

Fullført og godkjent den 5.5. 2014

Referat

fra

Sentralstyrets møte 29.4. 2014

Legenes hus, Oslo

Til stede fra

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

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

Fra sekretariatet møtte i hele eller deler av møtet: Knut Braaten, Sara Underland Mjelva, Gorm Hoel, Einar Espolin Johnson, Axel Andersen Restrup, Ida Waal Rømuld, Audun Fredriksen, Aadel Heilemann, Jan Emil Kristoffersen, Nina Evjen, Merete Dahl, Mattis Dahl Åmotsbakken

Referent: Anne Torill Nordli

Hans Kristian Bakke, leder av SOP, møtte i forbindelse med sak 106/14.

Kari Sollien fratradte i forbindelse med sak 102 /14.

I Politikk og strategimøte

Politikk- og strateginotater:

Notat 1: Månedens mediebilde

Notat 2: Viktige saker i regjering og Storting(14/57)

Notat 3: Spesialitetskomiteenes rolle og ansvar (14/1765)

Orienteringssaker

- Årsberetning Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok (07/696)

- Høring – innspill til Helsedirektoratets arbeid med ny felles forskrift for internkontroll og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (14/918)
- Konsekvenser av endret rapportering av medlemstall til Akademikerne (14/295)

Rapportering og kommentarer

- Pågående forhandlinger innenfor flere områder
- Besøk Sykehuset Innlandet – møte med ledelsen og med de tillitsvalgte
- Tillitsvalgtkurs for sykehusene i Nordland – 13 deltakere
- Tillitsvalgtkurs i Østfold – 30 deltakere
- Medlemsmøte i Vestfold legeforening; tema legevakt – 100 deltakere
- Styret i NFA har besøkt studenter i Krakow og hatt møte med universitetet
- LVS årsmøte - foredrag om grunnutdanning og turnus
- Årsmøte i Norsk medisinstudentforening
- Våruka Allmennlegeforeningen 5.-9. mai
- Kurs i særavtalen i samarbeid med KS
- WMA-møte i Tokyo april 2014
- Konsekvensvurdering av Helsedirektoratets forslag til ny spesialitetsstruktur – sak til landsstyremøte mai 2014
- Statusrapport Nasjonal sykehusplan
- Avtalespesialistene – arbeid med å øke antall avtalespesialister pågår

I Beslutningsmøte

Sak 86/14 Landsstyremøtet: Medie- og kommunikasjonsstrategi

1.01-12/4941

Reservasjonssaken har vært en tilbakevendende mediesak hele dette året, og vil også komme til å prege årets landsstyremøte. For Legeforeningen er det viktig også å få frem andre viktige saker landsstyret skal behandle, som den helsepolitiske debatt, Fremtidig spesialitetsstruktur, Legevakt, Legerolle i en travel hverdag og Ledelse i sykehus. Sekretariatet la frem en overordnet skisse til medie- og kommunikasjonsstrategi for landsstyremøtet, som vil bli konkretisert og justert frem mot møtet.

Vedtak

Legeforeningen ønsker å ha en bred medie- og kommunikasjonsstrategi for landsstyremøtet. Som tidligere år vil det fortløpende bli lagt ut informasjon på Legeforeningens nettsider legeforeningen.no og på sosiale medier (Facebook og twitter). I tillegg vil videoopptak av deler av møtet bli lagt ut.

Sak 87/14 Omnibusundersøkelse landsstyremøte 2014

1.02-12/4941

Legeforeningen pleier å gjennomføre en opinionsundersøkelse i forkant av landsstyremøtene i regi av Respons Analyse AS. Sekretariatet la frem forslag om at foreningen også i år skal gjennomføre en slik undersøkelse samt forslag til spørsmål.

Vedtak

Legeforeningen gjennomfører en opinionsundersøkelse i forkant av landsstyremøtet 2014 i regi av Respons Analyse AS. Sekretariatet ferdigstiller forslag til spørsmål i tråd med sentralstyrets tilbakemeldinger.

Sak 88/14 Landsstyresak: Diskusjonsnotat til landsstyredebatten om legevakt

1.03-13/3650

Sentralstyret hadde tidligere vedtatt at man ønsker en debatt om legevakt spisset inn mot noen utvalgte problemstillinger. Sekretariatet la frem forslag til saksfremlegg og diskusjonsnotat. Landsstyredelegatene blir invitert til å diskutere: 1. Hva skal legevakt være? 2. Hva er akseptabel reiseavstand?

Vedtak

Forslag til saksfremlegg og diskusjonsnotat om legevakt til debatten på landsstyremøtet 2014 godkjennes med enkelte endringer.

Sak 89/14 Landsstyresak: Ledelse i sykehus. Modulbasert lederopplæring for førstelinjeledere – evaluering av pilot og spørsmål om videreføring

1.04-12/3978

Ledelse var et satsningsområde i perioden 2011-2013. Legeforeningen nedsatte en referansegruppe som skulle bidra til utviklingen av satsningsområdet. I samarbeid med referansegruppen og gjennom en workshop med representanter fra målgruppen førstelinjeledere i sykehus utarbeidet sekretariatet kurset Kunnskapsledelse etter godkjenning og innspill fra sentralstyret. En viktig premiss for etablering av pilotprosjektet var at kurset skulle evalueres underveis samt ved kursets slutt. Evalueringen er meget positiv, og sekretariatet la på denne bakgrunn frem forslag til mulig videreføring.

Vedtak

Sentralstyret ønsker å videreføre den modulbaserte lederopplæringen for førstelinjeledere i sykehus gjennom en tredelt finansiering; en tredjedel over hovedforeningens budsjett, en tredjedel egenandel, og en tredjedel dekket av den yrkesforening kursdeltakerne er medlem av. Saken legges frem for landsstyret og i budsjettforslag for 2015.

Sak 90/14

1.05-14/15

Arendalsuka

Akademikerne har igangsatt et arbeid som har som siktemål å gjøre folkehelse til tema for politisk debatt 12. august. Folkehelse er et av Legeforeningens satsningsområder og sentralstyret besluttet 15. januar 2014 at Legeforeningen også i år skal delta på Arendalsuka, og at Akademikernes fellesprosjekt er en sentral arena. Sekretariatet presenterte forslag til aktiviteter.

Vedtak

Legeforeningen vil, i tillegg til å bidra til Akademikernes arrangement, også delta på aktiviteter under Arendalsuka.

Sak 91/14 Legeforeningens kandidat(er) til Akademikerprisen 2014

1.06-14/623

Legeforeningen var invitert av Akademikerne til å fremme kandidater til Akademikerprisen 2014. Prisen gis til en norsk eller utenlandsk enkeltperson som fremmer akademisk metode og frihet i sitt arbeid. Legeforeningens foreningsledd var invitert til å foreslå kandidater. Oslo legeforening, Den norske patologforening, Norsk gynekologisk forening, Sør-Trøndelag legeforening, Norsk psykiatrisk forening og Norsk forening for medisinsk biokjemi fremmet til sammen seks kandidater.

Vedtak

Legeforeningen fremmer følgende kandidat(er) til Akademikerprisen 2014:

1. Steinar Krogstad

Sak 92/14 Sentralstyrets arbeidsseminar 2014 – forberedelser

1.07-13/2596

Sentralstyret arrangerer hvert år et arbeidsseminar for å gå i dybden på aktuelle problemstillinger. Årets arbeidsseminar vil være i etterkant av sentralstyremøtet mandag 15.9. og til og med torsdag 18.9. 2014. På sentralstyremøtet i februar besluttet sentralstyret at årets seminar skal legges til Nederland. Sekretariatet la frem en første orientering om et mulig opplegg før og i Nederland.

Vedtak

Sekretariatet arbeider videre med innretning i tråd med saksfremlegget og diskusjonene på sentralstyremøtet

Sak 93/14 Høring – endringer i alkoholloven – åpningsdager for salg av alkoholholdig drikke mv.

1.08-14/463

Legeforeningen hadde mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet forslag til endringer i alkohollovgivningen. Høringsnotatet inneholder forslag om å åpne for at Vinmonopolet kan holde sine butikker åpne jul-, nyttårs-, påske- og pinseaften. Det foreslås også å åpne for salg av alkoholholdig drikk fra Vinmonopolet og dagligvarebutikker på valgdager og dager for folkeavstemning.

Vedtak

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

Sak 94/14 Høring om reservasjonsmulighet for fastleger

2.01-14/377

Helse- og omsorgsdepartementet hadde sendt ut på høring forslag om reservasjonsmulighet for fastleger og rett til å skifte fastlege ved reservasjon. Saken hadde vært på høring i Legeforeningens organisasjonsledd og det var kommet inn mange innspill fra så vel foreningsleddene som enkeltmedlemmer. Legeforeningen hadde også vært i dialog med ansvarlige myndigheter om saken, og det var før høringsfristens utløp uttrykt fra myndighetenes side at man ikke ville opprettholde forslaget. Mot denne bakgrunn hadde sekretariatet utarbeidet utkast til høringssvar.

