**Referat fra styremøte i Allmennlegeforeningen mandag 4. mai 2009**

Godkjent 2. juni 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 Norsk forening for allmennmedisin, kl 1000 - 1100 og fra 1400 til møteslutt  
Arvid Mikelsen, foreningens sekretær

**Sak 65/2009 Politisk time**

* Orientering om at den nye IKL for Volda, Hareid, Ørsta og Ulstein har fått en vellykket oppstart
* Rapport fra lederseminar for legevakt på Hurtigruta
* Rapport fra utvalgsmøte i Akademikerne Næringsdrivende
* Rapport fra årsmøtet i LVS
* Rapport fra KOLS-rådet
* Rapport fra årsmøte i Sør-Trøndelag lokalforening i AF.
* Rapport fra seminar: Undersøkelse om fastlegenes rolle i forhold til samhandling
* Rapport fra kursarrangement for leger og medarbeidere i Bergen
* Rapport om eksempler fra media om vinklingen ift. svineinfluensa og forskrivning av Tamiflu
* Rapport fra LUFE - mandat, innhold og økonomi
* Rapport fra oppstartsmøte for sykehusleger med tema sykmelding
* Rapport fra ELIN prosjektet
* Rapport fra seminar om fastlegens posisjon og funksjon, eksempelvis ift. samhandling, i Kristiansand
* Rapport fra Diabetesforum
* Informasjon om nye ekspedisjonssjefer i HOD  
  Informasjon om at Dnlfs visepresident Bård Lilleng er blitt viseadm.dir i Helse Øst
* Rapport om tilbakebetalingssak/rettighetstap.
* Rapport om at legesentre har hatt streikevarsel fra sine ansattes organisasjoner basert på krav om AFP, men streik unngått etter at avtaler kom i stand.
* Rapport fra møte med ergoterapiforbundet
* Rapport om at AMMF delte ut 6,5 mill til 15 ulike prosjekt nylig.

**Sak 66/2009 Referat fra styremøte 17. februar 2009**  
Utsatt fra forrige styremøte

Referatet ble godkjent med enkelte endringer.

**Sak 67/2009 Referat fra styremøte 17. mars 2009**  
Utkast til referat fulgte vedlagt.

Referatet ble godkjent med enkelte endringer.

**Sak 68/2009 Høringssak:**

"NOU 2009:1 Individ og integritet - Personvern i det digitale samfunnet"   
Dnlfs eksp. av 13.3.2009.

Legeforeningen har mottatt høringsnotat fra Fornyings- og administrasjonsdepartementet om ovennevnte NOU.

Styret **vedtok** i den anledning å avgi slik uttalelse:

*Generelle kommentarer*  
Utredningen representerer en bred og grundig gjennomgang av ulike problemstillinger knyttet til personvern. Den tydeliggjør på en overbevisende måte de omfattende utfordringer vårt moderne teknologisamfunn står overfor knyttet til ivaretakelsen av personvernet. Det tydeliggjør også betydningen av å tenke personvern i de fleste sammenhenger knyttet til organiseringen av samfunnet. AF anser at det ligger utenfor vårt kompetanseområde å gi en inngående uttalelse om alle deler av dokumentet. Vi vil derfor begrense oss til noen få generelle kommentarer:  
Høringsdokumentet tar til orde for en **grunnlovsfesting** av personvernet. AF tror det vil kunne bidra til en nødvendig styrking av personvernet i samfunnet i sin alminnelighet, og også bidra til at politikere, embetsverk, forvaltning, fagfolk og befolkningen generelt blir bevisst på betydningen av å innrette samfunnet på en måte som ivaretar personvernet på en tilfredsstillende måte.  
I forlengelsen av dette blir det også viktig at personvernhensyn ivaretas og alltid ligger "i bunn" ved **implementering av nye lover** . AF støtter også dokumentets forslag på dette området.  
På dokumentets side 89 står følgende: **"Personvernkommisjonen mener at ved introduksjon av ny teknologi i samfunnet bør som hovedregel teknologiens innvirkning på personvernet utredes på lik linje med teknologiens innvirkning på miljø og økonomi."** Også dette anser vi som et viktig budskap, ikke minst innen vår egen sektor, helsesektoren.  
På bakgrunn av det omfattende problemkompleks vi her snakker om, som bare vil bli mer omfattende med åra, støtter vi også forslaget om økte ressurser til Datatilsynet. Regionalisering av tilsynet kan nok også ha noen fordeler, men etter vår vurdering vil hensynet til et tungt og slagraftig fagmiljø veie tyngre enn distriktshensyn i vurderingen av dette.  
  
