

Fullført og godkjent den 22.1.2014

Referat

fra

Sentralstyrets møte 15.1.2013

Legenes hus, Oslo

Til stede fra

sentralstyret: Hege Gjessing, Jon Helle, Johan Torgersen, Marit Halonen Christiansen, Kari Sollien, Synnøve Bratlie, Marit Hermansen, Christian Grimsgaard, Ivar Halvorsen

sekretariatet: Generalsekretær Geir Riise. Avdelingsdirektørene Erling Bakken, Anne Kjersti Befring, Jorunn Fryjordet, Bjarne Riis Strøm

I tillegg møtte fra sekretariatet i hele eller deler av møtet: Knut Braaten, Mattis Åmotsbakken, Tor Carlsen, Gorm Hoel, Anne Sofie Torp, Audun Fredriksen, Ole Anders Stensen, Anne Ringnes, Olve Moldestad, Jan Emil Kristoffersen, Sara Underland Mjelva, Bjørn Ove Kvavik, Stine Tønsaker, Øydis Rinde Jarandsen, Nina Evjen, Åse Brinchmann-Hansen, Ida Waal Rømuld

Referent: Anne Torill Nordli

I Politikk og strategimøte

Politikk- og strateginotater:

Notat 1: Månedens mediebilde

Notat 2: Viktige saker i regjering og storting

Notat 3: Seminar med Stortingets helse- og omsorgskomite – tidspunkt og forberedelser

Notat 4: Senter for kvalitet i legekontor – stiftelse av selskap og oppstart

Notat 5: Orlando – områder for oppfølging

II Beslutningsmøte

Sak 1/14 Strategiske satsingsområder - videre arbeid med kommunikasjonsområdene (1.01-13/4385)

Sentralstyret besluttet i møte 23. oktober 2013 satsningsområder for perioden 2013-2015. Satsingsområdene ble delt inn i *kommunikasjonsområder* der Legeforeningen i stor grad har en utviklet politikk, og *utviklingsområder* der det må utvikles en politikk. Sekretariatet har arbeidet med å utvikle en felles mal for kommunikasjonsområdene som tydeliggjør grad av budskapsutforming og sentrale milepæler, internt og eksternt.

Vedtak

Sekretariatet videreutvikler malen i tråd med sentralstyrets tilbakemeldinger. Det innkalles snarest mulig til oppstartsmøter for arbeidsgruppene for de ulike kommunikasjonsområdene.

Sak 2/14 RHF-enes fremtidige rolle (1.02-13/5669)

Regjeringen Solberg har varslet at de ønsker å legge ned de regionale helseforetakene, og helseministeren har uttrykt at denne prosessen må være grundig og ligge frem i tid. Legeforeningen har ved flere anledninger vært kritisk til dagens styringsideologi (pålegg fremfor dialog, manglende åpenhet, glansbildestyring). Legeforeningen har tatt til orde for at noen av RHF-enes oppgaver må løftes til Stortinget gjennom en Nasjonal sykehusplan, og andre delegeres til helseforetakene gjennom å delegere makt og myndighet ned til sykehusene. Utover et ønske om et slanket og tydeligere RHF og en vurdering om at det trengs en eller annen form for regional samordning, har ikke Legeforeningen hatt noe standpunkt i spørsmålet om RHF-ene bør legges ned eller ikke. Sekretariatet la frem et prosessnotat for hvordan Legeforeningen kan arbeide med denne problematikken fremover.

Vedtak

Legeforeningen bør være en pådriver for å få til en justering av dagens RHF-modell og styringsideologi. I denne prosessen vil Legeforeningen arbeide for at flere av RHF-enes oppgaver flyttes opp til Stortinget (overordnede beslutninger) og delegeres ned til operativt nivå (sykehusene).

Sak 3/14 Statusrapport om nasjonal sykehusplan - høringsutkast (1.03-13/3878)

Sekretariatet la frem høringsutkast til statusrapport *Sykehus for fremtiden: Innspill til en nasjonal sykehusplan*. Tidligere versjoner av statusrapporten har vært på høring, drøftet i landsstyremøtet og i sentralstyremøter, slik at dette er en betydelig omarbeidet og forkortet versjon.

Vedtak

Sekretariatet ferdigstiller høringsutkastet i tråd med tilbakemeldinger fra sentralstyret med sikte på seks ukers høring i alle organisasjonsledd.

Presidenten godkjenner endelig høringsutkast.

Sak 4/14 Spørsmål om Legeforeningen som strategisk samarbeidspartner for EAT-konferansen i Stockholm 26.-27. mai 2014

(1.04-13/5630)

EAT- konferansen skal omhandle og peke på nasjonale og globale utfordringer innen ernæring, helse og bærekraftig utvikling. Konferansen skal bidra til at forskere, politikere og næringsliv kan utforme retningslinjer innen helse- og miljøområdet. Konferansen gjennomføres i mai 2014. Sekretariatet orienterte om konferansen og Legeforeningen som strategisk samarbeidspartner.

Vedtak

Sentralstyret diskuterte ulike sider ved prosjektet og mulige positive og negative konsekvenser ved Legeforeningens eventuelle rolle i det.

Sentralstyret vedtok seks mot tre stemmer å gi sin tilslutning til at Legeforeningen inngår som strategisk samarbeidspartner i EAT. Det bevilges kr 160 000 (\$ 25 000) fra sentralstyrets disposisjonskonto.

Christian Grimsgaard, Marit Hermansen og Kari Sollien stemte i mot. De anførte at forslaget ikke var tilstrekkelig opplyst, og ønsket at saken ble sendt til intern høring før endelig votering.

Evalueringsav Legeforeningen som strategisk samarbeidspartner vil bli lagt frem for sentralstyret i møte i juni.

Sak 5/14 Arendalsuka 2014 – folkehelsedag og faglige innspill

(1.05-14/15)

Arendalsuka er en årlig, politisk uavhengig møteplass hvor nasjonale aktører innenfor politikk og samfunns- og næringsliv møter hverandre og befolkningen for debatt og utforming av politikk for nåtid og framtid. Legeforeningen deltok under Arendalsuka i 2013 og fikk markert seg godt. Folkehelse er et av Legeforeningens satsningsområder. Akademikerne ønsker å delta på Arendalsuka, 12.-16. august 2014 og mener folkehelse bør være temadag. Dersom Legeforeningen skal ha en aktiv rolle under Arendalsuka, må det planlegges og settes av tid og ressurser til arbeidet.

Vedtak

Arbeidsgruppen som har ansvar for oppfølging av satsningsområde 4- Forebyggende og helsefremmende arbeid, skal utrede og planlegge mulighetene for at Legeforeningen får en aktiv rolle under Arendalsuka.

Sak 6/14 Utgår

Sak 7/14 Høring - endring i alkohollovgivningen

(1.07-13/4396)

Legeforeningen hadde mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet forslag til endringer i alkohollovgivningen. Forslaget innebærer å innføre et prikkfordelingssystem for håndheving av alkoholregelverket. Departementet

mener et prikkfordelingssystem vil bidra til en mer rettferdig håndheving av lovverket, forenkle saksbehandlingen i kommunene, samtidig som det skaper forutsigbarhet og likebehandling for bevilingshaverne.

Vedtak

Høringsuttalelsen godkjennes med en endring og oversendes Helse- og omsorgsdepartementet. Vedlegg 1.

Sak 8/14 Høring - forslag til endringer i blåreseptforskriften (2.01-13/4380)

Helse- og omsorgsdepartementet hadde sendt på høring forslag om endringer i blåreseptforskriften. Høringen var utsendt som to høringsnotater som omhandler henholdsvis forslag om et nytt system for stønad til legemidler etter individuell søknad, samt endringer for stønad til spesielt utstyr og forbruksmateriell etter individuell søknad. I det første høringsnotatet ble det foreslått å innføre fire grunnvilkår for individuell stønad knyttet til sykdommens alvorlighet, legemidlets effektdokumentasjon, behandlingens kostnadseffektivitet og behandlingens varighet. Kravene om alvorlighet og kostnadseffektivitet var nye for den individuelle ordningen. I høringsnotat nr. to foreslo departementet videre å endre blåreseptforskriften § 5 om medisinsk forbruksmateriell slik at det skulle gå tydelig frem av bestemmelsen at fastsatte produkt- og prislister var uttømmende. Høringsnotatene hadde vært på intern høring i relevante organisasjonsledd.

Vedtak

Utkast til høringsuttalelse godkjennes og oversendes Helse- og omsorgsdepartementet. Vedlegg 2.

Sak 9/14 Endring av LVS lover og retningslinjer for tilhørighet til yrkesforeningene (2.09-13/2135)

Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS) hadde foreslått endringer i sine lover, som også omhandlet retningslinjene for tilhørighet til yrkesforening. Forslaget til endringer hadde vært på høring blant yrkesforeningene.

Vedtak

Endringene i retningslinjer for yrkesforeningstilhørighet godkjennes.

Sak 10/14 Høring – Forslag til endringer av De etiske regler for leger (2.12-13/49)

Rådet for legeetikk hadde fremmet forslag til endringer i De etiske regler for leger i samsvar med Reglement for Rådet for legeetikk § 11. Endringer i de etiske regler for leger vedtas av landsstyret. Det ble fremlagt utkast til høringsbrev.

Vedtak

Sekretariatet får fullmakt til å ferdigstille høringsbrev etter dialog med Rådet for legeetikk. Revidert høringsbrev sendes på høring i Legeforeningens avdelinger forut for landsstyrebehandling av forslaget på landsstyremøte 2014.