Vedtak

Utkast til høringsuttalelse godkjennes med enkelte endringer. Sekretariatet

gis fullmakt til å gjøre justeringer før oversendelse av høringsvaret.
Vedlegg 2.

Sak 95/14 Høringsvar - Sektorselskaper som effektive redskap i sektorpolitikken
2.02-14/1385

Legeforeningen hadde mottatt høring fra Akademikerne om sektorselskaper som effektive redskap i sektorpolitikken, opprinnelig sendt fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Høringen omhandler Kommunal og moderniseringsdepartementets forslag til hvordan man kan gjøre sektorselskapene mer formåls- og kostnadseffektive i gjennomføringen av sektorpolitikken. Blant de selskaper som er nevnt er de helseforetakene. Legeforeningens høringsvar vil konsentrere seg om tilbakemeldinger vedrørende helseforetakene i denne sammenheng.

Vedtak

Utkast til høringsvar godkjennes og oversendes Akademikerne.
Vedlegg 3.

Sak 96/14 Intern høring – Legeforeningens veileder for Praksiskonsulentordningen
3.01-12/3100

Basert på forslag fra PKO-rådet vedtok sentralstyret i september 2012 å nedsette en arbeidsgruppe som med bakgrunn i eksisterende dokumenter på området skulle lage et forslag til Legeforeningens veileder for Praksiskonsulentordningen. Arbeidsgruppens forslag forelå i september 2013, og ble så sendt ut til foreningsleddene for intern høring. På bakgrunn av innkomne høringsvar ble et utkast til veileder med mindre endringer lagt frem til for sentralstyret.

Vedtak

Legeforeningens veileder for Praksiskonsulentordningen kan publiseres.

Sak 97/14 Landsstyresak (aktuelle saker) - Legerollen og kvalitet i en travel hverdag
3.02-14/1769

Etter at organisasjonsleddene etter invitasjon hadde gitt innspill vedrørende programposten «Aktuelle saker» for landsstyret 2014 hadde sentralstyret i møte 13.2. 2014 besluttet at bl.a. «Legerollen og kvalitet i en travel hverdag» skulle være tema. Sekretariatet hadde utformet utkast til notat som diskusjonsgrunnlag for landsstyret.

Vedtak

Utkast til notat bearbeides i henhold til sentralstyrets innspill, og sendes deretter sammen med de øvrige saksdokumentene til landsstyredelegatene.

Sak 98/14 Høringsvar - utkast til prosedyrer for rusmiddeltesting
3.03-14/1012

Legeforeningen hadde mottatt et utkast til prosedyrer for rusmiddeltesting fra Helsedirektoratet. Utkastet ble sendt på høring internt i Legeforeningen og høringsinstansene var generelt positive til utkastet og det ble kom innspill til forbedringer. Det var utarbeidet utkast til høringsuttalelse.

Vedtak

Utkast til høringsuttalelse godkjennes og oversendes Helsedirektoratet.
Vedlegg 4.

Sak 99/14 Godkjenning av veiledere

3.31-14/1716

Sekretariatet fremla liste over leger som kan godkjennes.

Vedtak

Godkjent ble:

Veileder i allmennmedisin Tord Anton Haaland

Sak 100/14 Godkjenning i kompetanseområdet allergologi

3.32-14/1444

Sekretariatet fremla liste over leger som kan godkjennes.

Vedtak

Godkjent ble:

Carlsen, Karin Cecilie Lødrup

Lier, Per Arve

Rolke, Heidi Cathrine Berg

Sak 101/14 Utredning om medisinsk grunnutdanning -oppnevning av representanter til prosjektgruppe og referansegruppe

3.33-14/1015

Sentralstyret vedtok i møte den 11. mars 2014 at det skulle iverksettes et utredningsarbeid om den medisinske grunnutdanningen. Det skulle etableres en prosjektgruppe og en referansegruppe. Prosjektgruppen skulle ha fem medlemmer og bestå av to representanter fra Norsk medisinstudentforening (Nmf), to representanter fra Leger i vitenskapelige stillinger (LVS) og prosjektleder i 20 % stilling. For å sikre at alle utdanningsstedene var representert i prosjektgruppen, var Nmf og LVS bedt om å foreslå én kandidat hver fra hvert av de fire utdanningsstedene.

Til referansegruppen var følgende bedt om å foreslå representanter:

Overlegeforeningen, Yngre legers forening, Allmennlegeforeningen, Leger i vitenskapelige stillinger og Norsk medisinstudentforening med én representant hver. De fagmedisinske foreningene var bedt om å foreslå to representanter og de medisinske fakultetene var bedt om å foreslå én representant hver. Forslag til representant fra Yngre legers forening ble fremlagt til møtet samt supplering av representant fra NMF ble fremlagt i møtet.

Vedtak

Sentralstyret oppnevner Marit Halonen Christiansen, Gro Østli Eilertsen, Jørgen, Julia Brox Skranes og Even Holth Rustad til prosjektgruppen.

Marit Halonen Christiansen oppnevnes som prosjektleder.

Til referansegruppen oppnevnes Christian Grimsgaard, Overlegeforeningen, Kirsten Rokstad, Allmennlegeforeningen, Kirsti

Ytrehus, Leger i vitenskapelige stillinger, Anja Fog Heen, Yngre legers forening, Ole Marius Gaasø, Norsk medisinstudentforening, Henrik Schirmer, Margit Reite og Nina Wiggen, de fagmedisinske foreninger.

Sak 102/14 Sentralstyrets lederstipend for tillitsvalgte

3.34-08/4077

I Legeforeningens budsjett for 2014 er det avsatt kr 60 000 for utdeling av to lederstipend à kr 30 000. Det forelå to søknader om tildeling av sentralstyrets lederstipend. Søkerne fylte kriteriene for tildeling av stipend.

Vedtak

Sentralstyret tildeler to lederutdanningsstipend à kr 30 000 til søkere som oppfyller kriteriene.

Sak 103/14 Høring - Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet

3.35-13/4924

UiT - Norges arktiske universitet hadde sendt på høring forslag til modell for undervisning i Finnmark fylke av en gruppe studenter i femte og sjette studieår for profesjonsstudiet i medisin i Tromsø. Det hadde innkommet 10 høringsuttalelser.

Vedtak

Utkast til brev godkjennes med enkelte endringer og oversendes Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT - Norges arktiske universitet. Vedlegg 5.

Sak 104/14 Høring – Utkast til spesialist- og overgangsregler for ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

3.36 -14/1248

Fra Helsedirektoratet hadde Legeforeningen mottatt utkast til spesialistregler og overgangsregler for ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin samt en rapport som redegjør for andre forhold vedrørende den nye spesialiteten. Forslaget hadde vært på høring i Legeforeningens organisasjon. Målbeskrivelse, forslag til spesialistregler med krav til tjeneste, totalt antall timer i kurs og krav til klinisk veiledning samt forslag til overgangsregler var særskilt vurdert etter anmodning fra Helsedirektoratet. De interne høringsinstansene hadde i hovedsak kommentarer til innhold i spesialist- og overgangsregler samt innhold i målbeskrivelsen. Det var utarbeidet utkast til høringsuttalelse.

Vedtak

Utkast til høringsuttalelse godkjennes og oversendes Helsedirektoratet. Vedlegg 6.

Sak 105/14 Landsstyresak - Budsjett for Den norske legeforening 2015

4.01-14/1589

Forslag til rammebudsjett for Den norske legeforening for 2015 ble lagt frem og drøftet.

Vedtak

Forslag til budsjett for Den norske legeforening for 2015 legges frem for landsstyret.

Sak 106/14 Landsstyresak – Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for SOP for 2013

4.02-14/1978

Årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger for 2013 ble lagt frem for oversending til landsstyret.

Vedtak

Sykehjelps- og pensjonsordningen for legers styres årsberetning og regnskap for 2013 tas til orientering og legges fram for landsstyret til godkjenning.

Sak 107/16 Status Legeforeningens økonomi per 31. mars 2014

4.03-14/1588

Legeforeningens regnskap per mars 2014 ble presentert.

Vedtak

Regnskapet per mars 2014 tas til etterretning.

Hege Gjessing

Jon Helle

Kari Sollien

Marit Hermansen

Johan Torgersen

Ivar Halvorsen

Marit Halonen Christiansen

Synnøve Bratlie

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.: 14/130

Vår ref.: 14/463

Dato: 29.4.2014

Høringsuttalelse - Endringer i alkoholloven - åpningsdager for salg av alkoholholdig drikk mv.

