

**Fullført og godkjent den 17.3.2014**

## **Referat**

**fra**

### **Sentralstyrets møte 11.3.2014**

**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 Bjarne Riis Strøm, Erling Bakken, Jorunn Fryjordet

Fra sekretariatet møtte i hele eller deler av møtet: Knut Braaten, Hanne Riise Hansen, Gorm Hoel, Mattis Dahl Åmotsbakken, Sara Underland Mjelva, Anne Ringnes, Olve Moldestad, Hanne Gilleboe-Blom, Kari Schrøder Hansen, Ida Waal Rømuld, Øydis Jarandsen, Audun Fredriksen, Stein Runar Østigaard

Referent: Anne Torill Nordli

Revisor RSM Hasner Kjelstrup & Wiggen AS v/ Paul Thomassen og Benedikte Borgersen og møtte sentralstyret i forkant av behandling av sak 4.01.

## **I           Politikk og strategimøte**

### ***Politikk- og strateginotater:***

Notat 1:       Månedens mediebilde

Notat 2:       Legeforeningen som mulig aktør vedrørende utarbeidelse av faglige veiledere og retningslinjer (14/110)

Notat 3: Viktige saker i regjering og Storting  
Notat 4: Aktuelle landsstyresaker

### ***Orienteringssaker***

Kvalitetsfondets årsmelding 2013

Inntrykk fra Legeforeningens seminar for IT-interesserte leger, Hotell Park Inn Gardermoen 10.-11. februar 2014

### ***Rapporteringer og kommentarer:***

Trinn 2-kurs for tillitsvalgte i Bergen, 56 tillitsvalgte deltok

Styremøte i allmennlegeforeningen tirsdag 18.3

Spesialitetsstruktur – arbeid pågår

Turnustjeneste og kapasitet

Erfaringskonferanse om turnus i regi av Spekter

Norsk forening for allmennmedisin - møte med KS Helse og velferd

Styremøte SKIL (Senter for kvalitet på legekontor)

Norsk forening for allmennmedisins: Orienteringsmøte Hdir, allmennhelseavdelingen

Forberedelser til forhandlinger

Allmennlegeforeningen: Medlemsmøter i Valdres, Trondheim, Tønsberg

Møte 20.2 med adm.dir Peder Olsen, Helse Sør-Øst, adm.dir Bjørn Erikstein, OUS og konst. adm-dir. Ahus, Stein Vaaler

Regionutvalgsmøte Helse Sør-Øst 10.3

Møte med statssekretær Erlandsen 27.2 – Nasjonal sykehusplan og videre fremdrift

25.2 [Høring ekstern ekspertvurdering av hovedstadsprosessen](#)

Brev fra Utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse – forslag til forbedring av miljø- og klimaprofil

Brev fra Carl Ditlef Jacobsen vedrørende tiltak for tobakksfritt Norge

Bruk av konsulenttenester fra Geelmuyden.Kise

Sykefravær i sekretariatet i 2013 var 4,41%, dvs en nedgang i fravær sammenlignet med 2012

Lederutviklingskurs for ledere i sekretariatet oppstart 17.3

Generalsekretær Geir Riise er valgt til leder av valgkomiteen i Akademikerne.

Spørsmål til HOD vedrørende utsatt frist [på høring om reservasjonsordning for fastleger](#) ikke imøtekommet

Nyhetsbrev nr 2 er sendt til Lokalforeningene

Møte i HOD 6.3 vedrørende avtalespesialistene (RHF, Legeforeningen, Psykologforeningen, HOD, Hdir).

Møte mellom Of og PSL 20.3. Tema: Organisering avtalespesialister

Ny [IA-avtale](#) fra 4.3

## **II Beslutningsmøte**

**Sak 40/14 Satsingsområde forebygging – tidspunkt og program workshop**  
(1.01-1480)

Forebygging er valgt som satsningsområde for perioden 2013-2015. Hovedbegrunnelsen for at dette ble valgt som satsningsområde/kommunikasjonsområde er at Legeforeningen i perioden 2011-2013 har utviklet politikk for området. Legeforeningen har etter dette markert seg som en viktig aktør og en pådriver innen folkehelsepolitikken. For å videreutvikle Legeforeningens budskap ytterligere vedtok sentralstyret 13.2. 2014 at det skal avholdes en workshop. Tentativt program og dato ble drøftet, og sentralstyret ønsket noen innholdsmessige endringer i programmet. Sekretariatet la frem revidert program samt forslag til nytt tidspunkt for workshop.

**Vedtak**

Sekretariatet igangsetter arbeidet med workshop om forebygging 16.6.2014. Det forutsettes at workshop kan gjennomføres innenfor sekretariatets ordinære budsjettmidler.

**Sak 41/14 Arendalsuka – Legeforeningens engasjement**  
(1.02-14/15)

Arendalsuka (12.- 16. 8) er en årlig, politisk uavhengig møteplass hvor nasjonale aktører innenfor politikk, samfunns- og næringsliv møter hverandre og befolkningen for debatt og utforming av politikk for nåtid og framtid. Akademikerne har igangsatt et arbeid som har som siktemål å gjøre folkehelse til tema for politisk debatt 12.8. Folkehelse er et av Legeforeningens satsningsområder og sentralstyret vedtok 15.1. 2014 at Legeforeningen også i år skal delta på Arendalsuka og at Akademikernes fellesprosjekt er en sentral arena. Arbeidsgruppen som har ansvar for oppfølging av satsningsområde 4 styrket forebyggende arbeid mener at Legeforeningen i tillegg til Akademikernes arrangement også skal delta med egne aktiviteter i Arendalsuka.

**Vedtak**

Legeforeningen vil, i tillegg til å bidra til Akademikernes arrangement, også delta med egne aktiviteter under Arendalsuka. Arbeidsgruppen som har ansvar for satsningsområde folkehelse kommer tilbake til sentralstyret med forslag til opplegg.

**Sak 42/14 Tobakksfritt – felles politisk plattform**  
(1.03-13/1143)

Tobakksforebygging er avgjørende for å bedre folkehelsen og utjevne sosiale helseforskjeller. Legeforeningen er en etterspurt premissleverandør i arbeidet, og gjennom alliansen Tobakksfritt arbeider Legeforeningen målrettet for å bidra til et tobakksfritt samfunn. Sentralstyret behandlet 6.12. 2013 utkast til politisk plattform for Tobakksfritt. På bakgrunn av innspill fra medlemsorganisasjonen i Tobakksfritt er det utarbeidet et endelig forslag til felles politisk plattform som man ønsket Legeforeningens tilslutning til.

**Vedtak**

Sentralstyret ga tilslutning til politisk plattform for Tobakksfritts videre arbeid, men ønsket at dokumentet skulle være enda mer offensivt når det

gjelder virkemidler for å realisere et tobakksfritt samfunn. Legeforeningen har et tobakksfritt samfunn som mål, og vil arbeide for at tobakk utfases innen 2035. Sekretariatet arbeider videre med å justere plattformen i tråd med drøftingene i sentralstyremøtet.

**Sak 43/14 Veivalgsnotat – statusrapport legevakt 2015**

(1.04-13/3650)

Legetjenester i kommunene et av Legeforeningens satsingsområder, og i den forbindelse er det besluttet at Legeforeningens statusrapport for 2015 skal omhandle legevakt. En referansegruppe nedsatt av sentralstyret bistår sekretariatet i arbeidet med statusrapporten. Sentralstyret ble orientert om arbeidet med statusrapporten. Sekretariatet presenterte forslag til endringer i struktur og aktuelle veivalg om innhold og behandlingstilbud. Veivalgene har fremkommet etter møter referansegruppen.

**Vedtak**

Sekretariatet jobber videre med statusrapporten i tråd med tilbakemeldingene fra sentralstyret.

