



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 24/03443-2
Arkivkode: ---
Saksbehandler: Miert Skjoldborg
Lindboe
Deres referanse: 24/3995
Dato: 28.01.2025

Høring - Kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester

Vi viser til høringssak med frist 1. februar 2025.

Samlet vurdering av forslaget

I mer enn tre år har det vært unntaksbestemmelser fra kompetansekravene for leger i kommunene. Dagens unntak er forlenget til 30. juni 2025; etter dette skal nye varige kompetansekrav gjelde. Unntakene har vært helt nødvendige for at kommunene har kunnet sikre forsvarlige legetjenester. Forslagene til nye kompetansekrav innebærer delvis en skjerping sammenliknet med dagens nødvendige unntak.

Til tross for tilveksten av fastleger er det likevel fortsatt store rekrutteringsutfordringer i det meste av landet. Det er liten grunn til å tro at disse utfordringene vil være over innen sommeren 2025. KS mener derfor at en innstramning av kompetansekrav, sammenliknet med unntaksbestemmelsene, gir risiko for at kommunene ikke klarer å rekruttere tilstrekkelig mange leger, eller at de ikke har en reell mulighet til å innfri lovkravet.

Det er derfor åpenbart at det til enhver tid vil være enkeltkommuner som har behov for å fravike hovedregelen om at en fastlege skal være allmennspesialist eller under spesialisering. De foreslåtte unntaksreglene virker unødvendig detaljerte. De gir heller ikke rom for kommunens faglige vurderinger av forsvarlighet i tjenesten, fordi de er utformet som absolutte grenser.

Kommuner i hele landet har over mange år vært avhengige av – og hatt stor nytte av – leger med utdanning fra utlandet. Det er et problem at Norge ikke formelt anerkjenner den praktiske tjenesten de har hatt som del av utdanningen, eller har opparbeidet seg etter utdanning. Vi kan ikke se at det foreliggende utkastet gjør noe forsøk på å løse dette problemet.

KS støtter ambisjonen om å forenkle de aktuelle forskriftene. Vi kan imidlertid ikke se at høringsutkastet lykkes. Forslagene til tekst er vanskelig tilgjengelig, i enkelte tilfeller uforståelig. Det er særlig bekymringsfullt at unntaksvilkårene i de to alternative forslagene til ny § 4 er uklare.

Merknader til de foreslåtte endringene:

§ 3. Krav om spesialisering

KS støtter at det kan være andre spesialiteter enn allmennmedisin som skal kvalifisere til legearbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Vurdering

Mange store kommuner har ansatt leger i sykehjem, helsestasjoner, fengsler med videre i fulle stillinger. En åpning for andre spesialiteter kan bidra positivt til rekruttering, fagmiljø og kvalitet i helsetjenestene. De aller fleste fastlegene i store kommuner har listeansvaret (legepraksisen) som sin hovedbeskjeftigelse, og dermed vil det sjelden oppstå behov for et unntak fra kravet om å spesialisere seg i allmennmedisin. I mindre kommuner er det langt vanligere å kombinere ulike kommunale legeoppgaver. En kommunalt ansatt lege kan ha et listeansvar ned til 2-300 innbyggere (og i noen tilfeller enda lavere), i tillegg til å jobbe på sykehjemmet, være kommuneoverlege og ha legevakt.

Dermed vil det helt unntaksvis være mulig for en kommune å ansette en lege som ikke er spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering. Det absolutte kravet for fastleger vil for noen kommuner hindre dem i å ansette godt kvalifiserte og erfarne leger. Et eksempel kan være en erfaren lege med utdanning fra utlandet. Vedkommende kan være anerkjent som spesialist i Norge og ha lang arbeidserfaring fra sykehus. På grunn av langvarige unntaksbestemmelser kan legen ha opparbeidet seg flere års erfaring fra kommunale helsetjenester, men «tvinges» likevel til å starte et fullt LIS1-løp. Kommunen har ikke mulighet til å godkjenne langvarig erfaring fra kommunehelsetjenesten som oppnådde læringsmål, fordi det er Helsedirektoratet som er gitt kompetansen til å vurdere legens faglige kvalifikasjoner, jf. spesialistforskriften.

Små kommuner er ikke alene om manglende aksept av utdanning og erfaring for leger utdannet i utlandet. Det er vanskelig å se hvilke gode faglige begrunnelser staten har for å hindre kommunene i knytte til seg leger som de vurderer som svært godt skikket.