Vi viser til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 27. januar 2014 om forslag til endringer i alkohollovgivningen - åpningsdager for salg av alkoholholdig drikk mv. Innspill er innhentet fra relevante organisasjonsledd i Legeforeningen og behandlet i sentralstyret 29. april 2014.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at AS Vinmonopolet kan holde sine butikker åpne jul-, nyttårs-, påske- og pinseaften. Det foreslås også å åpne for salg av alkoholholdig drikk på valgdager og dager for folkeavstemning. Helse- og omsorgsdepartementet hevder at en utvidelse av AS Vinmonopolets åpningsdager bare vil ha marginale alkoholpolitiske konsekvenser fordi salg av øl mv. fra dagligvarehandelen er tillatt disse dagene. Når det gjelder valgdagen, viser departementet til at skjenkeforbudet for brennevin på valgdager allerede er opphevet, og at det uansett omsettes alkohol på valgdagen. Det påpekes også at dagens valgordning innebærer at svært mange forhåndsstemmer.

Siden 70-tallet har alkoholforbruket i Norge økt betydelig. Økningen skyldes ikke bare at stordrikkene drikker mer. Det drikkes også mer blant de som drikker lite eller middels mengder alkohol¹. Legeforeningen er bekymret for konsekvensen av samfunnets alkoholforbruk og for signaleffekten som ligger i departementets forslag. Overforbruk eller misbruk av alkohol er et omfattende samfunnsproblem. Alkoholmisbruk rammer ikke kun den enkelte, men også personer i nære relasjoner til de som drikker for mye. Fra et medisinskfaglig ståsted er det vår vurdering at økt alkoholtilgjengelighet gir en uheldig signaleffekt.

En nylig publisert studie fra Sirius² viser at flere og flere nordmenn gir sin støtte til en restriktiv alkoholpolitikk. Et klart mindretall mener det er for vanskelig å få kjøpt alkohol i Norge i dag. Spørreundersøkelser viser også at nordmenn har en økt tro på at virkemidler som prisreguleringer og tilgjengelighetsbegrensinger er effektive for å redusere alkoholrelaterte skader.

I hvilken grad en utvidelse av Vinmonopolets åpningsdager vil føre til mer alkoholsalg, er usikkert. Å utvide vinmonopolets åpningstider vil imidlertid øke alkoholtilgjengeligheten. Begrensninger i tilgjengeligheten er blant de mest effektive virkemidlene for å redusere skader fra alkoholbruk. Ut i fra dette kunnskapsgrunnlaget bør man holde fast ved "føre var" prinsippet

¹ <http://www.sirus.no/Alkoholkonsumet+har+%C3%B8kt+i+alle+befolkningsgrupper.d25-SMZbKW0.ips>

² http://www.sirus.no/nor/Publikasjoner/Alle_publicasjoner/2013//Changes+in+Norwegian+public+opinion+on+alcohol+policy%2C+2005%E2%80%932012.d25-SMRLG2f.ips

og ikke øke antall utsalg dager, slik departementet foreslår. Legeforeningen støtter derfor ikke de nevnte endringene.

Med hilsen
Den norske legeforening



Geir Riise
Generalsekretær



Jorunn Fryjordet
Avdelingsdirektør

Saksbehandler:
Sara Underland Mjelva

Helse- og omsorgsdepartementet

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

Deres ref.:

Vår ref.: 14/377

Dato: 30.04.2014

Reservasjonsmulighet for fastleger - høring

Det vises til høringsbrev av 21. januar om reservasjonsmulighet for leger.

Høringsprosessen har vist at høringsforslaget byr på mange utfordringer, av overordnet prinsipiell karakter så vel som av mer praktisk karakter. Det har således vært grunnlag for å se etter alternative løsninger. Forutsetningen må være at slike løsninger vil sikre pasientenes interesser og rettigheter fullt ut, samtidig som løsningen må ivareta hensynet til legene.

Legeforeningen viser til vår dialog med myndighetene om mulige løsninger, og støtter at man søker en alternativ tilnærming.

Slik vi vurderer abortlovgivningens system og den faktiske praktisering under denne er det mulig å etablere en god løsning innenfor rammen av loven, uten den betydelige byråkratisering som reservasjonsordningen trolig ville medført.

Legeforeningen ønsker en fortsatt dialog med myndighetene om dette, og vi ber om å bli involvert i den videre utforming av en løsning.

Ettersom høringsforslaget fortsatt ikke formelt sett er trukket, vil Legeforeningen for ordens skyld kommentere forslaget nærmere.

Saken har vært sendt på høring i våre interne organisasjonsledd og i dette brevet synliggjør vi viktige hensyn, synpunkter på og utfordringer ved høringsforslaget.

Basert på den interne høringsrunden synes det per i dag å være et flertall i Legeforeningen som går imot høringsforslaget. Som kjent vil spørsmålet om reservasjon for leger bli drøftet på Legeforeningens landsstyremøte 22. mai. Landsstyret er Legeforeningens øverste organ, og avhengig av utfallet av Landsstyrets behandling av saken og sakens utvikling for øvrig kan det være aktuelt å oversende ytterligere uttalelser i saken.

Kort om bakgrunnen for høringssaken og Legeforeningens prosess om dette

Spørsmål om legeres reservasjonsadgang har vakt et bredt engasjement i Legeforeningen.

Landsstyret behandlet spørsmål om reservasjon i juni 2013, og fattet som kjent slikt vedtak:

«Legeforeningen mener at alvorlige samvittighetsgrunner knyttet til liv og død kan gi grunnlag for at leger gis reservasjonsmulighet for deltakelse i henvisning og behandling.

Legers reservasjonsmulighet skal ikke være til hinder for befolkningens lovbestemte rettigheter. Reservasjonsmulighetene må derfor vurderes lokalt i helsetjenesten på en slik måte at disse hensyn kan ivaretas. Pasientene skal alltid møtes med forståelse og respekt. Forutsigbarhet for pasientene må sikres gjennom god informasjon.»

Legeforeningen har i etterkant vært i dialog med departementet om saken, blant annet om forståelsen av dette vedtaket. Det vises blant annet til vårt brev av 21. juni 2013, se vedlegg.

Som følge av sonderingene om ny regjering ble det inngått en samarbeidsavtale 30. september 2013. Ett punkt i avtalen var kun mellom partiene Høyre, Frp og Krf:

"Det gis reservasjonsmuligheter for fastleger etter dialog med Den norske legeforening.

Dette punktet ble tatt inn i avtalen uten forutgående kommunikasjon med Legeforeningen om dette.

Legeforeningen har vært i kontakt med myndighetene ved utarbeidelsen av høringsforslaget. Sentralstyret og Legeforeningens sekretariat oppfattet at forslaget i hovedtrekk faller innenfor rammen av Landsstyrets vedtak av 2013.

Etter at høringsnotatet ble fremlagt for offentligheten har det vært stor debatt rundt dette, i samfunnet generelt og i Legeforeningen internt. Vi oppfatter at den pågående prosessen har brakt nye momenter inn og at synspunktene i saken kan ha utviklet seg gjennom prosessen.

Det ble på et tidspunkt klart at Legeforeningen har behov for en ny drøftelse av saken i Landsstyret. Foreliggende høringsuttalelse må forstås på bakgrunn av det gjeldende landstyrevedtaket fra 2013.

Reservasjon ved eutanasi

Høringsnotatet omhandler lovbestemt abort og eutanasi. Dette er svært ulike inngrep med svært ulik begrunnelse. Abort har vært lovlig gjennom 40 år, eutanasi er ulovlig i Norge i dag og svært kontroversielt.

Legeforeningen anser at dersom eutanasi skulle bli lovlig i Norge i fremtiden, må det være reservasjonsrett. Legeforeningen finner det imidlertid ikke hensiktsmessig at dette spørsmålet behandles eller reguleres i forbindelse med foreliggende hørings sak. Spørsmålet berører grunnleggende og viktige verdier, og rekkevidden av en eventuell reservasjonsadgang og den nærmere reguleringen må utredes langt grundigere enn hva høringsdokumentene gjør. Forholdet til menneskerettigheten bør avklares ytterligere, jf. vår merknad nedenfor.

Legeforeningen anbefaler at en eventuell regulering av reservasjon i forbindelse med aktiv dødshjelp først tas opp dersom eutanasi vurderes å bli tillatt i Norge.

Våre merknader i det følgende avgrenser mot spørsmål om eutanasi og gjelder således kun spørsmålet om reservasjon ved henvisning til abort.

Sentrale hensyn; høringsinstansenes prinsipielle tilnærming

Legeforeningen har mottatt et stort antall høringer i den interne høringsrunden om saken, fra foreningsledd så vel som fra enkeltmedlemmer.

Først og fremst fremheves det at kvinners lovfestede rettigheter må ivaretas. En gjennomgående forutsetning blant høringsrespondentene er at pasientenes interesser må ivaretas, uavhengig av standpunkt for øvrig.