**Sak 44/14 Sammenlignende studie av finansieringssystemer og politiske beslutningsprosesser i Norden**

(1.05-14/1201)

Legeforeningen fikk i 2010 og 2013 utarbeidet uavhengige utredninger om investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten. Sekretariatet opplever at investeringsrapportene har bidratt til en felles forståelse av tilstanden og investeringsbehovet i spesialisthelsetjenesten. Rapportene har også hatt politiske gjennomslag, i den forstand at de har preget den nasjonale debatten om finansiering av norske sykehus og om nasjonal helse- og sykehusplan. Sekretariatet mener det er viktig å holde trykket for økte midler til investeringer oppe, og la fram et kort notat med en skisse til en framtidig rapport om finansieringssystemer for investeringer i helsetjenestene og politiske beslutningsprosesser i Norden. Det er særlig handlingsrommet for investeringer i helsetjenestene i henholdsvis Danmark og Sverige som er av interesse. En eventuell rapport vil utdype tema fra de to foregående uavhengige investeringsrapportene. Sentralstyret diskuterte forslaget om en ny rapport om finansieringssystemer for investeringer i helsetjenestene og politiske beslutningsprosesser i Norden.

**Vedtak**

Sekretariatet bes om å ta kontakt med aktuelle utredningsmiljøer, utvikle et utkast til oppdragsdokument og sette opp et forslag til budsjett for en rapport før saken legges frem for sentralstyret.

**Sak 45/14 Høring – Rapport fra utvalg om lønnsdannelsen (Holden III)**

(2.02-14/263)

Holden utvalget III hadde avgitt sin utredning som var på høring innad i Akademikerne. Utvalget skulle se på utfordringer for konkurranseutsatt sektor og på lønnsdannelsen i Norge. I Europa er Norge i en særskilt situasjon. Vi har lav arbeidsledighet og høy sysselsetting, samtidig som finanskrisen i 2008 har hatt mindre innvirkning i Norge enn det den har hatt i andre land. I fremtiden, hvor

Norge vil oppleve synkende inntekter fra olje- og gassektoren, vil vi måtte finne andre eksportnæringer som er avhengig av rammebetingelser som sikrer nødvendig lønnsomhet. Det inntektspolitiske samarbeidet og den norske lønnsforhandlingsmodellen må støtte opp under en balansert utvikling over tid, med fortsatt lav ledighet og en høy sysselsetting. I utvalget er ikke forholdet mellom eierkapital og lønnsutvikling problematisert.

**Vedtak**

Utkast til høringsuttalelse godkjennes med enkelte endringer og oversendes Akademikerne. Vedlegg 1.

**Sak 45/14 Høring – Forslag til forskrift om Norsk helsearkiv og helsearkivregisteret**  
(2.03-13/5496)

Helse- og omsorgsdepartementet hadde sendt på høring forslag til ny forskrift om Norsk helsearkiv og helsearkivregisteret. Formålet med registeret var å motta og sikre pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten for ettertiden, samt å tilgjengeliggjøre materialet for forskning, for pårørende og for andre i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Sekretariatet hadde utarbeidet et forslag til høringssvar der Legeforeningen ga sin tilslutning til forslaget, med forbehold for nærmere merknader i svarbrevet.

**Vedtak**

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

**Sak 47/14 Søknad fra Norsk selskap for Trombose og Hemostase om godkjenning som spesialforening**  
(2.04-13/1582)

Norsk selskap for Trombose og Hemostase (NSTH) søkte 22.3. 2013 om godkjenning som spesialforening. Behandlingen av søknaden ble satt i bero i påvente av et sentralstyrenedsatt arbeid med spesialforeningsstrukturen. På landsstyremøtet i Alta 2013 ble det vedtatt endringer i vilkårene for status som spesialforening i Legeforeningen. Søknaden har vært på høring i avdelingene og spesialforeningene i samsvar med Legeforeningens lover § 3-9-1 (1). Saken fremlegges for vedtak i sentralstyret.

**Vedtak**

Søknad fra Norsk selskap for Trombose og Hemostase om godkjenning som spesialforening innvilges.

**Sak 48/14 Spesialforeningsstrukturen – fornyet vurdering av spesialforeningene etter lovendringene på landsstyremøtet 2013**  
(2.05-13/501)

På Landsstyremøte i Alta 3.-5.6. 2013 ble det vedtatt lovendringer i spesialforeningsstrukturen. Spesialforeninger som ikke oppfyller kravene etter de nye lovene kan, etter vedtak i sentralstyret, miste status som spesialforening. Med bakgrunn i landsstyrets vedtak har alle spesialforeninger blitt kontaktet og bedt om å søke ny godkjenning. Spesialforeningen Eldre legers forenings status berøres ikke av endringene i lovene.

### **Vedtak**

Etter vurdering av spesialforeningene i forhold til de nye lovene anses følgende spesialforeninger å kunne gis fortsatt godkjenning: Medisinsk forening for nevrohabilitering, Norsk flymedisinsk forening, Norsk forening for Allergologi og Immunpatologi, Norsk forening for idrettsmedisin og fysisk aktivitet, Norsk forening for intervensjonsradiologi, Norsk forening for maritim medisin, Norsk forening for palliativ medisin, Norsk forening for smertemedisin, Norsk forening for traumatologi, akutt- og katastrofemedisin, Norsk militærmedisinsk forening, Norsk selskap for Craniofacial kirurgi og Norsk trygdemedisinsk forening. Tilsvarende gjelder Norsk forening for alders og sykehjemsmedisin og Norsk selskap for akuttmedisin som ble godkjent av sentralstyret i desember 2013.

Følgende spesialforeninger anses ikke lenger å fylle vilkårene som spesialforening i Legeforeningen, og mister sin status: Foreningen for norske leger i utlandet, Norsk forening for håndkirurgi, Norsk forening for pediatrik radiologi, Norsk forening for reumakirurgi, Norsk forening for thoraxradiologi og Norsk nevrologisk forening.

Norsk forening for leger i legemiddelindustrien gis en frist innen utgangen av året på å dokumentere at de oppfyller kravene for å opprettholde status som spesialforening i Legeforeningen.

### **Sak 49/15 Høring – Plan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i Helse Sør-Øst mot 2020.**

(2.06-14/525)

Helse Sør Øst RHF hadde sendt på høring forslag om plan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen fram mot 2020. Planen er utarbeidet av en arbeidsgruppe der blant annet PSL har vært representert. Planen viser blant annet til at ønsket geografisk fordeling og bedre samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak ikke er oppnådd i ønsket grad.

### **Vedtak**

Utkast til høringsuttalelse godkjennes med enkelte endringer og oversendes Helse Sør-Øst RHF. Vedlegg 3.

### **Sak 50/14 Den norske legeforenings fond for forebyggende medisin – pristildeling 2014**

(3.01-14/252)

Fra en sakkyndig komité forelå innstilling til vinner av pris fra Den norske legeforenings fond for forebyggende medisin.

### **Vedtak**

Sentralstyret tildeler pris fra Den norske legeforenings fond for forebyggende medisin 2014 i henhold til innstilling fra den sakkyndige komiteen. Prisen er på kr 30 000. Forfatter av artikkelen inviteres til prisutdelingen.

### **Sak 51/14 Presisering av Legeforeningens standpunkt vedrørende omskjæring av gutter**

(3.02-14/669)

Det var varslet at lovregulering av omskjæring av guttebarn skulle komme våren 2014. Legeforeningen hadde nylig sendt et brev til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) med forespørsel om gjennomgang av de etiske og barnnerettslige forhold ved omskjæring. Det var behov for tydeliggjøring av Legeforeningens standpunkt i saken sett i relasjon til tiden som var gått fra høringsvar var avgitt i 2011.

