

Den norske lægeforening:

Årsmelding for perioden 1.1. 2002 – 31.12. 2002

Innhold

- **Presidenten har ordet**
- 1 Etikk**
- 2 Pasientrettigheter**
- 3 Kvalitetsutvikling**
- 4 Forskning og fagutvikling**
- 5 Utdanning**
- 6 Lønns- og arbeidsvilkår m.v.**
- 7 Legers ledelsesansvar**
- 8 Privat legevirksomhet med offentlig avtale**
- 9 Privat legevirksomhet uten offentlig avtale**
- 10 Likestilling**
- 11 Legeforeningens organisasjon**
- 12 Helsepolitikk**
- 13 Forebyggende og helsefremmende arbeid**
- 14 Internasjonalt arbeid**

Presidenten har ordet

I motsetning til tidligere følger nå årsmeldingen kalenderåret, og denne meldingen dekker perioden 1.1. – 31.12. 2002.

Året 2002 ble preget av arbeidet med å etablere nye avtaler for leger ansatt i spesialisthelsetjenesten. Prioriteringen av dette arbeidet, som ble langt mer krevende enn forutsett, var både forventet og nødvendig. Imidlertid har også andre viktige saker stått på agendaen. Turnustjenesten er i endring og spørsmålet om ledelse av enheter som driver diagnostikk og behandling har igjen engasjert både Legeforeningen og andre sterkt. Mens foreningen har ventet på innstillingen fra Organisasjonsutvalget, har Regionsutvalgene etablert seg som viktige arenaer både for Legeforeningen og helseforetakene. Leger i kommunal sektor har fått en helt ny forhandlingsordning å forholde seg til, med ren lokal lønnsdannelse og hvor lokal uenighet må løses ved sentral bistand eller lokal voldgift.

Etter at Akademikerne i desember 2001 hadde undertegnet midlertidig hovedavtale med NAVO som ny motpart, tok foreningen på nyåret fatt på det omfattende arbeidet med

forberedelser til de kommende forhandlinger om nye avtaler for leger ansatt i spesialisthelsetjenesten. Avtale mellom Akademikerne Helse og NAVO (A1) ble inngått i mai, fulgt av sentral overenskomst mellom Legeforeningen og NAVO (A2) i september. Etter dette ble det ført omfattende og krevende forhandlinger i de enkelte foretak om foretaksvis (B-dels) avtaler. Disse ble iverksatt ved endelig avtale mellom Akademikerne og NAVO 31.1. 2003.

Med dette hadde Legeforeningen etablert et helt nytt sett avtaler, med en helt annerledes innretning enn de avtaler vi forlot og med et innhold som innebærer at vi, selv om ikke alle krav er innfridd, har nådd mange av de tariffpolitiske mål vi har satt oss de siste årene. Vi "eier" våre egne avtaler og vår egen avtaleøkonomi. Dette gir frihet til å utvikle struktur for avtaleverk og materielle bestemmelser som er direkte tilpasset behovet for fleksibilitet og variasjon i innsats som sykehusarbeidet representerer. Vi har for første gang kunnet gjøre dette i direkte forhandlinger uten innblanding fra andre fagforeninger med helt andre mål. Det har gjort det mulig å bruke atskillig omtanke på å finne en god balanse mellom kollektive og individuelle elementer i lønnsdannelsen og balanse mellom det som fastlegges sentralt og det som bør være gjenstand for lokal tilpasning. Vi har således fått etablert et lønssystem som i langt større grad enn tidligere er basert på grunnlønn og mindre på ulempetillegg og timetelling. Og vi har fått gjennomslag for lokal lønnsdannelse for overlegegruppen. Prosessen har vært utfordrende med atskillige prøvelser underveis.

Uten et sterkt engasjement fra det lokale tillitsvalgtapparatet i foretakene hadde denne omfattende operasjonen ikke vært mulig. I nær kontakt med forhandlingsavdelingen i Legeforeningen og berørte yrkesforeninger (Of og Ylf) har de tillitsvalgte i helseforetakene lagt ned et enormt og særdeles godt arbeid for medlemmene.

Leger ansatt i kommunene har faktisk opplevd enda større endringer i sin lønnsdannelse. Den nye hovedtariffavtalen med Kommunenes Sentralforbund innebærer en kraftig systemendring i forhold til de tariffoppgjørene vi kjenner fra offentlig sektor, og betyr intet mindre enn et klart gjennomslag for Akademikernes lønnspolitikk i ett tariffområde bare fem år etter at sammenslutningen ble stiftet. Lønnsdannelsen for akademikerne i KS-sektor skal heretter skje lokalt, og den skal skje uavhengig av andre grupper. Systemet innebærer at Legeforeningen og de øvrige akademikerforeninger sender fra seg oppgjøret uten de vanlige kollektive lønnsreguleringene skapt med streikeretten i behold. Med den erfaring man har med resultatet av streiker i offentlig sektor generelt og for Legeforeningen spesielt, kan det neppe hevdes at dette innebærer en stor risiko. Vi har lenge ønsket oss et lønssystem som kunne honorere lang utdanning, kunnskap, ansvar og innsats, og derved sette offentlige virksomheter i stand til å konkurrere om arbeidskraft med høy kompetanse. Lønnsdannelsen må da skje nærmest mulig den enkeltes arbeidsplass.

Erfaringene fra det første forsøk på forhandlinger på et slikt grunnlag, har vært blandet. Vi har ikke fått tilbakemelding fra alle tillitsvalgte, men resultatene på landsbasis synes langt bedre enn det vi kunne ha håpet på ved sentrale forhandlinger. Enkelte steder er resultatene svært gode, men flere steder vil det foran neste forhandlingsrunde være behov for grundigere forberedelser.

Det er fra politisk og faglig hold et ønske om å gjøre psykiatri til en obligatorisk del av turnustjenesten. Legeforeningen deltar i en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet som skal se på flere sider av turnustjenesten for leger. Legeforeningen mener at en utvidelse ut over dagens 18 måneder ikke er hensiktsmessig. Innholdet i tjenesten må defineres på faglig grunnlag. En grundig evaluering av erfaringene med tredelt tjeneste må gjøres før man fattet beslutning om endringer.

I kjølvannet av resolusjonen om ledelse fattet på landsstyremøtet i Tromsø i juni i fjor og den etterfølgende avisdebatten i løpet av sommeren, fikk Legeforeningen kraftig kritikk. Vi ble kritisert for å være lite oppdatert om holdninger til ledelse og vi ble anklaget for arroganse og manglende respekt for stortingsvedtak. På denne bakgrunn var det nødvendig for sentralstyret å presisere Legeforeningens budskap om krav til ledelse som et virkemiddel for å nå de målene

landsstyret har satt.

Det er ingen tvil om hva Legeforeningen står for når det gjelder ledelse av sykehusavdelinger. Utgangspunktet er at det må stilles kvalifikasjonskrav til ledere i sykehus. Slike krav må utledes av de oppgaver som skal ivaretas. Vi har støttet prinsippet om enhetlig ledelse, men forutsetter at det må være kvalifisert ledelse, klare ansvarsforhold og klare ledelseslinjer. Ansvar og myndighet må henge uløselig sammen og de medisinske beslutninger må være synliggjort i linjeledelsen. Disse forhold kan også sees i et pasientperspektiv. Befolkningen må ha tillit til at medisinske beslutninger treffes på et kvalifisert grunnlag. Pasienter må dessuten kunne gis informasjon om hvem som har truffet beslutninger av betydning for behandlingen.

