**Referat fra styremøte i Allmennlegeforeningen tirsdag 17. februar 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
Unni Aanes
Trond Egil Hansen, nestleder Norsk forening for allmennmedisin
Arvid Mikelsen, foreningens sekretær

**Sak 18/2009 Politisk time**

**Styret drøftet følgende saker:**

* Ref. fra Lillehammerkurset. Evalueringsmøte holdes i mars.
* Rapport fra møte i statsråd Hansens samhandlingsgruppe, herunder om "kjernejournal" og "reseptformidleren"
* Om Legevaktrapporten fra Kompetansesenteret
* Ref. fra møte i KOLS-rådet
* Ref. fra møte med Psykologforeningen om psykologer i kommunene
* Om "spredt" sykmeldingsrett til andre behandlergrupper
* Om delelistelegers plikter ift. kommunale oppgaver
* Rapport fra turnusrådet
* Forholdet til NAV og saksbehandlingstiden
* Kurset "Legekontoret som arbeidsplass"
* Utlysning av hjemmel koblet til 50% stilling i allmennmedisin
* Oppslag i VG om 2700 nye fastleger, kortere lister og to dager plikttjeneste for kommunen.

**Sak 19/2009 Referat fra styremøte 13. januar 2009**

Referatet ble vedtatt med enkelte endringer.

**Sak 20/2009 Høringssak:**

"Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring"

Dnlfs eksp. av 6.1.2009.
Gjelder forslag knyttet til personer som er idømt psykisk helsevern som utilregnelige.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

En utredningsgruppe har etterkontrollert regelverket knyttet til de strafferettslige utilregnelighetsreglene og særreaksjoner. I rapporten er det beskrevet at det etter de nye reglene er færre alvorlig sinnlidende på Ila og Bredtveit. Dette må anses for å være positivt.
Gruppen påpeker at det nå er et for dårlig tilbud til de som er i sluttfasen av en forvaringsdom, og snart skal over til et liv i frihet. I denne fasen blir det kommunale tjenestetilbudet satt under sterkt press, inkl. fastlegens rolle. AF vil understreke at manglene som påpekes i rapporten må tas på alvor, og at det må jobbes med å skape et bedre tilbud til denne gruppen.
Det er avgjørende at kommunene får økonomisk mulighet til å fortsette å gi en forsvarlig omsorg for disse personene når forvaringsdommen oppheves. Den videre oppfølgingen må tilpasses den enkelte og ikke være avhengig av den enkelte kommunes økonomi.

Utredningsgruppen foreslår to tiltak der *"en utilregnelig person begår særlig omfattende og plagsom kriminalitet, og der det er overveiende sannsynlig at lovbruddene vil fortsette, og der virkemidler i psykisk helsevernloven har vært forsøkt uten ønsket effekt på den plagsomme atferden".* Det ene er innleggelse på psykiatrisk institusjon for behandling i inntil 2 måneder. Det andre er etablering av nettverksgruppe med koordinator og plan. I en slik gruppe vil fastlegen være en naturlig deltager.

AF ser det som et aktuelt og relevant tiltak å etablere en slik nettverksgruppe. Rapporten lar det imidlertid stå åpent hva som skal skje dersom heller ikke dette er nok. Hva om den kriminelle eller plagsomme atferden fortsetter ufortrødent? AF ser et stort behov for at det må jobbes videre med å foreslå tiltak som kan møte en slik situasjon, og håper rapporten kan bidra til å understøtte et slikt videre arbeid.

Utredningsgruppen foreslår at det opprettes en nasjonal koordineringsenhet som skal føre et register over og ha en overordnet kontroll med de som er dømt til tvungent psykisk helsevern. AF støtter innføringen av en slik enhet som skal sikre informasjonsflyten mellom de berørte aktører. Antallet personer som vil bli omfattet av en slik enhet er svært lavt, anslagsvis 20 nye pr. år. Disse personene er ikke selv i stand til å sikre seg sine behandlingsmessige rettigheter. I tillegg har de gjort handlinger som samfunnet har krav på beskyttelse imot.

Det individrettslige overgrepet et slikt register i prinsippet kunne innebære, oppveier ikke fordelen både samfunnet og individet selv kan oppnå ved at informasjonen rundt disse sakene får tilkomme de som behøver den.