#### **Vedtak**

Legeforeningen mener at omskjæring av gutter kun skal gjøres på medisinsk indikasjon eller med informert samtykke av personen det angår. Omskjæring på ikke medisinsk indikasjon skal ikke være en del av det offentlige helsetilbudet og helsepersonell kan ikke pålegges å utføre eller bistå med inngrepet. Eventuelle inngrep skal skje av kompetent lege og under forsvarlig forhold.

#### **Sak 52/14 Utviklingsområde psykisk helse og rus**

(3.03-14/707)

Legeforeningen hadde satt i gang et prosjekt for å operasjonalisere utviklingsområdet psykisk helse og rus. Formålet med prosjektet var å utvikle og styrke Legeforeningens faglige plattform slik at foreningens politiske gjennomslagskraft blir styrket. Det var nedsatt en prosjektorganisasjon som inkluderte to arbeidsgrupper bestående av representanter fra relevante fagmedisinske foreninger. Arbeidsgruppene skal jobbe parallelt med henholdsvis rus og psykisk helse. To store tiltak var planlagt, oppstartseminar våren 2014 og workshop høsten 2014.

#### **Vedtak**

Sentralstyret gir sin tilslutning til framdriftsplan for utviklingsområdet.

#### **Sak 53/14 Sykmeldingsdiagnose ved arbeidsuførhet som følge av livsbelastninger**

(3.04-11/6148)

Som oppfølging av sentralstyrets behandling 26.9. 2013 av Politikk- og strateginotat om Sykmeldingsdiagnose ved arbeidsuførhet som følge av livsbelastninger hadde sekretariatet utformet utkast til brev til Arbeids- og sosialdepartementet.

#### **Vedtak**

Utkast til brev godkjennes og oversendes Arbeids- og sosialdepartementet med kopi til Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **Sak 54/14 Godkjenning i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin**

(3.31-14/10)

Sekretariatet fremla liste over leger som kan godkjennes.

#### **Vedtak**

Godkjent ble:

Heald, Margaret Anne

Myhre, Jan

Olsson, Svein-Jørund  
Sletvold, Bjørn  
Strandberg, Guro Åshild Grimstad

**Sak 55/14 Utredning av smertemedisin som kompetanseområde – oppnevning av Arbeidsgruppe**

(3.32-13/5069)

Sentralstyret vedtok 6. desember 2013 å nedsette en arbeidsgruppe for å utrede smertemedisin som kompetanseområde. Norsk forening for smertemedisin, Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, Norsk anestesilogisk forening, Norsk revmatologisk forening, Norsk nevrologisk forening, Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, Norsk ortopedisk forening, Norsk psykiatrisk forening, Norsk gynekologisk forening, Norsk gastroenterologisk forening og Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi var bedt om å foreslå representanter til arbeidsgruppen.

**Vedtak**

Sentralstyret oppnevner Unni Merete Kirste, Holger Skeie, Harald Breivik, Hilde Berner Hammer, Torhild Warncke, Sissel Roland, Knut A. Fjeldsgaard, Egil Andreas Fors, Liv Rimstad og Dag Arne Hoff som medlemmer av arbeidsgruppen som skal utrede kompetanseområde i smertemedisin. Unni Merete Kirste oppnevnes som leder.

Arbeidsgruppens mandat er å utrede forslag om etablering av kompetanseområde i smertemedisin, herunder funksjon og virkeområde, kompetanseområdets plass i helsetjenesten og behov for leger med kompetanse i smertemedisin. Innholdet i kompetanseområdet, læringsmålene og kravene til utdanning må beskrives.

Presidenten gis fullmakt til å oppnevne representant fra Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi.

**Sak 56/14 Utredning om grunnutdanning – prosjekt**

(3.33-14/1015)

I prinsipp- og arbeidsprogrammet for perioden 2013 – 2015, fremgikk det at Legeforeningen skulle arbeide sammen med myndighetene og universitetene for å bidra til et faglig dekkende innhold i medisinstudiet i Norge som var relevant for legenes senere yrkespraksis og fremtidsrettet i forhold til medisinsk og demografisk utvikling. I denne sammenheng var det foreslått å iverksette et prosjekt om grunnutdanningen. Det forelå forslag til prosjektgruppe, referansegruppe og mandat.

Prosjektgruppen skulle utarbeide en rapport som belyste situasjonen ved de medisinske fakultetene i Norge. Den skulle se på muligheten for en økt harmonisering mellom studiestedene, og om det var samsvar mellom målbeskrivelser, studieorganisering og læringsutbyttet. Utredningsarbeidet ville også ta for seg dimensjonering av utdanningen i Norge, spesielt i forhold til fremtidig behov for leger.

**Vedtak**



Det iverksettes et utredningsarbeid om den medisinske grunnutdanningen. Det etableres en prosjektgruppe og en referansegruppe for prosjektet. Utredningen skal belyse situasjonen ved de medisinske fakultetene i Norge. Prosjektgruppen skal se på om det er mulig med en økt harmonisering mellom studiestedene. Gruppen skal videre se på om det er samsvar mellom målbeskrivelser, organisering av studiene og læringsutbyttet i grunnutdanningene og helsetjenestens/samfunnets behov. Utredningsarbeidet skal også ta for seg dimensjonering av utdanningen i Norge sett i forhold til fremtidig behov for leger.

Sentralstyret gir tilslutning til beskrevet mandat og arbeidsform.

Utgiftene på inntil kr 380 000 belastes Utdanningsfond I.

Sekretariatet kommer tilbake til sentralstyret med forslag om oppnevning av prosjektgruppe og referansegruppe.

**Sak 57/14 Landsstyresak – Godkjenning av Den norske legeforenings regnskap for 2013**

(4.01-13/29)

Regnskapene for 2013 for Den norske legeforening med underliggende fond ble lagt frem. De regnskap hvor sentralstyret har den endelige godkjenningen legges frem som egen sak (sak 4.02).

**Vedtak**

Regnskapene for Den norske legeforening godkjennes lagt frem for landsstyret.

**Sak 58/14 Landsstyresak – Godkjenning av regnskaper for 2013 til landsstyrets orientering**

(4.02-13/29)

Regnskapene for 2013 for de stiftelser hvor sentralstyret har endelig godkjenning, ble lagt frem. Saken omfatter regnskapene for følgende stiftelser:

- Caroline Musæus Aarsvolds fond
- Johan Selmer Kvanes legat til forskning og bekjempelse av sukkersyke
- Legeforeningens Legat for leger og deres etterlatte som har kommet i uforskyldt nød
- Trelasthandler A. Delphin og hustrus legat til bekjempelse av astmatisk bronkitt

**Vedtak**

Regnskapene for Caroline Musæus Aarsvolds fond, Johan Selmer Kvanes legat til forskning og bekjempelse av sukkersyke, Legeforeningens Legat for leger og deres etterlatte som har kommet i uforskyldt nød samt Trelasthandler A. Delphin og hustrus legat til bekjempelse av astmatisk bronkitt, godkjennes og legges frem for landsstyret til orientering.

**Sak 59/14 Statusrapport Utdanningsfond II og III per 31.12. 2013**

(4.03-14/1091)

Det forelå status over utviklingen av utbetalingene fra Utdanningsfond II og III i 2013. Refusjonsvolumet for Utdanningsfond II er redusert i 2013, mens det for Utdanningsfond III har økt.

**Vedtak**

Statusrapporten tas til orientering.

**Sak 60/14 Statusrapport Lånefondet per 31.12. 2013**

(4.04-14/1092)

Det ble i 2013 innvilget 165,7 millioner kroner fra Lånefondet. Økningen av rentesatsen til to prosent over normalrentesatsen for beskatning av gunstige lån i arbeidsforhold på slutten av 2012 har ikke ført til et fall i samlet utlån som forventet, men kan ha dempet veksten i utlån blant etablerte leger.

