**Referat fra styremøte i Allmennlegeforeningen 13. januar 2009**

Referatet ble godkjent 17. februar 2009

**Til stede:**

Jan Emil Kristoffersen, leder
Ole Edvard Strand, nestleder
Jørn Tunheim Kippersund
Kjartan Olafsson
Tone Dorthe Sletten
Kari Sollien
Unni Aanes
Gisle Roksund, leder NFA
Arvid Mikelsen, foreningens sekretær

Sentralstyrets medlemmer Marte Walstad og Trond Egil Hansen var tilstede fra kl 15.00 -18.00  under behandlingen av sak 14/2009, Allmennmedisin 2020

**Sak 1/2009 Referat fra styremøte 27.11.2008**

Referatet ble **vedtatt** med enkelte endringer.

**Sak 2/2009  Høringssak: Nasjonale retningslinjer for individuell primær forebygging av hjerte- og karsykdommer**Dnlfs ekspedisjon av 12.12.2008.
Styret anser at dette er en sak med i alt vesentlig fagmedisinsk innhold og at NFA derfor naturlig uttaler seg på allmennmedisinens vegne. AF antar at NFA også vil ha fokus på arbeidsbelastning og prioriteringsmessige konsekvenser av implementering av de nye retningslinjene i allmenn praksis.

**Sak 3/2009  Høringssak: Forslag til ny fremtidig arbeidsskadeforsikring - organisering og yrkessykdommer**Dnlfs ekspedisjon av 19.12.2008**.**Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:
Regjeringen legger gjennom denne høringen frem et forslag til ny organisering av arbeidsskadeforsikringen. Dette vurderes som et av flere virkemidler i arbeids- og velferdspolitikken for å styrke sysselsettingen, og sikre at færrest mulig faller ut av arbeidslivet.

*AF har følgende kommentarer:*Det synes å foreligge 3 hovedbegrunnelser for å endre organiseringen og lovverket på dette området:

* Slike saker behandles etter 2 ulike regelsett
* Ordningen forvaltes i to ulike organisatoriske løp
* Mange har vurdert innholdet i de materielle reglene om hva som gir rett til erstatning som mangelfullt, særlig i forhold til muskel-skjelettlidelser.

AF gir sin tilslutning til at dette er gode begrunnelser for å revurdere og samordne lovverket til en ny Arbeidsskadeforsikringslov. Vi ser allikevel flere problemer med det fremlagte lovforslag.

**Arbeidsskadeenheten**

AF støtter opprettelsen av arbeidsskadeenheten organisert som et uavhengig forvaltningsorgan. Vi er også enige i at meldeplikt både for yrkesskader og yrkessykdommer nedfelles i lovverket. Både dette og incentivene som ligger i risikoavhengige premier, vil etter vårt syn bidra til at arbeidsgivere vil finne det hensiktsmessig å legge til rette for et best mulig arbeidsmiljø.

**Valg av medisinsk sakkyndige**Det er viktig at en medisinsk sakkyndig i størst mulig grad er nøytral og objektiv i forhold til partene i utøvelsen av sin rolle som sakkyndig. Denne nøytraliteten vil kunne utfordres enten det er skadelidte eller forsikringsselskap/forvaltningsorgan som peker ut den sakkyndige. Vi har likevel sansen for den danske modellen, der den skadelidte fritt kan velge sakkyndig, siden den skadelidte så godt som alltid vil være den "svake part" i en slik sak. Vi  tror likevel det kan være nyttig å vurdere opprettelsen av et uavhengig oppnevningsorgan, som har til oppgave å oppnevne og kvalitetssikre en "pool" av ulike spesialister som skadelidte kan velge blant. Både arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner og myndigheter bør være representert i et slikt organ, og foreta sine oppnevninger i tett samarbeid med de ulike spesialistmiljøer. Men det er grunn til å påpeke at erfaring tilsier at det vil bli problematisk å skaffe sakkyndige med tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å stille seg til disposisjon for en slik "pool".