Sak 11/14 Høring om autorisasjon for manuellterapeuter (2.14-13/4402)

Helse- og omsorgsdepartementet hadde sendt på høring forslag til forskriftsendring for å innlemme manuellterapeuter blant de autoriserte helsepersonellgruppene i helsepersonelloven. Sekretariatet fremla utkast til høringsuttalelse.

Vedtak

Høringsuttalelse godkjennes og sendes Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med fremlagte utkast. Vedlegg 3.

Sak 12/14 Invitasjon til konferansesamarbeid om konferansen «The 3rd Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Health Care».

(3.01-13/5218)

Legeforeningen hadde fått en invitasjon fra Universitetet i Stavanger vedrørende samarbeid om konferansen «The 3rd Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Health Care». Man kunne inngå som hovedsamarbeidspartner med et finansielt bidrag på kr 100 000 eller annen type samarbeid med bidrag i størrelsesorden kr 10 000 – kr 30 000.

Vedtak

Legeforeningen går inn som hovedsamarbeidspartner i konferansen «The 3rd Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Health Care» 2014 forutsatt at finansiering kan hentes via Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Sak 13/14 Videreføring av Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten

(3.02-13/4774)

Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten har åtte medlemmer. Utvalget gis bistand fra sekretariatet, som er ansvarlig for sekretariatsfunksjonen. Utgiftene dekkes av budsjettmidler som er avsatt til Pasientsikkerhetsutvalgets arbeid. Funksjonsperioden for Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten utløp 31.12. 2013. Sekretariatet hadde innhentet forslag til kandidater til utvalget for neste periode fra yrkesforeningene og de fagmedisinske foreningene.

Vedtak

Som medlemmer av Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten for perioden 1.1. 2014 - 31.12. 2015 oppnevnes følgende representanter.

Leder

Ellen Tveter Deilkås	Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger Norsk indremedisinsk forening
----------------------	---

Medlemmer

Hans-Petter Næss	Norsk Overlegeforening Norsk kirurgisk forening
Bente Ruud Karlsson	Norsk Overlegeforening Norsk anesthesiologisk forening

Inger Lyngstad	Allmennlegeforeningen Norsk forening for allmenntmedisin
Jens-Lind Larsen	Yngre legers forening Norsk indremedisinsk forening
Tonje Elisabeth Hansen	Yngre legers forening Norsk barnelegeforening
Hege-Kristin Aune Jørgensen	Leger i samfunnsmedisinsk arbeid Norsk forening for allmenntmedisin
Monika Eidem	Yngre legers forening, Norsk onkologisk forening

Sak 14/14 Legeforeningens kommentar til HelseOmsorg21

(3.03-13/3743)

Helse og omsorgsdepartementet hadde startet et arbeid med å utvikle en ny strategi på helse- og omsorgsfeltet. Ansvaret var lagt til en strategigruppe med sekretariat i Forskningsrådet og fem arbeidsgrupper med hvert sitt tematiske område. Hver arbeidsgruppe la frem en delrapport som skulle utgjøre grunnlaget for hovedrapporten utarbeidet av strategigruppen. Det ble gjennomført en åpen høringsrunde. Delrapportene ble sendt på intern høring bredt i organisasjonen.

Vedtak

Utkast til hørings svar godkjennes med enkelte endringer og oversendes Forskningsrådet. Vedlegg 4.

Sak 15/14 Oppnevning av Rådet for praksiskonsulentordningen

(3.04-10/798)

Sentralstyret vedtok i møte 6.12.13 å kontinuere Rådet for praksiskonsulentordningen (PKO-rådet) gjennom inneværende sentralstyreperiode. Rådet skal utvides med representant fra Yngre legers forening og fra Praktiserende spesialisters landsforening.

Vedtak

Følgende oppnevnes til PKO-rådet 2014-2015

Leder

Torgeir Hoff Skavøy	Norsk forening for allmenntmedisin
---------------------	------------------------------------

Medlemmer

Kirsten Rokstad	Allmennlegeforeningen
Hans Henrik Strøm	Overlegeforeningen
Ole Johan Bakke	Leger i samfunnsmedisinsk arbeid Norsk samfunnsmedisinsk forening
Sverre Sand	Praktiserende spesialisters landsforening
Lars Kåre Selland Kleppe	Yngre legers forening
Morten Engzelius	Praksiskoordinatorene
Harald Hauge	Praksiskoordinatorene

Sak 16/14 Veileder for praksiskonsulentordningen

(3.05-12/3100)

Sentralstyret vedtok i september 2012 å nedsette en arbeidsgruppe for å revidere Helsepolitisk debattskrift for praksiskonsulentordningen etter forslag fra PKO-rådet. Debattskrifet ble utgitt av Allmennlegeforeningen i 2008. Sentralstyret ønsket at det reviderte dokumentet skulle få status som en veileder. Arbeidsgruppens utkast ble drøftet i sentralstyremøte den 6. desember 2013. Sentralstyret ba om justeringer bl.a. med hensyn til begrepsbruk, og en klarere forankring i rammeavtalen for PKO-ordningen. Dokumentet ble fremlagt etter revisjon i sekretariatet.

Vedtak

Utkast til veileder sendes ut til organisasjonsmessig høring før det tas tilbake til fornyet behandling i sentralstyret.

Sak 17/14 Godkjenning i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin
(3.31-14/10)

Sekretariatet fremla liste over leger som kan godkjennes.

Vedtak

Godkjent ble:
Fiske, Mari
Hannisdal, Gunvor
Sanaker, Harald
Vangsnes, Kari
Åmdal, Gerd Torbjørg

Sak 18/14 Oppnevning av psykoteraeutvalget for perioden 2014 - 2017
(3.32-13/5518)

Psykoteraeutvalget hadde funksjonsperiode fra 1. januar 2010 t.o.m. 31. desember 2013. Det forelå forslag fra Norsk psykiatrisk forening til representanter i Psykoteraeutvalget for perioden 2014-2017.

Vedtak

Sentralstyret oppnevner som medlemmer av Psykoteraeutvalget for perioden 2014 – 2017:

Elfrida Kvarstein
Kjersti Lyngstad
Liv Ørbech
Robert Rahn
Terje Fladvad
Torbjørn Tvedten
Trygve Nissen

Psykoteraeutvalget konstituerer seg selv i første møte.

Sak 19/14 Høring – forslag til ny studieplan for profesjonsstudiet i medisin ved Det medisinsk - odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen
(3.33-13/4924)

Det medisinsk - odontologiske fakultet ved Universitet i Bergen (UiB) hadde sendt på høring forslag til studieplan for profesjonsstudiet i medisin.

Det hadde innkommet 19 høringsuttalelser. Høringsinstansene var i hovedsak positive til forslaget til studieplan, men hadde kommentarer til bl.a. organisering av medisinstudiet i bachelor - master, undervisningsmetoder, pleiepraksis og utplassering.

Vedtak

Utkast til brev godkjennes med enkelte endringer og oversendes Det medisinsk – odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen. Vedlegg 5.

Sak 20/14 Oppnevning av representanter med personlig vararepresentant til Legeforeningens turnusråd

(3.34-11/5930)

Det forelå forslag til representanter og vararepresentanter til Legeforeningens turnusråd for perioden 15.1. 2014 – 31.12.2015 for de aktuelle instanser. Yrkesforeningene og de medisinske fakultetene var invitert til å foreslå medlemmer til rådet.

Vedtak

For perioden 15.1.2014 – 31.12.2015 oppnevner sentralstyret følgende representanter til Legeforeningens turnusråd:

<i>Representant:</i>		<i>Vararepresentant:</i>
Ylf (to repr.)	Anja Fog Heen Tilde Broch Østborg	Hanne Støre Valeur Richard Andre Våge
Af	Ole Henrik Krat Bjørkholt	Foreligger ikke
Of	Ulla Dorte Mathisen	Foreligger ikke
LSA	Barbro Kvaal	Ole Johan Bakke
Nmf (to repr.)	Sarah Løvdahl Thomas Hagen Jensen	Mia Lie Petersen Foreligger ikke

De medisinske fakultetene har ennå ikke oppnevnt representanter.

Anja Fog Heen oppnevnes som leder av turnusrådet.

Supplering av representanter/ varamedlemmer godkjennes av sekretariatet.

Sak 21/14 Søknad fra Norsk medisinstudentforening om økonomisk støtte

(4.01-13/5625)

Sekretariatet har mottatt søknad fra Norsk medisinstudentforening om støtte til økt frikjøp av leder. NMF ønsker å kunne jobbe mer med konkrete saker som revisjon av medisinske studieplaner samt grunnutdanning av leger.

Vedtak

Kr 122 000 til støtte til økt frikjøp av leder i Norsk medisinstudentforening innvilges fra sentralstyrets disposisjonskonto.

Sak 22/14 Statusrapport Legeforeningens økonomi per november 2013

(4.02-13/29)

Legeforeningens regnskap per november 2013 ble presentert.

Vedtak

Regnskapet per november 2013 tas til etterretning.

Hege Gjessing

Jon Helle

Kari Sollien

Marit Hermansen

Johan Torgersen

Christian Grimsgaard

Ivar Halvorsen

Marit Halonen Christiansen

Synnøve Bratlie

Til
Helse- omsorgsdepartementet

Deres ref.:

Vår ref.: 13/4396

Dato: XX.1.2014

Høring - Endringer i alkohollovgivningen

Vi viser til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. oktober 2013 om forslag til endringer i alkohollovgivningen. Innspill er innhentet fra relevante organisasjonsledd i Legeforeningen og behandlet i sentralstyret 15. januar 2014.