**Så noen kommentarer knyttet spesifikt til kapittel 16 - Personvern i helsesektoren:**  
AF har ved en rekke anledninger i ulike høringsuttalelser den siste tida påpekt hvordan personvernet i økende grad er truet pga. ulike endringer i helselover og -forskrifter, og i tilknytning til innføring av - og pålegg om bruk av - ny teknologi. Fra inneværende år nevner vi " Forskrift til Helseforskningsloven, endringsforslag til Helseregisterloven og andre lover, og forslag til endringer i taushetsbestemmelsene i Helsepersonelloven". Litt lenger tilbake i tid kan nevnes Blåreseptforskriften, E-reseptordningen og Ot.prop 76 (2007-2008) om tiltak mot trygdemisbruk.  
Vi konstaterer med tilfredshet at kommisjonens grundige gjennomgang i kapittel 16 uttrykker en skepsis til dagens tilsynelatende lite gjennomtenkte uthuling av personvernet som fullt ut samsvarer med vårt syn.   
Kapittel 16 munner ut i en del konkrete forslag knyttet til personvern i helsesektoren:

* Behovet for å sikre rutiner for legevisitt som ivaretar taushetsplikten
* Tilrettelegging for pseudonymisering av journaler ved internkontroll og klagesaker
* Videreutvikle systemer for identitetsadministrasjon som forutsetning for bruk av journalmateriale til styring og kontroll
* En grundig gjennomgang av personvernhensyn og utvikling av tilfredsstillende teknologi som ivaretar dette før det er aktuelt med tilgang til EPJ på tvers av foretak
* En gjennomgang av reglene for taushetsplikt
* Forbedring av pasienters rett til innsyn i journallogg
* Opplærings- og holdningsskapende tiltak, innføring av bedre rutiner
* Personvernfremmende tiltak ved opprettelsen av nye registre
* Gjennomgang av dagens helseregistre
* Moratorium mot etablering av nye helseregistre før gjennomgangen er fullført

Dette er alt sammen slik AF vurderer det, fornuftige og viktige forslag. Moderne informasjonsteknologi gir et stort potensiale for bedret og mer effektiv pasientbehandling og fremskaffelsen av egnet materiale for forskning, fagutvikling og kvalitetskontroll. Dette er muligheter som må og skal utnyttes. Likevel er det grunn til å rope varsko mot den til tider noe reservasjonsløse teknologibegeistring som fremføres både fra politikerhold, fagmiljøer og pasientorganisasjoner. Personvernkommisjonen har på en god måte dokumentert at det er helt nødvendig at både lov- og forskriftsverk, opplæring, rutiner, etablering av ny teknologi, registerføring og samarbeidsavtaler utformes med tilfredsstillende personvern som en grunnleggende premiss.

Et godt eksempel på betydningen av å ivareta personvernet, har vi i HIV-epidemien. For snart 25 år siden var helsemyndighetene villige til å underordne behovet for eksakt registerinformasjon behovet for en tillitsfull dialog med risikoutsatte grupper for å kunne arbeide effektivt med forebygging. Det å velge bort nominativ melding og frasi seg muligheten til å følge de enkelte pasientforløp eller drive aggressiv smitteoppsporing, slik man i og for seg kunne ha valgt med henvisning til Sunnhetsloven og lov om åtgjerder mot kjønnssjukdommer, viste seg å gi en betydelig folkehelsegevinst. Vekt på personvern, menneskerettigheter, felles forståelse og tillit ble virkemiddelet for en i internasjonal målestokk meget vellykket begrensning av HIV-smittespredning i Norge. Man betalte en lav pris, nemlig dårligere oversikt over hvem som var smittet.

Det er avgjørende for å kunne gi god helsehjelp at pasienten er trygg på at opplysninger som gis helsepersonellet behandles konfidensielt, og at sensitive opplysninger ikke spres til uvedkommende. Ikke minst gjelder dette innenfor smittevernarbeidet og andre områder der forebyggende tiltak er nødvendig. Pasienten må også i fremtiden kunne ha full tillit til at det er sant når legen sier at "det du sier blir hos meg".