For å oppfylle dette mener vi det er nødvendig å plassere det medisinske ledelsesansvaret hos en legespesialist innen fagfeltet ved enheter som driver medisinsk diagnostikk og behandling.

Legeforeningen har i en rekke innspill til Helsedepartementet bedt om større klarhet i rammebetingelsene. Det er derfor svært gledelig at departementet i rundskriv i august i fjor har presisert nødvendigheten av samsvar mellom ansvar og myndighet. Dette er vurdert dit hen at eier nøye må vurdere hvilke kvalifikasjonskrav som må stilles til ledere ut fra virksomhetens karakter. Der avdelinger som i hovedsak driver medisinsk diagnostikk og behandling ledes av en annen enn en lege som er spesialist på feltet, kan det i linje under avdelingslederen ansettes en leder som har et samlet medisinsk ansvar.

Legeforeningens engasjement for kvalitetsforbedring gjennom aktiviteter finansiert av våre tre fond knyttet til slik virksomhet, er blitt lagt meget godt merke til langt utover våre egne rekker. Det er de privatpraktiserende legene som setter av deler av inntektsoppgjørene til dette arbeidet. Kvalitetssikringsfondene (I og II) ble opprettet etter avtale mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen for ca. 10 år siden. I 1997 ble kvalitetssikringsfond III skilt ut som eget fond fra fond I for å trygge finansieringen av laboratoriedelen av dette arbeidet. Mange suksessrike prosjekter har vært finansiert gjennom disse fondene. For eksempel deltar ikke mindre enn 99% av alle legekontorer utenfor sykehus i kvalitetssikringen av laboratorietjenester organisert gjennom NOKLUS. Historien om disse prosjektene viser først og fremst hva man kan oppnå med kombinasjonen av faglig forankring, høy legitimitet i fagmiljøet og en finansieringsordning som er skjermet fra andre påtrengende formål.

For Legeforeningen er arbeidet med legers videre- og etterutdanning en stor og viktig oppgave. Tidligere forslag fra et flertall i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) om å fjerne gruppe I tjeneste og erstatte denne med en 12 ukers obligatorisk fordypningsoppgave og etablering av veiledningsgrupper i spesialistutdanningen for de sykehusbaserte spesialitetene, skapte sterke reaksjoner i våre rekker. Behovet for å bevare gruppe I tjenesten eller tilsvarende synes nå også å ha fått gjennomslag i Nasjonalt Råd og Sosial- og helsedirektoratet. Det er planlagt flere forsøksprosjekter i regi av universitetene i Trondheim og Oslo og det forventes at Helsedepartementet ikke vil ta stilling til forslagene fra Nasjonalt Råd før disse resultatene foreligger.

Nasjonalt Råd har også utredet spesialiststrukturen i fagene indremedisin og kirurgi. For Legeforeningen er det viktig at spesialistutdanningen innen disse fagene ivaretar de overordnede behov både pasientene og helsetjenesten har for den generelle (vakt)kompetanse ved lokalsykehusene.

Den kompetanse Legeforeningen, våre organisasjonsledd og våre medlemmer besitter er etterspurt av mange. Gjennom året har foreningen hatt stor glede av å kunne ta med spesialforeninger i høringsmøter i Stortingets sosialkomité. Regionutvalgene har vært etterspurt også når helseforetakene har hatt behov for faglig ekspertise. Organisasjonsutvalget la i januar 2003 frem sin innstilling hvor ett av forslagene går på å styrke foreningens faglige engasjement og å gjøre foreningen i stand til i enda sterkere grad å benytte dette engasjementet som grunnlag for virksomheten. En solid faglig forankring for Legeforeningens politikk har alltid vært, og vil alltid være, vår styrke. Dette perspektivet bør fortsatt være sentralt når vi nå skal diskutere

endringer av vår organisasjon.

Hans Kristian Bakke

1 Etikk

”Landets leger må opprettholde og videreutvikle en høy etisk standard som imøtekommer befolkningens behov for medisinsk hjelp, omsorg og respekt.

Legeetikk har sitt grunnlag i allmenne humanistiske normer.

Etiske regler for leger er et fundament for foreningens og medlemmenes arbeid i forhold til pasienter, kolleger og samfunn.”

1.1 Sentralstyret og arbeidet med medisinsk-etiske spørsmål

Sentralstyret deltar i drøftinger om og utformingen av synspunkter på forskjellige medisinsk-etiske problemstillinger, blant annet gjennom sitt internasjonale arbeid. Om dette vises det nærmere til meldingens kapittel 14.

1.2 Rådet for legeetikk

Rådet for legeetikk har for perioden 1.1. 2002 – 31.12. 2005 bestått av Reidun Førde (leder), Ragnar Hotvedt (nestleder), Kristin Bjørnland, Trond Markestad og Jo Telje. Varamedlemmer: Solfrid Kjus og Stein Tore Nilsen. Åsmund Hodne (organisasjonsavdelingen) er Rådets sekretær.

Rådet for legeetikk utarbeider egen beretning. Beretningen for perioden 1.7. 2001 – 30.06. 2002 er gjengitt i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 28/2002.

Rådets hovedoppgave er fortsatt å drive løpende rådgivning overfor Legeforeningens sentrale organer og medlemmer. Rådet utreder også prinsipielle legeetiske spørsmål, samt behandler klager på leger fra pasienter og kolleger. Rådet ser det i tillegg som en viktig oppgave å stimulere til økt vektlegging av medisinsk-etiske spørsmål både i grunn-, videre- og etterutdanningen av leger.

Rådet samarbeider med tilsvarende råd i de andre nordiske land. Rådets leder deltar sammen med presidenten og generalsekretæren i World Medical Association (WMA).

1.3 Etiske regler for leger

Etiske regler for leger er gjennom de senere år revidert/endret av landsstyret etter forslag fra Rådet, senest under Landsstyrets møte 2002.

Etikkreglene finnes bl.a. på Legeforeningens nettsider.

2 Pasientrettigheter

”Alle som bor eller oppholder seg i Norge har en grunnleggende og lik rett til nødvendig helsehjelp, uavhengig av geografi, økonomi og sosial status og etnisk bakgrunn. Retten til nødvendig helsehjelp må ligge til grunn ved organisering av helsetjenesten, både i og utenfor sykehus.”

2.1 Fagutvalget Forsikringsforbundet – Legeforeningen (FFL)

Utvalget har i 2002 bestått av Marit Krohg (leder), Jan Dobloug og Øyvind Flatner fra Finansnæringens Hovedorganisasjon og Hanne Dinesen, Eirik Bø Larsen og Terje Vigen fra Legeforeningen.

Fagutvalgets oppgave er primært å bidra til riktig og effektiv praktisering av honoraravtalen mellom Legeforeningen og Norges Forsikringsforbund (Finansnæringens Hovedorganisasjon) og søke å forhindre tvister, samt løse uenighet og avklare spørsmål som oppstår. Utvalget skal videre vurdere gjeldende skjema og praksis vedrørende honorering med sikte på å foreslå eventuelle endringer. Forslag fremmes for avtalepartene eventuelt direkte for det enkelte forsikringsselskap. Utvalget skal videre bidra til å utvikle håndbok i forsikringsmedisin og initiere fagartikler om emnet forsikringsmedisin. Utvalget skal ellers kunne vurdere enkeltsaker som blir forelagt og gi uttalelser om pris, kvalitet og innhold i relasjon til honoraravtalens utforming og forutsetninger.