Legeforeningen anser at befolkningens tillit til helsetjenesten må være et førende hensyn for hvordan helsetjenesten skal innrettes. Det må ikke etableres ordninger som unødig kan svekke denne tilliten. Man har da også en tradisjon for å tillegge tillitshensynet avgjørende vekt ved vanskelige dilemmaer, eksempelvis ved vektingen av taushetsplikten opp mot andre viktige formål i samfunnet. Legeforeningen anser at tillitshensynet også i foreliggende sak må tillegges betydelig vekt. En reservasjonsordning kan bare etableres dersom befolkningens tillit til at alle pasientgrupper får adekvat og god tilgang til de helsetjenester de har krav på, ikke blir svekket.

Videre fremheves det at befolkningen trenger fastleger som er etisk bevisste og reflekterte. Dette gjelder på alle områder av faget, ikke bare knyttet til henvisning til abort. Legeforeningen mener at det er viktig å bevare legenes autonomi. Det må også legges til rette for at leger sier fra om feil og mangler i helsetjenesten og bidrar i diskusjoner og debatter som omhandler forskjellige etiske problemstillinger.

Høringene indikerer for øvrig at saken har voldt betydelig besvær for enkelte foreningsledd, og avdekker meningsforskjeller blant våre medlemmer.

Et flertall av foreningsleddene mener at fastleger ikke skal kunne reservere seg mot å henvise til abort. Disse foreningsleddene går således i mot høringsforslaget. Flere av foreningsleddenes uttalelser er avgitt med dissens.

Det er også kommet inn et større antall høringsuttalelser fra enkeltmedlemmer som anser at det skal være en reservasjonsrett for fastleger.

I det følgende gjengir vi de mest sentrale synspunktene fra høringsinstansene.

Blant interne høringsinstanser som prinsipielt støtter høringsforslaget gis det tilslutning til departementets vurdering om at *«det er verdifullt for samfunnet at fastleger har høy etisk bevissthet og reflekterer over etiske spørsmål. Samfunnet er tjent med at det er rom for ulike overbevisninger og at fastleger ikke føler seg tvunget til å handle i strid med sin samvittighet»*.

Det bemerkes at erfaringene fra abortloven ble innført viser at praktisering av reservasjon blant fastleger har latt seg løse på en smidig måte lokalt. Videre understrekes betydningen av at reservasjonsmuligheten rent faktisk blir reell. Hvis hver enkelt kommune skal avgjøre om en avtale om reservasjon skal opprettes, uavhengig av om de andre forutsetningene er oppfylt eller ikke, vil reservasjonsadgangen neppe være reell.

Det innvendes mot forslaget at alle leger som går inn i en legerolle og behandler pasienter må praktisere i henhold til gjeldene lover og forskrifter. Ved å inngå en fastlegeavtale med det offentlige blir man forpliktet til å oppfylle fastlegeforskriften og avtalene som regulerer fastlegeordningen. En fastlege må forholde seg profesjonelt til at pasienter har andre verdier og gjør andre valg enn legen personlig selv ville ha gjort. Motstanden mot forslaget er særlig basert på en bekymring for at pasientenes lovfestede rettigheter vil kunne bli svekket ved

reservasjonsadgang for leger. Selv om forslaget stiller opp en rekke skranker som skal hindre at dette skjer, er det usikkerhet forbundet ved den praktiske gjennomføringen av ordningen og kvinner løper dermed en økt risiko for ikke å få innfridd sine rettigheter.

Det uttrykkes bekymring for at fastlegeordningen med forslaget kan uthules. Det vises til at et bærende prinsipp for fastlegeordningen er at fastlegen har ansvar for alle allmennlegeoppgaver uavhengig av den enkelte leges egen overbevisning eller samvittighet. Et unntak for en av allmennlegeoppgavene som henvisning til abort vil kunne uthule ordningen. Det fremheves at fastlegen står i en særskilt situasjon i helsevesenet, ved at fastlegen har et personlig ansvar for de som står på fastlegelisten. Fastlegeordningen er slik tuftet på et ansvar og en omsorg for listebefolkningen som vanskelig kan forenes med modellen i høringsforslaget.

I lovforslaget legges det opp til at den enkelte kommune som avtalepart til fastlegen kan avgjøre om det skal gis reservasjonsmulighet i kommunen eller ikke. Dette oppfatter vi at bygger på ordningen med reservasjonsrett i sykehus, der arbeidsgiver tar stilling til om det kan respekteres utfra en samlet vurdering av kapasiteten i behandlingstilbudet. Det innebærer at heller ikke reservasjonsretten knyttet til abortinngrepet er absolutt, men vil variere etter kapasitet. På samme måte vil det i kommunen være avhengig av en konkret vurdering utfra antallet leger som reserverer seg. I tillegg kan politiske forhold få betydning, ved at administrasjonen som inngår avtaler med fastlegen gis «instruksjoner» vedrørende hvordan man skal forholde seg til spørsmål om reservasjonsadgang. Dette kan imidlertid motvirkes ved at det ved lov gis klare bestemmelser om hva som skal vurderes av kommunene og hvilke hensyn som kan vektlegges – og på denne måten avskjære politisk behandling av spørsmålet.

Lovforslaget stiller videre opp en rekke krav som skal innfris før en fastlege kan reservere seg, noe som innebærer ulike betingelser for aktørene.

Menneskerettighetene

Regulering av legers yrkesutøvelse i samvittighetsspørsmål har en side til menneskerettighetene. Det kan særlig vises til Menneskerettighetskonvensjonens artikkel 9 om tanke- og samvittighetsfrihet, og forholdet til reglene er berørt i høringsnotatet. Fra juridisk hold³ hevdes det av enkelte at en regulering i seg selv i gitte tilfelle kan representere en krenkelse, og at det ikke er nødvendig med noen ny lovgivning for å få en reservasjonsmulighet. All stund spørsmålene rundt reservasjon vekker et så vidt stort engasjement i samfunnet generelt, samtidig som det får en stor betydning for de enkeltpersoner dette direkte berører, kan det være nødvendig å foreta grundigere utredninger av disse spørsmålene innen eventuell lovgivning stadfestes.

Den praktiske gjennomføringen – merknader til de enkelte forskriftsbestemmelsene

Legeforeningen ser ulike praktiske utfordringer ved forslaget, slik det er fremsatt. Det bemerkes for ordens skyld at sammenstillingen her ikke nødvendigvis gir noen uttømmende oversikt over

³ - Prøveforelesning av Marianne K Bauhus, Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Oslo

- «Fastlegers reservasjonsrett ved henvisning til selvbestemt abort; Er det å kreve at fastleger personlig henviser til selvbestemt abort en krenkelse av EMK art. 9?»; masteroppgave av Kandidat: Ane Kristine Helgøy; veileder: Erling Johannes Husabø, Det juridiske fakultet, Bergen, 1. juni 2013

utfordringer/problemstillinger ved forslaget. Ved eventuelt behov vil vi gjerne bidra med utdypende vurderinger.

Høringsdokumentet gir i liten grad uttrykk for at man har utredet konsekvensene av - og mulighetene for - å lage systemer for ivaretagelse av en kvinne som henvender seg om abort til en lege som har reservert seg. Høringsdokumentet tar heller ikke godt nok for seg hvordan ordningen skal kunne organiseres og fungere over hele landet, især på mindre steder med rekrutteringsutfordringer.

Legeforeningen ser at kommunenes rolle kan bli krevende. Kommunenes høringsuttalelser i saken viser at disse gjennomgående er skeptiske til forslaget, og især en løsning der beslutninger om reservasjon skal treffes lokalt. Denne motstanden mot ordningen kan i seg selv sees som et argument mot en formalisert reservasjonsmulighet. Om reservasjonsordningen skal treffe intensjonen med etableringen må den medføre en reell mulighet for reservasjon. Den massive motstanden blant kommunene kan tilsi at dette ikke vil bli en realitet.

Legeforeningen oppfatter at en nærmere vurdering av lokal versus nasjonal ordning kan være nødvendig, eventuelt i kombinasjon med at legene i en gruppepraksis må sørge for oppfyllelse av pasientens rettigheter. Det er uansett vesentlig at lovverket tilrettelegger for en lik og enhetlig praktisering over hele landet. Om avgjørelsen legges lokalt, må det være kommunenes forpliktelser etter kommunal helse- og omsorgstjenestelov som kommunene må ta utgangspunkt i, før de ut fra lokale forhold vurderer om en reservasjonsordning faktisk kan og skal gjennomføres i kommunen. For øvrig synes lokale beslutninger i utgangspunktet best i samsvar med fastlegeforskriften § 3, som fastslår at det er den enkelte kommune som er ansvarlig for allmennlegetjenesten i kommunen. Det er generelt behov for at kommunen engasjerer seg i fastlegeordningen i større grad enn i dag, og det er kommunen som har nødvendig kunnskap om tilgjengelige helsetilbud for innbyggerne.