**Sak 21/2009 Høringssak:**

Forslag om endring av helsepersonelloven § 53 om spesialistgodkjenning av helsepersonell.

*Dnlfs eksp. av 26.1.2009.*
Styret drøftet saken, men anser at den først og fremst er av faglig karakter. NFA har avgitt sitt høringssvar, og styret finner derfor ikke grunn for å avgi eget svar, men ønsker å gi uttrykk for at AF har sammenfallende syn på saken.

**Sak 22/2009 Høringssak:**

Green Paper in the European Workforce for Health

Dnlfs eksp. av 15.1.2009:
Styret  **vedtok** å sende brev til Dnlf hvor man takker for orienteringen og at man ønsker å bli orientert også i fremtiden, men at det ikke er grunnlag for egen uttalelse fra AF her.

**Sak 23/2009 Høringssak:**

Forslag om endringer i universitets- og høyskoleloven
KUDs eksp. av 15.1.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Kunnskapsdepartementet har foreslått en rekke endringer i universitets- og høyskoleloven;

* Endringer I §2-1 vedrørende NOKUT. NOKUTs mandat er å kontrollere kvaliteten ved universitet og høyskoler. Forslaget vil utvide dette mandatet til også å omfatte arbeid med utvikling av kvalitet i utdanningene.
* Endringer I § 3-9 om eksamen: lovteksten endres fra studenten - til kandidaten for også å kunne omfatte stipendiater.
* Endringer I §4-7 om sanksjoner ved fusk: Lovteksten endres fra student - til kandidat for å kunne sanksjoner ved fusk også for stipendiater.
* Endringer i forbindelse med sammenslåing av institusjoner: Det åpnes for at flere institusjoner kan ha felles styre. Styrene har funksjonstid på 4 år og departementet foreslår at ved særlige tilfeller kan departementet prolongere styremedlemmers funksjonstid.
* Institusjoners ansvar for norsk fagspråk: Regjeringen ønsker å lovfeste at universitet og høyskoler har ansvar for vedlikehold og videreutvikling av norsk fagspråk.
* Innlemming av Arkeologisk museum i Stavanger iI Universitetet i Stavanger.
* Lovfesting av betegnelsen universitetssykehus. Departementet ønsker å tydeliggjøre at bare sykehus som skal ivareta universitetsfunksjoner skal godkjennes som universitetssykehus.

Allmennlegeforeningen har ikke anmerkninger til de lovendringene som er fremmet i høringsforslaget.

**Sak 24/2009 Landsstyresak:**

Lovendring- forslag om endring av § 3-1-1,1. og 3.ledd

Dnlfs eksp. av 4.2.2009. Forslag fra Oslo legeforening som sikrer at leder av regionsutvalgene også blir medlem av landsstyret.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Oslo legeforening har i brev av 30.1.2009 tilskrevet Den norske legeforening om forslag til lovendringer fremmet av lederne i 17 lokalforeninger og 3 regionsutvalg. De foreslåtte endringene innebærer at de fire regionsutvalgene vil bli direkte representert i landsstyret med sin leder. Landsstyret vil som følge av dette utvides med 4 representanter til 138 fra 1.9.2009.

AF støtter begrunnelsen for forslaget. Så lenge regionsutvalget er et av de lovfestede organer i Legeforeningen, og prinsippet om gjennomgående representasjon i størst mulig grad søkes gjort gjeldende, er det naturlig at lederne sikres plass i landsstyret.

Et eventuelt vedtak i tråd med dette reiser imidlertid nye praktiske utfordringer som bør tenkes igjennom og muligens ivaretas med ytterligere endringer/presiseringer i lovverket:

Det fremgår av §3-8-3 i legeforeningens lover at regionsutvalget selv velger sin leder. Det innebærer at man ikke vet hvem som er leder, og som dermed skal representere regionsutvalget i landsstyret, før en tid etter at valgperioden er i gang. Den lokalforeningen som da skal velge en ny landsstyredelegat, må gjøre dette etter at funksjonsperioden er påbegynt.