Det er ellers vårt inntrykk at det i stor grad både innen forvaltningen og innen forsikringsbransjen er slik at man med uttrykket "spesialist" mener alle andre typer legespesialister enn spesialister i allmennmedisin. Med den utvidelsen av de materielle reglene for hva som skal kunne betegnes som yrkesskade som det nye lovverket legger opp til, vil vi peke på at det i mange tilfeller vil være hensiktsmessig å bruke spesialister i allmennmedisin som medisinsk sakkyndige. Allmennleger får stor erfaring i å følge pasienter og deres helseplager over tid, i oppfølging av sykefravær, vurdering av arbeidsevne, samt helhetlig vurdering av årsaksforhold til ulike helseplager. Dette gir en bred bakgrunn for å kunne gjøre kompetente medisinske sakkyndighetsvurderinger innenfor ulike sykdomskategorier.

**Trygderetten som ankeinstans**

AF støtter forslaget om Trygderetten som ankeinstans gjennom opprettelsen av en egen avdeling for yrkesskadesaker.

**Yrkessykdomslisten**

AF anser at et listesystem med en "åpen sikkerhetsventil" slik det legges opptil, i utgangspunktet representerer et fornuftig kompromiss mellom hensynene til effektivitet, forutsigbarhet, fleksibilitet og rettssikkerhet. Et slikt listesystem byr likevel på omfattende utfordringer som pr. i dag ikke synes løst. I alle fall er det AFs inntrykk at sykdomslista i NOU 2008:11 til dels er ganske tilfeldig sammensatt, og at begrunnelsen for å ta noen sykdommer inn på lista og la andre stå utenfor i mange tilfeller er svak. Trolig er det behov for å revurdere denne ved hjelp av et atskillig bredere sammensatt utvalg av spesialister enn det som her er gjort .
AF støtter argumentasjonen for, og er enig i kravet om snudd bevisbyrde og alminnelig sannsynlighetsovervekt ved sykdommer som står på yrkessykdomslista, men krav om høy grad av sannsynlighetsovervekt ved sykdommer som ikke står på lista.

**Permanent rådgivende arbeidssykdomsutvalg**

AF støtter opprettelsen av ovennevnte utvalg, oppnevnt av departementet, med representanter fra partene i arbeidslivet oppnevnt etter forslag fra partene.

**Plutselig løfteskade**

AF anser at den foreslåtte utvidelsen av yrkesskadebegrepet knyttet til denne typen hendelser er ytterst problematisk. Det er åpenbart at det i yrkeslivet foregår  mange andre typer løft som i kompleksitet og risiko ikke vesentlig atskiller seg fra personløft. Det er således etter vårt syn ikke gode faglige grunner for å skille disse "løftetypene" fra hverandre Dermed åpnes det for betydelige og vanskelige avgrensningsutfordringer og forskjellsbehandling mellom hva som skal rubriseres som yrkesskade, og hva som ikke skal det. Dernest vil vi påpeke at typen skade som det legges opp til å godkjenne ("skader i muskler medregnet sener ,ledd og nerver") er altfor upresist og ufullstendig definert og avgrenset. En slik avgrensning som nevnt vil også ekskludere akutte skader i mellomvirvelskivene i forbindelse med løft uten at vi har diagnostiske verktøy som presist avklarer typen vevsskade hos denne gruppe pasienter.  Her trengs derfor et betydelig medisinsk faglig avklaringsarbeid.
Vi ser argumentene for å likestille ulike typer belastningslidelser med yrkesskade.  Også her er imidlertid utfordringene store med hensyn på definisjoner og avgrensning. Vi tror ikke disse utfordringene er løst gjennom foreliggende høring og NOU 2008:11.

**Arbeidsgivers egenandel**

AF vil sterkt fraråde egenandel for arbeidsgiver ved ulykkesskader Vi tror den ulykkesforebyggende effekten av en slik egenandel er ytterst tvilsom. Tvert imot frykter vi at en slik egenandel kan bidra til å høyne terskelen for arbeidsgiver for å melde yrkesskader som burde vært meldt. Vi er også redde for at den vil kunne bidra til å holde arbeidstakere med redusert helse utenfor arbeidslivet, ikke minst dersom lidelser i muskel-skjelettsystemet i vesentlig større grad enn før skal defineres inn under yrkesskadebegrepet.