Utvalget har i perioden hatt fire møter. Utvalget har arbeidet med oppfølging av saker på virksomhetsplanen, så som honorar når flere skjemaer oversendes legen samtidig vedrørende samme pasient, universalblankett til bruk fra forsikringsselskap ved forespørsel til lege, evaluering av bruk av samtykkeerklæring og skjema ved helsevurdering av psykiske lidelser. Et annet hovedtema har vært spørsmål knyttet til samtykkeerklæring ved forespørsel om legeopplysninger fra journal. Utvalget har videre utarbeidet en artikkel til Tidsskrift for Den norske lægeforening der man fokuserte på retningslinjer vedrørende utlevering av kopi av full journal og redigert journal. Et annet fokus i artikkelen var den problemstilling som hadde fremkommet i en undersøkelse fra Pål Gulbrandsen om at et stort antall leger ofte, iblant eller sjelden, hadde pyntet på sannheten i en legeerklæring for at pasienten skulle oppnå goder. Et annet hovedmål for utvalgets arbeid ble nådd i denne perioden ved at et Internett-kurs om forsikringsmedisin på ”Lupin” ble ferdig utviklet for bruk i månedsskiftet mars/april.

3 Kvalitetsutvikling

”Det må etableres systemer innenfor helsetjenesten som kan utvikle og sikre kvaliteten i samsvar med etisk aksepterte og faglig forsvarlige normer.

Holdninger og systemer som ivaretar en kontinuerlig forbedring av behandlingstilbudet må videreutvikles.”

3.1 Kvalitetsforbedringsutvalget

Kvalitetsforbedringsutvalget 2002 har bestått av Rolf Kirschner (leder), Marit Eskeland, Frederik Frøen, Anne Grimstvedt Kvalvik, Kjeld Malde, Juan Robbie Mathisen, Sigrid Næss og Hans Michael Waaler. Utvalget har i perioden avholdt åtte møter. Ett av møtene ble holdt i forbindelse med ekskursjon til Ringerike sykehus der utvalget ble orientert om sykehusets forbedringsprosjekter.

- Legeforeningens kvalitetsdager ble arrangert på Soria Moria 14.–15.2. 2002 og samlet ca. 80 deltakere, hovedsakelig fra spesialforeningenes kvalitetsutvalg og medlemmer med prosjektstøtte fra kvalitetssikringsfondene. Hovedtemaer denne gang var Status for kvalitetsforbedring innen grunn-, videre- og etterutdanningen og evaluering av ”Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling”. Spesialforeningenes kvalitetsutvalg presenterte postere med egne pågående prosjekter. Et bredt utvalg av pågående og avsluttede kvalitetsforbedringsprosjekter finansiert av Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II ble presentert i plenum.
- Utvalget arrangerte i februar et todagers kurs i Praktisk kvalitetsforbedring. Kurset som hadde 25 deltakere var primært for leger, men var åpent for annet helsepersonell. Frederik Frøen var kursleder.
- Utvalget har fungert som bedømmelseskomité for Legeforeningens kvalitetspriser i henholdsvis primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Utvalget har levert høringsuttalelse til Helsedepartementets Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
- Utvalget har fungert som høringsorgan for interne saker vedrørende emnet kvalitetsforbedring.
- Utvalget har samarbeidet med Senter for Medisinsk Metodevurdering (SMM) der Kjeld Malde er Legeforeningens representant i styringsgruppen.
- Anne Grimstvedt Kvalvik deltar i Sosial- og helsedirektoratets gruppe for videreutvikling og standardisering av kvalitetsindikatorer.

Utvalget har på Legeforeningens nettside oversikt over leger som er virksomme som kvalitetsveiledere/-koordinatorer og arbeider i kvalitetsutvalg i kommuner og sykehus. Nettsiden inneholder også en oppdatert liste over relevante kurs og kongresser.

3.2 Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring av legetjenester utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfond I)

3.2.1 Historisk bakgrunn

Kvalitetssikringsfond I ble opprettet etter avtale mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening ved årsskiftet 1991. Hensikten med fondet er å sikre høy kvalitet i utøvelse og drift av legepraksis utenfor sykehus. Myndighet for anvendelse av fondsmidler er tillagt fondsutvalget.

3.2.2 Fondsutvalgets sammensetning 2000 – 2003

Fondsutvalget består av Kjeld Malde (leder), Trygve Aanjesen, Kristina Johannessen, Legeforeningen, alle Legeforeningen, Marit Nygaard, Statens helsetilsyn og Laila Skarheim, Kommunenes Sentralforbund.

3.2.3 Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene

Fondsutvalget foretar bevilgninger i henhold til fondets vedtekter. Strateginotat som danner grunnlaget for prioriteringer og drift av fondet ble revidert i 2002. Vedtektene og notatet er tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside: www.legeforeningen.no (kvalitetsutvikling).

3.2.4 Avsetninger og bevilgningspolitikk

Størrelsen av avsetningen til kvalitetssikringsfondene fastsettes på lik linje med Legeforeningens andre fond, som en del av forhandlinger i forbindelse med normaltarifforhandlingene hver vår. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

For 2002 ble det avsatt fem millioner kroner til Kvalitetssikringsfond I. Det er her lagt føringer for at Kvalitetssikringsfond IIIs prosjekt ”Laborativ virksomhet utenfor sykehus” skal videreføres. Kvalitetssikringsfond IIs ordinære virksomhet har dermed blitt liggende på tilsvarende nivå som den ble redusert til i 1998. Fondet har måttet prioritere stramt.

3.2.5 Søknader og bevilgninger i 2002

Det totale antall søknader til fondet var 27, med en samlet søknadssum på kr 8 109 375. Av disse søknadene ble 15 innvilget, med et samlet beløp på kr 3 409 635. Fondsutvalget har vedtatt iverksetting av et større prosjekt i allmennmedisin som kombinerer audit-metoden og gjennombruddsteknikken. Prosjektet heter PANG (Primærmedisinsk Audit-Norge Gjennombrudd) og retter seg mot ryggglidelser i allmennpraksis.

3.3 Den norske lægeforenings fond for standardisering og kvalitetssikring i spesialisthelsetjenesten (Kvalitetssikringsfond II)

3.3.1 Historisk bakgrunn

Kvalitetssikringsfond II ble etablert ved forhandlingene i 1992, etter avtale mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening. Hensikten med fondet er å sikre høy kvalitet i utøvelse og drift av virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Myndighet for anvendelse av fondsmidler er tillagt fondsutvalget.

3.3.2 Fondsutvalgets sammensetning 2001 – 2004

Fondsutvalget består av Stein Tore Nilsen (leder), Solfrid Kjus, Asle W. Medhus, alle Legeforeningen, Heidi Merete Rudi, Sosial- og helsedepartementet og Erik Bartnes, Kommunenes Sentralforbund.

3.3.3 Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene

- Fondsutvalget foretar bevilgninger i henhold til fondets vedtekter. Strateginotat som danner grunnlaget for prioriteringer og drift av fondet ble revidert i 2002. Vedtektene og notatet er tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside: <http://www.legeforeningen.no> (kvalitetsutvikling).

3.3.4 Avsetninger og bevilgningspolitikk

Størrelsen av avsetningen til kvalitetssikringsfondene fastsettes på lik linje med Legeforeningens andre fond, som en del av forhandlinger i forbindelse med normaltarifforhandlingene hver vår. Beretning og revidert regnskap legges frem for

Legeforeningens landsstyre til godkjenning. For driftsåret 2002 fikk Kvalitetssikringsfond II tilført 3,9 millioner kroner.