Det foreslås at kvinner ved fylte 16 år som står på liste hos en fastlege som har reservert seg, kan fremsette krav om skifte av lege. Legeforeningen mener at dette forslaget vil innebære en potensiell synliggjøring av et medisinsk behov hos en pasient som er uakseptabel. Skal rettigheten reelt sett ivareta aktuelle pasienter må retten til å bytte fastlege gjøres gjeldende generelt, for både gutter og jenter fra 14 år. Det kan ikke oppstilles et krav om at man begrunner byttet med at legen reserverer seg. Det bør vel heller ikke være et *krav* at pasienten velger en fastlege «i nærheten», ref forslagets § 6 i forskrift om pasient og brukerrettigheter i fastlegeordningen. For øvrig påpekes den svakhet ved forslaget at de færreste kvinner vil tenke på å skifte fastlege ut fra legens eventuelle reservasjon før behovet plutselig oppstår.

Det fremstår uklart hvilken adgang leger på felleliste har til å reservere seg. Turnuslegers stilling er heller ikke avklart.

Det er foreslått et krav om at pasienten gis tilgang til annen lege «neste virkedag». Vi ser praktiske utfordringer med kravet, samtidig som vi savner en mer konkret vurdering av om dette på tilstrekkelig måte ivaretar kvinnens behov.

Høringsnotatet berører ikke spørsmålet om hvorvidt det å beslutte om det skal gis reservasjonsadgang for den enkelte lege vil være et enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Vi anbefaler en tydeliggjøring av hvilke generelle saksbehandlingsregler som skal gjelde, herunder om det er krav til begrunnelse og klageadgang m.v. En av grunnene til uklarheten kan ha sammenheng med at det også er uklart om departementet mener å gi legen rett til en

individuell behandling av en søknad om reservasjonsadgang eller om kommunen på generelt grunnlag kan avvise alle søknader.

Tilgjengelig og lett tilgjengelig informasjon må være en forutsetning for en eventuell reservasjonsordning. Fastlegene må i et slikt tilfelle pålegges en informasjonsplikt, samtidig som kommunen har et særlig ansvar for å informere innbyggerne om hvilke fastleger som eventuelt har reservert seg.

Uavhengig av reservasjonsmulighet bør kommunene legge til rette for at abortsøkende kvinner skal få nødvendig hjelp og kunne komme i dialog med personer de har tillit til/kjenner. Kommunene bør for eksempel forpliktes til å informere på sine hjemmesider om ressurspersoner som kan kontaktes ved behov for samtale (helsesøster, Sex og Samfunn (tidligere klinikk for seksuell opplysning) osv.) og hvordan man kontakter sykehus direkte ved ønske om abort (med nøyaktig info om kontaktadresse).

Oppsummering

Høringssaken reiser vanskelige prinsipielle problemstillinger. Hensynet til pasienten, som søker å få oppfylt en rettighet, og til legens rett til å handle ut fra en dyp overbevisning, er en vanskelig avveining. Det er til dels betydelige meningsforskjeller blant våre medlemmer. Debattene som har pågått så vel internt i foreningen så vel som i samfunnet generelt har medført at tidligere inntatte standpunkt til dels har modnet og til dels har endret seg blant våre interne høringsinstanser.

Per i dag synes det å være et flertall blant våre medlemmer som går imot en reservasjonsmulighet for fastleger. Det kan særlig vises til en bekymring for om hensynet til pasientene i praksis kan ivaretas godt nok, og dermed også spørres om tilliten til helsetjenesten vil kunne svekkes dersom det åpnes en reservasjonsmulighet som foreslått.

Legeforeningen stiller seg positive til at alternative løsninger blir forsøkt, og vil gjerne delta i den videre dialogen om dette.

Saken har vært ytterst krevende for foreningen og våre medlemmer. Om høringsforslaget skulle falle trenger vi en fortsatt debatt om hvor grensen går for samvittighetsfrihet – ikke bare for leger, men også andre yrkesgrupper. I helsetjenesten vil vi i årene som kommer møte stadig flere medisinske gjennombrudd, men også verdikonflikter i kjølvannet av enkelte av disse. Legeforeningen er av den oppfatning at det norske samfunn trenger etisk refleksjon og betydelig takhøyde for denne type debatter. Uavhengig av myndighetenes beslutninger i denne høringssaken ser vi muligheten for at det i fremtidige saker kan bli aktuelt å kreve reservasjonsmuligheter på samvittighetsgrunnlag mot tiltak som gjøres til en del av den offentlige helsetjenesten.

Saken vil bli behandlet av Legeforeningens landsstyre i mai.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Anne Kjersti Befring
direktør

Saksbehandler: Adel Heilemann

Dokumentet er godkjent elektronisk

UTKAST

Akademikerne

Sendt kun pr. e-post:

Deres ref.:

Vår ref.: 14/1385

Dato: 24.04.2014

Høringssvar - sektorselskaper som effektive redskap i sektorpolitikken

Legeforeningen viser til høringsnotat om ovennevnte, som omhandler Kommunal og-moderniseringsdepartementets forslag til hvordan man kan gjøre sektorselskapene mer formåls- og kostnadseffektive i gjennomføringen av sektorpolitikken. Blant de selskaper som er nevnt er de helseforetakene. Legeforeningens høringssvar vil konsentrere seg om tilbakemeldinger vedrørende helseforetakene i denne sammenheng.

Legeforeningen opplever forslagene til å være av overordnet karakter. At det skal finnes mål og resultatindikatorer som gjør at slike selskaper, som er offentlig eid, skal rapportere om de faktisk når målsetningene synes selvsagt. Like selvsagt synes det å være at det må sikres evaluering av regulering, finansiering og organisering. Men det har stor betydning hvilke mål og resultatindikatorer som finnes, og hvordan evaluering av regulering, finansiering og organisering faktisk skjer.

Om helseforetakene og de regionale helseforetakene

Det er i regjeringsplattformen varslet nedleggelse av de regionale helseforetakene. Helseministeren har i ettertid uttrykt at regjeringen skal ta initiativ til å se på fremtidig organisering og styring av spesialisthelsetjenesten, men at denne prosessen må være grundig og ligge frem i tid. De regionale helseforetakene er organisasjonsenheter som står langt fra den daglige driften av sykehus. RHF-enes rolle må tilpasses og justeres i samsvar med denne situasjonen. Det må vurderes hvor mange beslutningsnivåer det skal være i organiseringen av sykehus. Omfanget av administrasjon på ulike nivåer og mellom politisk ansvarlige (helseministeren) og der pasientbehandling skjer bør også vurderes. RHFenes administrasjon, underliggende selskaper og omfanget av bruken av konsulenttenester, bør vurderes i lys av behovet for ressurser der tjenestene gis og behovet for tilrettelegging for denne kjerneoppgaven.

Det interne byråkratiet i styringslinjen til de statseide sykehus bør vurderes. Det er innført en rekke mål og resultatindikatorer, men det er mangel på målbare kriterier som understøtter pasientbehandling og kvaliteten i pasienttilbudet. Det er helt nødvendig å snu en slik utvikling, og sørge for at mest mulig av helseressursene investeres der hvor tjenestene ytes – i helseforetakene. Det bør således være mindre kontrollmekanismer, og de som skal finnes må være mer målrettet på å oppnå helsetjenestens hovedformål.

Det anføres om helseforetakene at disse har *egen handlingsevne, rettslig og økonomisk, innenfor rammene av spesialisthelsetjenesteloven og det statlige finansieringsansvaret*. Dette er imidlertid en sannhet med svært store modifikasjoner. I praksis opplever de kliniske avdelingene i sykehus at det er lite handlingsrom. Omfanget av helseadministrasjon har også betydning for handlefriheten innad i sykehusene.

Kravene til rapportering og dokumentasjon for leger og ledere, og andre ansatte i helsetjenesten har økt betydelig. Dette går utover verdiskapning og tjenesteyting, som er pasientbehandling, forskning og utdanning av helsepersonell. Tiden leger i spesialisthelsetjenesten bruker på pasientrettet arbeid fortsetter å synke, de nyeste tallene viser at den nå er på under 43 prosent. For ti år siden var den på 60 prosent. Endringen tilsvarer ca 2200 legeårsverk i sykehusene.

Unødvendig rapportering må avvikles, og det må iverksettes tiltak for å redusere tidsbruken på ulike former for rapportering. Målet må være at omfanget av helsepersonells rapportering begrenses til det som er nødvendig, og at nødvendig rapportering skjer på en så effektiv måte som mulig. Det er grunn til å fastholde behovet for en gjennomgang av rapporteringskravene på mer objektivt grunnlag basert på en dokumentgjennomgang. Dette er ikke gjort.