**Vedtak**

Statusrapporten tas til etterretning.

Hege Gjessing

Jon Helle

Kari Sollien

Marit Hermansen

Johan Torgersen

Christian Grimsgaard

Ivar Halvorsen

Marit Halonen Christiansen

Synnøve Bratlie

Akademikerne  
Trond Teisberg

Sendt kun pr. e-post:  
trond@akademikerne.no

Deres ref.:

Vår ref.: 14/263

Dato: 17.03.2014

### **Høringsvar - Innstilling fra utvalg om lønnsdannelsen og utfordringer for norsk økonomi (Holden III)**

Legeforeningen mottok 13. januar 2014 høringsinvitasjon fra Akademikerne vedrørende NOU 2013:13 Lønnsdannelsen og utfordringer i norsk økonomi, kjent som Holden III. Foreningen har hatt høringsrunde internt før høringsvaret ble lagt frem for sentralstyret for godkjenning.

Legeforeningen er enig i utvalgets hovedkonklusjon om at det inntektspolitiske samarbeidet mellom partene i arbeidslivet fungerer bra, og at et slikt samarbeid er nødvendig for at det blir lagt til rette for en produktivitetsutvikling i alle deler av arbeidslivet og en organisering av arbeidslivet som fremmer et seriøst arbeidsliv og en anstendig arbeidshverdag for den enkelte.

Legeforeningen støtter systemet rundt koordinering av lønnsdannelsen på et overordnet nivå (les: frontfaget). Videre er det for Legeforeningen viktig å påpeke den fleksibiliteten som ligger i at frontfaget skal angi en norm for lønnsoppgjøret og hverken er å lese som et tak eller et gult for andre tariffområder. Dette gjelder også for ulike grupper av arbeidstakere. Lønnsdannelsen må være fleksibel nok til å understøtte en effektiv allokering av arbeidskraften og gi rom for nødvendige strukturelle endringer.

Utvalget beskriver nødvendigheten av fleksibilitet i lønnsdannelsen, og spesielt i offentlig sektor. Legeforeningen er opptatt av at ulike arbeidsgivere kan ha ulike utfordringer som krever ulike løsninger. Mulighet til å innrette seg etter ulike forhold, er det viktig at lokale arbeidsgivere har. I den grad den enkelte arbeidsgiver kan avtale lokale løsninger gjennom lokale kollektive forhandlinger, vil det etter vår oppfatning øke tiltroen, legitimiteten og tiltrekningen til frontfagsmodellen.

I den anledning vil vi påpeke at resultatet av lokale forhandlinger i industrien som angis gjennom glidningstallene, er forskjellig fra sykehuslegenes lokale forhandlinger som ikke er en del av glidningsberegninger. Vi mener at betydningen av og utfordringer med lokale forhandlinger burde vært viet mer plass i utredningen.

Etter at Holden III har blitt sendt ut på høring, har Legeforeningen registrer uttalelser som «Det er nå viktig at man følger opp enigheten i Holdenutvalget i årets oppgjør, og tar sikte på å få en lønnsvekst på linje med det våre handelspartnere har» (Stein Gjerding, Spekter). Det er viktig at dette ikke får stå uimotsagt. Rapporten lister opp flere forhold som tilsier at norske bedrifter i konkurranseutsatt sektor (k-sektor) kan ha høyere lønnsvekst enn konkurrerende land. F.eks. kan prisøkning på våre eksportprodukter relativt til andre lands eksportprodukter, eller sterkere produktivitetsvekst i Norge enn i utlandet, gjøre at våre bedrifter i k-sektor tåler høyere lønnsvekst enn andre land. Slik har bedrifter i k-sektor tålt og kan tåle en høyere lønnsvekst. Til slutt vil det være lønnsomheten i k-sektor som er avgjørende for attraktiviteten blant nasjonale og internasjonale investeringer.

Videre viser Legeforeningen til at et samlet utvalg skriver: «Et mål på om lønnsveksten har vært for høy, er utviklingen i lønnsandelen, dvs. den delen av verdiskapingen som tilfaller arbeidskraften. For Fastlands – Norge totalt har denne endret seg lite over tid, og utviklingen siden 2000 har ikke avvekset vesentlig fra utviklingen hos gjennomsnittet av våre handelspartnere.».

En utfordring generelt i helsesektoren er arbeidsgiverpolitikken, bruken av midlertidige stillinger, heltidsproblematikken og sykefravær. Legeforeningen mener at utvalget burde ha sett mer på arbeidsgiverpolitikken hos viktige offentlige arbeidsgivere. Men vi har registrert at det er konkludert med at disse fokusområdene er viktig for å opprettholde et høyt velferdsnivå og for å bevare og øke tilgangen til arbeidskraft.

I en slik sammenheng er det viktig at arbeidsgiver har en politikk som innebærer at det investeres i ansatte, gode samarbeidsforhold og lokale ordninger. Det vil ikke være mulig å oppnå en reell og god dialog, lokale ordninger og forhandlinger når f. eks halvparten av sykehuslegene er midlertidig ansatte.

Den nordiske modellen er bl.a. tuftet på god dialog mellom partene i arbeidslivet, på alle nivåer. Den har vist seg som et nyttig virkemiddel for omstillinger og for å oppnå enighet som favner bredt. Det bidrar til stabile rammevilkår både for arbeidsgivere og arbeidstakere. En slik modell fordrer et godt samarbeidsklima mellom sentrale parter, men også lokalt ute på den enkelte arbeidsplass. Den siste tiden har Legeforeningen med bekymring sett at flere arbeidsgivere i sykehus, som er viktige offentlige virksomheter, har gått bort fra lokalt samarbeid og -dialog, og beveget seg mot mer bruk av arbeidsgivers styringsrett ovenfra og ned uten tilstrekkelig kunnskap om premisser for – og effekter av beslutninger. Det medfører svikt i kvalitet, dårlig forankring og kostbare omstillinger. Legeforeningen mener at denne utviklingen må snus.

Legeforeningen har også merket en høyere vekst i arbeidsinnvandringen blant leger. Samtidig har det også vært en sterk vekst i legeårsverk i norske sykehus generelt, slik at andelen sykehusleger med utenlandsk bakgrunn ikke er særlig endret. Utfordringen utvalget ser i å beholde arbeidsinnvandrere i produktive jobber, er et viktig område partene i arbeidslivet sammen må jobbe mot.

Et tema vi ønsker å bringe fram er det konstante kravet arbeidslivet har til produktivitetsvekst og økt sysselsetting. Det er nødvendig å ha med seg tiltak for å inkludere ansatte som ikke fungerer optimalt, eller som i ulike livsfaser må ha nødvendig tilrettelegging. Et arbeidsmarked som legger for stor vekt på prestasjoner vil på sikt være uheldig og vil kunne føre til at grupper i samfunnet blir holdt varig utenfor arbeidsmarkedet.

Utvalget har ikke vurdert sammenligninger mellom inntekt fra kapital og inntekt fra lønn, og forskjeller mellom kapitaleier og ansatte, noe som er en global utfordring.

Legeforeningen støtter synet utvalget har som tilsier at forhandlingssystemene bør innrettes på en måte som gir best muligheter til å oppnå enighet uten konflikt. At Riksmekler får en tydelig rolle gjennom å tilrettelegge for fortsatt dialog mellom to meklende parter, er Legeforeningen helt enig i. Legeforeningen vil imidlertid understreke betydningen av streik som et legitimt og viktig virkemiddel i forhandlinger mellom partene i arbeidslivet – et virkemiddel som må respekteres av både arbeidsgiversiden og styresmaktene.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Geir Riise  
generalsekretær

Anne Kjersti Befring  
direktør

Dokumentet er godkjent elektronisk

*Forslag til høringsbrev:*

**Høring - Forslag til forskrift om Norsk helsearkiv og Helsearkivregisteret  
(helsearkivforskriften)**

Det vises til ovennevnte høring, og vi takker for anledningen til å uttale oss.