3.3.5 Søknader og bevilgninger i 2002

Det totale antall søknader til fondet var 30, med samlet søknadssum 5 613 134 kroner. 17 av søknadene ble innvilget, med til sammen 1 884 579 kroner. Fondets største enkeltprosjekt var ”Gjennombruddsprosjektet Psykiatri II, Alvorlige stemningslidelser”, som ble startet høsten 2002 i samarbeid med Norsk psykiatrisk forening.

Gjennombruddsprosjektets utgangspunkt er begrepet “Achievable Benefits Not Achieved”: Ethvert fagområde der det er et gap mellom det en vet og det en gjør, er en potensiell kandidat for et gjennombruddsprosjekt. Fondsutvalget er prosjektets styringsgruppe. I samarbeid med spesialforeningene settes det ned en tverrfaglig ekspertgruppe, som identifiserer problemer og forbedringsmuligheter. De deltakende avdelinger setter ned hvert sitt tverrfaglige forbedringsteam. Deres lokale forbedringsarbeid blir støttet av prosessveiledere, som er eksperter på de sosiale og psykologiske aspekter ved endringsprosesser, utvalgt i samråd med Statens helsetilsyn.

3.4 Publikasjoner

3.4.1 Legeforeningens skriftserie Utdanning og kvalitetsutvikling

Hensikten med denne serien er å stimulere til lokale kvalitetsforbedringstiltak og etterutdanning. Utgivelser i 2002:

- Bruk av tvang. Gjennombruddsprosjekt psykiatri
- Veileder i gynekologisk onkologi
- Veileder for nyremedisinsk virksomhet, nytt opplag
- Utredning og behandling av søvnrelatert respirasjonsbesvær hos voksne og barn
- Praktisk veileder i allergivaksinasjon
- Veileder til diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Tidligere er utgitt ca. 50 publikasjoner i serien. Fullstendig oversikt over utgivelser med bestillingsliste finnes på Legeforeningens hjemmeside www.legeforeningen.no.

3.5 Kvalitetssikringsfond III – Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus

3.5.1 Historisk bakgrunn

Avtale om samarbeidsordning for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet i legepraksis utenfor sykehus, ble vedtatt i 1992. Ifølge avtalen var Legeforeningen forpliktet gjennom Kvalitetssikringsfond I til å dekke kostnadene ved prosjektet. Ved normaltarifforhandlingene våren 1997 ønsket avtalepartene (staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening) å trygge finansieringen til kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus. Laboratoriedelen ble derfor skilt ut fra Kvalitetssikringsfond I, og Kvalitetssikringsfond III ble opprettet etter avtale mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening.

Målet for samarbeidsordningen er å etablere og drive et landsomfattende samarbeid for sikring av kvalitet ved den laboratorievirksomhet som drives i legepraksis utenfor sykehus. Dette gjøres ved at rekvirering og analysering av prøver, og tolking av prøvesvar blir utført i overensstemmelse med definerte faglige standarder og i samsvar med befolkningens behov for utredning, behandling og oppfølging.

3.5.2 Organisering

Samarbeidsordningen ledes av en styringsgruppe og en leder. Styringsgruppen har ansvar for den overordnede strategi og fatter vedtak i saker av prinsipiell betydning. Sverre Sandberg, er leder for samarbeidsordningen, og møter som observatør i styringsgruppen. Leder legger de faglige føringer for arbeidet i NOKLUS, og prioriterer de ulike deler av arbeidet. En referansegruppe og ekspertgrupper rådgir lederen. Legeforeningens sekretariat v/Siri Fauli er sekretariat for samarbeidsordningen, og bistår leder med oppgaver av økonomisk og administrativ art. NOKLUS er det utøvende organet.

3.5.3 Styringsgruppen 2002

Styringsgruppen bestod i 2002 av Magne Nylenna (leder), Hans Kristian Bakke, Sverre Landaas, alle Legeforeningen, Jan Fredrik Andresen, staten v/Helsedepartementet og Laila Skarheim, Kommunenes Sentralforbund.

Styringsgruppen har hatt to møter i perioden.

3.5.4 Referansegruppen 2002

Referansegruppen har i 2002 bestått av Sverre Sandberg (leder), Erling Saltrøe, Lars Vorland, Per Hjortdahl, John Cooper, Kjell Torgeir Stokke, alle Legeforeningen, Per Roland, Kommunenes Sentralforbund, Siri Fosse, staten v/Helsedepartementet, Marit Stykket, Norsk Bioingeniørfaglig Institutt, NITO og Kari F. Nilsson, representant for laboratoriekonsulentene. Referansegruppen har hatt to møter i perioden.

3.5.5 NOKLUS

NOKLUS er en landsomfattende organisasjon. De ansatte arbeider dels knyttet til 24 ulike sykehuslaboratorier i landet (NOKLUS i regionene) og dels knyttet til Seksjon for allmennmedisin ved Universitet i Bergen (NOKLUS Senter). NOKLUS Senter sender ut prøver med ukjente verdier til deltakerne. Deltakerne analyserer prøvene og sender resultatene tilbake til NOKLUS som behandler dem statistisk. Etter hver utsendelse får deltakerne tilbakemelding om hvordan deres resultater er sammenliknet med andres, med fasitverdier og med retningslinjer. Laboratoriekonsulentene i NOKLUS i regionene får rapporter med tilsvarende opplysninger til bruk for oppfølging av deltakerne. Instrumentleverandører kan få kjøpe anonymiserte rapporter vedrørende deres instrumenter. Informasjon om virksomheten er også tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside, eller NOKLUS hjemmeside, www.noklus.no.

Det er 10 år siden NOKLUS ble opprettet, og dette er blitt markert ved en jubileumskonferanse og ved ulike tilstelninger i regionene. Etter at samarbeidsordningen ble etablert er analysekvaliteten blitt bedre på de fleste av laboratorieprøvene som utføres i primærhelsetjenesten. Avtalen som samarbeidsordningen bygger på ble revidert i 2002, og i tilknytning til dette arbeidet ble "NOKLUS" og "FOKLUS" døpt om til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus). Ny avtale er gyldig fra 1.1. 2003.

I 2002 har NOKLUS en oppslutning på 2 084 norske laboratorier. Nittini prosent av landets legekontor (allmennpraktikere eller praktiserende spesialister) som har laboratorium, deltar i samarbeidsordningen. Samarbeidsordningen har 306 deltakere til selvkost, og dette er sykehjem, hjemmesykepleie, militære sykestuer, helsestasjoner, bedriftshelsetjenester og oljeplattformer. Foruten primærhelsetjenesten, deltar 86 norske og to islandske sykehuslaboratorier på en eller flere av utsendelsene.

I 2002 var det 26 utsendelser av kontrollmateriale fra NOKLUS. For de fleste utsendelsene ble det sendt materialer med konsentrasjon av komponenter i to nivå som ble analysert to ganger av deltakerne. Svar ble rapportert tilbake til NOKLUS. Svarprosenten var på ca. 90 ved alle utsendelsene. Deltakerne fikk svar ca. en måned etter at materialet var analysert. De fikk da

en vurdering av sine svar samt informasjon om hvordan de lå an i forhold til de andre deltakerne.

Det drives et utstrakt veilednings- og opplæringsarbeid i regi av laboratoriekonsulentene i NOKLUS. I løpet av 2002 er 50% av deltakerne blitt besøkt, og det er arrangert 233 kurs med 4 227 deltakere.