Det foreligger ingen oversikt over andelen av helseressurser som benyttes på forvaltning og administrasjon mellom tjenestenivået og Storting/regjering. Det bidrar til manglende grunnlag for bevilgningsvedtak i Stortinget. Mangelen på oversikt, særlig over økningen på regionalt nivå, kan medføre feil i dimensjoneringen – og prioriteringer av ressursbruk på henholdsvis RHF og HF.

RHF-ene har over tid utviklet en sentralisert og ovenfra og ned-styring som griper rett inn i sykehusenes daglige drift, ofte på detaljstyringsnivå. De bruker betegnelsen mor-datter til å beskrive denne styrings-formen. Tidligere ansatte for eksempel Helse Sør-Øst sine egne direktører som styreledere ved sykehusene. Selv om denne praksisen er avviklet er det en indikasjon på styringsbehovet og styringsideologien til det regionale helseforetaket.

Styringslinjen og ideologien har blant annet medført liten grad av åpenhet om de faktiske utfordringer innad i sykehus. Riksrevisjonen har påpekt disse forhold og at det medfører at sykehus kan drives med for høy risiko uten at styret og toppledelsen justerer kursen. Det er derfor helt nødvendig å opprettholde og å styrke eksterne korrektiver, som arbeidstilsynet og Helsetilsynet.

Legeforeningen har kritisert RHF-ene for at de i for liten grad involvere medarbeiderne i omstilling og endring, men heller ønsker ensidig styring og pålegg. Hele arbeidsgiverpolitikken bør gjennomgås med mål om å styrke samarbeidslinjen, evne og vilje til dialog og gode opplyste prosesser. Det ville også ha bidratt til å redusere omfanget av uriktige beslutninger med konsekvenser for pasienttilbudet.

Dersom helseforetakene skal være formåls- og kostnadseffektive er det nødvendig å snu denne utvikling, fordi den skaper avstand til de ansatte som innehar den avgjørende kompetanse for at virksomhetene skal nå sine fastsatte mål.

Når det gjelder evaluering er det behov for en nøytral evalueringsordning. Store offentlige instanser, som ivaretar tunge samfunnspolitiske oppgaver med betydelig økonomisk effekt, bør

ikke evaluere seg selv. Det må sikres at det kommer på plass evalueringsordninger hvor også helseforetakene blir evaluert av nøytrale instanser.

Helseforetakene er videre bundet av årlig budsjettering for virksomheter som har stort behov for å tenke investering over tid. Også her må det tenkes nytt for å oppnå forsvarlig og god planlegging og nødvendige investeringer. Åpenhet om faktiske utfordringer i sykehus og opplyste grunnlag for beslutninger, er også nødvendig for at Stortinget skal kunne treffe beslutninger om bevilgninger og lovgivning på et best mulig grunnlag. Utøvelse av eierskap, arbeidsgiverpolitikken og driften av sykehus, har stor interesse for befolkningen da det er avgjørende for hvilket sykehusstilbud landet skal ha innenfor den statseide ordningen.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Anne Kjersti Befring
Direktør

Dokumentet er godkjent elektronisk

UTKAST

Helsedirektoratet

postmottak@helsedir.no

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 22.4.2014

Høringsuttalelse utkast til prosedyrer for rusmiddeltesting

Helsedirektoratet ber om høring på «Prosedyrer for rusmiddeltesting». Det etterspørres synspunkt på faglig innhold og om det er andre moment som burde vært omtalt. Videre er det bedt om spesiell tilbakemelding på å skille mellom prøver tatt i medisinsk øyemed og prøver tatt for kontrollformål er hensiktsmessig, og om dagens praksis er i overensstemmelse med forslaget til prosedyrer.

Legeforeningen mener at utkastet til prosedyrer generelt er godt. Dokumentet oppfattes som enkelt, lett lesbart og med ryddig målsetning.

Faglig innhold og andre områder som burde være omtalt

- Det savnes en beskrivelse av utfordringene og dilemmaene med observerte urinprøver, spesielt sett fra pasientens synpunkt.
- Prøvetaking skjer i en del sammenhenger hvor rammene er uklare. Dette gjelder spesielt prøvetaking av ungdom, initiert av foreldre eller skole. Det savnes en avklaring av rammer for slik prøvetaking. Kan slike prøver rekvireres og i tilfelle av hvem? Er slik prøvetaking et fornuftig tiltak og på hvilke premisser?
- Kliniske/praktiske eksempler kunne gjerne vært inkludert i dokumentet, gjerne for alle de ulike sakskategoriene og eksempelvis som et eget kapittel.
- Prosedyren gir ikke noe klart svar på om prøver tatt for kontrollformål må tas av et akkreditert senter. Slik praksis ville sikret korrekt prøvetaking og sikring av hele kjeden.

Inndeling medisinske forhold og kontrollforhold

Legeforeningen mener det er hensiktsmessig å opprettholde et skille mellom prøver til medisinsk diagnostikk/oppfølging/behandling og prøver til bruk i kontrollformål, selv om skillet ikke alltid er skarpt. Dersom et positivt prøvesvar *alene* skal kunne legges til grunn for sanksjoner, må prøven følge rettstoksikologiske prinsipper. Samtidig er det viktig å påpeke at et *negativt* prøvesvar på en medisinsk prøve kan brukes hos prøvegiver i et kontrollopplegg forutsatt at dette er i tråd med gjeldende lovverk.

Overensstemmelse med dagens praksis

I forslaget til prosedyrer står det at prøver for kontrollformål handler om tester hvor positivt svar kan føre til sanksjoner eller tap av rettigheter – herunder førerkort, arbeid og baretillatelse for våpen.

Dette bryter med dagens praksis på noen områder. Eksempelvis når det gjelder førerkort, kan prøver som i utgangspunktet er tatt på medisinsk indikasjon i oppfølging av rusmisbruk være med på å danne grunnlag for melding til Fylkeslegen om at de helsemessige kravene til å inneha førerkort ikke er oppfylt. Dette er en vurdering av pasientens helsetilstand, og medisinske rusprøver må kunne inngå i helhetsvurderingen. I gjeldende retningslinjer for Fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker (IS-2070), står følgende under kapittelet om rusmiddellidelser:

Kontrollene vil oftest basere seg på klinisk inntrykk, samt eventuelt urin-, blod- og/eller andre prøver. (...) Vurdering av dispensasjonsspørsmål er ingen strafferettslig vurdering. Det må i disse sakene foretas en skjønnsmessig vurdering av validiteten og konsekvensene av de prøvesvar som foreligger. En dispensasjonsvurdering skal ikke bygges på prøver alene, men på en kombinasjon av klinisk og laboratoriemessig verifikasjon av opphørt skadelig bruk.

Man må unngå at prosedyren legger føringer som kan avskjære muligheten for å legge medisinske prøver til grunn i en helhetsvurdering for eksempel av om en person er skikket til å inneha førerkort eller bære våpen.

Øvrige kommentarer:

- Punkt 7.1: Her må det helt tydelig og entydig fremgå at hurtigtester ikke kan benyttes som grunnlag for negative sanksjoner. Slik det er skrevet nå («Av rettssikkerhetsmessige hensyn bør slike tester aldri benyttes som grunnlag for sanksjon») er det rom for å tolke dette som at det i enkelte tilfeller kan benyttes.
- Punkt 12.1: her må man spesifisere setningen «Svar på screeninganalyser med immunologisk metode skal kun oppgis som...». Screeninganalyse kan også være en kvantitativ, spesifikk metode og dermed kan analyseresultatet oppgis som tallverdi.
- Punkt 15: Ad siste kulepunkt vedrørende rådgivende lege. Her bør også klinisk farmakolog oppføres da dette er legespesialister med kompetanse på fortolkning av analyseresultater.
- Under overskriften «Prøver for kontrollformål» (5.5) kunne man også nevne NAV som rekvirent i forhold til gravide som leverer urinprøver etter avtale for å vise at de ikke inntar rusmidler i svangerskap, hvilket ville kunne føre til tvangsinnleggelse etter Helse- og omsorgstjenesteloven i kommunene § 10-3.
- Det er nylig publisert en oversikt over hvilke laboratorier som utfører rusmiddelanalyser (Westin AA, Espnes KA, Larsen RA, Bjånes TK, Berg JA, Spigset O. Rusmiddelanalyser i Norge. Bioingeniøren 2014;2; 17-22). En henvisning til denne artikkelen vil kunne være nyttig.

Den norske legeforenings sentralstyre,
etter fullmakt

Geir Riise
generalsekretær

Bjarne Riis Strøm
fagdirektør

UTKAST

Det helsevitenskapelige fakultet
Postboks 6050
Langnes

9037 Tromsø

Deres ref:

Vår ref: 14/3080

Dato: 23.04.2014

Høring – Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet ved UiT - Norges arktiske universitet

Legeforeningen viser til forslag til modell for faglig innhold og praktisk organisering av femte og sjette studieår i medisinstudiet for en gruppe studenter i Finnmark fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT- Norges arktiske universitet av 12. mars 2014.