Høringsdokumentet har vært sendt til relevante organisasjonsledd i Legeforeningen og høringssvaret er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Formålet med Helsearkivregisteret er å motta og sikre pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten for ettertiden, og å tilgjengeliggjøre materialet for forskning, pårørende og andre i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt.

Legeforeningen anser at formålet er godt og av samfunnsmessig verdi. Under henvisning til våre merknader nedenfor gir Legeforeningen sin tilslutning til forslaget.

*Taushetsplikt for helseopplysninger*

Når det gjelder ivaretagelse av taushetsplikt og personvern oppfatter vi at gjeldende bestemmelser om dette innenfor forvaltnings- og helselovgivningen kommer til anvendelse.

Det er betryggende og helt nødvendig at det fremgår uttrykkelig av forskriften at all tilgang til helseopplysninger i helsearkivregisteret skal skje i samsvar med reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven.

*Andre aktører*

Legeforeningen finner det positivt at det nå etableres en profesjonell organisasjon for å ivareta arkivverdig materiale fra spesialisthelsetjenesten. Vi mener det er riktig at også private helseinstitusjoner skal avlevere etter de samme kriteriene som offentlige institusjoner, for å sikre så komplette arkivopplysninger som mulig.

Det er foreslått at journalarkiver fra privatpraktiserende spesialister skal unntas plikten til innsending til Helsearkivregisteret. Dette begrunnes særlig med at det kan bli en relativt komplisert prosess for små enheter.

Legeforeningen ser at det per i dag ikke er aktuelt å innlemme mindre private aktører i registeret. Behovet for en utvidelse på sikt kan imidlertid vurderes. De privatpraktiserende spesialistenes journaler inneholder en betydelig mengde relevant kunnskap om pasientbehandling. Det er videre slik at visse typer behandlinger i dag omtrent bare utføres i private spesialistpraksiser. Prinsipielt kan det være uheldig at dokumentasjon for dette ikke samles i Helsearkivregisteret.

Legeforeningen anser at man også bør vurdere mulighetene for å utvikle systemer for å ivareta arkivverdig materiale fra primærhelsetjenesten; da begrenset til pasientarkiver. Særlig den kommunale allmennlegetjenesten - fastlegeordningen - representerer en arkivskaper med nær tilknytning til offentlig virksomhet, og hvor hensynet til både personvern og rettssikkerhet kunne tilsa at fastlegers pasientarkiver burde inngå i Norsk helsearkiv, jf arkivloven § 19. Dagens ordninger med oppbevaring av fysisk arkivmateriale og stasjonære pc'er fra nedlagte

allmennlegepraksiser, i ulike lokaler tilhørende de ulike Fylkesmannsembetene, ivaretar i begrenset grad krav til arkivmaterialets fysiske integritet og heller ikke pasienters/pårørendes muligheter til innsyn.

Med det utviklingsarbeid som allerede er gjort og vil bli gjort ved etableringen av Norsk helsearkiv, kan det ligge godt til rette for gjenbruk av standarder for uttrekk av pasientopplysninger fra elektroniske pasientjournalssystemer til depot. Muligheten til å lagre pasientarkiver fra primærhelsetjenesten, kan være tilstede uten at en slik utvidelse av Norsk helsearkiv vil medføre kvalitativt andre rutiner og utviklingsprosesser.

Som også antydes i høringsnotatet må disse spørsmålene sees i sammenhengen med arbeidet rundt én innbygger – én journal.

Legeforeningen benytter anledningen til å påpeke at det er et behov for en avklaring rundt bedriftshelsetjenester og Statens arbeidsmiljøinstituttets plikt til å avgi dokumentasjon for oppbevaring. Innenfor fagområdet har det i lang tid vært en faglig begrunnelse for å oppbevare arbeidsmedisinske journalopplysninger i mer enn 60 år. Anvendelse av Helsearkivlovens bestemmelser om oppbevaring vil imøtekomme dette.

### *Kostnadsdekning*

Det legges opp til en hovedregel om at avgiver skal dekke kostnadene knyttet til avlevering av materiale.

Det er på det rene at arkivering i henhold til forslaget vil medføre nye og ikke ubetydelige kostnader. Sykehusenes budsjetter er pr i dag så presset at Legeforeningen mener det riktige vil være at en slik økt arkiveringsbyrde fullfinansieres fra staten.

Det samme må gjelde for finansiering og utvikling av arkivplaner og standard for elektronisk uttrekk av EPJ samt øvrige merkostnader knyttet til eventuell arkivering av private institusjoners journaler. Det vises til at det er viktige samfunnsmessige formål som med dette søkes ivaretatt. Vi minner videre om at det for de private virksomhetene kan være begrensede muligheter til å innhente kostnadene gjennom økte inntekter.

### *Innhold*

Legeforeningen vil understreke viktigheten av at histologi/cytologi og obduksjonsrapporter inkluderes i arkivmaterialet i Norsk helsearkiv da disse opplysningene er viktige for eventuell senere forskning.

Vi forstår det slik at man med forslaget legger opp til at verken radiologisk bildemateriale eller radiologiske svar vil bli bevart i Norsk helsearkiv. Dette mener vi er uheldig både med tanke på senere forskning, men også i forhold til spørsmål pårørende eventuelt måtte ha. Vi fremhever særlig at for pasienter med sjeldne syndromer er de radiologiske undersøkelsene helt avgjørende for at diagnosen stilles. Disse pasientgruppene er svært små og diagnostikk og behandling er samlet ved Rikshospitalet. Det vil være av stor interesse, både forskningsmessig og klinisk, at et fullstendig bildemateriale bevares. Legeforeningen mener derfor at for definerte pasientgrupper med sjeldne syndromer bør alt bildemateriale og radiologiske svar bevares for ettertiden. Det er angitt i forskriftsutkastet at cytologiske og histopatologiske remisser og histologiske og cytologiske prøvesvar skal bevares pga viktighet for senere forskning på biobankmateriale. I den forbindelse vil vi påpeke at den bildediagnostiske utviklingen med økende bruk av funksjonelle

teknikker som positron emisjons tomografi (PET), computer tomografi med perfusjon og magnetisk resonans tomografi (MR) med teknikker som diffusjon og perfusjon, også vil være av stor interesse ved forskning på biobankmateriale.

*Bevaring og kassasjon, tidspunktet for avlevering m.v.*

Legeforeningen støtter i utgangspunktet forslaget til kriterier hva gjelder bevarings- og kassasjonsvurderinger for spesialisthelsetjenesten. Som ovenfor bemerket bør det vurderes om samme prinsipper skal legges til grunn for arkivverdig materiale fra primærhelsetjenesten og da særlig fastlegeordningen.

Det foreslås at arkivmaterialet skal avleveres til Norsk helsearkiv når sykehusene ikke lenger har behov for materialet, normalt tidligst 10 år etter pasientens død.

Legeforeningen ser at det er hensiktsmessig med en klar angivelse av når avlevering normalt skal skje. Vi vil imidlertid fremheve at Helsearkivet skal stilles til disposisjon for ulike formål som medisinsk og helsefaglig forskning, ”annen forskning” og ikke minst ”kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse- og omsorgstjenesten”. Det naturlige samtykket som er en forutsetning ved slik bruk av journalopplysninger, kan naturligvis ikke innhentes. Det bør derfor vurderes om dette tilsier en lenger venteperiode før bruk.

