgrunn av tilleggsinformasjon fra Helsedirektoratet har departementet beregnet at folketrygdens utgifter til bruk av takst 2ae (E-konsultasjon hos fastlege) i kombinasjon med takst 2dd (tillegg for godkjent spesialist i allmennmedisin) ved videokonsultasjon utført av bakvaktlege i hovedlegevaktsentral med pasient i legevaktsatellitt vil beløpe seg til rundt kroner 685 000 årlig i 2020 og 2021 og rundt kroner 228 000 i 2019 fra oppstart av pilotprosjektet rundt 1. september. Honorarbeløpet på begge takstene består av både egenandel fra pasienten og refusjon fra folketrygden. Det er tatt høyde for at refusjonsdelen kan være opptil 40 prosent høyere enn den ellers ville vært på grunn av egenandelsfritak. Utgiftene vil dekkes gjennom omdisponeringer på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett med overføring til folketrygdens budsjett på egnet måte.

Øvrige foreslåtte forskriftsendringer vil ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

5 Forslag til forskriftsendringer

Departementet foreslår følgende forskriftsendringer (markert med kursiv):

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

§ 7 første ledd bokstav e) skal lyde:

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

§ 7 andre ledd skal lyde:

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. *Den enkelte kommune eller det enkelte vakt-distrikt må vurdere om bakvakten ved behov skal kunne rykke ut for å bistå lege i vakt.*

§ 7 tredje ledd oppheves.

§ 8 andre ledd oppheves.

I forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits, inkludert vedlegg II punkt 5.1.4 gjøres følgende endringer:

§ 10 overskriften og første ledd skal lyde:

§ 10. Godkjenning som *spesialist i allmenntmedisin*

Søker har rett til godkjenning som *spesialist i allmenntmedisin* dersom søkeren

- a) har autorisasjon eller lisens som lege i samsvar med § 5 eller § 6, og
- b) fremlegger slikt bevis som nevnt i forskriften vedlegg II punkt 5.1.4.

§ 21a. skal lyde:

§ 21a. Klage på vedtak

Vedtak om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter kapittel 2 eller kapittel 3, kan påklages til *Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten*.

Vedtak etter § 10 om godkjenning som *spesialist i allmennmedisin* kan påklages til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

Vedtak om å kontrollere kvalifikasjonene og pålegge egnethetsprøve ved midlertidig tjenesteyting etter § 18, kan påklages til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

Oversittelse av frister fastsatt i denne forskriften kan påklages til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten, ved manglende vedtak om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter kapittel 2 eller kapittel 3, eller ved manglende vedtak om godkjenning som *spesialist i allmennmedisin* etter § 10.

Forslag til endringer i Vedlegg II punkt 5.1.4 Kvalifikasjonsbevis – allmennpraktiserende leger

Side 33:

Norge

Kvalifikasjonsbevis: Bevis for kompetanse som allmennpraktiserende lege /*spesialist i allmennmedisin*

Yrkestittel: Allmennpraktiserende lege/*spesialist i allmennmedisin*

I forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger, gjøres følgende endringer:

Ny § 33 andre ledd andre punktum skal lyde:

Leger som allerede har godkjenning som allmennpraktiserende lege etter samme forskrift § 10, skal regnes som og har rett til å bruke tittelen spesialist i allmennmedisin.

I forskrift 27. juni 2019 nr. 923 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger, gjøres følgende endringer:

§ 2 nr. 1 første punktum skal lyde:

Utgifter til legehjelp hos *allmennlege* og privatpraktiserende spesialist dekkes etter takstene i kapittel II.

§ 2 nr. 7 skal lyde:

For å kunne kreve tilleggstakster for spesialister i allmennmedisin (takstene 2cdd, 2dd, 2dk, 11dd, 11dk og 14d) er det *et vilkår* at legen i løpet av de siste fem år har fått *godkjenning som spesialist eller fått* godkjent etterutdanningsprogram i allmennmedisin i Norge.

Rett til tilleggstakster for spesialister i allmennmedisin etter forskriften, inkludert vilkårene i første ledd, gjelder også for leger som har godkjenning som spesialist i allmennmedisin eller allmennpraktiserende lege etter forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits § 10.

§ 8 første ledd første punktum skal lyde:

Hvis medlemmet ikke kan møte fram på behandlingsstedet på grunn av sin helsetilstand, dekker kommunen reiseutgiftene for *allmennlege* etter lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-1 fjerde og femte ledd.

Overskriften i kapittel II skal lyde:

Kapittel II. Takster for *allmennlege* og privatpraktiserende spesialist

Kapittel II B punkt 2ad skal lyde:

Konsultasjon hos *allmennlege*.

Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2ak, 3, 4, 11 med unntak av 11e, 12, 13, 14, 15, 21, 217c, 621, 622, 623, 624.

Kapittel II B punkt 2ak skal lyde:

Konsultasjon hos *allmennlege*

Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2ad, 3, 4, 11 med unntak av 11e og 11f, 12, 13, 14, 15, 21, 217c, 621, 622, 623, 624.

Kapittel II B punkt 2cdd skal lyde:

Tillegg for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min per påbegynt 15 min. Kan kun kreves av *spesialist i allmennmedisin*. *Det er et vilkår at spesialistgodkjenningen er oppnådd i løpet av de siste 5 år, eller at legen har fått godkjent etterutdanningsprogram i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år.*

Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2ak, 2ck, 3, 4, 11 med unntak av 11e, 12, 13, 101, 102, 110, 215, 217c, 612, 621, 622, 623, 624.