Legeforeningen ser med bekymring på det økende alkoholkonsumet og skadene dette medfører. Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker flest skader - det er anslått at omfanget av helseskader i forbindelse med alkohol er fire ganger høyere enn for andre rusmidler. Legeforeningen deler også Helse- og omsorgsdepartementets bekymring om problemer i tilknytning til passiv drikking. I et helseperspektiv er det viktig at det etableres strukturelle virkemidler for å redusere skadevirkningene av alkohol, og at man styrker arbeidet på de arenaene man vet det drikkes store mengder alkohol.

Legeforeningen mener en streng håndheving av skjenkebestemmelsene er et av de viktigste tiltakene for å redusere skadevirkningene av alkohol. Legeforeningen støtter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering om at det er nødvendig å bedre håndhevingen av bestemmelsene i alkoholloven. Å gjøre det enklere for kommunene å etterleve dagens regelverk, er et godt tiltak i så måte. Legeforeningen støtter forslaget om et prikktildelingsystem til skjenke- utsalgssteder ved brudd på alkoholloven. Legeforeningen er enig i departementets vurdering om at et nasjonalt prikkfordelingssystem vil gi grunnlag for en mer effektiv oppfølging av regelbrudd og forenkling av kommunenes saksbehandling, og at det vil innebære økt likebehandling og større forutsigbarhet for bevillingshaverne. Legeforeningen tror prikkbelastningen vil gi noen klare "advarsler" til skjenkestedene, som bør gi grunnlag for bedre dialog mellom partene. Klare regler øker også sannsynligheten for likhet som kan reduserer muligheten for konflikt. Legeforeningen mener det er viktig at alle forpliktelser overholdes og gir full tilslutning til at alle brudd bør tas inn i prikktildelingsystemet.

Vi vil også påpeke viktigheten av god kommunikasjon mellom kontrollmyndighetene i kommunen og bransjen, slik at regelverket og hensikten med dette er godt kjent hos alle. Målet må være en forbedring i alle ledd.

I høringsnotatet bes det om tilbakemelding på noen særskilte områder. Legeforeningen har følgende kommentarer:

1. Vurdering om foreslått reaksjon: Legeforeningen støtter forslaget om at salg og skjenking til mindreårige tildeles åtte prikker, og således medfører umiddelbar inndragning ved første gangs overtredelse. Ut i fra et alkoholpolitisk og samfunnsmedisinsk perspektiv, er skjenking til mindreårige svært alvorlig, og må gis en streng reaksjon.

Departementet skriver i høringsnotatet at brudd på salg til mindreårige anses som mer alvorlig enn brudd på skjenking til berusede personer. Legeforeningen mener imidlertid at skjenking til

åpenbart påvirkede personer er svært alvorlig. I høringsnotatet vises det til forskning om at overskjenking og vold henger nært sammen. Legeforeningen mener en reduksjon i overskjenking er et viktig grep som kan bidra til å redusere alkoholrelatert vold på nattestid. Det bør derfor sendes et tydelig signal til skjenkesteder om at overskjenking er et alvorlig lovbrudd. Legeforeningen foreslår derfor at skjenkesteder som bryter denne bestemmelsen tildeles seks prikker, altså to prikker mer enn hva departementet foreslår.

2. Krav om sen skjenkekontroll: Når det er dokumentert at overskjenking hovedsakelig skjer i skjenketidens siste timer og på steder som har anledning til å skjenke sent på natten, mener Legeforeningen det er et sentralt poeng at kontrollene foretas på det tidspunktet der faren for overskjenking er størst. Legeforeningen støtter derfor departementets forslag om at det bør stilles krav til sen skjenkekontroll for skjenkesteder som har åpent etter kl.23, og at kontroller i dette tidsrommet bør gjennomføres minimum én gang i året. Selv om det antakeligvis er i helgene overskjenking skjer hyppigst, bør det tas hensyn til lokale forhold gjennom å tillate at sene kontroller også kan gjennomføres i ukedagene.

3. Krav om kunnskapsprøve: Dersom kontrollene skal kunne utøve sin myndighet som kontrollorgan, er det viktig at kontrollørene har rett kompetanse. Dette trengs også for å sikre at regelverket og kontrollene praktiseres likt i hele landet. En kunnskapsprøve etter et e-læringskurs fra sentrale myndigheter, vil sørge for dette og støttes derfor.

4. Å skille søknadsgebyr fra omsetningsgebyret: Det er foreslått et søknadsgebyr på 8000 kr i tillegg til omsetningsgebyr per liter, avhengig av alkoholinnholdet på drikken som omsettes. Formålet må da være at det skal være flere kontroller dess mer som omsettes. Det er viktig at myndighetene vurderer hvor mye kursing av kontrollørene vil koste, slik at gebyrene dekker dette samt utgifter til selve kontrollene. Fullfinansiering er viktig for å gi kommunene mulighet til å etterleve kravene i det nye alkoholregelverket. Det er viktig at gebyrene bransjen betaler ikke kun går til å dekke saksbehandlingsutgifter, men også til flere kontroller og opplæring. Det bør vurderes hvordan dette skal kontrolleres slik at man sikrer en bedre og lik alkoholpolitikk, i samsvar med intensjonen i forslaget.

Helse- og omsorgsdepartementet

Høring – forslag til endringer i blåreseptforskriften

Legeforeningen viser til høring om forslag til endringer i blåreseptforskriften av 8. oktober 2013 med frist 15. januar 2014. Saken har vært på høring i relevante organisasjonsledd i Legeforeningen. Disse innspillene ligger til grunn for høringsuttalelsen, som er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Legeforeningen er positiv til enkelte av departementets forslag til endringer av blåreseptforskriftens system for individuell refusjon, men mener at deler av forslaget er for restriktive. Det er positivt at ordningen for de fleste pasienter ikke vil påvirke rettighetene til individuell stønad, og at enkelte pasienter som oppfyller kravet til alvorlig sykdom som tidligere ikke falt innenfor vilkårene oppstilt i forskriften § 3 a og b nå ikke vil falle utenfor regelverket for individuell refusjon. Det er også positivt at den nye ordningen åpner for en mer helhetlig vurdering av brukernes tilstand og gir større anledning til å gi stønad til forebyggende behandling.

Legeforeningen vil fremheve følgende:

1. Endringer i blåreseptforskriften-nytt system for stønad til legemidler etter individuell søknad

Kravet til instituering

I høringsnotatet opprettholdes dagens regulering av kravet til instituering der det heter at behandlingen som hovedregel skal være instituert av spesialist i sykdommens medisinske fagfelt eller tilsvarende sykehusavdeling. Legeforeningen er uenig i dette og mener at dette bør endres/nyanseres. I de aller fleste tilfeller dreier dette seg om pasienter med lang sykehistorie som har gjennomgått grundig medisinsk utredning. Fastlegen som har informasjon om pasienten fra alle aktuelle utredningsinstanser i spesialisthelsetjenesten, er den legen som høyest sannsynlig har best totaloversikt over pasienten sykdom og sykdomshistorie. Det er en viktig forutsetning for å gjøre riktige valg. Spesialisthelsetjenesten skal konsulteres ved behov.

Der det ikke er nødvendig med (ny) henvisning til spesialisthelsetjenesten som ledd i oppfølging/behandling, vil dette være en byråkratisk omvei som både fordyrer, beslaglegger spesialistens tid unødvendig og forlenger behandlingstiden for søknader.

Kravet til dokumentert effekt

Det foreslåtte kravet til dokumentasjon på effekt for individuell stønad kan i enkelte tilfeller slå uheldig ut overfor pasientgrupper med sjeldne sykdommer. Hittil har det ved enkelte sjeldne sykdommer vært tilstrekkelig dokumentasjon at kunne vises til kasuistikker. Det foreslås nå en innskjerping for å kunne få refusjon. Det skal som hovedregel foreligge randomiserte og kontrollerte studier, og observasjonsstudier skal kun godtas unntaksvis. Dette kan medføre at enkelte pasienter mister retten til å få refusjon til medikamenter som brukes i behandling av svært sjeldne tilstander. Det er ved enkelte sykdommer svært vanskelig å oppnå tilstrekkelig

antall pasienter til å foreta gode observasjonsstudier. Det er viktig for den enkelte pasient at denne typen medikamenter utvikles. Videre vil kostnaden ved å bruke denne typen medikamenter ofte være svært høye, og det syns derfor urimelig at dette skal dekkes av pasienten. Legeforeningen påpeker at dette forslaget kan stride mot ønsket fra det offentlige om at alle skal ha et likeverdig tilbud uavhengig av diagnose og økonomi. Kasuistikker bør derfor i svært sjeldne tilfeller kunne brukes som effektdokumentasjon ved søknader om individuell refusjon av utgifter til medikamenter. Det bør presiseres i rundskriv hvilke tilfeller og hvilke vurderinger som skal legges til grunn dersom dette velges. Dette er viktig særlig da bidragsordningen etter § 5-22 i folketrygdloven foreslås fjernet. Denne har fungert som et visst ”sikkerhetsnett”.

