**Referat fra styremøte i Allmennlegeforeningen tirsdag 17. mars 2009**

Godkjent 4. mai 2009

Til stede:
Jan Emil Kristoffersen, leder
Ole Edvard Strand, nestleder
Jørn Tunheim Kippersund
Kjartan Olafsson
Tone Dorthe Sletten
Kari Sollien
Gisle Roksund, leder Norsk forening for allmennmedisin, til kl. 1230.
Arvid Mikelsen, foreningens sekretær

Forfall:Unni Aanes

**Sak 43/2009 Politisk time**

**Følgende temaer var oppe til diskusjon:**

* IKL-vaktlister på nett?
* "Raskere tilbake" evaluering
* Styret informerte om at Kjartan Olafsson ble valgt til leder i Legeforeningens utvalg for lektronisk informasjonsutvikling (LUFE)
* Lillehammerkurset
* Drøfting av streikevarsel
* Dialogkonferanse i psykiatri i Helse Midt
* Kommunale psykologer
* Tillitsvalgtkurs på hurtigruta
* Orientering om familiesenter på Sjøsiden i Trondheim
* Orientering om NFAs nye logo
* SAK - senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling
* Samhandling - virkemiddelpakken fra Dnlf
* Forsøksordning vedr. psykologer og sykmelding.

**Sak 44/2009 Referat fra styremøte 17. februar 2009**

Utkast til referat fulgte vedlagt (utsatt).

**Sak 45/2009  Høringssak:**

"Forslag om endring av turnusforskriften § 4- forslag om obligatorisk  turnustjeneste i sykehjem"

HODs eksp. av 30.1.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

AF går imot endringsforslaget som departementet har lagt fram.

AF tror det er et riktig og viktig initiativ å satse på sykehjemsmedisinen og bringe denne delen av allmennmedisinen sterkere inn i turnustjenesten. Vi tror imidlertid ikke at det er riktig måte å gjøre det på gjennom å forskriftsfeste det som en del av turnustjenesten, uten å sikre seg at veiledning og oppfølging av turnuslegene er tilstrekkelig.

Legeforeningen har lenge etterlyst et overordnet organ som i større grad enn det ulike fylkesleger er i stand til, følger opp kvaliteten på turnustjenesten. I mange av et slikt overordnet statlig organ, har legeforeningen etablert sitt eget turnusråd som har reist rundt og samlet informasjon om hva slags turnustjeneste som tilbys turnuslegene.

Departementet legger til grunn at de turnuslegene som i dag tjenestegjør på sykehjem gjennomfører dette under forsvarlig veiledning. AF kan ikke se at dette er særlig veldokumentert. Tvert imot er vi kjent med flere enkelttilfeller der turnusleger har påpekt svært mangelfull veiledning oppfølging i forhold til sykehjemstjenesten.

AF mener at sykehjemsmedisin hører med som en viktig og naturlig del av turnustjenesten i allmennmedisin. Vi går likevel imot forslaget til forskriftsendring slik departementet har lagt det frem. En slik ensidig forskriftsendring uten samtidig fremheving av krav til veiledning og supervisjon kan i verste fall være et incitament for kommunene til å bruke turnusleger til sykehjemslegearbeid i en veiledningssituasjon som fort kan grense mot det uforsvarlige.

**Sak 46/2009  Høringssak:**

"Faglige og organisatoriske krav til legevakt. Videreutvikling av legevaktsbaser og interkommunalt samarbeid. Rapport fra arbeidsgruppe "Godt legevaktsarbeid"