**Sak 4/2009  Høring: Fremtidens storbylegevakt i Oslo**
Dnlfs ekspedisjon av 22.12.2008.
Styret **vedtok** å avgi slik felles uttalelse med NFA:

Det er fremmet forslag om et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst som skal utgjøre den nye storbylegevakten for Oslo.
Vi mener storbylegevakten har en viktig funksjon for å sikre at LEON-prinsippet overholdes også i tett befolket område med nærhet til sykehustjenester.
En viktig målsetning for utvikling av legevakt, er at mer av arbeidsoppgavene skal søkes sluset mot fastlegene. Vi kan ikke fri oss fra tanken om at en så strømlinjeformet, effektiv, bredt anlagt institusjon med godt tilbud og svært lave terskler vil generere atskillig større tjenesteproduksjon enn dagens legevakt. Dersom dette ikke er en ønskelig utvikling, burde betenkelighetene være drøftet. En løsning mer i tråd med de siste anbefalinger om legevaktdistrikter på 30-100 tusen innb., som muligens ikke ville ha et like helseindustrielt sykehusforgårdspreg, ville være å utvikle vaktbasene slik at man fikk 3-4 fullverdige legevakter i byen. Det er påfallende at dette ikke er vurdert.
Vi ser positivt på at det foreslås å knytte storbylegevakten tettere opp imot forskningsmiljøer, og støtter tanken om et forsknings- og utviklingssentrert legesenter knyttet til legevakten.
Vi er enige i at hindre for samhandling må fjernes. Vi vil likevel presisere at å bygge ned grensene mellom Storbylegevakten og akuttmottaket ved sykehuset, ikke må føre til at allmennmedisinske problemstillinger flyttes inn i sykehuset. Det er også viktig å påse at allmennmedisinen ikke blir overtatt av sykehusspesialister pga tett samarbeid. Erfaringene fra det som tidligere ble kalt FAMM må ivaretas. Primærhelsetjenesten må få være primærhelsetjeneste på egne vilkår. Det kan virke som om legevakten skal bli et sted hvor fastlegene henviser alle pasienter der diagnosen ikke er klarlagt, for sortering før evt innleggelse. Slik kan det ikke være. Allmenleger må fortsatt beholde retten til å legge også uavklarte problemstillinger direkte inn i sykehus, selv om det til tider kan være tilstrekkelig eller ønskelig å henvise til legevakten i stedet for sykehuset.
Det er positivt at det etableres flere plasser for akutt avrusning/avgiftning.

Det er et viktig og positivt samhandlingstiltak at det foreslås obligatorisk sending av elektronisk epikrise til fastlegene. Dette må vektlegges tungt. Det er allikevel slik at  Oslo legevakt pt er kjent for det kvalitetsmessige fortrinn at alle pasienter alltid får med seg skriftlig journal. Dette må ikke avvikles, ettersom det ikke kan påregnes at oppfølgende instans alltid har tilgang til EPJ.

Det kan være enkelte argumenter av forskningsmessig og utdannelsesmessig art for sentralisering og subspesialisering, slik det er foreslått ifht barn. Vi mener imidlertid at de store volumene av syke barn som stort sett er relativt friske, med fordel kan behandles på lokale legevaktsbaser i bydelene. Disse basene bør ikke nedlegges. De vil ha et mer allmennmedisinsk preg og i mindre grad gi befolkningen inntrykk av at all medisin utenfor kontortid må håndteres i en sykehuslignende struktur. Forutsetningen for å få dette til er at finansieringen er slik at det ikke vil lønne seg å utarme de lokale vaktbasene. Det bør heller lønne seg at en vesentlig større andel av de som ikke trenger storbylegevaktens mer spesialiserte tjenester blir behandlet lokalt.