Overføring av finansieringsansvar for enkelte legemidler til RHF'ene

Legeforeningen har forståelse for at det er behov for kostnadskontroll knyttet til dyre legemidler som brukes av en mindre pasientpopulasjon. Vi er likevel usikre på om overføring av finansieringsansvaret for enkelte legemidler til RHF'ene vil sikre riktig legemiddelbruk. Hensynet til kostnadskontroll vil kunne påvirke valg av behandlingsalternativer i for stor grad. Videre kan det tenkes at det oppstår ulik praksis i RHF'ene dersom finansieringsansvaret av dyre legemidler overføres til regionene. Legeforeningen forutsetter at utredningen om dette sendes på høring.

Saksbehandling knyttet til blåreseptordningen

I 2012 behandlet HELFO vel 48 000 søknader etter § 3 første ledd bokstav a, 4 000 søknader etter § 3 første ledd bokstav b og knapt 15 000 søknader om bidrag etter § 5.22. Av disse ble henholdsvis 10, 24 og 32 prosent avslått. Legeforeningen ber HOD om å vurdere om forhåndsgodkjenning av legemidler (§ 2) kan utvides slik at en del av dagens søknader om refusjon, spesielt da dagens § 3 første ledd bokstav a (der 90% innvilges), foreslås endret. Dette vil kunne ha flere fordeler: det vil frigjøre fastlegens tid, spare honorar H1 til fastlegen etter normaltariffen, redusere administrativt arbeid for spesialister, og saksbehandlingstid i forvaltningen som også vil kunne ha positive konsekvenser for pasienter.

Innføring av alvorlighet som grunnvilkår, og kravet til vitenskapelig dokumentasjon - Ressurskrevende administrativt arbeid for helsetjenesten

Legeforeningen er positiv til at kravet til kronisk sykdom erstattes med alvorlig sykdom, da dette vil kunne omfatte pasienter som ikke har krav til individuell refusjon etter dagens regulering. Legeforeningen påpeker imidlertid at forslaget ser ut til å kreve større ressurser fra legene til utredning og dokumentasjon knyttet til vurderingen av «alvorlighet». Det vises til det som er omtalt i høringsnotatet om at det er avgjørende at leger gjør en grundig og selvstendig vurdering av sykdommens alvorlighet og risikofaktor for sykdom for den enkelte pasient. Det skal utvikles et nytt skjema til dette formålet, som etter departementets vurdering vil gjøre det enklere for legen å angi sin vurdering av alvorlighet. Det påpekes at legene allerede i dag har betydelig krav til dokumentasjon og annet administrativt arbeid knyttet til pasientbehandling. Legeforeningen er opptatt av at det ikke skal innføres nye administrative rutiner, som går på bekostning av pasientbehandling, uten at dette har en svært god begrunnelse.

Forslaget om å innføre krav om vitenskapelig dokumentasjon på effekt kan også ha konsekvenser for ressursbruk hos legene da høringsnotatet presiserer at det den søkende leges ansvar å fremskaffe og legge ved nødvendig dokumentasjon. Vi etterlyser bedre vurderinger av disse forhold.

Kostnader knyttet til oppgradering av EPJ systemer

Legeforeningen mener at kostnadene knyttet til oppgradering av EPJ systemene må fullfinansieres av Staten.

Dekning av utgifter knyttet til legemidler for behandling av rusavhengighet mm

Legeforeningen noterer seg at det presiseres at legemidler til behandling av rusavhengighet mm ikke dekkes av forskriften og etterlyser en faglig begrunnelse for hvorfor disse medikamentene for behandling av rusavhengighet ikke skal omfattes av blåreseptforskriften.

2. Endring i blåreseptforskriften- stønad til spesielt utstyr og forbruksmateriell etter individuell søknad

Stønad til spesielt utstyr og forbruksmateriell – behov for en individuell søknadsbasert ordning

Legeforeningen mener også at det bør finnes en ordning med individuell refusjon basert på søknad for spesielt utstyr og forbruksmateriell tilsvarende ordningen som finnes for legemidler.

HOD foreslår å endre § 5 i blåreseptforskriften slik at det fremgår tydelig av bestemmelsen at produkt- og prislister er uttømmende. Ankesaker til Trygderetten angående individuell refusjon har vært sprikende i sine kjennelser og Trygderetten har i flere saker kommet til en annen fortolkning av regelverket enn forvaltningen, som har medført ulik praksis. Det er ønskelig at slike saker behandles likt.

Trygderetten drøftet dette spørsmålet i TRR-2011-172 og i kjennelsen konkluderer de med: *”Dette vil innebære en begrensning i den lovbestemte retten til å få dekket slike utgifter. Det synes noe utilsiktet og urimelig at enkelte selv skal måtte dekke utgiftene til nødvendig medisinsk forbruksmateriell, bare fordi de har spesielle behov som ikke kan dekkes ved produktene på produktlisten.”*

Ifølge HOD er hensikten med dette høringsnotatet å klargjøre gjeldende rett. Det er etter departementets vurdering ikke tvil om de kan begrense utvalget av produkter det kan gis stønad til, på samme måte som det er begrenset hvilke medikamenter man får refusjon til etter blåreseptforskriften. Videre anfører departementet at det er det 5000 produkter på listene og listene blir stadig oppdaterte. De mener det er sannsynlig at det i de fleste tilfeller hvor brukeren ønsker et produkt vil finnes alternative produkter på listen som kan erstatte brukerens førstevalg.

Legeforeningen støtter HOD i at det er ønskelig med lik praksis i slike saker, men dersom produkt- og utstysrlisten er uttømmende vil det kunne være noen brukere som ikke får dekket sine behov for refusjon. Det er uheldig og vil oppleves urimelig. Legeforeningen ber HOD vurdere et system for å kunne søke individuell refusjon i spesielle tilfeller. Det er viktig at en slik ordning blir forholdsvis enkel og lite ressurskrevende både for forvaltningen og brukerne. Dette vil sikre en lik behandling av brukerne både når det gjelder muligheten for å få stønad til legemidler og næringsmidler, og medisinsk utstyr og forbruksmateriell.

Helse- og omsorgsdepartementet

Sendt kun pr. e-post:
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.: 13/3074

Vår ref.: 13/4402

Dato: xx.01.2014

Høring - forslag til forskrift om å autorisere manuellterapeuter iht helsepersonelloven

Legeforeningen viser til høringsnotat av 9. oktober 2013, hvor det foreslås å autorisere manuellterapeuter i henhold til helsepersonelloven. Departementet har sendt på høring forslag til forskrift gitt med hjemmel i helsepersonelloven § 48 fjerde ledd om autorisasjon av personellgrupper i henhold til helsepersonelloven. Forskriften inneholder bestemmelser om autorisasjon for manuellterapeuter.

Bakgrunnen for forslaget

Bakgrunnen for forslaget er at departementet etter en samlet vurdering er kommet til at manuellterapeuter bør gis autorisasjon som helsepersonell. Forslaget begrunnes med at manuellterapeuter fra 2005 har hatt en «portvokterrolle» ved at de kan behandle pasienter med trygderefusjon uten henvisning fra lege, at de kan rekvirere radiologiske undersøkelser og sykmelde inntil 12 uker. Det legges videre til grunn at manuellterapeuter sammenlignet med fysioterapeuter, har en annen og mer selvstendig yrkesrolle mv. I høringsnotatet redegjøres det for Helsedirektoratets utredning av om manuellterapeuter bør gis autorisasjon i henhold til helsepersonelloven. Direktoratet konkluderte i sin utredning av 1. februar 2012 med at manuellterapeutenes utdanning i seg selv ikke er grunnlag for å innføre autorisasjon og at yrkesutøvelsen ikke er vesentlig forskjellig fra grunnutdanningen som fysioterapeut fører frem til.

Legeforeningens vurdering

Etter Legeforeningens vurdering vil en autorisasjonsordning for manuellterapeuter bryte med systematikken for autorisasjonsordningen etter helsepersonelloven. Etter vår vurdering er manuellterapi en videre- eller etterutdanning på bakgrunn av utdanning, offentlig profesjonsgodkjenning og yrkespraksis som fysioterapeut. Vi kan ikke se at yrkesrollen som manuellterapeut er vesentlig forskjellig fra yrkesrollen som fysioterapeut.

Formålet med autorisasjonsordningen er å beskytte pasienter ved å sikre at helsepersonell med selvstendig yrkesutøvelse innehar bestemte kvalifikasjoner, utdanningsbakgrunn og en bestemt type kompetanse, og anses som skikket til å utøve yrket. Det er med andre ord det grunnleggende kvalifikasjonsbeviset for ulike yrkesgrupper i helsetjenesten. Det vil være i strid med dette om enkelte helsepersonellgruppers videreutdanning mv skal danne grunnlag for en egen autorisasjon. Dette bør søkes løst gjennom spesialistgodkjenningsordningen.

Etter Legeforeningens mening kan ikke den særskilte reguleringen knyttet til finansiering (omtalt som manuellterapeutenes «portvokterfunksjon»), begrunne en autorisasjonsordning. Fysioterapeutene er bare en av flere helsepersonellgrupper som har videreutdanning og spesialisering innenfor sitt fagområde. Dersom det innføres en autorisasjonsordning for manuellterapeuter vil det kunne skape et press for at det også må innføres egne autorisasjoner for andre helsepersonellgrupper som har spesialiseringsområder med særfunksjoner.