Forslaget til modell for undervisning ble behandlet av Legeforeningens sentralstyre den 29. april d.å. etter intern høring i Legeforeningens organisasjon. Kommentarene fra høringsinstansene er lagt til grunn ved utarbeidelsen av Legeforeningens høringsuttalelse.

Legeforeningens synspunkter oppsummeres i følgende punkter:

Helsetjenesten i Nord – Norge - legedekning

Medisinstudiet ved Norges arktiske universitet ble opprettet for å utdanne leger til primær- og spesialisthelsetjenesten i hele Nord – Norge. I studieplanen fra 1971, da medisinstudiet ble etablert i Tromsø, uttrykkes det eksplisitt at helsetjenesten i Nord – Norge må ses på som en regional helhet, og at Universitetet i Tromsø må påta seg ansvaret for denne helheten.

Fra etableringen av medisinstudiet i Tromsø har studentene vært utplassert i praksisperioder ved sykehus og i primærhelsetjenesten utenfor Tromsø. Praksisperiodene har i alle år vært vurdert av studentene som det mest vellykkede og mest lærerike. Det femte studieåret omfatter 16 ukers praksis ved lokalsykehus og åtte ukers praksis ved primærlegekontor. Blant Tromsøstudentene med nordnorsk bakgrunn velger 70 – 80 % å arbeide i landsdelen etter endt studium.

Hovedbegrunnelsen for å desentralisere deler av utdanningen til Finnmark, er behov for å rekruttere leger til fylket og stabilisere helsetjenesten samme sted. Det vises til gode erfaringer fra andre land som Canada, Australia og USA. Det blir også trukket frem at Norges arktiske universitet har et eget fagområde for distriktsmedisin (Senter for distriktsmedisin i Tromsø).

Desentralisert undervisning ved Nordlandssykehuset og i primærhelsetjenesten i Nordland

Universitetet i Tromsø har fra 2009 erfaringer med desentralisert undervisning. Universitetet har benyttet Nordlandssykehuset (Bodø) som undervisningssykehus og primærhelsetjenesten i Nordland for inntil 25 medisinstudenter i femte og sjette studieår.

Legeforeningen kan imidlertid ikke se at den desentraliserte undervisningen i primærhelsetjenesten i Nordland har ført til bedre legedekning enn i de to andre fylkene i Nord-Norge. Faktisk har Nordland fylke den høyeste andelen fastlegelister uten lege ved årsskiftet 2012/2013, dvs. 10,6 %, mens Finnmark og Troms hadde hhv. 3,2 % og 3,0 %.

Organisering av utplasseringen i Finnmark – sykehus og primærhelsetjeneste- akuttmedisinsk profil

Det foreslås at Finnmarkssykehuset, Klinikk Hammerfest, skal være undervisningssykehus for 12 femte- og sjette-års studenter.

For utplasseringen i primærhelsetjenesten foreslås Alta helsesenter og Samisk helsepark i Karasjok. Her vil tverrprofesjonell undervisning for å lære studentene samhandling, og styrking av kulturkompetanse bli vektlagt.

Utplasseringen vil ha en sterk akuttprofil med akuttmedisinsk arbeid både i førstelinjetjenesten (ambulansse, -båt, -fly, -helikopter, fastlege, legevakt) og spesialisthelsetjenesten (sykehus – sentralisert og desentralisert).

Legeforeningen er positiv til at det skal gis et solid faglig innhold i akuttmedisin både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Foreningen ser at det er et godt faglig og akademisk fagmiljø i akuttmedisin i Vest – Finnmark som vil kunne tilby en god utdanning. Det å beherske akuttmedisin kan være avgjørende for at leger vil føle seg trygge når de skal arbeide som lege i distriktet etter endt studium.

Det fremgår videre at kulturforståelse er vektlagt i utdanningen. Legeforeningen er opptatt av at hensynet til kulturforståelse og samhandling med førstelinjetjenesten ikke bør svekke utdanningen sammenlignet med det tilbudet som studentene i Tromsø får.

Fagmiljø - faglig innhold og organisering

Legeforeningen er usikker på hvorvidt det er tilstrekkelig pasientvolum, bredt nok sykdomspanorama og tilstrekkelig antall spesialister for undervisning i flere fagområder i femte og sjette studieår.

Legeforeningen stiller spørsmål ved om den kliniske undervisningen i de sentraliserte fagene som nevrologi, nevrokirurgi og revmatologi vil bli for svak i og med at det ikke er pasientgrunnlag nok. Dette lar seg vanskelig erstatte av teoretisk undervisning. Bl.a. stilles det spørsmål når det gjelder undervisningen i nevrologi og nevrokirurgi i nevrologimodulen (modul 1) ved Hammerfest sykehus. Det er verken nevrologisk avdeling, nevrolog eller nevrokirurg ved sykehuset. Nevrologi og nevrokirurgi er praktiske, kliniske fag, der god klinisk undersøkelse av pasienter med tydelige funn danner grunnlaget for diagnostikk og behandling. Denne undervisningen bør være ved UNN. Det er i tillegg viktig å påpeke at den kliniske nevrologiske undervisningen til studentene som er utplassert i Bodø ikke gjennomføres i Bodø, men ved UNN i dag.

Når det gjelder revmatologi er Legeforeningen kjent med at det ikke er noen revmatolog ved Hammerfest sykehus. Det synes ikke godt nok at denne undervisningen er avhengig av ekstern undervisningshjelp.

Infeksjonssykdommer utgjør en meget vesentlig del av det en allmennpraktiker møter. Undervisningen bør gis av spesialister.

Foreningen vil også vise til at ambuleringsavtalen mellom UNN og Helse Finnmark en frivillig avtale og ikke tilpasset det behovet Helse Finnmark har for utdanningsbistand. Det fremstår derfor som noe usikkert å basere mye av utdanningstilbudet på ambulering.

Utvelgelse av studenter til utplassering

Legeforeningen er positiv til at det foreslås at ordningen med desentralisert undervisning er frivillig basert på påmelding i løpet av andre studieår, slik som det er ifm. utplasseringen ved Nordlandssykehuset i dag. Ved for få påmeldte må loddtrekning benyttes.

Fasilitering

Dersom man skal gjennomføre en desentralisert undervisning må fasilitetene rundt studiene være dekkende. Med det mener Legeforeningen at det må være god tilgang på boliger, IT-tjenester, bibliotek og lesesaler.

Ny spesialitetsstruktur – helhetlige utdanningsløp

Det blir i forslaget vist til at omleggingen av turnusordningen og det pågående arbeidet med spesialitetsstrukturen gir muligheter for strategisk satsning på rekruttering til og stabilisering av legetjenesten i nord. Studenter som starter sin legekariere i grunnutdanningen i Finnmark skal kunne fortsette i tilrettelagte spesialiseringløp i fylket. Det blir bl.a. anført at studenter som har tatt deler av sin medisinske grunnutdanning i Finnmark skal gis fortrinnsrett til turnusstilling på sykehusene og i kommunene. Legeforeningen vil påpeke at når det gjelder tilsetting i turnuslegestillinger er det den faglig og personlig best kvalifiserte som skal ansettes. Det er ikke anledning til å gi noen fortrinnsrett til turnuslegestillinger basert på lokal tilknytning.

Det er positivt at det planlegges økonomiske incentiver ifm. gjennomføring av veiledning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og spesialistrekrutteringsprogram.

Akademiske krav til undervisningspersonell

Ønsket om å rekruttere leger til Finnmark må ikke gå utover kvaliteten på utdanningen av leger. De akademiske kravene som ligger til profesjonsutdanningen i medisin kan ikke fravikes. Legeforeningen stiller seg spørrende til om det finnes tilstrekkelig antall leger med akademisk undervisningskompetanse i Finnmark. Legeforeningen ser også faren for at det ikke er tilstrekkelig antall spesialister til å dekke undervisningen, i tillegg til ordinær sykehusdrift. Dette gjelder spesielt de mindre fagene som f.eks. øyesykdommer, øre- nese - halssykdommer og hudsykdommer.

Legeforeningens konklusjoner

Legeforeningen stiller seg i hovedsak positiv til den foreslåtte modellen for faglig innhold og praktisk organisering av femte og sjette studieår for en gruppe medisinstudenter ved UiT - Norges arktiske universitet i Tromsø.

Legeforeningen mener imidlertid at det er usikkert om spørsmålene om tilstrekkelig pasientvolum, tilstrekkelig antall spesialister med akademisk kompetanse og bredt nok sykdomspanorama, er godt nok vurdert i forhold til kravene til å gi en fullverdig medisinsk grunnutdanning i femte og sjette studieår.