Det fremgår av lovenes § 3-3-1-4 at valg av landsstyrerepresentanter i avdelingene (og dermed lokalforeningene) skal gjøres på avdelingens årsmøte. Dette betyr i praksis at den lokalforeningen som "mister" sin landsstyredelegat fordi deres leder er leder av regionsutvalget, må arrangere ekstraordinært årsmøte for å få valgt en ny. Vi mener lovverket bør gi noen anvisninger for hvordan dette skal skje.

Etter dagens lovverk er det nesten slutt på at landsstyrerepresentanter velges på de ordinære årsmøtene i lokalforeningene, siden det er en forutsetning med minst 2000 medlemmer for at dette skal bli aktuelt. For de aller fleste lokalforeninger er dermed valg av landsstyrerepresentanter gått ut av "årsmøterutinene". Dette styrker ytterligere behovet for en presisering i lovverket av hvordan et slikt "erstatningsvalg" skal foretas.

Vi vil ellers bemerke at man ville unngå denne praktiske utfordringen dersom man endret formuleringen i §3-1-1-3 nr 2 til *"Regionsutvalget er representert med leder , dersom vedkommende ikke allerede har sete i landsstyret i kraft av funksjon som lokalforeningsleder"*

Til slutt en liten redaksjonell påpekning:

I § 3-1-1-1 står *regionsutvalgene* nevnt i opplistingen. De bør på samme måte stå opplistet i § 3-1-1-3

**Sak 25/2009 Landsstyresak**: Lovendring - forslag om endring av §3-6-4, 6.ledd

Dnlfs eksp. av 12.12.2008. Forslag fra Ylf om sammensetningen av landsstyret knyttet til manglende representasjon fra utdanningsstillinger.

Styret **vedtok** å uttale følgende:

På bakgrunn av at det ved konstitueringen av landsstyremøtet 2008 fra Ylf ved leder Hege Gjessing ble påpekt at landsstyret ikke var sammensatt i henhold til Legeforeningens lover
§3-6-4, 6. ledd, ble det oppnevnt en rådgivende arbeidsgruppe for sentralstyret. Denne fikk i oppgave å vurdere endringer og utarbeide forslag til endring av gjeldende lover slik at valg av fagmedisinske representanter for fremtiden kan foregå i tråd med lovverket.

Sentralstyret har med utgangspunkt i arbeidsgruppens rapport fremmet et endringsforslag med tillegg til § 3-6-4, 6. ledd.

AF støtter sentralstyrets forslag til lovendring.

**Sak 26/2009 Landsstyresak:**

Utredning av prinsippene og forutsetningene for opprettelse av kompetanseområder (i tillegg til spesialitetene).

Dnlfs eksp. av 20.1.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

**Bakgrunn**
Forslaget om etablering av kompetanseområder er ment å skulle sikre bedre helsetjeneste til betydelige grupper av pasienter på fagfelt som griper inn i eller omfattes av flere spesialiteter og som ikke er dekket av én spesialitet. En formalisering av kompetanseområder som ikke er spesialiteter, og heller ikke bør bli det, vil være en ordning i tillegg til de allerede eksisterende medisinske spesialiteter. Kompetanseområder vil være mer fleksible enn spesialitetsstrukturen og kunne tilpasses raske endringer i den medisinske fagutøvelsen.
Som ledd i forberedelse av saken for landsstyret 2009 vedtok sentralstyret i møte 19.01.2009 å sende forslaget på høring til lokalforeninger, fagmedisinske foreninger, spesialforeninger, yrkesforeninger, spesialitetskomiteer og spesialitetsrådet. Det er bedt om uttalelse overfor forslaget om opprettelse av kompetanseområder i tillegg til de formelle spesialiteter, og evt. kommentarer til de forutsetninger som er skissert.

Allmennlegeforeningen **mener**:

Opprettelse av kompetanseområder som tillegg til spesialitetsstrukturen er et fornuftig og tidsriktig tiltak. Det er flere grunner til det.