**Sak 69/2009 Høringssak:**

"Forslag til endring av forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK-forskriften) og forskrift om legemidler (legemiddelforskriften)  
Dnlfs eksp. av 14.4.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse sammen med Norsk forening for allmennmedisin:

NFA og AF er tilfreds med at det forslås bedre oversikt og overvåking av befolkningens vaksinasjonsstatus. Dagens omfattende reisevirksomhet genererer stor grad av vaksinasjon utenom barnevaksinasjonsprogrammet, og det er ikke i orden at denne virksomheten ikke er mulig å etterspore. Vaksinasjon skjer på så mange forskjellige steder at en sentral oversikt er ønskelig. Fastleger får stadig forespørsler om vaksinasjonsstatus uten å kunne redegjøre tilfredsstillende for dette.  
Vi har tidligere vært kritiske til innføringen av HPV-vaksinen. Det ligger i sakens natur at vi dermed mener denne vaksinen må overvåkes særskilt. I forhold til denne vaksinen er det problematisk at det blir registrert frivillig og at det dreier seg om frivillig vaksinerte. Det er forutsatt at registeret skal brukes til forskning og at resultatene skal brukes til å si noe autoritativt om hpv-vaksinen. Det er ikke redegjort godt for de metodologiske problemer som ligger i manglende randomisering, kontrollgruppe og annet. Skal forskning basert på dette registeret være god, må forberedelsene være bedre.  
Mht forslagene om reservasjonsrett og samtykke, tror vi det er uklokt å operere med så mange forskjellige muligheter. Det må være tilstrekkelig å holde fast ved reservasjonsrett, også for andre vaksiner enn i barnevaksinasjonsprogrammet. Bare kunnskapen om 3 forskjellige registreringsjuridiske regimer, kan ta motet fra en god del potensielle vaksinatører.  
De enkelte behandlere kan ikke uten videre ta ansvaret for samtykkeregistrering. Det må da legges bedre til rette for enkel og juridisk holdbar dokumentasjon. Slik registrering må være enhetlig og ligne på andre avleveringer av helsedata til registre. Vi mener derfor at alle vaksiner, i vaksinasjonsprogram eller ikke, bør registreres på samme måte dersom pasienten ikke tydelig motsetter seg det.  
Tanken om å gjøre ting lettere har slått gjennom i forslaget om å forenkle bivirkningsregistreringene. Vi støtter dette.  
Skal alle vaksinatører få meldeplikt, må samme vaksinatører ha mulighet til å hente data ut fra registeret. Fastleger har faktisk oftere bruk for dette enn for registreringsmuligheten.  
Departementet ser for seg at fastleger vil melde papirbasert inntil de har skaffet seg en modul for elektronisk melding i SYSVAK registeret. De anslår, etter å ha kontaktet en EPJ leverandør, at en slik modul vil koste 4000,- kr for hvert legekontor, men har ikke kommentert kostnader knyttet til igangsetting og vedlikehold. Det er uklart om man snakker om en frittstående modul eller om det dreier seg om en integrert løsning i legens EPJ. Vi mener det er avgjørende at en modul er integrert i EPJ.  
Det er heller ikke kommentert hvordan brukermedvirkning skal sikres for å oppnå et hensiktsmessig brukergrensesnitt i EPJ. Det synes klart, selv om det ikke eksplisitt er skrevet, at legene selv skal betale for endringen fordi det er arbeidsbesparende i forhold til papirskjema. Hvorfor det skal være arbeidsbesparende å sende et skjema elektronisk er ikke nærmere forklart. Trolig har man ikke forstått forskjellen på utfylling og sending av skjema.  
EPJ kan benyttes på en rasjonell måte ved utfylling av skjema som deretter printes og postlegges. EPJ leverandører bistår brukerne uten særlige kostnader med å få lagt inn skjema for elektronisk utfylling, men dette skjer oftest på en enklest mulig måte ved at legen presenteres et skjermbilde av skjemaet. Et best mulig brukergrensesnitt som sikrer kvalitet, eksempelvis gjennom støtte og hjelpefunksjoner blir ikke ivaretatt på denne måten. Den elektroniske sendingen gir gevinster først og fremst hos mottaker som slipper å taste inn data fra skjemaet. Legene har ingen direkte fordeler av elektronisk innsending utover å spare porto.  
Det ser ut til at statens mange forvaltningsorganer og -nivå oppfatter spørsmålet om finansiering og brukergrensesnitt ved elektronisk utfylling og sending av skjema forskjellig. Ytterpunktene er; "Det er en sak mellom lege og EPJ- leverandør" til "Dette er så viktig at vi finansierer og organiserer en prosess som sikrer full operasjonalitet og funksjonalitet i den enkelte EPJ på legekontoret". SYSVAK endringen ser ut til å skulle gjennomføres ut fra det første prinsippet.  
Selv å skulle betale for å dekke noe som kan oppfattes som statens behov, gir ikke god motivasjon hos den enkelt lege. Legene har allerede påtatt seg betydelige kostnader uten inndekking på IKT- samhandlingsfeltet. Vi viser til: Legenes bruk av Norsk Helsenett for informasjonsutveksling - kostnader og nytteeffekter, utarbeidet av Helsedirektoratet og Legeforeningen, oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 9. april 2008. Rapporten viser at avtalelegers akkumulerte kostnader i perioden 2004-2010 kan beregnes til 619 millioner kroner, hvorav kun 6% har vært inndekket ved tilskuddsordninger ved oppkopling til helsenett/PKI. I forbindelse med arbeidet med å dokumentere merkostnader for private legekontor tilknyttet Norsk Helsenett, konkluderte partene med følgende:  
9.3 Konklusjon  
Overgangsperioden har vært preget av mange problemer, og gevinstene og forventningene som ble forespeilet har ikke blitt innfridd fullt ut ennå. Det krever bedre koordinering slik at endringer og oppdateringer blir samordnet med alle de aktuelle aktørene.   
Myndighetene vil på bakgrunn av rapporten vurdere tilskuddsordninger. Rapporten gir ikke grunnlag for å utløse driftsmidler i normaltarifforhandlingene til samme formål.   
Det finnes betydelig erfaring og kunnskap i forvaltning og Legeforening om hvordan man best mulig gjennomfører endringer som er påtenkt gjennom SYSVAK. Denne kunnskapen er i forvaltningen dessverre spredt utover uten at noen har en overordnet styring av metode og finansiering. Derfor oppstår samme spørsmål og utfordringer ved hver eneste endring som et forvaltningsorgan ønsker å gjennomføre på IKT - samhandlingssektoren.  
Det er på høy tid at man tar lærdom av de gode erfaringer som er gjort gjennom Elin metodikken og sørger for at en sentral styrende instans koordinerer og finansierer endringer i helsepersonells EPJ løsninger som må skje fordi forvaltningen har et behov. Det må benyttes metoder som sikrer brukermedvirkning, eksempelvis Elin - metodikk.  
En vesentlig hindring for all elektronisk innsending er dyre og kompliserte løsninger for signering. I denne sammenheng viser vi til Legeforeningens brev til HOD datert 14.4.2009 Bruk av PKI i norsk helsenett.  
Vi legger til grunn at Folkehelseinstituttet/legemiddelverket kan spare betydelige forvaltningsressurser ved å motta elektronisk innsendte meldinger og at det dermed må frigjøres midler til utvikling, implementering og vedlikehold av elektroniske løsninger for SYSVAK, slik at dette ikke belastes sluttbrukere.