Dnlfs eksp. av 10.2.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

* Rapporten er en grundig gjennomgang av det faglige grunnlag for etablering og utvikling og drift av allmennlegevakt. Sammen med "...er hjelpa nærmast!" Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (rapport nr.1 - 2009) er det lagt et grunnlag for kvalitetsforbedring av legevakten på solid grunn.
* Påpekingen av behovet for en kvalitetshevning av legevaktarbeidet gjennom organisering i legevaktbaser og interkommunalt legevaktsamarbeid er viktig. Det er viktig at legevaktene blir solide organisasjoner med ressurser til å drive systematisk kvalitetsarbeid. På den måten sikres kvalitet, trygghet og forutsigbarhet i tjenesten.
* Velfungerende interkommunale løsninger, som bringer vaktfrekvensen ned for den jevne allmennlege, vil trolig virke rekrutterende og stabiliserende, og dermed føre til et bedre helsetilbud til distriktsbefolkningen ikke bare på legevakt, men også på dagtid ved at erfarne leger med lang lokal kompetanse kan forbli i sitt distrikt også i en fase av livet hvor de ønsker å ha færre eller ingen legevakter.. Interkommunale legevaktløsninger på nattestid vil også kunne bidra til at eldre kolleger holder seg lengre i legevakt i den våkne del av døgnet. Det er viktig at legevaktene blir solide organisasjoner med ressurser til å drive systematisk kvalitetsarbeid. På den måten sikres kvalitet, trygghet og forutsigbarhet i tjenesten.
* Organisering i større enheter på tvers av kommunegrenser vil kunne komme i konflikt med det rapporten kaller befolkningens behov for nære- og tilgjengelige tjenester. Her reiser det viktige og uavklarte spørsmål om hvordan man løser dette, hvor svarene vil være avgjørende for legenes arbeidsvilkår og velferd. Det må være mulig å finne de gode lokale løsningene også innenfor en nødvendig kvalitetsreform i legevaktsarbeidet. Settes kriteriene slik at mange kommuner må ha bakvaktsordninger, er det en risiko for at man kan svekke noe av den avlastende, rekrutterende og stabiliserende effekten av interkommunalt samarbeid.
* Man kan ikke forvente at leger vil delta i vakt/bakvaktordninger hvor det i liten grad vil være inntjening gjennom pasientbehandling, uten en anstendig timelønn. Bakvaktsordninger er ikke i dag en betydelig økonomisk merbelastning for mer enn et fåtall kommuner, men ved en annen avlønning vil de bli det.. Kommunenes økte utgifter til fremtidens legevakt må derfor kompenseres.
* Befolkningen trygghet er ikke bare avhengig av organiseringen av legetjenestene, men også av at ambulanseberedskap holdes oppe på et faglig forsvarlig nivå. Det er nå RHFene som organiserer ambulansetjenesten og det finnes allerede eksempel på et HF (Helse Førde) som ønsker å spare penger ved å svekke ambulanseberedskapen ved å fjerne ambulanser slik at enkelte småkommuner blir uten ambulanse (Jølster) og større kommuner blir uten ambulanse nr 2 (Flora) med den fare for samtidighetskonflikter som da oppstår. Man må se legevaktstjenesten i sammenheng med det ambulansetilbudet som eksisterer.(Jølster har for eks. besluttet å flytte legevakt til interkommunal sentral i Førde, og Helse Førde følger opp med forslag om å fjerneambulansen som er plassert i kommunen) Styrking av bakvaktsnivået på legesiden må ikke føre til en svekkelse av ambulansetilbud.

**Sak 47/2009  Høringssak:**

"Utvikling av allmennmedisinen. Tilgjengelighet-Trygghet-Tillit"

Dnlfs eksp. av 27.2.2009.

Styrene i AF og NFA **vedtok** å avgi slik felles uttalelse:

Primærhelsetjeneste - nå mer enn noen gang. "Primary Health Care - Now More Than Ever," er tittelen på The World Health Report fra WHO i 2008 - året som markerte 30-årsjubileet for Alma Ata-deklarasjonen. Gjennom deklarasjonen ble primærhelsetjenesten definert som hovedmiddelet for å nå målet om "Helse for alle i år 2000". Internasjonalt er det voksende dokumentasjon på at en helsetjeneste basert på en sterk primærhelsetjeneste er billigst og best. Allmennmedisinen er den medisinsk-faglige motoren i primærhelsetjenesten. Mye positivt har skjedd på de 30 årene som er gått siden primærmedisinen ble løftet frem som løsningen på de store forskjellene i helse mellom land og mellom fattige og rike. Likevel fant WHO at de ville bruke sin tilstandsrapport på helsen i verden i 2008 til igjen å oppfordre myndighetene om å styrke primærhelsetjenesten. WHO anser at bare slik kan en utjevne forskjeller mellom ulike grupper og oppnå en bærekraftig utvikling av kostnadene ved å drive helsevesenet.

Også i Norge har 2008 vært et viktig år for primærhelsetjenesten og allmennmedisinen. Bjarne Håkon Hanssen tok over som helseminister og lanserte en storslått "samhandlingsreform" som ser ut til å bli mer en kommunehelsereform, der fastlegen blir omtalt som selve "navet" i denne reformen. Forskningsrådets evalueringen av fastlegeordningen slo fast den var en suksess, men at det var rom for forbedringer. Tiden er inne for å ta fatt i denne utfordringen og Legeforeningen har ønsket å være en pådriver i en debatt om hvordan fastlegeordningen og allmennmedisinen kan utvikles. Sentralstyret anså denne oppgaven som svært viktig og satte av ressurser til et bredt anlagt utredningsarbeid som har involvert et stort antall sentrale personer i aktuelle yrkesforeninger og fagmedisinske foreninger i en prosess der også der alle medlemmer av Legeforeninger er blitt gitt anledning til å komme med innspill. NFA og AF har i sterk grad vært involvert i arbeidet og er stolte over å ha bidratt til den solide rapporten "Utvikling av allmennmedisinen. Tilgjengelighet - Trygghet - Tillit" som nå foreligger. AF og NFAs styrer har med stor interesse gått gjennom rapporten. NFAs ulike referansegrupper er også gitt anledning til å uttale seg. NFA og AF kan i all hovedsak slutte seg til innholdet i rapporten, men ønsker å komme med noen få kommentarer og innspill.

Rapporten er grundig og poengtert. Den viser tydelig fastlegeordningens utfordringer i dag og i fremtiden, og den gir retning for nødvendig utvikling videre.

Rapporten understreker hvorfor fastlegeordningen ble en vellykket reform:

* Solide utredninger, analyser og utprøving på forhånd
* Klare solide målbeskrivelser
* Tett samarbeid mellom aktører og bruk av avtaleverk i kombinasjon med lovverk og finansiering som understøtter ordningen
* Utøverne og aktørene fikk eierskap til ordningen

NFA og AF ønsker å understreke viktigheten av å bruke disse erfaringene når det nå er behov for videreutvikling av fastlegeordningen (FLO). En videreutvikling av FLO må bygge på de samme prinsippene.