Ellers merket vi oss helseministerens tale den 15. januar, hvor blant annet kombinasjonsstillinger ble fremhevet som et godt tiltak, for å sikre samhandling og for å bruke knappe helseressurser på gode måter. Kombinerte legestillinger mellom kommuner og sykehus bør prøves ut mer systematisk.

Konsekvensen av ulike kompetansekrav er blant annet at unge legers karrierevei naturlig kan føre inn i sykehus, fordi de kan skaffe seg erfaring i form av vikariater, uten de samme begrensningene som kommunene er pålagt.

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

I følge gjeldende kompetansekrav i akuttmedisinforskriftens § 7: «...kan kommunen gi unntak for ovennevnte kompetansekrav for leger som har oppnådd læringsmålene i spesialistutdanningens første del eller tilsvarende spesialistutdanningens første del.» KS ber om at dagens midlertidige unntak gjøres varig.

KS kan støtte alternativ 2, bokstav b) forutsatt at vilkåret gir kommunene hjemmel til selv å vurdere om en lege oppfyller kravet når hen for eksempel har utdanning fra utlandet. Den foreslåtte formuleringen kan i så fall endres ved å ta inn følgende i vilkår b): *tilsvarende spesialistutdanningens første del.* Det bør være tydeligere at ett av vilkårene skal være oppfylt.

KS støtter ikke siste ledd. Når kommunen mener det er forsvarlig at en lege kan ha legevakt alene, må også kommunen kunne vurdere at den samme legen kan være bakvakt.

Vurdering

Siden april 2021 har kommunene hatt hjemmel til å gi unntak fra kompetansekravene i akuttmedisinforskriften. Denne muligheten har vært helt nødvendig, og har blant annet bidratt til redusert vaktbelastning for fastleger. Vaktbelastningen er imidlertid fortsatt høy, særlig i små legevaktdistrikter. Å skjerpe kompetansekravet, sammenliknet med det snart fire år gamle unntaket, vil redusere kommunenes muligheter til å organisere legevakt, og det vil øke fastlegenes samlede arbeidsbelastning.

I høringsnotatet skriver departementet at det vil kunne medføre økt ressursbruk i spesialisthelsetjenesten hvis det stilles krav om at LIS1 er tilstrekkelig for å ha legevakt alene. Ettersom det midlertidige unntaket har virket i snart fire år er det interessant å vite om det foreligger dokumentert kunnskap som tilsier at det *faktisk* har skjedd en slik økt ressursbruk.

En egnet lege som selv oppfyller kravene til å ha selvstendig legevakt må i gitte situasjoner kunne være bakvakt for lege som ikke oppfyller kravet. Her er ordlyden i forskriftsutkastets (alternativ 2) siste ledd uklart og ulogisk. Henvisningen til § 3 første og tredje ledd kan leses som at det er et krav om å ha spesialistgodkjenning eller være i spesialisering for å være bakvakt. Det vil i så fall si at en lege som er vaktkompetent ikke kan være bakvakt for lege som ikke er vaktkompetent. For å sikre forsvarlighet på legevakta må nødvendigvis kommunen gjøre konkrete vurderinger, herunder legens kvalifikasjoner. Derfor bør en lege med selvstendig vaktkompetanse og vurdert kompetent av kommunen, kunne fungere som bakvakt. Den foreslåtte detaljreguleringer bidrar til å undergrave kommunenes faglige vurderinger, og henger dårlig sammen med høringsnotatets understreking av kommunenes ansvar for forsvarlighet.

§ 4. Unntak fra kravet om spesialisering

KS støtter at kravet om spesialisering ikke skal omfatte leger som tiltrer vikariater, og som har oppnådd læringsmål tilsvarende LIS1, jf. andre ledd i alternativ 2. KS støtter ikke at unntaket avgrenses til ansettelsesforhold.

KS støtter ikke detaljerte regler for varighet av midlertidige avtaler, jf. utkastets første ledd. KS støtter heller ikke innføring av nytt og varig rapporteringskrav, jf. tredje ledd.

Vurdering

Omfanget av vikarer i fastlegeordningen er stort. Ifølge fastlegestatistikk publisert på HELFO.no var 27,6 prosent (1 605) av fastlegelistene besatt med vikar i desember 2024. Trenden de siste tre årene har vært en økning i både antall og andel vikarer. Generelle rekrutteringsutfordringer er en av grunnene til høy vikarbruk, men det obligatoriske spesialistløpet bidrar også. For eksempel må de fleste kommuner sette inn vikar i forbindelse med læringsmål knyttet til institusjonstjeneste. Kravet om minst to år i åpen uselektert praksis bidrar også til omfattende midlertidighet i fastlegeordningen og i andre allmennoppgaver. Behovet for vikarer vil alltid være til stede, og kompetansekravene må ikke gi større hindringer for kommunene enn det som er strengt nødvendig.