*Saksarkiver i privat sektor*

Høringsnotatet skiller mellom saksarkiver og journalarkiver. Det fremgår at saksarkiver i offentlige virksomheter innen helsesektoren skal avgis på samme måte som for annen offentlig virksomhet. Dermed blir det opp til Riksantikvaren å treffe beslutning om saksarkiver fra statlig spesialisthelsetjeneste skal avleveres til Norsk helsearkiv.

Saksarkiver i privat sektor er ikke regulert like presist. Det kan være hensiktsmessig at man i forbindelse med det videre arbeidet med denne saken vurderer behovet for reguleringer som sikrer at for eksempel arbeidsmiljørapporter om nødvendig kan avgis og sikres i arkivverket - uavhengig om rapportene er utarbeidet i privat eller offentlig sektor.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Geir Riise  
generalsekretær

Anne Kjersti Befring  
direktør

Saksbehandler: Aadel Heilemann

Dokumentet er godkjent elektronisk



Helse Sør-Øst RHF  
v/ Siri Lund

Sendt kun pr. e-post:  
postmottak@helse-sorost.no

Deres ref.:

Vår ref.: 14/525

Dato: 12.03.2014

## **Høringsvar fra Legeforeningen - plan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister**

Det vises til forslag til handlingsplan om organisering av avtalespesialister i Helse Sør-Øst RHF, sendt på høring til Legeforeningen i samsvar med punkt 5.1 i Rammeavtalen mellom RHF og Legeforeningen om avtalepraksis for legespesialister. Etter avtale er det gitt utsettelse på høringsfrist til Sentralstyrets behandling den 11. mars. Foreliggende høringsuttalelse har vært forelagt relevante organisasjonsledd. Innspillene er lagt til grunn for denne uttalelsen som er behandlet av foreningens sentralstyre.

### **Innledning**

Legeforeningen vil påpeke at det er et grundig og godt arbeid som ligger til grunn for handlingsplanen. Legeforeningen mener at avtalepraksis er en sentral del av det totale offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet. Denne type strategisk utredningsarbeid er et godt grunnlag for videre utvikling av avtalepraksis som en integrert del av spesialisthelsetjenesten.

Innledningsvis vil Legeforeningen påpeke at avtalespesialistordningen knapt er utviklet de siste 10 årene etter at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for ordningen. Det var en betydelig utvikling av ordningen da Fylkeskommunen hadde ansvaret for den og etter 1998.

Med øket spesialisering og fusjoner av sykehus, er det et antatt høyere behov for avtalespesialistordningen som et desentralisert tilbud. Med samhandlingsreformen har behovet økt ytterligere.

Legeforeningen vil reise spørsmål om dette henger sammen med at pasientforløpet er utenfor sykehus, mellom fastlegene og avtalespesialistene. Det er påfallende at denne rapporten inneholder svært lite av de faktiske pasientforløp og fastlegenes rolle. Handlingsplanen synes i liten grad å fokusere på samarbeidet mellom fastleger og avtalespesialister. 80-90 prosent av pasientforløpene i avtalepraksis er mellom kommunehelsetjeneste/fastlege og avtalespesialist. Kun et fåtall av pasientforløpene er mellom avtalespesialist og helseforetak. Det er positivt at fastlegene er konsultert i forbindelse med behovsanalysen i kapittel åtte. De kan gi viktige bidrag ved at de kjenner behovet for spesialisthelsetjenester sett fra kommunens side. Fastlegene er også nærmest til å vurdere hva kommunehelsetjenesten kan stille opp med i oppgavefordelingen.

Fastlegene viser til at det særlig er ventetid og pasientens behov som er viktig når de henviser til avtalespesialist.

Handlingsplanen inneholder flere forslag til tiltak for å bedre ordningen og utnyttelsen av den, og Legeforeningen er positiv til mange av forslagene. Men etterlyser et større fokus på avtalespesialistenes kjerneoppgaver – nemlig pasientbehandlingen.

Legeforeningen må understreke at tiltakene i planen samlet sett vil føre til at det legges beslag på verdifull kapasitet til pasientbehandling. Det vil begrense dagens effektivitet. Avtalepraksis er små, moderne praksiser med erfarne leger, lite byråkrati og lave kostnader. Dette gjør dem til en kostnadseffektiv del av spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen mener det er viktig at dette ivaretas, og at nye krav og oppgaver i minst mulig grad øker det administrative arbeidet og byråkratiske prosesser for denne gruppen.

Det er positivt at planen har en grundig kartlegging av poliklinisk virksomhet i den regionale spesialisthelsetjenesten under ett, og sammenligner med situasjonen i de andre regionene. At man ser avtalespesialistene og sykehusenes polikliniske tilbud under ett gjør det lettere å vurdere helheten i spesialisthelsetjenestetilbudet. Det er en grundig kartlegging som danner grunnlag for bruken av avtalespesialister og vurdering av antall fremtidige hjemler. Dette er en styrke for handlingsplanen.

Legeforeningen er enig i mange av de vurderingene og konklusjoner som gjøres i planen. Våre kommentarer til de enkelte forslagene i planen fremkommer i det følgende.

### **Prioritering/rettighetsvurdering**

Legeforeningen har flere ganger tidligere foreslått en integrering av avtalespesialister i arbeidet med prioriteringsforskrift og fristfastsetting. Vi er positive til at dette foreslås i planen. Dette ble senest tatt opp i høringsvar til endringer i fristreglene i pasient- og brukerrettighetsloven hvor lovendringen trådte i kraft 1. januar 2014. Vi forstår at det nå igangsettes et eget arbeid og bidrar gjerne med å utrede en modell for dette.

### **Finansiering**

Nye behandlingsmetoder eller undersøkelsesprosedyrer er heller ikke integrert i finansieringsordningen. Det vises blant annet til at det ikke er fremforhandlet nye K-takster etter at RHF'ene overtok ansvaret for avtalespesialistene. RHF'ene har i forhandlingene gjort lite for å utvikle og ta i bruk finansieringsordningen som et virkemiddel for å oppnå ønsket aktivitet.

### **Organisering av avtalepraksis**

Legeforeningen er positiv til at planen foreslår at avtalespesialistene etablerer seg i gruppepraksis der det ligger til rette for det. Det er hensiktsmessig at en eventuell nærmere regulering av dette skjer i samarbeid mellom partene, og ikke som pålegg fra RHF'et.

Legeforeningen støtter også i utgangspunktet at det utarbeides retningslinjer/normtall for antallet nyhenvisninger i avtalepraksis per år. Normtall for nyhenvisninger spesifiseres per spesialitet på tilsvarende måte som normtallene på aktivitet. Vi påpeker likevel at det er forskjeller mellom spesialiteter og behov hos enkelte pasientgrupper og at dette må gjenspeiles i eventuelle retningslinjer.

Legeforeningen er i utgangspunktet positiv til at det foreslås å ta særskilt kontakt med

avtalespesialister som driver en praksis der aktiviteten er betydelig over fastsatte normtall. Vi forutsetter at PSL er involvert i det videre arbeidet med dette.

Legeforeningen er kjent med at det er IKT utfordringer i avtalepraksis. Avtalespesialistene er allerede forpliktet etter rammeavtalen til å ha elektroniske systemer som gjør det mulig å samhandle og som sikrer at RHFene kan kontrollere og planlegge den samlede spesialisthelsetjenesten, herunder utstyr for å foreta påkrevd rapportering. Det er et behov for videre utvikling av systemene. Generelt mener Legeforeningen at det er nødvendig at myndighetene finansierer og gjennomfører en omfattende modernisering av IKT-verktøyene i helsesektoren, slik at sektoren kan oppfylle befolkningens forventninger til rasjonell behandling av helseopplysninger som grunnlag for måten helsetjenestene planlegges og utføres. Alle løsninger må bygge på vedtatte standarder slik at det sikres at de forskjellige løsningene kan kommunisere med hverandre. Disse synspunkter gjelder fullt ut med tanke på IKT løsningene for avtalespesialistene.