Utvikling gjennom pilotering er en god metode. Det er viktig for rekruttering og stabilitet i FLO at rammevilkårene er forutsigbare. Det er dessverre for mange nære historiske eksempler på at ustabile og svake vilkår har svekket rekruttering til allmennlegetjenesten. Allmennleger er langtidsutdannede akademikere og i stigende grad spesialister i sitt fagfelt, med økende grad av individuell akademisk meritt. For at dagens og fremtidens unge leger skal velge allmennmedisin som fag, er det grunnleggende at den beskjedne mulighet for hierarkisk avansement gjennom karrieren sammenlignet med en sykehus- eller universitetskarriere oppveies av andre incentiver, som kan oppsummeres i flg. punkter:

* Faglighet
* Økonomi
* Autonomi

**KAP. 3. SAMFUNNSOPPDRAGET OG UTFORDRINGENE**
En av suksessfaktorene i fastlegeordningen, er at fastlegekontorene er legeeid. Selvstendig næringsdrift er hovedmodellen. Vi må ikke glemme at over halvparten av landets kommuner har mindre enn 5000 innbyggere. I en stor del av disse kommunene er et kommunalt engasjement allerede etablert ved at kommunen drifter legekontor og fastlegene har en leieavtale med kommunen. Vel vitende om at det blant dagens 4000 fastleger, kun finnes et drøyt hundretalls leger på "ren" fastlønn, bør muligheter for lokale tilpasninger av driftsmodell diskuteres noe mer enn det er gjort i rapporten.

Det argumenteres på s. 20 for "kombilegen", men en interkommunal samfunnsmedisinsk stilling kan mange steder utgjøre et viktig supplement eller et alternativ til kombilegen. Et slikt interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinsk arbeid kan være hensiktsmessig, spesielt i de aller minste kommunene. Af og NFA er imidlertid enige i at kombileger fortsatt vil være hensiktsmessig mange steder i landet, både som eneste samfunnsmedisiner i små samfunn, og som en av flere i team av kombinerte klinikere og samfunnsmedisinere i større kommuner, slik som for eks. i Stavanger.

**KAP. 4. FAGET ALLMENNMEDISIN**
Til kapittel 4.3.2. Forebyggende arbeid:
Allmennlegene driver i dag mye individuelt forebyggende arbeid. Det er stadig økende fokus på risiko for fremtidig sykdom. Gjennom tidlig intervensjon mot risikofaktorer søker man å unngå fremtidig sykdom. Dette er viktig allmennmedisinsk arbeid, men det kan føre til unødvendig medikalisering av friske mennesker fremfor fokus på å styrke det friske. Det kan også føre til at forebyggende arbeid går på bekostning av behandling av de som allerede er syke. Det er også i fremtiden ønskelig og riktig at allmennlegene skal drive forebyggende arbeide, men det må være en godt fundert retning på dette arbeidet slik at man unngår feilprioriteringer og unødvendig medikalisering. Dette er en viktig faglig og politisk debatt som drøftes i kapittel 4.3.2

Vi vil foreslå at teksten i kap. 4.3.2. i sin helhet erstattes med vedlagte av Legeforeningens notat om forebyggende helsearbeid til HODs samhandlingsprosjekt. (Vedlegg 1)

**KAP. 5 ALLMENNMEDISINEN UTENFOR LEGEKONTORET**
Første del av dette kapittelet omtaler legevakt. Det er i det siste lagt frem flere viktige rapporter om en sterkt påkrevd opprusting av legevakten - en del av primærhelsetjenesten som er overmoden for reform. NFA og AF har nylig avgitt høringsuttalelser til den siste av disse rapportene: "Faglige og organisatoriske krav til legevakten. Videreutvikling av legevaktsbaser og interkommunalt samarbeid." ,rapport fra arbeidsgruppen "Godt legevaktsarbeid" oppnevnt av sentralstyret i Legeforeningen. Vi vil ikke her kommentere legevaktproblematikken noe nærmere, utover å vise til vår høringsuttalelse til "Godt legevaktarbeid": Vi håper at de foreliggende rapportene skal utgjøre sentrale grunnlagsdokumenter i en bred og grundig diskusjon med tanke på løfte "legevaktsproblemet" ut av stillstanden den har befunnet seg i de siste tiårene.
Mot slutten av kapittelet fremkommer en viss skepsis til såkalte "intermediæravdelinger". AF og NFA støtter kravet om organisatorisk klarhet i ansvarsforhold, men det er viktig at ikke "barnet slås ut med badevannet". Det er mye som tyder på at gapet mellom behandling i primærhelsetjenesten og innleggelse i en stadig mer høyspesialisert sykehusseng bør erstattes av mer differensierte tilbud både i primærhelsetjenesten og sekundærhelsetjenesten: Allmennleger må gis anledning til å legge avklarte pasienter inn i sykehjem dersom de for eksempel forbigående har behov for intravenøs antibiotika ved en infeksjon. Den eldre pasienten med en kjent KOLS som får en forverring, men bare trenger enklere utredning, får sannsynligvis vel så god behandling i en lavkostnadsseng i sekundærhelsetjenesten. Begge deler har i mange år vært praksis i Hallingdal, der allmennleger legger inn både i kommunale sykehjem og i "lavkostnadssenger" på Hallingdal sjukestugu, som eies av Ringerike sykehus.