Dagens unntaksbestemmelser har vært nødvendige, og de er nødvendige, for at kommunene skal ha mulighet til å oppfylle sitt lovpålagte ansvar. At rekrutteringssituasjonen innen 30. juni 2025 skulle være så radikalt endret at det er forsvarlig å redusere kommunenes handlingsrom til å gjøre unntak fra kompetansekravene virker urealistisk.

De foreslåtte unntaksbestemmelsene i ny § 4 har vi uansett problemer med å forstå. Ordlyden i de to alternativene er uklar og det materielle innholdet er tilsvarende uklart. Men hvis vi forstår ordlyden riktig betyr begge alternativene at en kommune som ser seg nødt til å engasjere en vikar uten LIS1 i en periode må summere eventuelle tidligere engasjementer i andre kommuner på detaljnivå. Hvis en lege har vært vikar på et sykehjem i Bergen i tre måneder kan samme lege kun være fastlegevikar i Båtsfjord i én måned det samme året. Eller regnes ikke sykehjemmet med i antall måneder, ettersom det i høringsnotatet er henvist til at HELFO registrerer varighet av bruk av unntaket? Det legges opp til at kommunene må gjennomføre kontroll av oppdrag i andre kommuner, fordi de kan risikere at vikariatet går en dag over tida. Fra kommuneperspektiv er det svært vanskelig å se den faglige begrunnelsen for en slik grense. Det er lite som minner om tillit til kommunens ansvar for å sikre forsvarlige tjenester.

Begge alternativene til § 4 gir rom for alternative tolkninger, og høringsnotatet forsterker uklarheten. Det er for eksempel vanskelig å forstå hva som menes i andre ledd i alternativ 2. I høringsnotatet ser det ut til

at kommunens mulighet til å knytte til seg fastlegevikarer i næringsdrift skal være underlagt andre tidsbegrensninger enn for ansatt, uten at vi finner argumentene for en slik forskjell.

KS kan ikke se at det foreligger en god begrunnelse for å innføre et nytt rapporteringskrav når kommunen benytter seg av et forskriftsfestet unntak fra kravet om spesialisering. Mer manuell rapportering gir merarbeid for både kommuner og statsforvaltere, og i dette tilfellet er formålet med rapporteringen uklart. Hvis det vurderes som tvingende nødvendig for staten å følge med på omfanget av leger som foregående år ikke startet/fortsatte i spesialisering i den enkelte kommunen mener vi det må legges til rette for at opplysningene kan innhentes fra registre. Ut fra høringsnotatets vurdering av ny § 4 om unntak ser det ut til at HELFO allerede har det vesentligste av opplysninger.

§ 12. Fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen

KS støtter den foreslåtte presiseringen.

Vurdering

Presiseringen har i all hovedsak vært praktisert de siste 4-5 årene. Den er også nedfelt i rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS.

KS vil imidlertid minne om at grensen på 7,5 timers tilpliktet annet allmennlegearbeid ikke ble økt ved implementeringen av spesialistforskriften. Timegrensen er heller ikke foreslått økt ved senere anledninger.

Veiledning tar tid for legen; tid som kunne vært brukt på noe annet, som for eksempel legearbeid på sykehjem. Når timegrensen ikke er blitt økt påvirker det naturlig nok kommunenes mulighet til å dekke behovet for annet allmennlegearbeid. I tillegg er veiledningsarbeid bedre betalt (jf. satser i ALIS-tilskuddet) enn andre allmennoppgaver, og dermed økonomisk sett mer attraktivt for den enkelte lege. Veiledningsarbeid fortrenge derfor annet legearbeid; noe som har bidratt til at kommunene har behov for flere leger.

Departementet spør om presiseringen vil forsterke utfordringene med veiledning av medisinstudenter. Presiseringen blir som sagt allerede praktisert, så den vil sannsynligvis i liten grad påvirke direkte. Men alle nye plikter som innebærer bruk av tid for kommunen og for fastlegene fortrenge andre oppgaver.

Med hilsen

Helge Eide
områdedirektør

Mari Trommald
avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Kopi:

Helsedirektoratet
Kommunal- og distriktsdepartementet