**Sak 70/2009 Høringssak:**

"Utkast til policynotat - Akademikernes næringspolitikk"  
Dnlfs eksp. av 15.4.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

I utg.pkt er vår vurdering at dette utkastet til policydokument er sammenfallende med våre synspunkter. Noen innspill og kommentarer:

* Dokumentet vektlegger behov for realfagskompetanse for å kunne ivareta prioriterte oppgaver. I den anledning vil vi rette fokus inn mot skolesystemet.  
  Vi ønsker en større stimulering og vektlegging av realfagene i grunn - og videregående skoler. Næringslivet kan i større grad bidra til dette gjennom ulike former for samarbeid med skolene f.eks. prosjektarbeid.
* Norge er en liten nasjon med høyt kostnadsnivå. Vi må derfor i stor grad basere oss på å være konkurranseledende mht kunnskapsnivå, effektivitet og forutsigbarhet. En liten nasjon som vår må prioritere og konsentrere kunnskapsbasert innsats inn mot spesifikke satsningsområder. Dette innebærer at vi også må konsentrere forsknings- og utviklingsinnsatsen ved å etablere sterke vekstsentra hvor kunnskapsutvikling i større grad kan kombineres med næringslivets behov. Det vil i fremtiden bli større behov for tverrfaglig kunnskap. Dette vil medføre at de ulike kunnskapsmiljøer må utvikle effektive samarbeidsarenaer.
* Allmennlegeforeningen ser at helsevesenet i større grad bør effektiviseres og at behandlingen i større grad må utføres i primærhelsetjenesten iht. LEON prinsippet. Det er viktig å målrette innsatsen i hele helsevesenet slik at vi kan yte helsetjenester effektivt til de store grupper.