En "laboratorieprofil" som kan innhente data over legenes rekvirering av laboratorieprøver er utviklet og pilot-testet i en del praksiser. Samarbeidet mellom representanter fra DiabCare, Norges Diabetesforbund, SATS (som nå er inkludert i NOKLUS) og NOKLUS, er videreført igjennom en videreutvikling av en elektronisk registrering av data om den enkelte diabetiker som grunnlag for systematisk oppfølging.

Skandinavisk samarbeid om utprøving av instrumenter for primærhelsetjenesten (SKUP) har gjennomført 6seks utprøvinger av instrumenter beregnet for primærhelsetjenesten. Det er en økende forespørsel om utprøvinger fra firmaene.

NOKLUS forvalter ordningen med nye kravspesifikasjoner for blodsukkerstrimler som Rikstrykdeverket gir refusjon for. Denne ordningen ble opprettet i 2002. Det er et viktig krav at det skal foreligge dokumentasjon for utprøving av blodsukkerstrimler/apparater i bruk blant diabetikere. I 2002 ble det utført to slike utprøvinger i regi av SKUP. I 2002 ble det også foretatt to utsendelser av kontrollprøver til diabetikere.

Det er i gang aktivitet i Finnmark, Nordland, Sør-Trøndelag, Hedmark, Akershus Sør, Østfold, Telemark, Vest-Agder og Aust-Agder med verving av deltakere til selvkost. Man har prioritert å verve deltakere fra sykehjem. Ved utgangen av 2002 var det inngått avtale med 188 virksomheter til selvkost i disse fylkene.

Alle militære sykestuer som utfører laboratorieanalyser er med i samarbeidsordningen finansiert av Forsvarets Overkommando. I 2002 meldte også de første oljeplattformene seg inn i NOKLUS.

De ansatte i samarbeidsordningen har holdt en rekke foredrag i inn- og utland. Ved utgangen av 2002 var det knyttet to doktorgradskandidater og en hovedfagstudent til NOKLUS. En stipendiat disputerte for dr. med. graden på en avhandling om bruk av HbA1c og glukose.

Bedret laboratorievirksomhet fører til at man sparer pasienter og leger for unødvendige konsultasjoner og henvisninger, og hindrer feil behandling. Dette gir igjen samfunnsøkonomiske besparelser.

3.6 Spesialforeningenes kvalitetsutvalg

Kvalitetsforbedringsarbeidet i spesialforeningene blir støttet økonomisk av Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Kr 20 000 kan etter søknad stilles til disposisjon for spesialforeningenes kvalitetsarbeid. I 2002 har femten foreninger fått innvilget slik støtte.

3.7 Årsmelding 2002

Det er utarbeidet en felles årsmelding for Legeforeningens kvalitetssikringsfond som kan fåes i sekretariatet og også hentes fra Legeforeningens hjemmeside.

3.8 Stiftelsen GRUK - Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten

GRUK har hatt en god faglig utvikling, og deres arbeid er høyt verdsatt. Det er etter hvert utviklet rapporter som gir et godt innblikk i det forbedringsarbeidet som drives, både når det gjelder prosessforbedringsarbeide i sykehus og "koordinert psykososialt arbeid" utenfor sykehus (KPA-prosjektene). Det er lagt ut en god del informasjon på nettsidene www.gruk.no.

Hans Asbjørn Holm representerer Legeforeningen i GRUKs styre med Bjørn Hoftvedt som vararepresentant.

3.9 Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin – LUPA

For perioden 2001– medio 2003 har utvalget bestått av Lars A. Nesje (leder), Hanne Klausen, Hans Morten Lossius og Ragnhild Smalås. Utvalget skal bl.a. gi råd til sentralstyret i saker som gjelder prehospital akuttmedisinske spørsmål, samt ha ansvar for revisjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Utvalget har på grunnlag av et utkast fra Norsk anestesilogisk forening utarbeidet Legeforeningens Standard for prehospital akuttmedisin, som er gitt tilslutning av sentralstyret. Utvalget har avgitt uttalelser til sentralstyret, bl.a. om legfolks bruk av halvautomatiske defibrillatorer. Høsten 2002 startet utvalget forberedelse til revisjon av Norsk indeks ved å sende forespørsel til ressurspersoner og kompetansemiljøer om kommentarer, innspill og erfaringer med Indeks. Utvalget har hatt fire møter i perioden.

3.10 Utvikling av elektronisk versjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

Legeforeningen og firmaet Åsmund S. Lærdal AS arbeider med å utvikle, revidere og utgi Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Det pågår for tiden et prosjektarbeid for å utvikle en elektronisk versjon av Indeks, og en prøveversjon vil bli brukt ved utvalgte AMK-sentraler våren 2003. LUPAs leder deltar i referansegruppe for prosjektet.

3.11 Tvistenemnda for nakkeskader

Nemnda ble opprettet i 1991 etter avtale mellom Norges Forsikringsforbund og Den norske lægeforening. Legeforeningen har stått som administrator av nemnda. Ifølge avtale skal de kostnader som følger av nemndas arbeid betales av Legeforeningen, og Legeforeningen sender sitt refusjonskrav til Finansnæringens Hovedorganisasjon. Nemndas hovedoppgave er å vurdere legeerklæringer og det grunnlag som disse bygger på i saker hvor det er sprik mellom ulike legeerklæringer, spesielt med hensyn på uførhetsgrad og invaliditetsvurdering.

De som er oppnevnt til nemnda er Stein Opjordsmoen (leder), Geirmund Unsgård, Odd Bøyesen, Trine Sand Kaastad og Reidun Borgmann.

I årsmeldingsperioden har det ikke innkommet enkeltsaker, og det er ikke avholdt møter i nemnda. Som tidligere meldt i forrige årsmelding har det vært vurdert om nemnda skulle nedlegges, men etter drøftinger mellom forsikringsbransjen og Legeforeningen har man kommet til at man vil holde nemnda i beredskap dersom saker skulle komme inn.

4 Forskning og fagutvikling

”Medisinsk forskning må være fri og uavhengig.

Evaluering av medisinsk praksis er et nødvendig virkemiddel for å sikre befolkningen en god helsetjeneste.

Forskning, fagutvikling og kvalitetsutvikling må være en prioritert og integrert del av medisinsk virksomhet.”

4.1 Den norske lægeforenings utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget)

Forskningsutvalget, som er et rådgivende organ for sentralstyret, har sett det som sin oppgave å fremme medisinsk forskning i spesialisthelsetjenesten så vel som i primærhelsetjenesten.

Forskningsutvalget endret i løpet av 2002 sammensetning, med blant annet ny leder. Ved første møte i mai 2002 hadde man en grunnleggende diskusjon om satsningsfelt. Utvalgte temaer ble fulgt opp ved neste møte i oktober og i en rekke mindre arbeidsgrupper. Man planlegger fire møter per år.

Ved utgangen av 2002 består Forskningsutvalget av Nils Erik Gilhus (leder), Anna Midelfart, Irene Hetlevik, Dag Sørli, Helge Waldum, Jana Midelfart Hoff, Ole M. Sejersted, Merete Kile Holtermann og Per Hjortdahl (sekretær). Ole Petter Ottersen var medlem største del av 2002. Alle medlemmene har et betydelig forskningsengasjement også i øvrige funksjoner.