Vi er tilfreds med at sykehjemslegevakt er foreslått. Sykehjemsmedisin kan se ut til å ville fremstå som et fremtidig eget kompetanseområde og derved rettferdiggjøre denne ordningen. Tilsvarende støtter vi alle organisatoriske og kapasitetsmessige endringer som letter muligheten for primærleger/legevaktsleger til å legge pasienter inn i sykehjem.

Når det gjelder legevaktsmedisin som kompetanseområde, er vi tvilende. Hvordan skiller dette seg ut fra det som normalt foregår på fastlegens akuttimer. Hvordan skal det øvrige kongerike stille seg til dette? Det kan da ikke være slik at det å drive med legevakt, som er ett av allmennmedisinens kjerneområder, og som alle allmennleger forutsettes å skulle beherske fra tidlig i karrieren, skulle måtte skilles ut som noe spesielt?

Som svar på den faglige utviklingen der tidlige tiltak får stadig større medisinsk vekt, legger utredningen vekt på samlokalisering med ambulanse og nær/lokalsykehus, samt økt kompetanse inne på legevakten. Behovet for legen som deltager i et lokalt akuttmedisinsk team utenfor legevakten er ikke beskrevet. Heller ikke trening i samhandling mellom tjenestene i akuttkjeden er beskrevet. Dette er et skal-krav i §4. Samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene i "Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus". Å ikke omtale dette er i utakt med andre utredninger som HOD sine rapporter "Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingskjede", fra 2007,  Traumerapporten", Riksrevisjonens rapport om de prehospitale tjenestene,  og er ikke i tråd med moderne medisin som bygger på tverrfaglighet og helsehjelp der det har størst effekt.

Med disse forbehold ser vi selvfølgelig behovet for nye, mer tidsmessige lokaler for legevakten. Dagens lokalisering har mistet sin historiske relevans, og kan gjerne endres. Vi ser det ikke unaturlig at fremtidig lokalisering blir slik at samhandling med sykehussektoren blir enkel.

**Sak 5/2009  Høringssak: Forslag til lovendringer med sikte på å bedre mulighetene til å kombinere arbeid med pleie- og omsorgsoppgaver**
Dnlfs ekspedisjon av 18.12.2008.
Styret avga ikke uttalelse i saken.

**Sak 6/2009  Høringssak: Tema for Legeforeningens statusrapport i 2010**
Dnlfs ekspedisjon av 5.1.2009 med vedlegg.
Styret **vedtok** å uttale at AF støtter at "belastninger i tidlige livsfaser" blir tema i statusrapporten 2010.

**Sak 7/2009  Høringssak: Forslag til forskrift om endring av forskrift om egenandelstak 1 mv. - innføring av automatisk frikortordning**
Dnlfs ekspedisjon av 6.1.2009.
Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Det er foreslått ny forskrift med virkning fra 1.april 2009. Formålet for endringen er en forenkling for pasientene som slipper å samle på kvitteringer og fremsette krav om frikort, og en rasjonalisering for forvaltningen som skal frigjøre tid hos NAV-ansatte og effektivisere arbeidet til den nye enheten HELFO.

**Allmennlegeforeningen støtter innføring av automatisk frikortordning med følgende forutsetninger:**

* **Barn opp til 16 år må fritas fra egenandeler av hensyn til deres personvern**
* **Det utvikles og testes funksjonelle elektroniske ordninger i EPJ og HELFO-KUHR for innrapportering av betalte egenandeler, ikke opparbeidede fordringer**
* **Behandlernes kostnader i forbindelse med endringen dekkes gjennom økte rammer til drift av legepraksis**