Vi stiller spørsmål ved premissene som er benyttet i høringsnotatet, blant annet at det er avgjørende for ansvarsforhold og oppgavefordeling mellom grupper. Det er uansett ikke relevant for denne gruppen som er autorisert og hvor det kan tilrettelegges for spesialistgodkjenning. Manuellterapeuter har kompetanse gjennom fysioterapiutdanningen og tilleggsutdanningen som manuellterapeut. Det er vanskelig å se noen begrunnelse for at autoriserte gruppers videreutdanning, her som manuellterapeut, skal gi grunnlag for egen autorisasjon.

Etter Legeforeningens vurdering kan det også reises spørsmål om Helse – og omsorgsdepartementet har myndighet til å treffe et vedtak om autorisasjon av denne gruppen ved forskrift. De tre hovedvilkårene for autorisasjon kan ikke anses oppfylt for en gruppe som allerede har autorisasjon. Det vises til at manuellterapeuter ikke er omfattet av godkjenningsordningene verken i de nordiske land eller andre EU-land, noe som tilsier det motsatt av formålet om harmoniserte godkjenningsordninger. I lovens forarbeider, i Innstilling O nr 58 1998-99), ble det lagt inn som en forutsetning at Stortinget burde få seg forelagt spørsmål om autorisasjon for nye grupper som kan anses kontroversielle, da det også innebærer en lovendring. Dersom departementet opprettholder standpunktet om autorisasjon for denne gruppen etter høring, bør saken oversendes Stortinget for behandling av saken.

Etter Legeforeningens vurdering vil de hensyn som begrunner forslaget, kunne ivaretas ved å utvide spesialistgodkjenningsordningen til å omfatte fysioterapeuter med videreutdanning innenfor manuellterapi. Dette var også konklusjonen i Helsedirektoratets utredning av helsepersonellovens ordning med offentlig spesialistgodkjenning som forelå 1. februar 2012.

Konklusjon

Legeforeningen mener at det er tvilsomt om departementet har myndighet til å treffe vedtak om å etablere en autorisasjonsordning for manuellterapeuter i henhold til helsepersonelloven. Saken bør behandles i Stortinget dersom standpunktet opprettholdes. En synliggjøring av manuellterapeuters kompetanse og «portvokterrolle», kan ivaretas ved å utvide spesialistgodkjenningsordningen til å omfatte fysioterapeuter med videreutdanning innenfor manuellterapi, slik det er for legespesialistgodkjenninger.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Anne Kjersti Befring
Direktør

Saksbehandler: spesialrådgiver Gorm Are Grammeltvedt

Forskningsrådet

Deres ref.:

Vår ref.: 13/3753

Dato: 16.01.2014

Legeforeningens kommentar til HelseOmsorg21

Punktene under skal føres inn i nettbaserte svarskjemaer. Hvert område skal besvares for seg. Det skal ikke oversendes et samlet brev.

Legeforeningen har tidligere gitt innspill til hva som bør inn i delrapportene. Innspill var basert på arbeidsnotater gjort tilgjengelig på nettsiden www.helseomsorg21.no. Kommentarer som følger under går på områder vi mener er mangelfulle.

Generelle tilbakemeldinger

- *Det må gjøres en nøye avveining av hva som skal inn som obligatorisk del av helsefagutdanningene*

Flere av tiltakene i HelseOmsorg21 går på å tilpasse og innlemme moduler i ulike faser av utdanningsløpet og spesialiseringen av leger. Det anbefales å innlemme obligatoriske innovasjons- og entreprenørskapsmoduler «på master-, profesjons- og Phd-nivå». Opplæring i kunnskapshåndtering og kunnskapsbasert praksis skal innlemmes som «obligatorisk i alle helsefagutdanningene». Og de ulike helseprofesjonenes studieplaner anbefales tilpasset for å bedre reflektere kommunenes kompetansebehov. Dette er alle gode forslag, men det kan være et behov for å gjøre en prioritering og en samlet vurdering av hvor og hvordan forslagene skal få plass. Sette i lys av helsedirektoratets forslag til nye spesialitetsstruktur, hvor det foreslås en reduksjon i antall år spesialiseringen strekker seg over, frykter Legeforeningen at ikke-medisinske kunnskapsmoduler kan gå på bekostning av utvikling av nødvendig medisinsk kompetanse.

- *Styrking av allmennt medisinsk forskning må tydeligere frem som et prioritert område*

Det er behov for å styrke forskning i en allmennt medisinsk setting basert på forskningsspørsmål som er relevant for allmennt praksis. Dette har stor betydning for de utfordringer helse- og omsorgssektoren vil møte fremover, særlig innenfor kommunehelsetjenestene. Dersom den vitenskapelige basisen for allmennt medisin for alvor skal styrkes slik det er samfunnsmessige behov for, må allmennt medisinsk forskning gis et selvstendig nasjonalt løft og synliggjøres som et særlig satsingsområde i den endelige rapporten. At det er behov for mer forskning i, på og om kommunesektoren (Kommunehelserapporten) handler i stor grad om helsetjenesteforskning - deriblant samhandlingsforskning. Dette er ikke det samme som å styrke allmennt medisinsk forskning. Sistnevnte er essensielt for å skaffe kunnskapsbasert diagnostikk og behandling.

Analyser, vurderinger og tiltak knyttet til allmennt medisinsk forskning er nå sprett ut over flere av delrapportene (Forskningskvalitet, Kunnskapssystemet og Kommunesektoren). Dette fører til

et uoversiktlig bilde der utfordringer og tiltak knyttet til allmenmedisinsk forskning blir for «usynlige». Omtalen av allmenmedisinsk forskning bærer også preg av mangel på en grunnleggende forståelse for denne forskningens natur, forskningsmiljøenes behov og dertil tilhørende tiltak. Dette er problematisk fordi de tiltak som foreslås ikke nødvendigvis vil virke etter intensjonen om å styrke fagområdet.

Forskningsprosjekter i allmenmedisin vil for eksempel få problemer med å nå opp i en nasjonal konkurranse som Fri prosjektstøtte i Forskningsrådet - selv om denne potten styrkes. Forskningsmiljøene her er ofte små og fragmenterte og må styrkes gjennom andre tiltak. Innenfor alders- og sykehjemsmedisin har det kommet mange nye og interessante ikke-medikamentelle behandlingsmåter overfor eldre demente som er interessant også i et forskningsperspektiv. Dette er heller ikke områder som tiltrekker seg forskningsmidler gjennom de vanlige mekanismene. Dette omtales videre i Legeforeningens innspill til delrapport Forskningskvalitet.

➤ *En reell satsing på forskning og innovasjon forutsetter at det settes av tid og ressurser*

Det bør være et overordnet mål for HelseOmsorg21 at kvalitetsarbeid, deriblant forskning og innovasjon, prioriteres på lik linje med produksjon. Dette gjelder både i primærhelsetjenesten og i kommunehelsesektoren. Legeforeningen mener forskning og innovasjon bør komme som en enda tydeligere bestilling fra myndighetene, og prioriteres av eiere og ledere på alle nivå i styring av helsetjenesten. Gode arbeidsbetingelser er en forutsetning for at helsepersonell skal rekrutteres til forsknings- og innovasjonsarbeid, og det må settes av tid og ressurser ikke minst for å sikre tilstrekkelig veiledning.

Næringsutvikling

➤ *Kommune og helseforetaksstrukturen må tas hensyn til i utvikling av tiltak for å øke innovasjonspotensialet*

På generelt plan vil Legeforeningen påpeke at rapporten er noe vanskelig skrevet og preget av «luftige» formulering, og at begrepsbruken kan virke svært fremmed for våre fagmiljø. Rapportens budskap ville vært enklere å gripe fatt i dersom rapporten var blitt grundigere gjennomgått språklig sett. Innovasjonstanken slik den presenteres i dokumentet er ikke umiddelbart forenlig med strukturene verken i kommunehelsesektoren og eller i foretakene. Legeforeningen tror det vil være nødvendig med et større samarbeid mellom Næringsutviklingsgruppen, Forskningskvalitetsgruppen og Kommunesektorgruppen.

➤ *Kultur for nyvinning er viktig også i kommunesektoren og primærhelsetjenesten*

I oppsummeringen står det at «Det må utvikles en kultur for innovasjon i norske universiteter, høyskoler og helseforetak. Innovasjon må bli en lovpålagt oppgave for helseforetakene og det må gis insentiver for innovasjon til universiteter og høyskoler.» Legeforeningen understreker at det er viktig å utvikle en *kultur* for nyvinning også i Kommunesektoren og primærhelsetjenesten. Kanskje særlig her. Sektoren bør derfor innlemmes også i tiltakene under del mål «Utvikle en kultur for innovasjon i universiteter, høyskoler og helseforetak».

➤ *All innovasjon lar seg ikke måle*

Systemer og modeller som måler og synliggjør effekt og verdiskapning av innovasjon kan være viktige virkemidler, særlig innenfor IKT og tjenesteinnovasjon. I rapporten anbefales det å sette måltall for innovative anskaffelser i helseforetakene og i kommunene. I denne sammenheng er det viktig å understreke at nyvinninger knyttet til ny organisering, nye måter å tenke på osv. ikke

lar seg måle på samme måte som verdien av et nytt produkt. Det er også forskjell på å måle *om* innovasjon foregår og *hvilken verdi* dette har.

Forskningskvalitet og internasjonalisering

➤ *Systemer for evaluering av forskningsaktivitet og forskningskompetanse bør gjennomgås*

Legeforeningen vil understreke at kvalitet må stå som en grunnforutsetning for prioritering og finansiering av all forskning, også i sammenheng med styrking av forskning knyttet til særlige samfunnsbehov som i dag står for svakt.

