Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Godkjent 2.4.2020.

Referat styremøte Of – 09/2020

Tidspunkt: Torsdag 26. mars 2020, kl. 15.00 – 16.15

Sted: Telefonmøte Teams

Til stede: Anne-Karin Rime (leder), Geir Arne Sunde (nestleder), Lindy Jarosch-von Schweder, Ståle Clementsen, Mathis Heibert, Marie Skontorp og Solveig Nergård.

Forfall: Christian Grimsgaard

Styret var vedtaksdyktig, jf. vedtektene § 9.

Fra sekretariatet:
Edith Stenberg (sekretariatsleder), Jan Eikeland og Liv Marit Fagerli (juridiske rådgivere).

Vedtakssaker

Sak 134/19-20 **Referat fra styremøtet 19. mars 2020**
Referatet ble godkjent.

Sak 135/19-20 **Referat fra styremøtet 22. mars 2020**
Referatet ble godkjent.

Sak 136/19-20 **Landsrådsmøte Of 2020**
Styret vedtok at det skal avvikles et ordinært landsrådsmøte torsdag 23. april 2020 klokken 14.00 – 16.00. Møtet avvikles som Teamsmøte. Sakspapirene sendes ut innen onsdag 1. april.

Styret foreslår at Arne Laudal Refsum blir dirigent.

Sekretariatet utarbeider forslag til gjennomføringsplan som sendes landsrådsrepresentantene på forhånd. Planen skal inneholde informasjon om hvordan møtet praktisk kan gjennomføres. Informasjon om landsrådsmøtet legges ut på nettsidene slik at medlemmer som ønsker å delta, har anledning til det.

Styret vedtok at sekretariatet gjennomfører et testmøte i forkant av at

landsrådet skal avvikles.

Høringssaker

Sak 137/19-20 **Høring – Handlingsplan for kliniske studier**
Det forelå til behandling høringssak publisert på Min side.

Styret vedtok følgende uttalelse:

Høringssvaret har fokus på hva som er utfordringer med å utføre klinisk studier for leger i spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet startet høsten 2019 med å utarbeide en handlingsplan for kliniske studier. Handlingsplanen er en oppfølging av stortingsmelding 18; Helsenæringen – sammen om verdiskapning og bedre tjenester og Granavolden plattformen.
HOD ønsker å få innspill fra aktører som jobber med klinisk forskning; både for å høre om hva som fungerer godt men og få beskrivelser av hva som ikke fungerer godt og hva som oppleves som flaskehalser i klinisk forskning.

Prioritering
Under Granavolden plattformen kapittel 8 Helse og omsorg er det beskrevet i avsnitt om spesialisthelsetjenesten at pasienten skal møtes med kunnskap. Punktvis står det at regjeringen vil styrke helseforskningen spesielt innen kroniske sykdommer og utmattelsessykdommer og gi flere kreftpasienter tilgang til utprøvende behandling. Of savner en tydeligere beskrivelse i Granavolden plattformen om klinisk forskning, viktigheten av den og høyere prioritering av den i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene er lovpålagt å drive med forskning.

Tid
De siste tiårene har sykehusene i økende grad blitt endret som følge av utstrakt målstyring. Dette medfører redusert autonomi og økt tidspress. Samtidig er rapporteringskravet skjerpet. Samlet opplever leger i sykehus at de har mindre tid til den direkte pasientkontakten og samtidig mindre tid og anledning til å engasjere seg i kliniske studier.

Ny spesialistutdanning for LIS krever mye ressurser fra overleger i form av supervisjon og veiledning. Persontilpasset medisin krever mer ressurser i hele utredning- og behandlingskjeden av overleger i klinisk arbeid. Selv om det oftest er pasientene, brukere eller legene som etterspør nye behandlingsmetoder eller kommer på nye ideer til kliniske studier er det et stykke fra å komme på en ny ide til å ha tid til å videreutvikle den til en klinisk studie.