Kapittel II B punkt 2dd skal lyde:

Tillegg for *spesialist i allmennmedisin*. Det er et vilkår at *spesialistgodkjenningen er oppnådd i løpet av de siste 5 år, eller at legen har fått godkjent etterutdanningsprogram i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år.*

Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2dk, 3, 4, 11 med unntak av 11e, 12, 13, 14, 15, 217c, 621, 622, 623, 624.

Kapittel II B punkt 2dk skal lyde:

Tillegg for *spesialist i allmennmedisin*. Det er et vilkår at *spesialistgodkjenningen er oppnådd i løpet av de siste 5 år, eller at legen har fått godkjent etterutdanningsprogram i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år.*

Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2dd, 3, 4, 11 med unntak av 11e og 11f, 12, 13, 14, 15, 217c, 621, 622, 623, 624.

Kapittel II B punkt 11ad skal lyde:

Sykebesøk ved *allmennlege*.

Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2, 3, 4, 11ak, 12, 13, 14, 15, 217c.

Kapittel II B punkt 11ak skal lyde:

Sykebesøk ved *allmennlege*.

Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2, 3, 4, 11ad, 12, 13, 14, 15, 217c.

Kapittel II B punkt 11dd skal lyde:

Tillegg for *spesialist i allmennmedisin*. Det er et vilkår at *spesialistgodkjenningen er oppnådd i løpet av de siste 5 år, eller at legen har fått godkjent etterutdanningsprogram i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år.*

Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2, 3, 4, 11dk, 12, 13, 14, 15, 217c.

Kapittel II B punkt 11dk skal lyde:

Tillegg for *spesialist i allmennmedisin*. Det er et vilkår at *spesialistgodkjenningen er oppnådd i løpet av de siste 5 år, eller at legen har fått godkjent etterutdanningsprogram i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år.*

Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2, 3, 4, 11dd, 12, 13, 14, 15, 217c.

Kapittel II B punkt 14d skal lyde:

Tillegg for spesialist som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak og spesialist i allmennmedisin. Det er et vilkår at godkjenningen som spesialist i allmennmedisin er oppnådd i løpet av de siste 5 år, eller at legen har fått godkjent etterutdanningsprogram i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år. Taksten kan ikke kreves dersom møtet avlyses eller dekkes av NAVs L-takster. Taksten kan ikke benyttes av legevakt.

Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt 14.

Merknad B9 skal lyde:

E-konsultasjon innebærer elektronisk kommunikasjon mellom pasient og hans/hennes fastlege eller dennes stedfortreder. Fastlegen eller dennes stedfortreder skal ha behandlingsansvar for pasienten. E-konsultasjonen skal være journalverdig, jf. ordinær konsultasjon/sykebesøk. E-konsultasjonen skal inneholde en medisinsk vurdering og anses slutført når legen har vurdert henvendelsen og gitt pasienten svar. Eventuelle tilleggsspørsmål og innhenting av supplerende informasjon fra pasienten er inkludert. Fastlegen, eller dennes stedfortreder, skal normalt besvare pasientens henvendelse innen 5 arbeidsdager. Legen avgjør om slik konsultasjon skal tilbys pasientene. Kommunikasjonen skal skje i tråd med Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren. *Taksten kan også benyttes ved videokonsultasjon i forbindelse med pilotprosjekt på legevaktfeltet der konsultasjonen utføres av lege i hovedlegevaksentral med pasient i legevaktsatellitt. Takst 2ae kan kun kombineres med takst 2dd i legevaktpiloten.*

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

§ 3 første ledd bokstav b og c skal lyde:

b) er under spesialisering i *allmennmedisin*, eller

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

§ 3 andre ledd oppheves.

§ 5 bokstav d skal lyde:

d) kvalifiserer for godkjenning som *allmennlege* etter § 8 i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon eller

I forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon, gjøres følgende endringer:

§ 1 Formål og målbeskrivelse

§ 1 første ledd skal lyde:

Formålet med veiledet tjeneste er at *legen* gjennom arbeid under veiledning skal få tilstrekkelig praktisk erfaring for å kunne utføre selvstendig *virksomhet som allmennlege* på en forsvarlig måte uten unødig tidstap eller utgift for pasienter, helseinstitusjoner, trygden eller andre.

§ 3 Krav til veiledet tjeneste

§ 3 første ledd bokstav b) skal lyde:

b) er under veiledning for å oppnå slik rett, og har gjennomført norsk turnustjeneste eller har oppnådd alle læringsmålene i *spesialistutdanningens første del*, eller

§ 4 Gjennomføring av den veilede tjenesten

§ 4 skal lyde:

Leger som mangler tilstrekkelig praktisk opplæring under veiledning for å oppfylle vilkåret i § 3, kan gjennomføre hele eller deler av den veilede tjenesten i Norge ved å

- a) fullføre og få godkjent norsk turnustjeneste, oppnå alle læringsmålene i *spesialistutdanningens første del* og/eller tiltre en
- b) fastlegehjemmel med veiledning
- c) stilling ved kommunal legevakt med veiledning
- d) stilling i helseforetak hvor legen er under spesialisering i *spesialistutdanningens andre eller tredje del*, eller
- e) tjeneste som vernepliktig militær lege under veiledning.

Utdanning i spesialistutdanningens første del som er gjennomført på lisens etter forskrift 21. desember 2000 nr. 1379 om lisens til helsepersonell § 1a-1, teller som ett års veiledet tjeneste etter første ledd bokstav a.

§ 8 Godkjenning av den veiledete tjenesten

§ 8 andre ledd skal lyde:

For godkjenning som *spesialist i allmenntmedisin* på grunnlag av veiledet tjeneste som er gjennomført i andre EØS-land, gjelder bestemmelsene i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land.