Forskningsutvalget har arbeidet med en rekke saker:

- Utvalget har vurdert opprettelse av et generelt forskningsfond i Legeforeningen som ledd i en bedret forskningsfinansiering, men ser for tiden ikke muligheter for tilstrekkelig finansiering av et slikt fond. Utvalget støtter Aplf sine fremstøt om opprettelse av et forskningsfond primært finansiert av og rettet mot primærhelsetjenesten.
- Forskningsutvalget har fulgt opp vedtakene om innføring av forskning som element i spesialistutdannelsen. Man har hatt et uformelt møte med Nasjonalt Råd. Innenfor gjeldende regelverk er det muligheter for flere ordninger, som alle må operasjonaliseres og kostnadsberegnes. Særlig må veiledningsbehov for forskningsdelen klargjøres.
- Forskningsutvalget har arbeidet for at helseforetakene avsetter og synliggjør ressurser brukt til forskning.
- Forskningsutvalget har sendt et spørreskjema til alle spesialforeninger for å kartlegge deres engasjement når det gjelder å fremme forskning.
- Forskningsutvalget har sendt spørsmål til alle universitetssykehus for å klargjøre i hvilken grad forskningserfaring anses som nødvendig for medisinsk lederstilling.

4.2 Norsk legemiddelhåndbok

Legeforeningen har sammen med Norges Apotekerforening, Norsk Medisinaldepot og Statens legemiddelkontroll (nå Statens legemiddelverk) utgitt Norsk legemiddelhåndbok siden 1980. På grunn av endring av grossiststrukturen på legemiddelsiden har Norsk Medisinaldepot gått ut av Norsk legemiddelhåndbok og samarbeidet er nå organisert som Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok. Norsk legemiddelhåndbok er en terapirettet oppslagsbok om legemidler som behandlingsalternativ ved ulike lidelser. Siste utgave av boken ble utgitt forsommeren 2001, og det er nå også utarbeidet ulike web-utgaver. Det ble i løpet av 2002 valgt nye representanter fra Legeforeningen, som er Terje Vigen med Audun Fredriksen som vararepresentant.

4.3 Forskningsinstituttet

4.3.1 Personale og finansiering

Instituttet har fire faste og fire eksterne medarbeidere. Forskningsinstituttet mottar sin grunnfinansiering fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), men har også inntekter gjennom eksterne oppdrag, med oppdragsgivere både innenfor og utenfor Legeforeningen.

4.3.2 Aktiviteter

Forskningsinstituttet arbeider med data fra Legekårsundersøkelsen 1993, og med en rekke nye oppgaver. Resultatene publiseres fortløpende i Tidsskriftet og andre steder. Det kom ni publikasjoner i 2002.

Sentrale tema for Forskningsinstituttet er kollegial kultur, medisinsk etikk, stress og mestringsstrategier, legers livsstil, livskvalitet, sykkelighet og dødelighet, læring og profesjonalisering, lege/pasientforholdet, og ellers alt som har med legers atferd å gjøre. Forskningsinstituttets medarbeidere er ofte forelesere på møter i fylkesavdelinger og yrkesforeninger, og deltar gjerne i offentlig debatt med kronikker og andre innlegg.

I samarbeid med Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg har

Forskningsinstituttet utviklet to grunnkurs om utfordring, belastning og mestring i legearbeidet for leger som er engasjert i det lokale støtteapparatet.

Forskningsinstituttet har sin egen hjemmeside: www.legeforeningen.no/index.db2?id=4628 der det bl.a. finnes en oversikt med sammendrag over alle publikasjoner.

5 Utdanning

”Grunn-, videre- og etterutdanning av leger skal ha høy faglig og pedagogisk kvalitet.

Alle leger skal ha rett og mulighet til videre- og etterutdanning.

Det må til enhver tid utdannes et tilstrekkelig antall leger og spesialister i hvert fagområde.

Spesialistutdanningen av leger er en profesjonsutdanning som skal ha en enhetlig nasjonal standard basert på faglige vurderinger.”

5.1 Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet har i perioden bestått av Jørgen J. Jørgensen (leder), Frank R. Andersen (nestleder), Tone Dorthe Sletten, Olav K. Refvem (vara), Anne Larsen, Lisbeth Rustad (vara), Torkjel Tveita, Bjørn Hilt (vara), Kjell Nordby, Finn Reidar Korsrud (vara), Anne Mørch Larsen, Jo Endre Midtbu (vara), Yngve Mikkelsen, Erik Høiskar (vara), Finn Wisløff og Ragnhild Emblem (vara), Universitetet i Oslo. August Bakke og Anders Bærheim (vara), Universitetet i Bergen. Geir Jacobsen og Petter Aadahl (vara), Universitetet i Trondheim. Svein Ivar Mellgren og Trond Flægstad (vara), Universitetet i Tromsø. Kristin Lossius og Tor Flage (vara), Sosial- og helsedirektoratet. Ingeborg Traaholt og Unni Veirød (vara), Norsk pasientforening. Aud Nordal (observatør) og Heidi Merete Rudi (vara), Statens helsetilsyn.

I henhold til bestemmelsene har Statens helsetilsyn to representanter med personlige vararepresentanter. Disse representantene er fra oktober 2002 fordelt mellom Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet. Statens helsetilsyn er representert med én observatør og med vararepresentant for observatøren. Sosial og helsedirektoratet er representert med én observatør og med vararepresentant for observatøren.

Kommunenenes Sentralforbund har ennå ikke oppnevnt ny representant til rådet som påbegynte sin funksjonsperiode 1.1. 2002.

Rådets sammensetning er således for tiden ikke i tråd med generelle spesialistreglers bestemmelser om rådets sammensetning og antall medlemmer. Sentralstyret vil vurdere rådets sammensetning og eventuelle endringer av reglene, og se dette i sammenheng med bl.a. statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, og endringer i den statlige helseforvaltning. Det er også naturlig å vurdere spesialitetsrådets funksjon og sammensetning i tilknytning til organisasjonsutvalgets arbeid og resultatene av dette.

Rådet har i perioden hatt sju møter.

Ved siden av generelt å ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for spesialistutdanningen, har rådets oppgave vært å avgi innstilling overfor sentralstyret i prinsipielle saker og i saker under forberedelse for landsstyret.

Innen spesialitetsrådet er det bl.a. arbeidet med etterutdanning av legespesialister (oppfølging av LEIF –97), Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordelings (NR) rapport om etterutdanning av legespesialister. Spesialistutdanning – pilotprosjekt i Region Midt-Norge. Prøveprosjekt i spesialistutdanningen – Helse Sør og Øst – i samarbeid med Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Utenlandske legers språkferdigheter. Krav til utdanning i nyfødtmedisin. Organisering av nettbasert undervisning. Avdelingsledelse og spesialistutdanning. Leder av utdanningsutvalg, avsatt tid på tjenesteplanen. NRs utredning om endringer i spesialitetsstrukturen i indremedisin og geriatri, NRs rapport ”Gjennomgang av spesialitetsstrukturen i kirurgi”. Revisjon av Retningslinjene for vurdering av om en utdanningskandidats tjeneste kan attesteres tilfredsstillende utført. Spørsmålet om oppretting av egen spesialitet i palliativ medisin. Behovet for rekruttering, kompetanseutvikling og godkjenning i nye medisinske disipliner har vært utredet av et arbeidsutvalg. Forskning i

spesialistutdanningen og reglene for det har vært revidert.

5.2 Spesialitetskomiteene

Medlemmene i spesialitetskomiteene fremgår på Legeforeningens hjemmesider www.legeforeningen.no/index.db2?id=1058.