Of mener at det er viktig at norske helsemyndigheter prioriterer en klar dreining fra utstrakt målstyringen til kunnskapsbasert medisin og påfølgende kvalitet i medisinsk utredning og behandling. For å kunne ha kunnskapsbasert medisin som et grunnlag for medisinske beslutninger, er det viktig at det utføres klinisk forskning på egen populasjon i form av kliniske studier. Dersom resultater av kliniske studier skal kunne bli implementert og brukt som

grunnlag i medisinsk beslutningstaking kreves det ofte at det utføres RCT eller tilsvarende høy kvalitet i kliniske studier. Det er tid og ressurskrevende arbeid som Of mener det må settes av mer ressurser til. Of mener at det i en handlingsplan for kliniske studier må fremkomme gode beskrivelser for hva som må ligge til rette av ressurser for at leger kan utføre langsgående kliniske studier.

Stillinger
Tidligere var det etablerte kliniske forskningsstillinger på sykehusene, såkalte fordypningsstillinger (D-stillinger) hvor legen hadde en kombinasjonsstilling med klinikk og forskning. På den måten var det satt i system hvordan klinikeren skulle dele sin arbeidstid mellom klinikk og forskning. Ofs erfaring er at fordypningsstillingene stort sett er borte fra sykehusene og ikke blitt systematisk erstattet med nye kliniske forskningsstillinger.

Of vurderer derfor at det kan være lang vei fra at helseforetakene er lovpålagt å drive med forskning, til å faktisk få forskerstillinger planlagt, organisert og satt opp i budsjettene på sykehusavdelingene. Flere avdelinger på sykehusene er ledet av avdelingsledere som ikke selv innehar forskningskompetanse. Det kan føre til at det gjør det vanskeligere å få klinisk forskning inn på et avdelingsbudsjett som ofte har trange rammer. Of mener at helseforetakene bør kommer med tydeligere føringer hvor mye klinisk forskning som skal drives ved ulike klinikker i sykehusene. Of tror det er viktig at ledende stillinger som har ansvar for forskningsaktiviteten både i sykehusene og på foretaksnivå er besatt av fagfolk med forskningskompetanse.

Finansiering
En god del av forskningen innen medisin er finansiert over frie basisbevilgningene til spesialisthelsetjenesten. Klinisk forskning i sykehusene som ikke går inn under nasjonale sykdomsspesifikke satsningsområder har ofte vanskelig for å nå opp med søknadene om å få støtte fra helseforetakene. Det fører til at man mister bredden i forskningen ved sykehusene. Små forskningsmiljøer vil da være helt avhengig av at man får satt av tid til forskning på avdelings budsjett. I tillegg til frikjøpt tid, må små forskningsgrupper klare å skaffe midler til innkjøp av forskningsutstyr som ofte er kostbart og krever mye tid i søknadsprosesser.

Teknologi
Selv om helseforetakene bruker en god del midler på investering i ny teknologi i sykehusene, erfarer Of at man likevel har en utfordring med å få den nye teknologien installert og implementert i spesialisthelsetjenesten. Teknologien som implementeres har ofte en del brukersvakheter som er tidstyver i en hektisk klinisk hverdag for legene.

Samarbeid med universitetene
De 6 universitetssykehusene har overordnet godt forskningssamarbeid med universitetene. Klinikere finner det likevel vanskelig å kombinere forskning og klinikk i hektiske hverdager. Forskningsgruppene er ofte lokalisert på universitetene og klinikere er i utgangspunktet på sykehusene. Å få timeplanen med forsknings-møter og pasientbehandling krever detaljplanlegging. Avdelingene har ofte lite legeressurser å gå på. Ved sykdom blir ofte klinikeren som har forskningstid den første som trekkes inn i klinisk arbeid.

Samarbeid med helsenæringen

Helsetjenesten er en viktig forskningspartner for helsenæringen ved at man bidrar inn med ulik forskningskunnskap til gjennomføring av kliniske studier. Klinikere har ofte med seg mer grunnleggende medisinsk kunnskap og forskning mens de som jobber i helsenæringen oftere har med seg kunnskap om «applied science».

Kontakten og samarbeidet mellom leger i sykehus og helsenæringen har over mange år blitt gradvis svekket. Dels skyldes dette en mistenkeliggjøring av kontakt med næringen, men den viktigste forklaringen er nye rutiner og retningslinjer for kontakt og samarbeid. I de fleste sykehus er kontakten mellom aktørene regulert ved at alle henvendelser skal skje via sykehusenes øverste ledelse. Dette representerer et betydelig hinder for kontakt, utvikling av samarbeid og etablering av kliniske studier.