Videre i kapittel 5.2 omtales sykehjemsmedisin, et område som ikke er inkludert av fastlegeordningen, men som allmennlegene regner som en naturlig del av sitt fagområde. Sykehjemmene er viktige behandlingsinstitusjoner i kommunene, der beboerne ofte har komplekse, uavklarte og svingende sykdomsbilder. Fremtidens sykehjemsbeboere blir eldre, sykere og bruker flere medisiner enn tidligere. En svært høy andel av de 40.000 sykehjemspasientene i Norge er demente, og de har flere psykiatriske symptomer enn pasienter i psykiatriske institusjoner. Dette krever tilstedeværende og kvalifiserte leger.

**KAP 6. FORSKNING**
Svært mye av medisinen som utøves i primærhelsetjenesten baserer seg på forskning gjort i sekundær- og tertiærhelsetjenesten

(jfr det s.k. Whites diagram. Amerikaneren Kerr Whites diagram beskriver i originalartikkelen fra 1961 hvor pasienter behandles, og White brukte senere i egne artikler diagrammet til å påpeke det paradoksale i at den ene som ender opp på universitetssykehuset er den som blir gjenstand for forskning som skal komme "alle til gode". Denne mer eksepsjonelle, episodiske hendelsen med sykehusinnleggelse fortjener langt mindre oppmerksomhet enn det kontinuerlige lege-pasientforholdet i primærhelsetjenesten iflg White. Whites diagram er blitt en modell for tenkning ikke bare rundt behandling, men også forskning og undervisning.)

Denne kunnskapen har ikke nødvendigvis gyldigheten når den skal anvendes i primærhelsetjenesten der befolkningen er friskere. For å kunne by på et sikrere kunnskapsgrunnlag, må det forskes mer i primærhelsetjenesten. Allmennmedisinen som løser mer enn 90 % av befolkningens behov for helsehjelp, må snarest får en større andel av forskningsmidlene innen helse enn 1 % som den avspises med i dag. De allmennmedisinske forskningsenhetene er "motorer" i å stimulere til praksisnær og pasientnær forskning. De må derfor få styrket sin grunnfinansiering. Muligheten til å kunne kombinere forskning med klinisk praksis må ikke undervurderes som rekrutteringstiltak også i områder langt fra de etablerte forskningsinstitusjonene. Dette krever engasjement og tilrettelegging også fra kommunene sin side. For eksempel kan dette skje ved at forskning og undervisning sidestilles med sykehjem og helsestasjon som offentlig helsearbeid.

**KAP. 7. KVALITETSUTVIKLING**
Kvalitetsutvikling er helt sentralt i å kunne tilby en trygg allmennlegetjeneste. Befolkningens bevissthet om at alle prosedyrer og prosesser på legekontoret er underlagt en kvalitetskontroll, er med på å bygge tillit. Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP) har til nå på dugnadsbasis nedlagt et formidabelt kvalitetsutviklingsarbeid. NFA og AF støtter forslaget om å etablere et Senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling (SAK).

**Til kapittel 8.4.2.**
Vi foreslår at overskriften endres fra "Faglige vilkår for utdanningsstillinger" til "Faglige vilkår for utdanningsstillinger og utdanningshjemler"

**AVSLUTNING**

AF og NFA ønsker å takke alle de som har bidratt med innspill til "Allmennmedisin 2020"-prosjektet og spesielt ønsker vi å takke dem som har nedlagt en stor innsats i de ulike skrivegruppene.

Vi viser også til vedlegg 2,3 og 4 fra Gunnar Andersen, Pernille Bruusgaard og Kjetil Karlsen på vegne av en gruppe fengselsleger. Disse er kommet som innspill til høringsrunden og inneholder mye godt og relevant stoff knyttet til alders- og sykehjemsmedisin, fengselshelsetjeneste og kvalitetsutvikling. Vi gjør for ordens skyld oppmerksom på at vedleggene fremsendes slik de er mottatt uten at de er undergitt organisasjonsmessig behandling i NFA eller AF.

*Referanser:*

1. The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever. Genève:

2. WHO 2008 Report of the International Conference on Primary Health Care Alma- Ata, USSR, 6.-12. september 1978: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\_almaata.pdf

**Sak 48/2009  Høringssak:**

"Forslag til forskrift om omorganisering av medisinsk og helsefaglig forskning og forslag om endring i registerforskriftene og forvaltningsforskriftene"

Dnlfs eksp. av 4.3.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Helseforskningsloven ble vedtatt av Stortinget i juni 2008. Forslaget til forskrift som nå kommer, er hjemlet i denne loven. Forskriften tar for seg detaljene i reguleringen av medisinsk forskning.

AF ønsker velkommen deler av forskriften som tar sikte på å sikre kvalitetskontroll i den medisinske forskningen.