I tråd med spesialistreglenes generelle bestemmelser er det av sentralstyret oppnevnt spesialitetskomiteer i de 43 spesialitetene. Komiteene er oppnevnt i tråd med forslag fra vedkommende spesialforening samt fra Ylf.

5.3 Psykoterapiutvalget

Psykoterapiutvalget 2002–2005 består av Elisabeth Tjora (leder), Marthe Horneland, Else Margrethe Berg, Johannes B. Dysthe, Lasse Djerv, Leif Ragnar Hjorth og Kjell-Petter Bøgwald.

Under hovedutdanningen i psykiatri kreves minst to års godkjent veiledning i psykoterapi. Den gis av psykiatere som er godkjent til å veilede utdanningskandidater i det psykoteraeutiske grunnarbeid som er et nødvendig minimum innen spesialiteten psykiatri.

Til behandling av søknader om godkjenning som veileder i psykoterapi har sentralstyret oppnevnt et sakkyndig utvalg - psykoterapiutvalget. Utvalget skal avgi uttalelse i relasjon til søknader om godkjenning som veileder i psykoterapi og overvåke alle forhold som vedrører psykoterapiveiledningen, eventuelt foreslå endringer i retningslinjene for godkjenning av veiledere i psykoterapi.

Psykoterapiutvalget har et nært samarbeid med spesialitetskomiteen i psykiatri hva angår psykoterapiveiledningen ved psykiatriske utdanningsinstitusjoner og søknader om dispensasjon fra institusjoner til å benytte psykologer eller ikke godkjente spesialister i psykiatri som psykoterapiveileder.

5.4 Endringer i spesialistreglene

Landsstyret 2002 behandlet tre forslag om endringer av spesialistreglene (Tidsskriftet nr. 20/2002, side 2065).

Landsstyret 2002 vedtok mot 24 stemmer sentralstyrets anbefaling å endre de generelle bestemmelser for spesialistutdanningen §5, 2. ledd, slik: For at en leges tjeneste på et utdanningssted skal godkjennes som spesialistutdanning, kreves det at legen har vært tilsatt der/har avtale og deltatt i alle oppgaver i arbeidsforholdet. For leger på sykehus betyr dette bl.a. full deltakelse i avdelingens vaktplan der hvor det er etablert. For utdanning i allmennmedisin betyr dette bl a deltakelse etter vaktplanen i den kommunalt organiserte legevaktsordning.

Forslag fra Tor Ø. Seierstad: I sentralstyrets forslag fjernes ordet ”full” i andre setning: ”For leger på sykehus betyr dette bl.a. full deltakelse”. Forslaget ble trukket og vedtatt oversendt sentralstyret.

Forslag fra Arild Tandberg om at sentralstyret skal arbeide for at spesialister i privat praksis kan delta i utdanning av medisinerstudenter og leger under spesialistutdanning, ble vedtatt oversendt sentralstyret for videre vurdering.

Landsstyret 2002 vedtok i tråd med sentralstyrets anbefaling at forslaget fra spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin til endrede spesialistregler, utsettes.

5.5 Spesialister godkjent i 2002

<i>Spesialitet</i>	<i>Kjønnsfordeling</i>	
	<i>Kvinner</i>	<i>Menn</i>
Allmennmedisin	39	108
Anestesiologi	13	34
Arbeidsmedisin	4	7

Barne- og ungdomspsykiatri	6	6
Barnesykdommer	13	14
Fysikalsk medisin og rehabilitering	7	3
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	21	23
Generell kirurgi	5	28
Barnekirurgi	0	1
Gastroenterologisk kirurgi	3	11
Karkirurgi	0	0
Thoraxkirurgi	1	3
Urologi	0	11
Hud- og veneriske sykdommer	2	3
Immunologi og transfusjonsmedisin	3	3
Indremedisin	18	53
Blodsykdommer	0	1
Endokrinologi	4	2
Fordøyelsessykdommer	0	7
Geriatri	0	2
Hjertesykdommer	2	16
Infeksjonssykdommer	2	4
Lungesykdommer	3	5
Nyresykdommer	3	3
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	0	0
Klinisk farmakologi	2	1
Klinisk nevrofysiologi	2	2
Medisinsk biokjemi	0	2
Medisinsk genetikk	2	0
Medisinsk mikrobiologi	3	2
Nevrokirurgi	2	4
Nevrologi	5	8
Nukleærmedisin	0	3
Onkologi	1	5
Ortopedisk kirurgi	3	34
Patologi	3	7
Plastikkirurgi	1	4
Psykiatri	27	37
Radiologi	15	24
Revmatologi	2	2
Samfunnsmedisin	2	2
Øre-nese-halssykdommer	3	11
Øyesykdommer	5	9
Sum	227	505

Det er i 2002 en nedgang i antall godkjente spesialister etter norske regler. I 2002 ble det godkjent 498 spesialister etter norske regler, mens tallet for 2001 var 560 – dvs. en nedgang på 62 spesialister. Tallet på nye spesialister i allmennmedisin etter norske regler har vist en svakt synkende tendens de siste fem år. Også i samfunnsmedisin har det vært få nye spesialister de siste fire år.

Det er også en svak nedgang i antall spesialistgodkjenninger ved konvertering fra annet land. Majoriteten av dem som har overført sin spesialistgodkjenning fra utlandet er fremdeles fra andre nordiske land. Men det er likevel en nedgang i antall konverteringer også fra andre nordiske land, hvilket kanskje er et uttrykk for bedret arbeidsmarked for leger i de andre nordiske landene.

Gjennomsnittsalderen for de godkjente spesialistene etter norske regler har vært relativt konstant på ca. 40 år ved første spesialistgodkjenning i mange år. Gjennomsnittlig tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning etter norske regler blir derfor også ganske konstant, ca. 8,4 år ved første spesialistgodkjenning, 8,2 år for menn og 8,8 år for kvinner.

Andelen kvinner blant de godkjente spesialister etter norske regler i 2002 er omtrent som i fjor. Av de yrkesaktive leger under 70 år i Norge, er i dag 33,4 % kvinner. Av alle som for tiden studerer medisin i Norge er 57 % kvinner. Ved opptaket av nye studenter ved norske medisinske fakulteter i 2002 var 61 % kvinner. Nærmere omtale finnes i Tidsskriftet nr. 6/2003. Informasjon og statistikk over spesialistgodkjenninger finnes på Legeforeningens nettsider: www.legeforeningen.no/index.db2?id=1437 og i tidligere numre av Tidsskriftet.

5.6 Rapportering fra utdanningsinstitusjonene

Generelle bestemmelser for spesialistutdanningen pålegger alle godkjente utdanningsinstitusjoner hvert år å sende vedkommende spesialitetskomités rapport over avdelingens utdanningsvirksomhet relatert til spesialistreglene. Det påhviler spesialitetskomiteene til enhver tid å overvåke forholdene ved de godkjente utdanningsinstitusjoner. Spesialitetskomiteene fremmer eventuelt forslag om endring i godkjenning av utdanningsinstitusjoner i den enkelte spesialitet.

Rapporteringen fra institusjonene skjer i etterkant av hvert utdanningsår. Rapporteringen for 2001 ble avsluttet høsten 2002. Nær alle utdanningsavdelingene synes nå ha innfridd de formelle krav som er satt til spesialistutdanningen, så som etablert utdanningsutvalg, min. 90 minutter internundervisning per uke, oppnevnt veileder og utarbeidet individuell utdanningsplan for alle kandidatene. Det er også en stadig forbedring når det gjelder assistentlegenes tilgang til internundervisningen, datautstyr, veiledning, individuelle utdanningsplaner og evaluering. I det videre arbeidet med rapporteringen bør en særlig fokusere på veiledningsfunksjonen, herunder bruk av individuelle utdanningsplaner og evaluering av tjenesten.