Oppsummering
Ulike forhold bidrar til at antallet kliniske studier i foretakene reduseres; målstyring med skjerpede aktivitets- og rapporteringskrav samt mistenkeliggjøring av samarbeid kombinert med rigide rammer for kontakt mellom aktørene er de viktigste forklaringene etter Ofs erfaring.

Of mener at det både fra regjering og sentrale helsemyndigheter må stille tydeligere krav til hvordan helseforetakene skal legge til rette for, og følge opp klinisk forskning og kliniske studier i sykehusene. I en handlingsplan for kliniske studier bør det fremkomme systematiske tematiske beskrivelser for hva som bør ligge til grunn for at leger skal kunne utføre klinisk forskning og kliniske studier. Det vil bidra til at sykehusene får mer kunnskap om hva som må til av ressursbruk. Of vil anbefaler at departementet tar utgangspunkt i den danske modellen for klinisk forskning.

Of har følgende konkrete forslag til endringer som kan iverksettes umiddelbart
- Etabler mulighet for direkte kontakt mellom industri og forskere i tråd med praksis i Danmark.
- Etabler flere fordypningsstillinger hvor det er avsatt tid til forskning
- Etabler krav om løpende rapportering av pågående kliniske studier i foretakene

Sak 138/19-20 **Høring: Medbrakt kompetanse – lisens til helsepersonell mm (forslag om endringer i helsepersonelloven mm.)**
Det forelå til behandling høringssak publisert på Min side.

Styret vedtok følgende uttalelse:

I denne høringen foreslår Helse- og omsorgsdepartementet endringer i helsepersonellovens regler om lisens for helsepersonell og i forskrift om tilleggskrav for autorisasjon fra tredjeland. Godkjenningsordningen skal gi forutsigbarhet og sikkerhet for at helsepersonell har bestemte kvalifikasjoner og en felles utdanningsbakgrunn og har blitt praktisert strengt.

Departementet foreslår endringer som skal legge til rette for en mer fleksibel praksis når det gjelder vedtak om lisens til helsepersonell og at kravene til søkerens kvalifikasjoner mykes noe opp.

Det presiseres at de foreslåtte endringer gjelder søkere med yrkeskvalifikasjoner fra andre land enn Norge. Tidligere i år ble det sendt på høring sak om «Autorisasjon og lisens til helsepersonell» som omhandlet problemstilling knyttet til obligatorisk veiledet tjeneste i utland. Overlegeforeningen fremholdt i sitt høringssvar at begrepet «full tilgang til yrket» er upresist, og Of etterlyste en mer fleksibel praksis med tanke på å få innvilget norsk autorisasjon. Of viser til dette høringssvaret som er like aktuelt for leger med utenlandsk bakgrunn som vil jobbe i Norge. (Kopi av høringssvaret vedlegges.)

Norge har behov for økt tilgang til helsepersonell, særdeles i spesialisthelsetjenesten. Of mener at aktuelle høringsforslag legger bedre til rette for økt rekruttering av kompetanse fra utlandet innen lovens forsvarlighetskrav, og uten at kvalitetsparameter som forutsigbarhet og sikkerhet mykes for mye opp. Høringsnotat omfatter samtlige yrkesgrupper som er omfattet av autorisasjonsordningen. Ofs høringssvar vil heretter konsentrere seg om leger.

I punkt 3.5 siteres fra forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS. Kursgebyr angis til samlet kr 15 500. Overlegeforeningen mener at en ordning der kursgebyr blir betalt av myndighetene (mot for eksempel en bindingstid) kan virke rekrutteringsfremmende og bør vurderes.

I punkt 4.2.2. omtales tredjelandsutdannede (utenfor EØS) som ikke oppfyller tilleggskravene og som får tidsbegrenset lisens. Overlegeforeningen mener at en obligatorisk evaluering etter endt lisensperiode er nødvendig for å kvalitetssikre etterutdanning til vedkommende. Statistikken viser at en stor gruppe (nesten 50% av utenlandske helsepersonell) har fått tildelt lisens i 2018. Se også foreslåtte endringer i punkt 5.5.3.