AF ser med skepsis på at stadig nye helseregistere etableres og minner om den store utfordringen dette innebærer i forhold til forvaltning av sensitive personopplysninger. Når først alle disse registrene er etablert, er det naturlig at det gis tilgang til disse opplysningen for forskere, og i så måte er reguleringen av dette gjennom en forskrift helt nødvendig. Vi vil imidlertid igjen minne om at en overetablering av medisinske registre truer personvernet og ved stadig økte muligheter for misbruk av personopplysninger kan publikums tillit til helsevesenet svekkes.

**Sak 49/2009 Intern høringssak:**

"Legeforeningens statusrapport for 2009 om spesialisthelsetjenesten"

Dnlfs eksp. av 27.2.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Utkastet til ovennevnte statusrapport er sendt ut til intern høring. AF vil i den forbindelse uttale følgende:

AF anser at dette er en meget god rapport som i hovedsak dekker de fleste sentrale tema det er naturlig å dekke. Den er holdt i en relativt generell og overordnet form. Trolig er dette nødvendig i en relativt kortfattet rapport som skal dekke et så omfattende og mangefasettert saksområde. Vi støtter i hovedsak synspunktene som fremkommer, men vil likevel påpeke enkelte forhold.

I innledningen angis at Legeforeningen stiller seg noe undrende til den innretning samhandlingsreformen ser ut til å ta - der fokus på samhandling kan synes å komme noe i bakgrunnen. Det er en undring - og bekymring - vi deler. Vi anser det derfor som en svakhet ved rapporten at samhandlingen med 1.linjetjenesten, og understrekningen av at helhetlige pasientforløp begynner og (oftest) slutter i primærhelsestjenesten i så liten grad er poengtert i den. Vi synes av samme grunn 10-punktsprogrammet bør suppleres med et 11. punkt, som understreker viktigheten av gjensidig samhandling og gjensidig veiledning mellom nivåene for å oppnå god medisinsk behandling.

*Punkt 1.3 omtaler dimensjonering av spesialisthelsetjenesten.* Det angis der at *"legeforeningen er enig i at det er behov for økt satsing på forebyggende virksomhet og på økt kompetanse og kapasitet i kommunehelsetjenesten".* Dette er synspunkter vi deler. I en situasjon der man kan få inntrykk av at helseministeren gjennom arbeidet med samhandlingsreformen , har som ambisjon å legge alt det forebyggende helsearbeidet på primærhelsetjenesten, og med det spare store ressurser i spesialisthelsetjenesten, er det likevel grunn til tydeligere å understreke følgende:

- Forebyggende helsearbeid til befolkningen generelt dreier seg om folkehelsearbeid og samfunnsplanlegging. Helsetjenesten (også primærhelsetjenesten) må først og fremst anlegge en høyrisikostrategi på sitt forebyggende arbeid. Når det gjelder ressursfordeling og oppgavefordeling til de ulike nivåene i helsetjenesten, er det først og fremst grensesnittet mellom de to nivåene som er fruktbart å diskutere. Uansett vil vi i fremtiden oppleve et økende gap mellom det medisinsk teknisk mulige og befolkningens ønsker og forventninger på den ene siden og det økonomisk gjennomførbare på den andre siden når det gjelder hva spesialisthelsetjenesten kan tilby. Her vil aktørene i spesialisthelsetjenesten, og særlig legene, være viktige premissleverandører , med sentrale informasjonsoppgaver til befolkning og politikere. Rapporten kunne godt legge noe større vekt på dette.

**Pasientansvarlig lege**
AF anser ikke ambisjonene om å få dette systemet til å fungere som økt byråkratisering. Tvert imot mener vi at dersom en slik ordning blir organisert på en fornuftig måte, vil den bidra til å klargjøre ansvarsforhold, forbedre rutiner, lette kommunikasjon, og trolig også effektivisere behandlingen. Selv om et legesenter med for eksempel 5-6 leger selvsagt er en liten og oversiktlig organisasjon, er det i prinsippet den måten fastlegekontorene er organisert på. Kanskje vil en dialog med praksiskonsulentene kunne bidra til å organisere ordningen på en hensiktsmessig måte. Vi er uansett enig i at en forskrift som ikke etterleves, enten fordi aktørene anser den som uviktig, eller fordi rammebetingelsene ikke muliggjør etterlevelse, bør revideres.

**Elektroniske systemer**
Fortsatt er det ofte de enkle og selvsagte tingene som svikter. Selv der de tekniske forutsetninger for kommunikasjon ligger godt til rette, er uteblitte eller svært sent mottatte epikriser, en sentral del av hverdagen.
Det angis (s.16) at "ukritisk gjenbruk av tekst i noen tilfeller (kan) føre til at feilaktige opplysninger aldri blir korrigert". Etter vår erfaring er problemet snarere det motsatte. Fordi det i alle fall i institusjonshelsetjenesten oftest er slik at den som produserer teksten ikke er den samme som skriver den, blir hensiktsmessig og arbeidsbesparende gjenbruk av tekst i for liten grad benyttet.