Planen foreslår at det innføres krav til avtalespesialister som gjennomfører operative inngrep bør kunne kontaktes av pasienter i akutt situasjon fram til midnatt den dagen inngrepet er innført og det bør inngås en avtale med helseforetak om håndtering av postoperative problemer. Legeforeningen ser at det kan være behov for å sikre faglig oppfølging i akutt situasjon, men mener at dette i stor grad ivaretas i dag. Pasientsikkerheten er ivaretatt av forsvarlighetskravet, og et generelt krav til tilgjengelighet antas å ikke være nødvendig. Et generelt krav vil kunne føre til lavere effektivitet og i mange tilfeller forsinket behandling for andre pasienter i praksisen. Behovet for oppfølging må heller vurderes på grunnlag av faglig skjønn.

Dersom det skal åpnes for at avtalespesialister inngår i vaktordninger ved helseforetak bør dette baseres på frivillighet og avtale mellom partene lokalt. Innholdet og rammer for en eventuell vaktordning er forøvrig lite beskrevet i planen, og det er derfor vanskelig å kommentere forslaget. Det er uansett viktig at vaktordninger ikke får et slikt omfang at det går utover aktivitet i praksis. Kjerneoppgavene i avtalepraksis er pasientbehandling, og en eventuell regulering av vaktordningen må ikke påvirke dette i for stor grad.

Legeforeningen er positiv til at det foreslås å utrede hvordan arbeid delegert til hjelpepersonell kan honoreres. Honorering innebærer mange praktiske og organisatoriske spørsmål som må avklares nærmere.

Kriterier for hvor omfattende forskning som kan gjennomføres i avtalepraksis bør vurderes. I planen mener HSØ at det bør stilles krav til at spesialister som ønsker å drive forskning «på lang sikt» må redusere hjemmelsprosenten permanent. Legeforeningen mener at rammeavtalens bestemmelser i utgangspunktet er dekkende for behovet, men at partene i samarbeid må bli enige om løsninger i enkelttilfeller.

### **Vurdering av behov for avtalespesialister**

Planen foreslår at det bør jobbes mot en bedre utjevning av det polikliniske tilbudet blant annet ved å opprette 15 nye hjemler per pr år i første fireårsperiode, og deretter en videre økning for å ta høyde for forventet befolkningsvekst og demografisk utvikling. Legeforeningen mener at forslaget er basert på grundige behovsanalyser i regionen og fordelt på behovene innen somatikken og psykisk helsevern. Vi støtter en gjennomføring av dette, men mener at det innenfor 4 års perioden bør løpende vurderes om dimensjoneringen er tilstrekkelig.

### **Regional utjevning av avtalehjemler**

Planen foreslår spesifikk regional fordeling innen enkelte spesialiteter, samt at det kan være hensiktsmessig å benytte delte stillinger mellom sykehus og avtalepraksis. Det har vært diskutert om avtalepraksis vil tappe sykehusene i distriktene for spesialister. Legeforeningen mener at flere avtalehjemler i et distrikt vil kunne virke rekrutterende for leger til dette distriktet.

Det kan være attraktivt for enkelte å få sykehusstilling i et distrikt der det er avtalehjemler, som vedkommende eventuelt kan søke på etter noen år på sykehuset. Selv om det som regel er et mål med 100- prosenthjemler må det vurderes konkret om det enkelte steder vil være mest hensiktsmessig med mulighet for kombinasjon av sykehusstilling og avtalehjemmel. Det finnes allerede flere delte løsninger og disse avtalene har virket i mer enn 10 år og danner godt erfaringsgrunnlag for denne type løsning. Erfaringen er så langt at disse avtalene har bidratt til å styrke rekrutteringen av spesialister på disse stedene.

Et system med flere avtale spesialister som samarbeider tett med sykehuset vil kunne virke rekrutterende både for avtalepraksis og for sykehusstillinger. Mangfold i typer legejobber stimulerer til rekruttering.

### **Ambulering**

Som en del av desentraliseringsspørsmålet og tilgjengelighetsspørsmålet problematiserer handlingsplanen om utviklingen bør gå i retning av mer ambulering av sykehusleger eller bruk av avtalespesialister. For å sikre en mer lik tilgang i regionen spesielt i utkantdistrikter av sykehusområdene skisserer planen at det kan skje med økt ambulering fra helseforetakene til lokalmedisinske sentra og/eller etablering der, av nye avtalespesialisthjemler i hel- eller deltid. Ved deling av en hjemmel mellom sykehus og avtalepraksis anbefales en deling med 50 % på hver. Legeforeningen påpeker at det ikke lar seg gjøre å gi et entydig fasitsvar på hvilke modeller som er best. Hensiktsmessige modeller må vurderes konkret i forhold til behov. Vi vil likevel redegjøre for enkelte hensyn i en slik vurdering. Pasienter etterspør kontinuitet også i spesialisthelsetjenesten. Kontinuitet i behandlerrelasjonen er en styrke ved avtalepraksis som system. Ved bemanning av distriktsmedisinske sentra eller andre typer ”utekontor” vil en avtalehjemmel best sikre kontinuitet. Vi har mange eksempler på vellykket etablering av driftsavtaler ute i distriktene.

Kontinuitet i forhold til primærhelsetjenesten vil også være bedre sikret ved en avtalespesialist; allmennleger velger som en hovedregel å henvise til avtalespesialist der dette er mulig.

Økende ambulering av sykehusleger vil være belastende for avdelingene med hensyn til planlegging av vaktturnus og annen aktivitet. Dette kan virke negativt inn på effektiviteten i sykehus.

### **RHF’ets oppsigelsesadgang**

HSØ ønsker at virkemidler nedfelt i lov, forskrift og avtaleverk brukes mer aktivt for å oppnå jevnere geografisk fordeling raskere enn man til nå har klart. Med dette menes at RHF’et har sett på hvilke muligheter som eksisterer for å kunne omdisponere hjemler internt i regionen uten en vekst i antall hjemler. De viser til rammeavtalen § 11.2 om at «Avtalehjemmelen skal videreføres dersom det er behov for den.» Dette er hovedregelen om adgang til omdisponering. Men RHF’et viser også til at de har andre muligheter til å disponere hjemmelen ved å vise til oppsigelsesadgangen i rammeavtalens punkt 10.4.

Legeforeningen mener det skal utvises en viss varsomhet med å bruke oppsigelsesadgang til å sikre geografisk fordeling/bedre dekning for de ulike spesialitetene. En for utstrakt bruk vil kunne føre til dårligere forutsigbarhet for spesialistene og kan påvirke investering og rekruttering

på sikt. Legeforeningen er ikke kjent med at bestemmelsen er tatt i bruk i særlig utstrekning, og mener at det bør etableres en felles forståelse mellom partene om vilkår for bruk av bestemmelsen.

### **RHF'ets omdisponeringsadgang**

RHF mener videre at omdisponeringsadgangen etter 11.2 ikke er et enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand og derfor ikke kan påklages. De viser til at i motsetning til avgjørelser om å tildele eller si opp en hjemmel, er ikke omdisponering rettet mot avtalespesialistens rettigheter, men er et helsepolitisk prioriteringsvedtak som har rent faktiske konsekvenser for avtalespesialisten.