* Økt fokus på samhandling hvor brukerinteresser står i høysetet krever i mange tilfeller en bredere og mer tverrfaglig tilnærming. Kompetanseområder som kan nås av flere spesialiteter øker sjansen for samhandling og bredde. Dette behovet blir særlig tydelig for grupper av kronikere og andre med store medisinske behov, som sykehjemspasienter.
* Større fleksibilitet. Det kan være nødvendig å sette særlig fokus på ett område i en begrenset tidsperiode. Når rammebetingelser endrer seg kan fokus flyttes og nye kompetanseområder få større oppmerksomhet. (Om tobakksavhengighet var et kompetanseområde så ville dette området miste sin aktualitet når befolkningen hadde sluttet å røyke)

Opprettelsen av kompetanseområder reiser spørsmål om det er hensiktsmessig å skape rom for en slags subspesialisering innenfor allmennmedisinen. Vi mener at kompetanseområder ikke er subspesialisering, men føyer seg inn i god allmennmedisinsk tradisjon om at gruppen allmennleger kan "løftes" og fagutvikles gjennom spesielt interesserte eller kompetente kolleger. Vi minner også om PKO ordningen hvor enkeltleger tar et større ansvar for grensesnittet mot et fagfelt eller en tjeneste eksempelvis spesialisthelsetjenesten, psykiatrien eller Nav.

**Sak 27/2009 Landsstyresak:**

Forslag om endrede spesialistregler i generell kirurgi

Dnlfs eksp. av 20.01.2009.

Styret **vedtok** slik uttalelse:

Forslaget beskriver endrede spesialistregler i generell kirurgi, slik at samlet utdanningstid i hovedspesialitet og grenspesialitet blir redusert i tråd med myndighetsføringer. Dette gjøres ved at inntil to og et halvt år av grenspesialiseringen kan godkjennes i hovedspesialiteten.

Vi mener at det er svært viktig å opprettholde generell kirurgi som hovedspesialitet som de kirurgiske grenspesialitetene bygger på. Vi anser dette er helt nødvendig for å bevare generell kirurgisk vaktkompetanse, som de fleste sykehus er helt avhengig av.

Generell kirurgisk kompetanse er helt nødvendig for å kunne tilby befolkningen trygge og gode kirurgiske tjenester, både i befolkningstette og mindre befolkningstette områder. Spesielt kveld og natt vil et betydelig antall pasienter bli innlagt i kirurgiske avdelinger uten at det på innleggelsestidspunktet er avklart hvilket organsystem symptomene stammer fra. Vi stiller oss derfor bak de foreslåtte endringene innen spesialiteten generell kirurgi så lenge den beholdes som egen spesialitet.

**Sak 28/2009 Landsstyresak:**

Forslag om endrede spesialistregler i indremedisin

Dnlfs eksp. av 20.1.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Allmennlegeforeningen støtter kravet til solid generell vaktkompetanse samt kunnskap om medisinske lidelser og de vanligste behandlingsregimer som tilhører annen grenspesialitet enn sin egen. Indremedisin er et vaktintensivt fag hvor samhandling med førstelinjetjenesten er særlig viktig knyttet til det store volum av akutte innleggelser hvor pasientene ofte er gamle og/eller har uavklarte tilstander med uklar symptomatologi. Derfor må også fremtidens indremedisinske avdelinger være bemannet av leger med en særlig bred kunnskaps- og erfaringsbase som bare kan læres gjennom egen praksis i vaktarbeid.

**Sak 29/2009 Landsstyresak:**

Forslag om å opprette ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

Dnlfs eksp. av 20.1.2009.

Styret **vedtok** enstemmig å støtte forslaget med slik begrunnelse:

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (Nfram) har på anmodning fra Legeforeningen utredet og fremmet et forslag om å opprette en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. AF støtter dette forslaget.

Personer som lider av rus- eller annen avhengighet har omfattende hjelpebehov. I dagens helsevesen står de ofte i fare for å falle imellom ulike behandlingsinstanser fordi de blir definert vekk fra instansenes fagområde. Det har vært gjort forsøk på å løfte pasientgruppen bl.a. gjennom fokus på dobbeltdiagnostikk innen rus- og psykiatri. Dette har likevel ikke vært tilstrekkelig til å gi gruppen det løftet den virkelig trenger. Rusbehandling er i dag en definert og prioritert oppgave for spesialisthelsetjenesten, men uten entydig medisinsk spesialistkompetanse. Dette svekker trolig rekruttering til et prioritert fagfelt og kan redusere medisinsk faglig kvalitet i behandlingstilbudet.