**Tilgang til pasientopplysninger versus taushetsplikt og personvern**
Etter AFs vurdering er det i dagens informasjonssamfunn et problem at taushetsplikten i økende grad er truet. AF er derfor enig i at det må være en forutsetning at det ikke åpnes for informasjonsutveksling utover de tilfeller der informasjonen er en nødvendig forutsetning for behandling og oppfølging av pasienten. Derfor må målsettingen etter vårt syn være å legge teknologisk og lovmessig til rette for trygg og sikker meldingsutveksling mellom aktørene. Nytteverdien av en kjernejournalløsning vil være meget begrenset i den situasjonen hvor standardisert meldingsutveksling over et heldekkende helsenett er blitt en realitet og nytte må veies grundig mot personvernhensyn. Navnet kjernejournal bør derfor ikke lenger brukes men erstattes av et navn som er mer dekkende for den nøkkelinformasjon man for eks. kan trenge i akutte situasjoner, hvor faste medikamenter, og medikamentallergier er typiske eksempler. Navn som for eks. "Helsenøkkel" vil være langt mer dekkende for det behov vi kan se at foreligger.

**Rammevilkår og premisser for en bedre spesialisthelsetjeneste**
Rapportens analyser knyttet til rammevilkår, styring, organisering og finansiering av helsetjenesten som en kunnskapsvirksomhet, er interessante. Det pekes på en rekke problemstillinger og utfordringer som etter vår vurdering er meget relevante. AF er enig i at det må legges større vekt på faglighet i ledelse av spesialisthelsetjenesten. I tillegg til at det er viktig at legene respekterer og støtter opp om sine ledere, er det også sentralt at ledelse som medisinsk karrierevei for leger får en oppgradert status.

**Nye virksomhetstyper**
Vi vil understreke betydningen av klar oppgave- og ansvarsfordeling og avklart finansiering der man finner grunnlag for å etablere samarbeidsprosjekter mellom nivåene. Slike samarbeidsprosjekter vil lett kunne medføre nye gråsoner og nye samhandlingsutfordringer, selv om intensjonen ved etableringen av dem er å få til mer helhetlige pasientforløp.

*En liten påpekning til slutt:* Ordet "sukkersyke" på s. 13 bør byttes ut med "diabetes".

**Sak 50/2009 Landsstyresak:**

"Prinsipp og arbeidsprogram 2010-2012: Fra medisinsk kunnskap til
bedre helse"

Dnlfs eksp. av 27.2.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Allmennlegeforeningen behandlet denne interne høringssaken i sitt styremøte 17. Mars og vil komme med følgende uttalelse:

Tittelen på arbeidsprogrammet for kommende periode er god. Allmennlegeforeningen ser også at sentralstyret gjennom dette forslaget har prøvd å redusere antallet punkter i programmet, dette er gjort som de selv sier for å tydeliggjøre de mål og delmål som er viktig for legeforeningen på kort sikt for å realisere vår overordnede visjon om at medisinsk kunnskap er en forutsetning for å bygge og utvikle en god folkehelse og god helsetjeneste. Allmennlegeforeningen mener at ideen om å dele prinsipp og arbeidsprogrammet inn i færre og tydelige hovedmål og delmål er god.

Vi opplever likevel at prinsipp og arbeidsprogrammet nå blir svært generelt, og at det ikke legger klare nok føringer for hva det nye sentralstyret skal jobbe for.

Vi ønsker at det eksplisitt skal stå at legeforeningen i kommende periode vil jobbe for at helsetjenestene skal bli gratis for ungdom opp til 20 år. Dette er en gruppe som trolig er underforbrukere av helsetjenester. Grunnlaget for god helse og forebygging av livsstils sykdommer starter i ungdomsårene og det er viktig at denne gruppen har god tilgang til gratis helsetjenester. Når vi nå går inn i forsøksordninger med automatisk tilsendt frikort er det også med bakgrunn i personvern og taushetsplikt avgjørende at denne gruppen får gratis helsetjenester.

Under punktet "Utvikling av tillitsvalgtapparatet" står det:
"Tillitsvalgtapparatet skal stor innflytelse ved utvikling av helsetjenesten. Legeforeningen vil bidra med opplæring av tillitsvalgte og ved utvikling av tillitsvalgtapparatet ".
Her ønsker AF at det føyes til: ,"herunder sikre økonomiske rammebetingelser som ivaretar opplæring av og utøvelse av funksjon som tillitsvalgte både for ansatte og næringsdrivende leger."

Med bakgrunn i den ambisiøse tittelen for prinsipp og arbeidsprogrammet ønsker vi at det skal være et større og tydeligere fokus på medisinsk forskning. Forebyggende helsearbeid er et felt det snakkes mye om, og brukes mye penger på i Norge i dag. Derfor bør legeforeningen ta til orde for økt forskning på dette området slik at vi får mer kunnskap om hvilke forebyggende tiltak som virker positivt på folkehelsen og hvilke tiltak som er unyttige eller i verste fall skadelige.

Til slutt vil vi påpeke at selv om sentralstyret med dette forslaget har ønsket et kortere og tydeligere arbeidsprogram så er det viktig for utviklingen og engasjementet i foreningen ,at Landsstyret fortsatt kan benytte prinsipp og arbeidsprogrammet til å gi det nye sentralstyret tydelige føringer om viktige veivalg i enkeltsaker.