Legeforeningen mener en eventuell gjennomføring av desentralisert medisinutdanning i Vest – Finnmark bør organiseres som en pilot/ prøveordning med grundig evaluering etter et par års gjennomføring. Ordningen må følges av tilstrekkelige økonomiske 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

UTKAST

Helsedirektoratet
Postboks 7000
St. Olavs Plass
0130 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.: 14/1248

Dato: 22.04.2014

Høring - Utkast til spesialist- og overgangsregler for ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

Legeforeningen viser til brev av 07.3.2014 fra Helsedirektoratet angående utkast til spesialist- og overgangsregler for spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin med høringsfrist 30. april 2014. Høringsutkastet har vært på bred høring i Legeforeningens organisasjon og forslaget ble behandlet i Legeforeningens sentralstyre den 29. april.

Legeforeningens generelle kommentarer

Landsstyret i Legeforeningen vedtok allerede i 2009 en anbefaling overfor Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet om å opprette en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin samt forslag til nye spesialistregler.

I nåværende høring ber Helsedirektoratet om vurdering av forslag til spesialistregler, overgangsregler og målbeskrivelse samt eventuelt andre forhold i rapporten «Etablering av en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin».

Legeforeningen støtter en modell med en tredelt spesialisering bestående av;

- a) spesifikk tjeneste i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- b) obligatorisk tjeneste i psykiatri
- c) valgfri tjeneste (annen relevant tjeneste)

Denne oppbyggingen samsvarer med de andre 44 spesialiteter.

Legeforeningen støtter i det vesentlige Helsedirektoratets forslag til nye spesialistregler, men med enkelte kommentarer knyttet til omfanget og organiseringen av tjenesten i psykiatri og somatiske fag.

Legeforeningens synspunkter kan oppsummeres i følgende punkter:

1. Spesialistregler

Legeforeningen er enig i krav om totalt 5 års tjeneste, med obligatorisk tjeneste i TSB og psykiatri samt 1 års valgfri relevant tjeneste. Dette samsvarer med strukturen for spesialistreglene i andre spesialiteter.

Pasienter med rus- og avhengighetslidelser har en betydelig økt somatisk og psykiatrisk sykkelighet. Legeforeningen vil fremheve betydningen av breddekompetanse og av særskilt kompetanse i psykiatri og relevante somatiske fag. For å sikre faglig kvalitet er det viktig at det blir sikret tilstrekkelig tjenestetid både for TSB og relevante fag.

Det er stor overlapping både i diagnostiske hovedgrupper og arbeidsmetodikk innen psykiatri og rus- og avhengighetsmedisin. Samsykkeligheten er stor, og behandling for samtidige psykiatriske lidelser og ruslidelser bør foregå samtidig i samme behandlingsforløp. Dette forutsetter psykiatrikompetanse hos spesialister i rus- og avhengighetsmedisin.

Erfaring fra allmennmedisin er også av stor betydning for spesialister i rus- og avhengighetsmedisin. Møtet med rusmisbrukere fortøner seg ofte helt annerledes på et legekontor/legevakt, enn i en etablert behandlingsarena som TSB vil være. Samhandling med andre instanser og somatiske sykehusavdelinger vil også foregå under andre betingelser enn når man jobber i en TSB- institusjon.

Legeforeningen anbefaler at det i stedet for begrepet «valgfri tjeneste» brukes «annen relevant tjeneste» for å fremheve at det kun er spesifiserte former for tjeneste som godkjennes.

Legeforeningen foreslår en justering vedrørende innholdet i den valgfrie tjenesten, for å gi tydelig plass for konsultasjon-liaison tjeneste som et alternativ til annen valgfri tjeneste. Det foreslås å legge til et fjerde alternativ i listen over valgfri tjeneste som omhandler ½ år systematisk organisert konsultasjon- liaisontjeneste med oppmøtested i aktuell somatisk avdeling eller akuttmottak.

Legeforeningen anbefaler også en endring av formuleringen som beskriver valgfri tjeneste i allmennmedisin. Begrepet «fastlege» bør ikke brukes, da det omfatter de som er hjemmelsinnehavere i fastlegeordningen. Det er ikke hensiktsmessig å søke fastlegehjemmel og etablere egen selvstendig fastlegepraksis for et halvt års tjeneste. Det vil i de fleste tilfeller være mer hensiktsmessig at et halvt års tjeneste utføres i vikariat for fastlege eller i en allmennmedisinsk utdanningsstilling. Legeforeningen foreslår følgende ordlyd: «½ års tjeneste i allmennpraksis hvorav minst 80% av ukentlig arbeidstid skal være i kurativ virksomhet i åpen uselektert praksis».

Legeforeningen mener at det bør innføres et alternativ innenfor valgfri tjeneste som gir mulighet for ½ - 1 års forskningstjeneste, slik det fremgår i dagens regler for de andre 44 spesialiteter.

Under punkt 3.3.2. i rapporten med overskrift «Spesialisert terapiveiledning» bør familieterapi inn som et av kulepunktene da dette er en viktig terapiform i rusbehandling.

2. Overgangsregler

En overgangsordning med 2 års varighet er i tråd med tidligere praksis ved etablering av nye spesialiteter.

Overgangsordningen har som hovedformål at leger med langvarig erfaring innenfor fagfeltet skal kunne godkjennes som spesialister i forbindelse med etablering av spesialiteten.

Godkjenning etter overgangsordning må ta utgangspunkt i regelverket for godkjenning, men gi adgang til helhetsvurdering av legens kompetanse, basert på dokumentert klinisk erfaring og teoretisk utdanning. Det gjøres en totalvurdering av den enkelte søker og gis godkjenning når det anses godgjort at søker har den kunnskap og de ferdigheter som kreves av en godkjent spesialist i rus- og avhengighetsmedisin. Ved innføring av nye spesialiteter vil søkere etter overgangsordningen gjerne faller i tre kategorier: 1. De som klart godkjennes, 2. De som avslås, men får beskjed om definert tilleggsutdanning før godkjenning gis. 3. De som avslås og som må fullføre en utdanning etter regelverket.

Det må også etter utløp av overgangsreglene være mulighet for individuell vurdering av realkompetanse, slik § 1d) i de generelle bestemmelsene for spesialistutdanning åpner for.

Overskriften «Krav til kunnskap» under punkt 4.1.2 i rapporten, bør endres til «Kursutdanning».

3. Målbeskrivelse

Legeforeningen har følgende konkrete forslag til endring av overskrifter og inndeling av punkter:

2.1 Krav til kunnskap

2.1.1. Den farmakologiske inndelingen av rusmidler vil bli mer tydelig og uavhengig av hva som til enhver tid er illegalt og legalt ved følgende inndeling:

Dempende rusmidler. Stimulerende rusmidler. Hallusinogene. Androgene anabole steroider (prestasjonsfremmende stoffer). Nyere syntetiske rusmidler. Ikke kjemisk avhengighet.

2.1.2. Overskriften bør være «Nevrobiologisk grunnlag».

2.1.4. Overskriften bør være «Betydning av tidlige belastninger, komorbiditet og følgetilstander». Kulepunkt «Prostitusjon» hører inn under 2.1.5 «Psykososiale forhold».

2.1.5. Overskriften bør være «Psykososiale forhold».

Rusmiddeltesting anbefales integrert i målbeskrivelsen som et eget hovedpunkt for eksempel 2.1.13:

- Prinsipper for rusmiddeltesting: Analysemetodenes styrker og svakheter, og mulige feilkilder
- Ulike prøvematerialers (serum, blod, urin, hår, spytt) fordeler og ulemper med tanke på rusmiddeltesting
- Lovverk som regulerer rusmiddeltesting

Under punkt 2.3 «Krav til holdninger» er det anført at «*Spesialister i rus og avhengighetsmedisin skal ha evne til åpen og respektfull kommunikasjon med pasienter og pårørende*». Etter Legeforeningens syn er dette et krav som ikke er særegent for denne spesialiteten, men felles for helsepersonell som arbeider i klinikk.

Under «Merknader» er det i rapporten anført at «*all tjeneste må foregå i utdanningsstilling*». Legeforeningen legger til grunn at tid som konstituert overlege også godtgjøres som tellende tjeneste i tråd med §6 i de generelle bestemmelser for spesialistutdanning.

4. Andre forhold i rapporten- utdanningsinstitusjoner

Det åpnes for godkjenning av utdanningsinstitusjoner som ikke har overlege ansatt i 100% stilling. Dette bryter med de generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger § 8 som krever minimum en fast tilsatt overlege med spesialistgodkjenning i vedkommende fag i full tids stilling ved utdanningsinstitusjonen.

Den norske legeforenings sentralstyre
Etter fullmakt

Geir Riise
generalsekretær

Bjarne Riis Strøm
fagdirektør