Hva som utgjør god kvalitet og systemet for hvordan vi avgjør dette bør drøftes ytterligere. Det er for eksempel vanskelig å få inn klinisk forskning, deriblant praksisnær allmennmedisinsk forskning, i prestisjefylte tidsskrifter – ett kriterium i «tellekant systemet». Legeforeningen mener grunnfinansieringen av viktige forskningsområder derfor må opprettholdes og styrkes. Det bør også utredes nærmere hvilke bibliometriske parametere som eventuelt skal prioriteres innen ulike forskningsmiljø.

➤ *All forskning har en praktisk nytteverdi*

Rapporten beskriver innledningsvis forholdet mellom grunnforskning og anvendt forskning. Begrepet «faglig nytteverdi» bør ikke brukes her. All forskning av god kvalitet, også såkalt nysgjerrighetsdrevet grunnforskning, vil ha en nytteverdi utover «forskning for forskningens skyld» som dette begrepet fort kan assosieres med. Veldig mye diagnostikk og behandling i dag bygger på forskningsresultater innen mange disipliner hvor man på ingen måte kunne forutsi den praktiske nytteverdi. Jf. røntgen, MR, stamcellebehandling, gensekvensering osv.

Nysgjerrighetsdrevet grunnforskning og problembasert anvendt forskning har derfor praktisk nytteverdi på hver sin måte. Dette kommer bedre frem i avsnittene om relevanskriteriet på side 6; «Det er en viktig formidlingsoppgave å kommunisere og legitimere at forskning som ikke umiddelbart virker relevant kan være viktig i et større perspektiv».

➤ *Livsvitenskap («Life Science») bør være en viktig satsing*

Behovet for translasjonsforskning henger nøye sammen med behovet for nærhet mellom basalmedisinsk forskning og klinisk forskning. Dette er viktig for å sikre overføring av kunnskap og implementering av forskning i praksis. Utdfordringen er å få disse to forskningsdisipliner til å spille mer sammen i et vekselspill slik at grunnforskningsresultater kommer raskere til anvendelse og resultater fra anvendt forskning inspirerer grunnforskningen. Dette kan man oppnå ved at grunnforskningsmiljøer og kliniske forskningsmiljøer har et tettere fellesskap.

Delrapporten bør ha større ambisjoner for tverrfaglighet ved å fremme behovet for livsvitenskap («Life Science»). Satsing på livsvitenskap går ut over translasjonsforskning ved at enda flere disipliner trekkes inn. Man bruker i denne sammenheng gjerne begrepet konvergens som en betegnelse på hvordan de tradisjonelle fagdisiplinene kan spille sammen for å fremme god forskning. Legeforeningen støtter en slik satsing hvor helseforskning og translasjonsforskning blir viktige elementer.

➤ *Rapporten gir ikke tilfredsstillende og entydig anbefalinger om hvordan vi skal løfte kvaliteten på primærmedisinsk forskning*

Delrapporten gir gode analyser av den generelle situasjonen i norsk forskning og en rekke gode forslag knyttet til spesialisthelsetjenesten. Disse tiltakene kan ikke uten videre overføres til

primærhelsetjenesten. Et hvert tiltak må ta inn over seg situasjonen som forskningsmiljøene på et område befinner seg i. Vilkår, rammer og behov for områder som allmennmedisinsk forskning og alders og sykehjemsmedisin er i dag svært annerledes enn for forskning som tradisjonelt foregår i spesialisthelsetjenesten. Det er også å anbefale at man tar utgangspunkt i den struktur som allerede er etablert og ikke ta sikte på å innføre nye strukturer som det er foreslått i rapporten under «tiltak». Vi skal være åpne for å tenke nytt – særlig knyttet IKT-sektoren og omsorgssektoren - men på noen områder er en styrking av eksisterende strukturer vel så bra.

For eksempel er forslaget om «sentra for forskningsaktivitet i primærhelsetjenesten etter modeller i Nederland og UK» som foreslått i rapporten ukjent for oss. Et viktigere tiltak er å sikre basisfinansieringen for de Allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) og sørge for basisbemanning herunder veiledningskompetente forskere. Forskningsmiljøene, Legeforeningen og HOD ble i oppstartsfasen enige om at en bærekraftig basisfinansiering var på minimum kr 20 millioner årlig fordelt på fire enheter. For 2012 ble det bevilget 14 mill. kr. Det kan også tilføres ytterligere midler til allmennmedisinske forskningsfond i henhold til kapasitet ved de allmennmedisinske forskningsenhetene. I tillegg er den nyopprettede forskerskolen i allmennmedisin et eksempel på godt tiltak.

Delrapporten foreslår også nettverk for forskning i pleie- og omsorgssektoren etter modell av landbrukssektoren. Legeforeningen mener det er et bedre forslag å fortsette arbeide med forskningsnettverk etter mønstre fra Storbritannia og Nederland som nevnt i delrapport om Kunnskapssystemet.

➤ *Det er behov for klinisk forskningsstøtte i helseforetakene*

I tillegg til støttefunksjoner knyttet til søknad om finansiering er det behov generell forskningsstøtte i helseforetakene. Gode tiltak er å tilby lokalforskningsstøttefunksjoner knyttet til bibliotekstjenester og administrasjon av forskningsaktivitet på helseforetakene, inkludert personaladministrasjon, økonomioppfølging av aktivitet og ressursbruk, fordeling av interne forskningsmidler osv.

➤ *Utvikling av biobanker og helseregistre for å sikre kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester må ta hensyn til personvern og taushetsplikt*

Videreutvikling av biobanker og helseregistre for å sikre kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester er bra og viktig. Legeforeningen støtter delrapportens analyser av behov på området. Legeforeningen forutsetter her at det tas hensyn til personvern og taushetsplikt. Når det gjelder forslaget om å innføre passivt samtykke, viser Legeforeningen til sitt høringsvar på forslag til ny Helseregisterlov. Det foreligger et forslag til ny personvernsforordning i EU som ser ut til å skjerpe inn krav til *aktivt* samtykke. Dette vil påvirke muligheten for å innføre tiltak slik fremmet i delrapporten. Legeforeningen minner om behovet for tekniske løsninger som ivaretar taushetsplikten og personvernet i tilstrekkelig grad.

Kunnskapssystemet

➤ *Utviklingen av EPJ-systemer i fastelegetjenesten utgjør ikke hovedproblemet for samhandling*

Det er behov for gode elektroniske systemer som bedre legger til rette for samhandling og kommunikasjon mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Det er imidlertid ikke EPJ-systemene i fastelegetjenesten som utgjør den største utfordringen for samhandling, selv om det fortsatt må gjøres et arbeid for å muliggjøre uttrekk av data til forskning. EPJ bruk- og utvikling hos fastlegene har ligget langt foran sykehusene og den øvrige kommunale helsetjeneste når det

gjelder mulighet for elektronisk kommunikasjon og klinisk bruk. Implementering av e-resept er et eksempel på dette. Det vises her til arbeidet med EPJ-løftet <http://www.refepj.no/epj-loeftet>.

Legeforeningen vil påpeke at potensialet for forbedring er større i utvikling av disse systemene på sykehus og i andre deler av kommunale pleie og omsorgstjeneste. Dette må i større grad tas med i delrapportens vurderinger og anbefalinger. Utvikling av elektronisk pasientjournal på nasjonal basis er et område som er avhengig av økte investeringer. Videreutvikling av arbeidet med nasjonal kjernejournal er her relevant. Det vises her til Legeforeningens policynotat «Bedre It-verktøy for trygg pasientbehandling» (6/2012) <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Policynotater-2012/Bedre-IT-verktoy-for-trygg-pasientbehandling-6-2012/>

➤ *Klassifikasjonssystemet ICPC må gjennomgå kritisk og kvaliteten hevet*

I tillegg til tiltak beskrevet i delrapporten, er det behov for en kritisk gjennomgang av klassifikasjonssystemet ICPC. Dette innspillet er relevant også for Kommunesektoren. Kodeverket er av stor betydning for presis journalføring og kommunikasjon/samhandling, men også for kvalitetsutvikling og forskning i allmennmedisin. God kvalitet i ICPC bruken påvirker også data for administrative og planleggingsformål i Primærhelsetjenesten. En rekke registre bygger på kodeverket, og bruken ligger til grunn for forvaltning av anslagsvis 40 milliarder kroner årlig. Legeforeningen mener manglende utvikling, oppdatering og feilretting av verktøyet, både internasjonalt og nasjonalt er et problem. Erfaringer fra forskning og fagutvikling tilsier at det er stort behov for utvikling og vedlikehold, samt å optimalisere bruken av diagnoseverktøyet.

➤ *Helsebiblioteket må ta med fagmiljøet på råd når de skal prioritere hvilke ressurser som skal prioriteres*

Digital og øyeblikkelig tilgang til kvalitetssikret kunnskapsstoff må bli en selvfølge i alle deler av tjenesten. Helsebiblioteket er en viktig ressurs som bør satses på, men det er viktig at fagmiljøet involveres i valg tjenester. Over 90 % av alle fastleger abonnerer på og bruker NEL (Norsk elektronisk Legehåndbok). Dette verktøyet er tilpasset norsk virkelighet og sykdomspanorama. Helsebiblioteket har valgt å avslutte abonnementet, men Legeforeningen er blitt gjort kjent med at BMJs Best practice ikke klarer å fylle NEL sin funksjon. Det vises til at Det danske Sunnhetsvesen har valgt å kjøpe rettighetene til NEL og har oversatt og vedlikeholder en dansk offentlig versjon www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/

➤ *Lovpålagt forskning og utdanning forutsetter en kapasitet som i dag ikke finnes*

Et «sørge for ansvar» for forskning i primærhelsetjenesten kan være nyttig, men Legeforeningen vil advare mot å innføre lovpålagt forskning uten at dette følges av en gjennomtenkt plan og tilstrekkelig med ressurser. En for raskt innføring vil påvirke kvaliteten på forskningen. Plikt til forskning krever kapasitet og kompetanse som i dag ikke finnes i tilstrekkelig grad.