**Sak 71/2009 Høringssak:**

"Utkast til forskrift om unntak fra konkurranseloven for samarbeid mellom visse grupper privatpraktiserende leger, psykologer og fysioterapeuter"  
Dnlfs eksp. av 22.4.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Departementet forslår å forlenge det nåværende unntaket fra konkurranseloven gjennom en egen forskrift. Det gis unntak fra § 10 og 11 i fem år fremover.  
Konkurransetilsynet har tilrådd at dagens unntak videreføres ut 2010 mens det gjennomføres en vurdering av behovet for unntaket.

Det gis som premiss i brevet at eneste alternativ til dagens ordning er at det offentlige ensidig fastsetter priser. Dette er en **helt uakseptabel løsning** for Allmennlegeforeningens medlemmer. Det vil bety at næringsdrivende leger, fysioterapeuter og psykologer vil måtte bære alle de negative sidene ved å være næringsdrivende i forhold til manglende sosiale rettigheter og økende utgifter til drift, uten noen mulighet for å kompensere for dette verken gjennom prisregulering eller gjennom forhandlinger.   
Allmennlegeforeningen ønsker også å påpeke at det er et alternativ at det ikke gis unntak fra konkurranselovgivningen. Det vil bety at også disse bedriftene har fri prisfastsetting basert på marked og etterspørsel, tilsvarende som for eksempel tannleger. Dette kan føre til at pasienter vil måtte betale ulik pris for samme tjeneste rundt om i landet. Dette er neppe ønskelig ut fra tankegangen om at tilgangen på helsetjenester skal være lik for alle innbyggere uavhengig av bosted og økonomi. Det er grunn til å tro at dagens unntak fra loven hovedsakelig er til pasientenes fordel. Dagens system gir dessuten gode muligheter for styring og kontroll for myndighetene. Dette vil bli borte om det ikke gis unntak. AF mener det er en fordel for befolkningen at prisene er like og forutsigbare. Det er også en fordel for myndighetene pga mulighetene for styring og kontroll. Det er derfor hensiktsmessig at dagens system videreutvikles og incentivstrukturen styrkes, selv om dette ikke nødvendigvis er en fordel for behandlerne.   
Det har vært betydelig økning av utgifter de siste årene, blant annet til helsenett og pensjoner til ansatte. Dette er ikke kompensert under forhandlinger. Dette skjer samtidig som stadig flere etater pålegger allmennlegene å utføre administrative kontrolloppgaver for myndighetene uten at dette kompenseres økonomisk. Tålegrensen for denne utviklingen er nå nådd. For at dagens system skal være bærekraftig i fremtiden må staten kompenserer fullt ut for økende utgifter til drift av legepraksis.

Allmennlegeforeningen støtter at unntaket videreføres. Unntaket kan gjerne gis for fem år som foreslått.   
Allmennlegeforeningen støtter samtidig konkurransetilsynets forslag om at det gjøres en vurdering av konsekvensene av unntaket. Det må gjøres av et partssammensatt utvalg. Utredningen må belyse konsekvensene om unntaket oppheves og konsekvensene av et vedvarende unntak. Det må også belyses hvilke konsekvenser det får om det offentlige ensidig fastsetter prisnivå.

Siste del av notatet inneholder et avsnitt om virksomhetsoverdragelse. Det står at man kan måtte gjøre senere endringer i eksisterende avtaler i forhold til virksomhetsoverdragelser. Det står ikke beskrevet hva man tenker må forandres eller hvorfor, og det må spørres om dette er en villet uklarhet. Dette må myndighetene beskrive nærmere. En eventuell endring i forhold til avtalene må gjøres i forhandlinger, ikke gjennom forskriftsregulering.

**Sak 72/2009 Landsstyresak:**

"Lovendring-forslag fra Norsk indremedisinsk forening om at nåværende § 3-6-4, 6.ledd utgår"  
Dnlfs eksp. av 26.3.2009.