Punkt 5.2 omhandler behov for mer fleksibel praksis. Overlegeforeningen støtter i utgangspunkt dette, men påpeker viktigheten av å kvalitetssikre faglig kvalitet og pasientsikkerhet. Noen av formuleringene, for eksempel «Det bør være hensynet til pasient-sikkerheten og kravet om at helsehjelpen skal være forsvarlig, som setter rammene for når det bør gis lisens» oppleves som lite konkret og Of savner rutiner for å sikre den medisinskfaglige kvaliteten på best mulig måte. Se også punkt 5.5.3.

I høringsnotat punkt 5.5.2. foreslås det at normalløsningen bør være at de som søker godkjenning i Norge har fullført utdanningen sin i henhold til utdanningslandets krav og får «full tilgang til yrket».

Dette varierer fra land til land der det i noen land gis autorisasjon kun etter fullført veiledet praksis (her har praksis «LIS1» «PJ»-preg), mens det i andre land gis full autorisasjon etter avsluttet studium. I disse landene arbeider legen ofte under en viss supervisjon men likevel mer selvstendig. Of mener at betegnelsen «full tilgang til yrket» ikke er nøyaktig, og derfor bør erstattes med betegnelsen «full autorisasjon».

I punkt 5.5.3. «Søkerens kvalifikasjoner sammenliknet med norske kvalifikasjonskrav» omhandles at helseutdanning/studium i forskjellige land ikke fullt ut er sammenlignbare, men kan likevel være likeverdige i kunnskapsformidling og kompetansenivå. Departementet foreslår at kravet om at søkeren ikke skal ha mer enn enkelte mindre mangler i

kvalifikasjonene, kun legges til grunn dersom det er tale om en tidsbegrenset lisens for å gjennomføre kvalifiseringstiltak.

Sitat: «Departementet ser at konkrete vurderinger av søkernes kompetanse og individuell tilpasning av lisensen i noen tilfeller vil kunne være svært krevende for Helsedirektoratet.»

Of er av den oppfatning at det må utarbeides spesifiserte retningslinjer om hvilke tiltak som skal gjennomføres og under hvilken faglig kompetanse en evaluering skal skje. Vi viser i den forbindelse til den fagmedisinske kompetansen Legeforeningen innehar, og som kan benyttes i en slik prosess. Legeforeningen vil gjerne bistå direktoratet i vanskelige konkrete vurderinger. Dette kan eventuelt implementeres i punkt 5.10 «Saksbehandlingen»

Problematikken med obligatorisk praksis utdypes i punkt 5.8. «Lisens bør som hovedregel ikke utstedes til søkere fra andre EU-/EØS-land som ikke kan eller vil gjennomføre veiledet praksis som er obligatorisk i utdanningslandet.»

Overlegeforeningen ser utfordringen med at søkere fullfører utdanningen sin i Norge med den belastningen dette medfører for utdanningssystemet her, men vil påpeke at en fleksibel løsning bør vurderes, både med hensyn til rekruttering og sikring av en god veiledet tjeneste. (Eksempel: en veiledet tjeneste på norsk og etter norske lover oppleves som mer relevant for kompetanse til en fremtidig lege i Norge enn en tjeneste i utlandet etter fremmede regler og i et fremmed språk).

I punkt 5.10 «Saksbehandlingen» blir løp i saksbehandling i Helsedirektoratet beskrevet, og det konstateres at: «Helsedirektoratet må opparbeide seg grundig og kvalifisert kunnskap om yrkesaktivitetene i de enkelte regulerte yrkene» Som tidligere nevnt anbefaler vi at eksisterende medisinskfaglig kompetanse benyttes. Mulighet for forlenget saksbehandlingstid er beskrevet og Overlegeforeningen foreslår at det settes en rimelig grense for lengst mulig saksbehandlingstid.

Sak 139/19-20 **Høring – NOU 2020: 3 Ny lov om universiteter og høyskoler**

Det forelå til behandling høringssak publisert på Min side.

Styret vedtok ikke å avgi høringsuttalelse i saken.

Saker til orientering/ diskusjon

- Status korona-viruset, herunder problematikken rundt manglende smittevernutstyr og opplæring i riktig bruk av utstyret.
- Teams-møte FTV Of /Ylf – korona-viruset 23. mars 2020
- Styret/sekretariatets tilbakemelding
- Bladet Overlegen
- Aktuelle mediesaker

Referent: Edith Stenberg og Jan Eikeland