Forslagene om å innrette utdanningene mot primærhelsetjenesten, legge om studieplaner og sikre tilstrekkelig antall praksisplasser i kommunene krever også ytterligere økning av legekapasitet, der i blant lærer- og veiledningskapasitet. For å nå målet om styrking av kunnskapsbasert praksis er det i større grad en omlegging av studieplaner, et behov for å kvalitetssikre nye praksisplasser. Legeforeningen mener det bør gjøres en vurdering av om plikt til undervisning ikke bør lovfestes men heller baseres på avtaler. Dette vil i større grad legge til rette for og sikre en pool av praksislærere som er motivert og egner seg til rollen.

➤ *Nærhet mellom forskning og klinikk er essensielt for implementering på alle tjenestenivå*

En viktig forskjell mellom forskning i klinisk medisin (spesialisthelsetjenesten) og annen helse- og omsorgsforskning, er at aktive klinikere innen klinisk medisin også kan være forskere mens dette ikke er vanlig innenfor omsorgsfag og andre helsefag uavhengig av hvilket tjenestenivå som er i fokus. Det bør framgå eksplisitt i dokumentet fordi dette er et av de elementene som skaper avstand mellom forskningsbasert kunnskap og implementering, og mellom praksis og de forskningsspørsmålene som reises.

Kommunesektoren

➤ *Fagmiljøet må involveres utvikling av struktur og samarbeidsmekanismer for å styrke tverrfaglighet og innovasjon tilpasset kommunehelsetjenesten*

Legeforeningen vil trekke frem Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) som et konkret eksempel på innovativt organiseringsform som bør nevnes i rapporten. Dette er et nybrottsarbeid og en organisasjonsform som vil bidra til å overføre ny kunnskap og bidra til bedre utnyttelse av ny og eksisterende kunnskap, et hovedmål i rapporten om Kunnskapssystemet.

➤ *Techonology transfere offices (TTOer) må ha tilstrekkelig volum og erfaring*

De norske TTO som er etablert rundt universitetene og universitetsklinikkene trenger erfaring og volum. Det bør sikres at vi ikke etablerer for mange små enheter av denne typen med forskjellig arbeidsform og personale med begrenset erfaring.

Se ellers både Legeforeningens Generelle innspill, og innspill til Forskningskvalitet og Kunnskapssystemet. Disse innspillene er også relevant for Kommunesektoren.

Global helseutfordringer

Våre tidligere innspill er i stor grad tatt med i rapportutkastet. Vi vil i tillegg påpeke følgende.

➤ *Forskning på ulikheter i helse er også relevant i norske forhold*

Rapporten tar for seg mange gode elementer, men Legeforeningen vil påpeke at ulikheter i helse også gjelder Norge. Forskjeller i utdanning, arbeidsforhold, bolig, tilgang på sunn mat har betydning for helsesituasjonen for den norske befolkningen. Det er derfor viktig at HelseOmsorg21 utformer strategier for å innhente norske data av god kvalitet om fordeling av sykdomsbyrden i befolkningen. Dette bør spesielt omhandle psykisk helse og andre sårbare grupper som rusmisbrukere, ikke-vestlige innvandrere og innsatte i norske fengsler. En større overføring av kunnskap om globale forhold og norske forhold er nyttig.

➤ *Mental helse bør nevnes eksplisitt*

Mental helse nevnes som en del av gruppen ikke-smittsomme sykdommer. I mental helse bør få en mer selvstendig plass. Det er et behov for særskilt satsing på å kartlegge mental helse, bedre tilgang til helsetjenester og til virksomme medikamenter.

Det medisinsk – odontologiske fakultet
Universitetet i Bergen
Jonas Lies vei 79

5053 Bergen

Deres ref:

Vår ref: 13/4924

Dato:XX.01.2014

Høring om ny studieplan i medisin ved Det medisinsk – odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Legeforeningen viser til forslag til ny studieplan for profesjonsstudiet i medisin ved Det medisinsk – odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen (UiB).

Forslaget til ny studieplan for profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Bergen ble behandlet av Legeforeningens sentralstyre den 15. januar d.å. Kommentarene fra høringsinstansene er lagt til grunn ved utarbeidelsen av Legeforeningens høringsuttalelse.

Legeforeningens synspunkter oppsummeres i følgende punkter:

Legeforeningen stiller seg i hovedsak positiv til forslag til ny studieplan for medisinstudiet ved Universitetet i Bergen, men Legeforeningen er i mot en innføring av bachelor – master inndeling av studiet. Det foreligger også formelle hindringer for innføring av en treårig master i dag.

Det har vært få endringer i studieplanen ved profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Bergen de senere år, og foreningen ser behov for omlegginger i studieplanen, jfr. de interne og eksterne faktorer som tas opp i forslaget som årsaker for omlegging. Spesielt vil Legeforeningen kommentere som positivt at det innføres studentaktiviserende læringsmetoder i studiet.

En sterkere integrering mellom basalfag, teori og pasientnær klinisk undervisning, samt fokus på trening i kliniske ferdigheter, er positivt. Det er viktig at tradisjonell klinikk integreres bedre i første del av studiet for å motivere studentene og for at de tidlig blir kjent med det yrket de har valgt.

En studieplan som er tilpasset dagens legerolle og de endringer som skjer i samfunnet, helsetjenesten, medisinsk kunnskap og teknologi, er hensiktsmessig. Det er svært viktig med en tydeliggjøring av yrkesutdanningen og sterkere vektlegging av identitet som lege.

Forslag til målsetning for profesjonsstudiet i medisin ved UiB

Legeforeningen har ingen vesentlige innsigelser til forslaget til målsetning for profesjonsstudiet i Bergen. Slik målsetningen er foreslått formulert vil den gi en bred faglig plattform for kvalifisering til turnustjenesten og videre spesialisering. Målet må være å utdanne gode generalister som har den nødvendige kompetansen til å arbeide som lege i alle deler av landet og som har et godt teoretisk og praktisk grunnlag for videre spesialisering i alle spesialiteter.

Forslag til makrostruktur for profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Bergen

Høringsinstansene er særlig bedt om å se på forslag til makrostruktur for profesjonsstudiet i medisin, dvs. til inndeling/organisering av studiet. Forslaget er delt opp i 48 punkter. Legeforeningen vil kommentere noen av punktene i det følgende:

Forslag om bachelor – master -inndeling av studiet

Det blir foreslått å dele medisinstudiet inn i en treårig bachelor- og en treårig masterdel. Bakgrunnen for forslaget er at profesjonsstudiet i medisin skal få samme inndeling som andre universitetsstudier.

Etter innhentet informasjon fra Kunnskapsdepartementet (KD) åpner ikke dagens forskrift for en mastergrad utover to år, *forskrift om krav til mastergrad*. Når det foreligger formelle hindringer for innføring av en mastergrad utover to år, anser Legeforeningen det som lite aktuelt å innføre den modellen til master som er foreslått fra Det medisinsk - odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen.

Det er grunn til å anta at de studentene som ønsker å studere medisin har som mål å gjennomføre hele medisinstudiet og få autorisasjon som lege. Det synes ikke hensiktsmessig å dele studiet inn i to bolker når målet er at studiet skal være et kontinuerlig løp mot autorisasjon som lege. Det synes også uklart hva slags kunnskaper studentene skal ha etter tre års studium. Legeforeningen har vansker med å se at inndeling i bachelor- og masterdel er i samsvar med eller støtter den overordnede målsetting for studiet. Selv om det legges opp til at studentene i hovedsak skal fullføre hele studiet, fremgår det også at studenter kan avslutte etter bachelordelen. Vi ser ikke at et slikt «halvveis medisinstudium» er i tråd med politiske føringer eller behov i befolkningen.

Akademikerne og Legeforeningen uttalte seg i forbindelse med Stortingsmelding 13, Utdanning for velferd, 26.3. 2012. I Stortingsmeldingen ble det foreslått å dele medisinstudiet i en bachelor – og mastergrad. Legeforeningen var imot forslaget den gang og er det også i dag. Vi nevner bl.a. at ifm. innføringen av Kvalitetsreformen for snart 12 år tilbake var det stor enighet om at profesjonsutdanningene ikke skulle omgjøres til bachelor – masterutdanning. Begrunnelsen for dette var bl.a. myndighetenes behov for kontroll når det gjelder hvilken kompetanse den enkelte kandidat har ved avsluttet studium, for eksempel som nyutdannet lege. Erfaringer viser, bl.a. fra Danmark etter at de innførte bachelor – master for vel 10 år tilbake, at enkelte studenter etter bytte av studiested etter bachelor, har manglet vesentlige kunnskaper i essensielle fag.