Legeforeningen er uenig i vurderingen. Det følger eksplisitt av Rammeavtalen at en avtalehjemmel skal videreføres ved ledighet dersom det "er behov for den", jf Rammeavtalen 11.2. Hovedspørsmålet er hvordan dette skal forstås. Det ville være urimelig dersom dette skulle forstås slik at det kun var i tilfeller hvor det overhodet ikke var behov for en hjemmel at den kunne omdisponeres. Dette ville uforholdsmessig begrense RHFets muligheter til å styre ressursene der de trengs aller mest, jf "sørge for" ansvaret. Det må samtidig ses hen til at hovedbegrunnelsen for bestemmelsen er behovet for forutsigbare og stabile rammer for praksisdrift. Dette er altså en del av avtalespesialistenes rettighetsbestemmelser. Bestemmelsen begrenser RHFets muligheter til å omdisponere/inndra hjemler ved fratreden. Uten et slikt innhold er bestemmelsen meningsløs. En slik regel er også ofte en forutsetning for investering i praksisen fra avtalespesialistens side også mot slutten av karrieren. Disse forholdene tilsier at det skal godtgjøres en markert forskjell i behovet for å videreføre hjemmelen i forhold til alternativ disponering av midlene. Legeforeningen viser videre til helseforetaksloven § 5 (1) der det fremgår at «Forvaltningsloven gjelder for foretakenes virksomhet». Det er i loven kun gjort unntak fra denne hovedregelen for personalsaker. Det er ikke grunnlag for å slutte at avtalepartene har ment å innskrenke virkeområde til forvaltningsloven, og det er ingen holdepunkter for at omdisponeringsvedtak er ment å unntas fra forvaltningslovens regler. Omdisponeringsvedtak er inngripende overfor avtalespesialisten. Det er «bestemmende for rettigheter og plikter» og vi mener at det er et enkeltvedtak og kan påklages med hjemmel i forvaltningsloven § 28 første ledd.

### **Samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialister**

Det bør vurderes nærmere om de regionale helseforetak skal være avtalepart. Avtalepart må være en annen enn helseforetakene, men det bør være et samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialister ved behov.

Dersom avtalepraksis skal være tilgjengelig for pasienter som henvises fra fastleger, kan det ikke legges opp til at helseforetaket skal «styre» avtalepraksis etter sine definerte behov. Det kan derimot legges opp til andre samarbeidsformer. Dette handler i stor grad om realisering av de muligheter for samarbeid som allerede ligger i avtaleverket. Dagens avtaleverk legger til grunn at avtalespesialister og lokale foretak er likeverdige samarbeidspartnere. Samarbeide om pasienter må være noe mer enn at avtalespesialistene skal ha en større del av kontrollkonsultasjoner. En utredning kan like gjerne starte hos avtalespesialist. Mange har avansert diagnostisk utstyr og gode systemer for elektronisk kommunikasjon av bl.a. billedmateriale. Vi har sett eksempler på at enkelte helseforetak ønsker å diktere innholdet i samarbeidsavtaler utelukkende ut fra egendefinerte behov. Dette gir ikke et godt grunnlag for videre samarbeid.

Både helseforetakene og avtalespesialistene har et ansvar for å følge opp samarbeidsrelasjoner. Samarbeidet kan blant annet skje med felles fagmøter, gode samarbeidsavtaler som ivaretar avtalespesialistenes styrker samt innbyrdes hospitering mellom avtalepraksis og sykehus.

Helse Sør-Øst RHF foreslår at det må sette sterkere krav til at helseforetakene skal invitere til samarbeid med avtalespesialister, eventuelt også fastleger i eget sykehusområde. Dette kan gjøres gjennom å etablere samarbeidsgrupper/nettverksgrupper innen de ulike spesialitetene med deltakere fra sykehusavdeling, representanter for avtalespesialistene i den aktuelle spesialiteten og eventuelt praksiskonsulent. Legeforeningen er i utgangspunktet positive til dette, men også her er det viktig å se på de samlede totale kravene til nye oppgaver og nye arenaer hvor avtalespesialister etter planen skal medvirke.

Legeforeningen mener at når det gjelder samhandling mellom nivåene i helsetjenesten er det mangler i dagens system. Dette resulterer i manglende avklaring av ansvars- og oppgavefordelingen mellom legene i 1. og 2. linje. Dette gjelder så vel samhandlingen mellom sykehuslegene og fastlegene som mellom avtalespesialistene og fastlegene. Den store oppgaveoverføringen mellom 2. og 1. linje står i fare for å skje uten kvalitetskontroll og uten en hensiktsmessig avklaring mellom fagpersonene som skal følge pasientene om hvor pasienten kan bli best ivarettatt. Det er i dag et presserende behov for å få opprettet samhandlingsarenaer mellom legene i 1. og 2. linje og hvor avtalespesialistene bør delta som en del av spesialisthelsetjenesten i regionen.

### **Utdanning i avtalepraksis**

Handlingsplanen går også inn for utdanning i avtalepraksis. Dette er noe Legeforeningen har arbeidet for gjennom flere år, og det er avgjørende for utdanning innen enkelte spesialiteter at dette nå skjer. Saken har flere ganger stoppet opp hos sentrale helsemyndigheter. Vi har utarbeidet løsningsforslag både mht faglige og økonomisk/ administrative forhold. Det er positivt at det nå ser ut til å være framdrift i saken da en pilotordning etter planen skal kunne igangsettes i løpet av året.

### **Samarbeid med kommunen**

Man bør se på hvordan man kan bruke avtalepraksis for å få dekke spesialisthelsetjenestens tilstedeværelse i de lokalmedisinske sentra der hvor dette avtales lokalt med kommunene. Det anbefales at det igangsettes et arbeid for å se på hvordan dette rent praktisk kan løses. Arbeidsgruppen anbefaler at dette kan benyttes ikke kun i forhold eventuelle nye hjemler, men at det også må gjøres slike vurderinger i forbindelse med spørsmål om videreføring av eksisterende hjemler. Legeforeningen er i utgangspunktet positiv til at avtalespesialister deltar i og samarbeider på andre arenaer enn tidligere. Å inngå et tettere samarbeid med lokalmedisinske sentra er i tråd med målsetningen i samhandlingsreformen. Legeforeningen har vært positiv til at avtalespesialistene kan bidra her, og dette gjøres også i dag. Det er likevel viktig å se på den samlede tidsbruken som går med til de oppgavene som foreslås i planen. Eventuell deltakelse og oppgaver i lokalmedisinske sentre bør avtales mellom partene og være basert på frivillighet. Avtalespesialistens styrke er at mer av legens tid går til undersøkelse og behandling av pasienter enn hva som er tilfellet i sykehus. Dette er en styrke ved avtalepraksis som må ivaretas i arbeidet med styrket integrering og samarbeid.

### **Nettverksmodellen innenfor psykisk helsevern**

Legeforeningen er enig i at det fortsatt må jobbes for bedre tilgjengelighet til avtalespesialistene innen psykisk helsevern. Grunntanken bak clusterordningen er at bedre kontakt mellom aktørene vil bidra til bedre henvisninger fra fastleger til avtalespesialist. Det foreslås en modell med samordnet henvisningsmottak i ett eller to av dagens geografiske cluster.

Legeforeningen er positiv til at det skal forsøkes en modell for å bedre tilgjengeligheten, og forutsetter at denne videreutvikles og evalueres slik at den bidrar til å oppnå den overordnede målsetningen.

Som et virkemiddel for at henvisningsordningen skal fungere bedre foreslås det at fastlegene ikke skal kunne sende henvisning til mer enn en avtalespesialist. Legeforeningen ser at det kan være behov for å se på fastlegenes henvisningspraksis, men savner en problematisering av hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienter.

Med vennlig hilsen

Geir Riise  
Generalsekretær

Anne Kjersti Befring  
Direktør, jus og arbeidsliv

Dokumentet er godkjent elektronisk