Forslaget legger til grunn at egenandeler betalt av barn mellom 12 og 16 år skal føres automatisk på foreldrene. Foreldrene vil da kunne se på sin "saldo" på "Min side" hvor barnet har vært og når. Dette er svært problematisk i forhold til ivaretakelse av taushetsplikten. Ungdom er i en svært sårbar alder, der de ikke alltid vil snakke med foreldrene sine om helseproblemer. En viktig grunn til at de stoler på sin fastlege er taushetsplikten. Denne grunnleggende tilliten vil rokkes gjennom dette forslaget, og man risikerer at ungdommer lar være å søke nødvendig helsehjelp.
**AF ber derfor Legeforeningen å gå i direkte dialog med Helse- og omsorgsdepartementet slik at dette er løst på en måte som ivaretar konfidensialitet for barn og unge i alderen 13-16 år før ordningen tas i bruk.**
Det er anført i notatet at endringen også vil medføre forbedringer for behandlere som kan bedre sin likviditet gjennom hyppige oppgjør. Fastleger kan også i dag sende oppgjør hver 14. dag hvis de ønsker. Dette forslaget innebærer derfor ingen gevinst for legene.
Det vil være nødvendig med endringer i journalprogrammene. Vilkåret for å få frikort er angitt i forskriftens §4:

*Den som i et kalenderår har betalt godkjente egenandeler opp til det egenandelstaket som er fastsatt av Stortinget, skal i resten av kalenderåret være fritatt for å betale godkjente egenandeler.*

Det er betalte egenandeler, ikke opparbeidede fordringer, som utløser rett til frikort. Journalsystemet må derfor endres slik at bare **betalte** egenandeler sendes inn til HELFO. Det går ikke tydelig nok frem av høringsnotatet hvordan dette er tenkt løst. Særlig på legevakt, men også i vanlig dagpraksis, er det et problem at en del ikke betaler sine utestående fordringer. Det kan ikke være slik at pasienter får utløst automatisk frikort på bakgrunn av utestående fordringer. Vilkår og løsninger synes å måtte utredes og beskrives nærmere.

Generelt er det et problem at ressurssvake pasienter vegrer seg for å oppsøke nødvendig legehjelp av økonomiske grunner. Det bør innføres unntak fra egenandeler for disse gruppene. Det dreier seg særlig om uføre, rusmisbrukere og alvorlig psykisk syke pasienter.

Det er behandlerne som får regningen for endringer av journalsystemene. Høringsnotatet bagatelliserer disse utgiftene. Det ser også bort fra ekstra bruk av tid til å administrere oppgjørene og rådgi pasientene.  Dette er nok et tiltak som skal spare tid og frigjøre ressurser for statlig forvaltning men som gir økte driftsutgifter og veiledningsoppgaver for behandlerne. Disse utgiftene må kompenseres gjennom økte rammer til drift av legepraksis.

Det kan oppstå situasjoner der det ikke er mulig å sende oppgjør hver 14.dag, for eksempel ved (både planlagte og uforutsette) fravær fra praksis. Høringsnotatet sier ingenting om hvilke rettsvirkninger det skal få om behandler ikke sender inn oppgjør hver 14. dag. (Vi legger til grunn at folketrygdlovens 6-måneders foreldelsesfrist samt ny kollektivavtale om direkte oppgjør mellom Legeforeningen og HELFO regulerer dette fyldestgjørende allerede.)

En hyppig innsending av refusjonskrav er ønskelig også for behandlerne, men må etableres som et system fordi partene har felles interesse og nytte av det og derfor har avtalt, etablert og finansiert systemer som understøtter dette. Allmennlegeforeningens klare støtte til utvikling av elektronisk frikortløsning er derfor ledsaget av de tydelige forbehold som er nevnt.

**Sak 8/2009  Allmennleger som foredragsholdere**
AF hadde mottatt henvendelse fra Allmennmedisinsk utdanningsutvalg av 1.12.2008 hvor det bes om vurdering av praksiskompensasjon for privatpraktiserende foredragsholdere. Leder fikk fullmakt til å utforme svar i tråd med styrets føringer, og følgende brev er sendt AU:

Styret i Allmennlegeforeningen diskuterte henvendelsen i sitt møte 13. januar 2009. Styret deler AUs oppfatning om at det kan være krevende for næringsdrivende allmennleger å stille opp som foredragsholdere på dagtid og slik sett risikere å tape omsetning som langt overstiger foredragshonoraret. På den annen side er det slik at allmennleger som holder forelesninger på godkjente kurs, kan bli godskrevet egne foredrag i sin egen resertifisering som tellende poeng. Det er derfor nødvendig å ha et noe bredere perspektiv enn en ren krone for krone-vurdering av næringsdrivende allmennlegers foredragsaktiviteter.