AF har vurdert at det kan være risiko for at opprettelsen av egen spesialitet vil føre til at rusavhengige i enda større grad enn i dag kan bli definert vekk fra behandlingen hos andre fagfelt. Vi tror likevel at fordelen ved at man får egen spesialistkompetanse i fagfeltet mer enn oppveier dette.

AF støtter i hovedsak forslaget til spesialistregler for den nye spesialiteten. Vi vil imidlertid foreslå at tjeneste i allmennmedisin gjøres til en obligatorisk del av utdanningen. Press i forhold til B-preparat forskrivning utgjør en viktig del av problematikken i forhold til rusavhengige, og dette presset møter man hver dag i allmennmedisin. "Hands on" erfaring i forhold til dette bør derfor være med i erfaringsbakgrunnen til alle som skal være spesialister i dette fagfeltet. Vi vil også understreke den store betydning det har at spesialister som skal samhandle rundt personer med så sammensatte fysiske, psykiske og sosiale utfordringer, har inngående kjennskap til rammevilkår og mulighetsrom i kommunehelsetjenesten.

**Sak 30/2009 Ordinært landsråd 2009, kurs i helsepolitikk**

Utkast til brev til landsrådene fremlagt på møtet og budsjett for praksiskompensasjon.
Utkastet til brev og budsjett ble vedtatt.

**Sak 31/2009 Sekretariatsavtale AF-Dnlf for 2009**

Dnlfs eksp. av 2.2.2009.

Styret **vedtok** å gå ned i innleie fra 1/1 sekretærårsverk til 50% +20% , dvs .70% årsverk fordelt på fortrinnsvis 2 personer.

**Sak 32/2009 Samhandling i kommunehelsetjenesten**

Brev av 29.1.2009 fra Norsk Ergoterapeutforbund hvor de ber om møte med AF.

Styret **vedtok** å invitere til et møte.

**Sak 33/2009 Tap av rett til trygderefusjon**

Konsekvenser for kolleger i et legesenter knyttet til leges rettighetstap, ble drøftet.

**Sak 34/2009 Sykehjemslegers kompetanse**

Henvendelse fra Norsk Pensjonistsforbund og Dnlfs brev av 8.1.2009 til AF og NFA

Styret anser at henvendelsen vesentlig gjelder faget og at NFA ivaretar fastlegenes interesser gjennom sitt svar.

**Sak 35/2009 Landsmøte i Nmf 13. - 15.3 2009**

Det forelå invitasjon til medisinstudentenes landsmøte.

Jan Emil Kristoffersen deltar og vil innlede med temaet "hvorfor nye leger bør velge å bli fastleger".

**Sak 36/2009 AFs vedtektsendringer**

Styret underga saken en foreløpig drøfting.

Nytt endringsforslag fremlegges til behandling i marsmøtet.

**Sak 37/2009 Fastlegeprisen**

Ole Strand, Unni Aanes, Bjørn Sletvold og Marit Karlsen utgjør priskomiteen.

Det utformes medlemsbrev med oppfordring til å foreslå kandidater til prisen. Sendes på e-post og legges ut på hjemmesiden. Sekretariatet finner et egnet grafisk blad som er en del av prisen.

**Sak 38/2009 Arbeidsmøte for nytt styre i AF**

Styret underga saken en foreløpig drøfting.

**Sak 40/2009 Egne møter/overnattinger forut for Dnlfs landsstyremøte 2009**

Dnlfs eksp. av 21.1.2009.

Leder minnet om at alle i styret selv må melde seg på landsstyremøtet.

**Sak 41/2009 Fastlegen.no**

Rapport fra forprosjektgruppe forelå til møtet.

Det ble diskusjon om de budsjettmessige konsekvensene og eventuell finansiering, herunder behov for tilleggskontingent.

Bl.a. med henvisning vedtak i NFAs styre og rapporten, vedtok styret at det arbeides videre med prosjektet i samarbeid med NFA.

**Sak 42/2009 Regnskap 2009**

Det var fremlagt foreløpig regnskapsrapport.

Styret hadde en del spørsmål som sekretariatet må avklare før styret konkluderer med budsjettmessige konsekvenser. Regnskap tas opp igjen på marsmøtet til endelig vedtak.

21. juni 2009 .