Styret **vedtok** å avgi slik uttalelse:  
Legeforeningens lover § 3-6-4, 6. ledd har i dag følgende ordlyd:

(6) Landsstyrerepresentantene for de fagmedisinske foreningene skal velges slik at spesialister og leger i spesialisering er representert på en måte som gjenspeiler medlemsmassen i foreningene.

AF kan ikke se at Norsk indremedisinsk forening argumenterer godt for sitt forslag om at denne bestemmelsen skal bortfalle, og går i mot forslaget.

Vi anser det som viktig at leger i utdanningsstillinger både gis mulighet til, og ansvarliggjøres i forhold til å ta det ansvar det innebærer å representere den fagmedisinske søylen i Legeforeningens landsstyre. De fagmedisinske foreninger er bl.a. gitt et særlig ansvar for spesialistutdanning i Legeforeningens lover, og det er også derfor rimelig at leger i utdanningsstilling alltid kan målbære i Landsstyret de faglige perspektiver som følger av å være i LiS-rollen. Vi kan heller ikke se at det er grunn til å fravike prinsippet om et representativt utvalg av medlemmer i FAME - gruppen.

**Sak 73/2009 Forslag til endring av spesialistreglene i allmennmedisin- Fast ansatte legevaktleger**  
Brev fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin av 12.3.2009

Styret underga saken en drøfting. Styret fant ikke grunnlag for å avgi noen uttalelse da det anser at saken i første rekkes må behandles i spesialitetskomiteen og for øvrig på ordinær foreningsmessig måte.  
Følgende brev ble sendt:

Takk for henvendelse av 12.3. d.å., med forslag til endring av spesialistreglene i allmennmedisin. Brevet var gjenstand for en foreløpig drøfting i AFs styremøte den 4. mai d.å.

Vi avventer vurderinger fra spesialitetskomiteen i allmennmedisin som også var mottaker av brevet.

**Sak 74/2009 "Raskere tilbake"**  
Utkast til brev til Nasjonalt råd for prioritering fulgte.

Styret drøftet utkastet og overlot til leder å søke samarbeid med NFA om et evt. felles brev.

**Sak 75/2009 Bruk av takst 706f, hematologisk analyse med celleteller**  
Brev fra HELFO, Region Øst 31.3.2009

Styret vedtok å gi leder i oppdrag å utforme et brev til HELFO, og i den forbindelse å søke samarbeid med NFA og Dnlf sentralt.

Sak 76/2009 Valg til AFs valgkomite  
E-post fra leder 24.4.2009.

Styret vedtok sin innstilling til landsrådet.

**Sak 77/2009 Valg av tillitsvalgte på arbeidsstedene 2009**   
Dnlfs eksp. av 16.3.2009.

Leder orienterte muntlig om regelverk og prosess.

**Sak 78/2009 Valg i Legeforeningens organer - yrkesforeningene**  
Dnlfs eksp. av 16.3.2009.

Leder orienterte muntlig om saken.

**Sak 79/2009 Seminar - Spesialistutdanningen for leger 5. - 6.mai 2009, Soria Moria**  
Dnlfs invitasjon av 27.3.2009.

Det er sendt e-post til fagdirektør Bjarne Riis Strøm på vegne av AF og NFA hvor foreningen beklager at ingen styremedlemmer kommer til seminaret på grunn av årsmøtene. Det ble samtidig bedt om at neste års møtetider koordineres.

**Sak 81/2009 Forberedelse og rollefordeling ved årets landsråd**

Styret gjennomgikk programmet og fordelte oppgavene.

**Sak 82/2009  Oppstartstilskudd PMU 2010**   
Hovedkomiteen for PMU 2010 hadde søkt eierforeningene om et forskudd på kr 500. 000 til dekning av løpende utgifter i forberedelsesfasen.   
  
Styret **vedtok** at AF bevilger kr.170.000 som sin andel av forskuddet.

**Sak 83/2009  Honorar for journalkopi**   
Styret hadde fått seg forelagt kopi av korrespondanse mellom lege og advokat om uenighet om beregning av betaling for utlevering av utskrift fra pasientjournal.   
  
Styret anser at det ikke er anledning å ta betalt for at pasient skal få utskrift/kopi av sin journal. Legen kan beregne seg takst 5 + eventuelt takst 8 til dekning av sine utgifter. Det samme gjelder om henvendelsen kommer fra pasientens advokat. Leder fikk i oppdrag å utforme forklarende brev til medlemmet.

21. juni 2009 .