Styret i Allmennlegeforeningen er bekymret for at særordninger med praksiskompensasjon for næringsdrivende allmennleger kan føre til at disse diskvalifiserer seg fra å bli brukt som foredragsholdere. Dette kan føre til at den næringsdrivende allmennleges faglige perspektiv i mindre grad vil være tilstede i våre kurs. Styret i Allmennlegeforeningen vurderer at satsene for originalforedrag i utgangspunktet burde være vesentlig høyere enn de er, tatt i betrakting det betydelige forarbeid som mange legger i sine foredrag og den situasjon at foredrag holdt av andre yrkesgrupper med tilsvarende akademisk kompetanse og meritt, ofte honoreres langt høyere. På den annen side er det en lang tradisjon for et dugnadspreg over den innsatsen vi gjør for vår egen og kollegers videre- og etterutdanning, og det er vanskelig å se at dette arbeidet  skulle kunne drives basert på en rendyrket kommersiell basis med dertil hørende tilstrekkelig høye honorar for foredrag.

Allmennlegeforeningen anser allikevel at satsene for originalforedrag som Legeforeningen legger til grunn i sin kursvirksomhet, bør økes. Vi ber videre om at spesialitetskomiteen vurderer om de poeng man får for egne foredrag i utdanningsøyemed, burde vært oppjustert.

For den enkelte kursarrangør kan det være klokt å sørge for at allmennleger som inviteres til å holde foredrag, får i oppdrag å holde flere på hverandre følgende kurstimer slik at økonomien på denne måten blir mer tilfredsstillende for den som bidrar med sin  kompetanse og kunnskap.

**Sak** **9/2009  Årsmelding - status**
Leder orienterte styret om frister og arbeidsfordeling. Siste frist for innlevering av bidragene er 27. februar.

**Sak 10/2009  Årsmøtearrangement 2009 - status**Leder orienterte om planleggingen av de ulike kursene og delarrangementene. Styret påpekte at kostnadene må holdes på et moderat nivå, slik at flest mulig ønsker å delta.

**Sak 11/2009  PMU - status**Leder orienterte om fremdrift for PMU i 2010. Ny leder av hovedkomiteen er allmennlege Tom Sundar. Hovedkomiteen vurderer i samråd med eierforeningene hvorvidt Soria Moria eller annet konferansehotell vil være arena for PMU 2010.

**Sak 12/2009  Implementering av ny logo - bruk av ny logo**Ny logo for AF er nå implementert de fleste steder. Styremedlemmene har fått tilsendt logoen elektronisk, slik at denne kan brukes av det enkelte styremedlem i brev og i powerpointpresentasjoner.

**Sak 14/2009  Allmennmedisin  2020**Det forelå nytt revidert utkast av 11. januar 2009 til møtet.
Marte Walstad og Trond Egil Hansen fra sentralstyret var invitert og deltok under styrets behandling av saken.
Både styremedlemmer og inviterte hadde synspunkter og kommentarer til innholdet i dokumentet som blir tatt med i det videre arbeidet.

**Sak 15/2009  Hovedkomiteen PMU**Det mangler fortsatt to allmennlegemedlemmer i hovedkomiteen. AF og NFA arbeider med å skaffe slike medlemmer.

**Sak 16/2009  Lokalisasjon av årsmøte/landsrådsmøte 2010**Styret diskuterte alternativer og ga leder og sekretariat fullmakt til å arbeide videre med spørsmålet i samarbeid med NFA.

**Sak 17/2009  Prosjekt: "Samordnet brukerstøtte" for legekontor som er tilknyttet Norsk helsenett**Invitasjon til styringsgruppe fase-1 av prosjektet, som driftes av NAV og NHN i samarbeid med EPJ-leverandørene.

Jan Emil Kristoffersen ble valgt til å delta.

02. april 2009 .

d