**Sak 51/2009 Landsstyresak: "Endringer i turnustjenesten"**

Dnlfs eksp. av 3.2.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Ordningen med turnustjeneste for leger før autorisasjon har blitt kraftig utfordret siste årene. I første rekke gjennom en betydelig økning i antallet turnusplasser. Dette har truet kvaliteten på tjenesten. Videre har endringer i tolkningen av EØS-reglementet nå gjort at autorisasjon fra EØS-land uten tilsvarende praktisk tjeneste, blir godkjent som autorisasjon i Norge. Nyutdannede med slik autorisasjon har kunnet starte direkte i spesialisering, uten vanlig norsk autorisasjon med turnustjeneste.

Legeforeningens turnusråd har i 2008 utarbeidet en rapport om turnustjenesten med forslag til endringer. Denne rapporten ble i desember 2008 oversendt sentralstyret som videresendte den til sekretariatet for en nærmere bearbeiding. De viktigste forslagene i den endelige rapporten er disse:

* turnustjenesten nedlegges og erstattes med en spesialitetsforberedende tjeneste man må gjennom før man kan starte i tellende spesialistutdanning. Dette innebærer at autorisasjon mottas etter studiet.
* sykehusdelen av tjenesten kortes ned til et halvt år og det åpnes for flere fag i tjenesten, dog fag med akuttberedskap
* man oppretter to overordnede atskilte organ der det ene skal forvalte tildeling av plasser, mens det andre skal sørge for at kvaliteten i tjenesten ivaretas, blant annet gjennom godkjenning av tjenesteplasser.

AF vil løfte fram forslaget om et sentralt faglig kvalitetsorgan som positivt og nødvendig, og noe som lenge har vært savnet. De andre forslagene er til dels lite ønskelige, men i noen grad nødvendige.

Å flytte autorisasjonen er en uheldig konsekvens av direktoratets tolkning av EØS-regelverket. Det er ikke ønskelig at man har et "smutthull" ved siden av det ordinære systemet, der enkelte kan oppnå samme legefunksjon gjennom en langt kortere utdannings-/arbeidsvei. Skal man innføre en slik ordning, vil det være et ufravikelig krav fra AF at man innfører obligatorisk spesialitet i allmennmedisin eller påbegynt veldefinert utdanningsløp for å bli spesialist, for at man skal kunne inngå fastlegeavtaler eller bli fast ansatt i offentlige allmennmedisinske stillinger.

I praksis vil de aller fleste norske leger i dag søke seg inn mot en spesialist-utdannelse hvor det altså foreslås krav om basistjeneste. De praktiske konsekvensene av forslaget vil altså være mindre enn det ved første øyekast kan virke som. Blir forslaget gjennomført vil man sikre at alle leger i spesialistutdanning får gjennomført basistjenesten. Med dagens mulighet for "EØS-leger" til å unngå turnustjeneste anser AF forslaget som en bedre løsning enn dagens system. Skulle departementet endre sin tolkning av EØS-reglementet vil imidlertid AF anbefale at man beholder dagens ordning med turnustjeneste før autorisasjon.

I rapporten foreslås det videre at sykehustjenesten skal kortes ned til et halvt år, og at man skal kunne ha andre fag enn de tradisjonelle. AF støtter ikke dette. AF ser at det er behov for å endre sykehustjenesten i takt med den store økningen i kandidater, men forslaget innebærer en for sterk svekkelse av mulighetene for å tilegne seg breddekompetanse og praktiske ferdigheter. AF foreslår at man beholder ett års sykehustjeneste, hvorav et halvt år med indremedisinsk tjeneste skal være obligatorisk. AF er åpne for at man kan ha ulikt innhold i det andre halvåret av sykehustjeneste, men generell kirurgi bør fortsatt være et prioritert tjenestefelt for mange av kandidatene. Funksjonsfordeling i sykehusfagene gjør at det vil være en fallende kapasitet til å sikre alle bredde-kirurgisk tjeneste. AF aksepterer derfor at ikke alle kandidatene sikres denne tjenesten, men i stedet kan tilbys andre fag med akuttberedskap i det andre halvåret av tjenesten.

I spørsmålet om fordeling av plasser, mener AF at loddtrekning fortsatt er det beste alternativet. Det forutsetter imidlertid en betydelig innstramming og klargjøring av reglene for tildeling av særplasser.

**Sak 52/2009 Fordeling av kontingentmidler for 2009**

Dnlfs eksp. av 24.2.2009.

Leder orienterte muntlig om saken

**Sak 53/2009 Årsmelding 2008**

Årsmelding ble godkjent med enkelte endringer.

**Sak 54/2009 AFs vedtektsendringer:**
Nytt endringsforslag
Kfr. sak 36/2006

Revidert forslag var fremlagt. Forslaget ble vedtatt med enkelte endringer.

**Sak 55/2009  AFs regnskap 2009. Kfr sak 42/2009**

Regnskapet ble godkjent og undertegnet av styret.

**Sak 56/2009  AFs arbeidsmøte for nytt styre Kfr. Sak 38/2009**

Informasjon om fly og hotell.
Endelig beslutning om sted for arbeidsmøtet tas senere.

**Sak 57/2009 Årsmøte i LVS 23.4.2009**

Invitasjon forelå fra LVS
Det ble besluttet at Tone Sletten deltar fra styret.

**Sak 58/2009 Ordinært landsrådsmøte i Norsk overlegeforening 23.4.2009**

Invitasjon forelå fra OF. Det ble besluttet at Jan Emil Kristoffersen deltar fra styret.