Pleiepraksis

Det foreslås at studentene i andre studieår starter med et fire ukers høstkurs om pleiepraksis på sykehjem. Hensikten er at studentene skal få en innføring i pleie og omsorg, samt hygieniske prosedyrer i helsevesenet. Det fremgår at kurset skal kvalifisere dem til å kunne ta arbeid på sykehjem eller i sykehus. I tillegg skal studentene kunne dokumentere at de enten før eller i løpet av andre studieår skal ha arbeidet fire uker på et sykehjem. Det fremgår ikke om dette skal være hospitering eller lønnet arbeid. I lys av hvordan situasjonen har vært enkelte steder når det gjelder å skaffe seg turnusplass, er det viktig at dette ikke er gratisarbeid. Foreningen kan heller ikke se at det er hensiktsmessig med en så omfattende utdanning i sykehjemsmedisin uten strukturert supervisjon og klare, definerte læringsmål, når målsetningen med utdanningen er å utdanne studentene til leger.

Det synes for øvrig som at sykehjemsmedisinen er fornuftig plassert i studieplanen.

Inndeling av studiet i søyler – fagsøyle, profesjonssøyle og akademisk søyle

Studiet foreslås organisert etter tre langsgående søyler. Dette synes som en fornuftig oppbygning, og søylene er lett gjenkjennbare i planen.

Forskningsundervisningen med statistikk, evidensbasert medisin og epidemiologi inngår i den akademiske søylen. Forslaget legger ikke opp til noen egen evaluering i disse fagene. Selv om søylene er retningsgivende og ikke utgjør noe klart skille, kan det stilles spørsmål ved inndelingen dersom den vitenskapelige forankringen i for eksempel den kliniske delen av undervisningen ikke kommer frem.

Det er viktig å unngå «curriculum overload». Legeforeningen håper dette blir hensyntatt i den videre planleggingen ettersom man har lagt strenge rammer for antall timeplanfestede undervisningstimer. Det er også viktig at det arbeides systematisk med læringsmål og sammenheng mellom disse og testing til eksamen.

OSCE-tester er en god vei å gå for å gi systematisk tilbakemelding der studentene trenger det i kliniske ferdigheter. Legeforeningen mener OSCE - eksamener med fordel kunne vært brukt hyppigere enn to ganger i løpet av hele studiet. Denne eksamensformen egner seg spesielt godt fordi studentene får mulighet til å demonstrere klinisk resonnement, praktiske ferdigheter og evne til muntlig (og skriftlig) fremføring som også inkluderer kommunikasjon.

Styrking av allmennmedisin og eldremedisin

Det er lagt til grunn at undervisning i primær- og allmennmedisin styrkes. Dette er satsninger som støttes. Dette samsvarer også bra med endringer i befolkningens behov og føringer i Samhandlingsreformen.

Det er også positivt at utplasseringsperioden i allmennmedisin økes fra fire til seks uker. Foreningen vil imidlertid påpeke at det ikke per i dag foreligger gode nok strukturelle løsninger for utplasseringen. Den er i for stor grad basert på dugnad og kostnadsdekning fra legenes side. Veilederne må påregne at arbeidstiden reduseres. Dersom de strukturelle forholdene for utplassering var bedre, var det antageligvis flere leger som kunne tenke seg å delta i denne undervisningen. Det må gjøres avtale med den enkelte lege om omfang av ordningen og økonomi. Ordningen må ikke på noen måte bære preg av eller være basert på pålegg.

Imidlertid uttrykkes det i samme punkt at andre fag må reduseres med 10 – 25 % for å få plass til mer allmennmedisin. Det synes som lite hensiktsmessig at andre fag skal reduseres med opptil 25 %.

Tutorgrupper

Tutorgrupper, der 5. års studenter fungerer som tutorer/veiledere, er en god undervisningsmetode og den er for øvrig godt begrunnet.

Utplassering i praksis

Forslaget inneholder mange gode intensjoner når det gjelder bruk av pedagogiske metoder. Legeforeningen støtter spesielt forslaget om bruk av studentaktiviserende læringsmetoder. Foreningen er imidlertid opptatt av at det tilføres nødvendige ressurser til dette, fordi studentaktiviserende metoder gjennomgående er mer ressurskrevende enn lærerstyrte metoder. Det er også avgjørende for innføring av studentaktiviserende metoder, som teambasert læring, at lærerne får grundig skoleing i metodikken for å sikre at metodene fungerer etter hensikten.

Forslaget til studieplan inneholder en rekke utplasseringsperioder i helsetjenesten utenfor Haukeland universitetssykehus, dette er nødvendig slik helsetjenesten i dag er organisert.

Både utplassering og tutorgrupper er imidlertid ressurskrevende administrativt og i forhold til å rekruttere undervisningspersonell. Det er viktig at slike tiltak følges opp av økte budsjetter slik at ikke øvrig forsknings- og undervisningspersonell rammes av budsjettkutt.

Fagene

Legeforeningen kunne ønsket en bredere drøfting og vurdering av behov for lærerkrefter og dimensjonering av lærerstab i forhold til undervisningsfagene og tyngden av disse.

Undervisningsfag - dimensjonering

Enkelte fagmedisinske foreninger og spesialitetskomiteer i Legeforeningen har kommentert dimensjoneringen av eget fag i forslaget til ny studieplan. Enkelte av de store fagmedisinske foreningene og spesialitetskomiteene har ikke avgitt høringssvar og har derfor ikke kommentert dimensjoneringen av eget fag.

Patologi

Patologi er et grunnleggende fag for forståelsen av klinisk medisin. Undervisningen det legges opp til i forslaget til ny studieplan er etter fagmiljøets vurdering ikke tilstrekkelig.

Den eneste patologiundervisningen som foreslås er forelesninger i basal patologi. Patologiundervisningen må opprettholdes på dagens nivå. Det er bl.a. ikke spesifisert i studieplanen hvordan man har tenkt å undervise i normal histologi, som er grunnlaget for videre tilegnelse av kunnskap i patologi. Videre er undervisning både i makroskopisk- og i mikroskopisk organpatologi helt nødvendig for den kliniske forståelsen.

Det legges også opp til at ikke-patologer skal undervise i patologi innenfor et klinisk emnefelt, noe vi mener er uheldig. Det fremholdes at patologiundervisningen må holdes av patologer.

Klinisk farmakologi

Undervisningen i klinisk farmakologi må styrkes.

Utdanningen av leger i Norge i dag må styrke legens rolle som pasientens legemiddelansvarlige fagperson. Legen har en viktig rolle som veileder for pasienter i forhold til kompliserte og lettvinne behandlingstilbud. Erfaringer viser at mange leger kan være usikre når det gjelder legemiddelbehandling, noe etterspørselen etter styrket utdanning i farmakologi kan være et tegn på.

Det er positivt at deler av farmakologifaget er tenkt integrert med klinisk undervisning, ref. side 13, punkt 25 i «Forslag til makrostruktur for profesjonsstudiet i medisin».

Gynekologi

Gynekologi og fødselshjelp foreslås redusert i undervisning/læringsmål. Det foreligger ingen begrunnelse på hvorfor faget skal reduseres. Legeforeningen mener man må se nøye på hva en slik reduksjon har å si for studentenes læringsutbytte. Spesialister i faget gynekologi og fødselshjelp bør undervise i faget.

Psykatri

I forslaget er det lagt opp til at psykiatri kommer relativt tidlig i studiet, dvs. i tredje studieår. Fagmiljøet i psykiatri mener det vil være mer utbytterikt for studentene om psykiatrifaget kommer noe senere. Da vil studentene ha bredere medisinsk kunnskap og de vil sannsynligvis ha tilegnet seg større etiske og kommunikative ferdigheter.

Medisinsk mikrobiologi

Medisinsk mikrobiologi er ikke nevnt som gjennomgående fag i studieplanen, men Legeforeningen regner med at faget skal inn og vil i den sammenheng påpeke viktigheten av at faget blir tydeliggjort og undervist av spesialister.

Allergologi

Ved gjennomgang av forslag til ny studieplan kan vi ikke finne spesifisert undervisning i allergologi. Det vil da bli opp til den enkelte spesialitet å undervise i disse temaene, og undervisningen vil sannsynligvis bli mer fragmentert og «tilfeldig» enn en mer samlet, helhetlig undervisning. Vi oppfordrer derfor til at man ved oppstart av ny studieplan sikrer at allergologien får en konkret plass til samordnet og tverrfaglig undervisning. Fagmiljøet uttaler at de finner det naturlig å benytte regionalt kompetansemiljø i allergi og overfølsomhetssykdommer i dette arbeidet. Dette vil sikre en god utdanning av nye leger.

Legeforeningens konklusjoner

Legeforeningen stiller seg i hovedsak positiv til forslag til ny studieplan for profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Bergen, men er i mot innføring av bachelor – masterstruktur i medisinstudiet. Dagens forskrift om mastergrad åpner ikke for en mastergrad utover to år.

Målet må være å utdanne gode generalister som har den nødvendige kompetansen til å arbeide som lege i alle deler av landet, og som har et godt teoretisk og praktisk grunnlag for videre spesialisering i alle spesialiteter.

Den omfattende bruken av personell til undervisning, som studieplanen forutsetter, må følges opp med tilstrekkelige ressurser.

Den norske legeforenings sentralstyre
Etter fullmakt

Geir Riise
generalsekretær

Bjarne Riis Strøm
fagdirektør

Saksbehandlere: Øydis Rinde Jarandsen,
telefon 23 10 91 05/
Åse Brinchmann- Hansen, telefon
23 10 91 02