**Sak 59/2009 Valg av president og sentralstyrerepresentanter i Dnlf**

Styret drøftet saken.

**Sak 60/2009 Landsstyresak:**

"Lovendring - endring av lovenes § 4-3, 5.ledd - fordeling av kontingentinntekter"

Dnlfs eksp. av 5.3.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Allmennlegeforeningen (AF)støtter den foreslåtte omlegging i fordeling av kontingentinntekter, med følgende forbehold:

* Differensiering av grunntilskuddet må kompensere fullt ut for tap av midler til kostnadskrevende drift etter søknad.
* Det må fremlegges en konkret regnemodell som viser at ny beregningsmåte er provenynøytral i forhold til de søknadsbaserte tilskudd som har vært gitt AF.
* Vi antar at dette ikke nødvendigvis lar seg løse i en enkel regnemodell fordi bl.a. antall næringsdrivende medlemmer og geografisk spredning av medlemmene må vurderes særskilt.
* Differensiering av grunntilskuddet må bl.a. være knyttet til antall næringsdrivende medlemmer, ikke til antall næringsdrivende i styrende organer.
* Vi legger til grunn at en bedret aktivitetsrapportering fra Legeforeningens organisasjonsledd over tid vil skape et behov for en mer dynamisk aktivitetsbasert finansiering enn det som nå foreslås, som først og fremst må ansees som en rent teknisk endring og et statisk finansieringssystem.

AF har fra år til år nedlagt et betydelig arbeid i utforming av søknad om midler til kostnadskrevende drift, og vi har mottatt svar på søknadene først etter at AFs budsjett for kommende år har vært behandlet og vedtatt i vårt landsråd, basert på antagelser om landsstyrets budsjettvedtak.

Det er ikke heldig at faste oppgaver skal finansieres etter årlige søknader og den foreslåtte endring vil medføre forenklede rutiner og mer forutsigbar økonomi.

De årlige tildelte beløpene har utgjort en betydelig andel av AFs økonomi. Grunnen til at vi har søkt om og fått innvilget en stor andel av de omsøkte årlige beløpene til kostnadskrevende drift er meget høy andel næringsdrivende medlemmer, stor geografisk spredning og meget høy og økende aktivitet i årene etter innføring av Fastlegeordningen.

AFs arbeid er preget av at våre tillitsvalgte i kommunene og i fylkesavdelingene i praksis er uten frikjøpsmuligheter fra arbeidsgiver under utøvelse av tillitsvalgtarbeide. Dette er en helt annen virkelighet enn for Legeforeningens tillitsvalgte i sykehus som gjennom avtaleverket har omfattende rettigheter og hvor det trolig utøves et betydelig antall årsverk av lønnede tillitsvalgte. Som en av de tre store yrkesforeninger vil vi også i fremtiden være avhengig av en fullt frikjøpt leder.

I høringsnotatet står det at grunntilskuddet foreslås differensiert etter andel næringsdrivende i styrende organer der det utbetales praksiskompensasjon, og at det er ønskelig med en modell basert på antall styremedlemmer som er selvstendig næringsdrivende. Vi vil påpeke at grunntilskuddet må bli differensiert på grunnlag av andel næringsdrivende medlemmer, for å unngå stadige svingninger i grunntilskuddene. Forutsatt representative styrevalg, hvor fordelingen i antall styremedlemmer i gjennomsnitt tilsvarer fordelingen vil antall medlemmer som er henholdsvis lønnsmottakere og næringsdrivende, vil det i gjennomsnitt bli det samme.

I høringsnotatet er ulik grad av geografisk spredning omtalt som om det bare gjelder lokalforeningene.

Ulik grad av geografisk spredning gjelder imidlertid også yrkesforeninger og fagmedisinske foreninger. Kommunehelsetjenesten er en vesentlig mer geografisk spredd struktur enn spesialisthelsetjenesten. Derfor vil foreninger med høy andel medlemmer i kommunehelsetjenesten ha større geografisk spredning, og derfor høyere reiseutgifter, enn foreninger med medlemmer i spesialisthelsetjenesten

**Sak 61/2009 Høringssak:**

"Den norske legeforenings alkoholpolitiske strateginotat"

Dnlfs eksp. av 27.2.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Allmennlegeforeningen støtter utkast til Legeforeningens alkoholpolitiske strateginotat, samt forslag til regler for servering av alkohol i egen organisasjon.

**Sak 62/2009 Høringssak:**

Utkast til nasjonal prioriteringsveileder for Øre-nese-halssykdommer i ukene 10-16, 2009

Dnlfs eksp. av 10.3.2009.

Styret anser av dette er en sak som NFA ivaretar best på vegne av allmennlegene.

**Sak 63/2009 Samarbeid Nmf og AF**

Leder orienterte muntlig om møte med Nmf og vikarordningen.

**Sak 64/2009 Budsjett 2010**

Styrets budsjettforslag til landsrådet ble vedtatt.

**Eventuelt**

Styremøtet 22. april ble berammet med sikte på håndtering av samhandlingsreformen. Styret bestemte at møtet utgår.

Møtekart for høsten 2009 må fastsettes straks etter valg av det nye styret.

21. juni 2009 .