5.7 Godkjenning av veiledere i psykoterapi - psykiatri

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, er det per 31.12. 2002 godkjent 165 veiledere i psykoterapi i relasjon til spesialistreglene i psykiatri. Etter innstilling fra psykoterapiutvalget er det i 2002 godkjent to veiledere i psykoterapi.

5.8 Godkjenning av veiledere i psykoterapi - barne- og ungdomspsykiatri

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, er det per 31.12. 2002 godkjent 38 veiledere i psykoterapi i relasjon til spesialistreglene i barne- og ungdomspsykiatri.

Det er i 2002 godkjent to psykoterapiveileder i barne- og ungdomspsykiatri.

5.9 Rekruttering av utenlandske leger til Norge

Aetat helserekuttering har siden slutten av 1997 aktivt rekruttert leger og senere også tannleger, sykepleiere og annet helsepersonell fra utlandet til Norge.

Til nå (per 4.3. 2003) har prosjektet formidlet 395 leger til norske sykehus og kommuner. Av disse er 137 spesialister, ca. 90 % av legene er fra Tyskland mens de resterende er fra andre EØS-land.

I 2002 er det formidlet sju kommuneleger, 20 spesialister og fem assistentleger. Geografisk fordeler de rekrutterte legene seg på alle fylker, med unntak av Sør-Norge

I 2003 vil rekruttering av leger opphøre. Et unntak er ungarske legespesialister. Høsten 2001 undertegnet Arbeids- og administrasjonsdepartementet en avtale med ungarske myndigheter om rekruttering av ungarske legespesialister til ledige stillinger i Norge. Aetat er tillagt rekrutteringsarbeidet. Rekrutteringsavtalen har vist seg å ikke være vellykket, da det bl.a. har vært vanskelig å få komplette søknader med nødvendige vedlegg oversendt fra den ungarske samarbeidspartner, som er legeforeningen. Søknadene har vært mangelfulle når det gjelder dokumenter som behøves for å kunne tilvise til norske sykehus. Prosjektet har dessverre også sett at ungarske spesialister ikke har vært spesielt etterspurt av norske sykehus, i tillegg til det faktum at sykehusene ikke på langt nær har samme behov for å rekruttere spesialister som i 2001. Prosjektet vil i 2003 fortsette å tilvise aktuelle kandidater til sykehus som har behov, men er da avhengig av at søknadene inneholder tilfredsstillende dokumenter.

Spesialistene kan hentes til Norge på en fagområdelisens med tidsbegrensning av ett års varighet. Dersom legen får en attest fra arbeidsgiver som viser at dette årets tjeneste er gjennomført på faglig forsvarlig vis og vedkommende søker i løpet av året har gjennomført tilleggskurset på Universitetet i Oslo (åtteukers kurset i nasjonale fag), vil det bli gitt en tidsbegrenset lisens for fagområdet.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) vil prioritere søknader der det er dokumentert at det foreligger et arbeidsforhold med norsk arbeidsgiver. SAFH vil, også som tidligere, benytte seg av UiO, Utvalget for lisenssaker og utenlandsmedisinere og Legeforeningens spesialistkomiteer og be om faglige råd med hensyn til søkers medisinske faglige kyndighet. Spesialister som har oppnådd norsk fagområdelisens og arbeidskontrakt, vil bli tilbudt norsk kurs gjennom Aetat helserekuttering.

Utenlandske leger

Antallet nye utenlandske leger som kom til Norge var høyest i 1998. Siden da har andelen utenlandske leger fortsatt å øke, til 15,5 % per 1.1. 2002 blant leger under 67 år i Norge. Per 1.1. 2003 er andelen utenlandske leger fortsatt 15,5 %. Antallet leger fra andre nordiske land er samlet omtrent uendret siste år, slik det også var året før. Med en økning i antallet leger fra land utenom Norden, om enn svakere enn tidligere, betyr dette en fortsatt noe lavere andel leger fra andre nordiske land av det totale antallet utenlandske leger, 1 195 av totalt 2 623 utenlandske statsborgere blant leger under 67 år i Norge. Per 1.1. 2002 var 1 186 av totalt 2 568 utenlandske statsborgere blant leger under 67 år i Norge fra andre nordiske land, mens det per 1.1. 2001 var 1 200 av totalt 2 414 utenlandske statsborgere blant leger under 67 år i Norge fra andre nordiske land. Andelen av de utenlandske legene som kommer fra andre nordiske land, er dermed sunket fra 49,7 % per 1.1. 2001, via 46,2 % per 1.1. 2002, til 45,6 % per 1.1. 2003.

Mens antallet leger fra Tyskland har økt med nærmere 100 per år de senere årene, har økningen fra 1.1. 2002 til 1.1. 2003 vært bare 25. Dette representerer likevel mesteparten av tilveksten fra EU-landene. Det er nå 663 leger under 67 år i Norge fra Sverige og 604 leger under 67 år i Norge fra Tyskland. Det er også en mindre økning i antallet leger fra Danmark, Finland, Storbritannia, Spania, Portugal, USA, Canada, Bulgaria, Ungarn, Sveits og Ukraina. Det er en liten reduksjon i antallet leger fra Sverige, Bosnia Hercegovina og Serbia og Montenegro. Økningen fra 1.1. 2001 til 1.1. 2002 i antallet leger fra Bosnia Hercegovina, Irak,

Russland, Pakistan og Bulgaria har stanset.

Andelen av de utenlandske legene som har norsk spesialistgodkjenning, har økt fra 36,2 % per 1.1. 2002 til 38,1 % per 1.1. 2003 og er høyest blant leger fra Island og Belgia. Andelen av de utenlandske legene som er registrert med doktorgrad, har økt fra 6,2 % til 6,8 % og er høyest blant leger fra Sveits, Egypt, USA, Polen, Tyskland og Frankrike.

Andelen av de utenlandske legene som er medlemmer av Legeforeningen, har økt fra 79,2 % til 79,5 % og er høyest blant leger fra land utenfor Norden. Kvinneandelen blant de utenlandske legene er omtrent uendret med 34,5 % og er høyest blant leger fra land utenom Norden og EU med 45,2 %. Gjennomsnittsalderen blant de utenlandske legene er økt fra 42,1 til 42,7 år og er høyest blant leger fra andre nordiske land. Økningen i gjennomsnittsalder er et uttrykk for at det er relativt liten retur av utenlandske leger samtidig som tilveksten av nye og yngre utenlandske leger er mer moderat enn tidligere.

Flere opplysninger om utenlandske leger under 67 år i Norge etter statsborgerskap finnes i en tabell på Legeforeningens nettsider: www.legeforeningen.no/index.db2?id=6091

5.10 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) har fungert siden 1.1. 1999. Av rådets 19 medlemmer har Legeforeningen fire. De øvrige som har representanter i rådet er staten, Kommunenes Sentralforbund, de regionale helseforetak, universitetene, Norsk pasientforening og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon.

Legeforeningens representanter i NR er Jørgen J. Jørgensen, Kristin Aase (vara), Yngve Mikkelsen, Anne Mørch Larsen (vara), Anne Mathilde Hanstad, Frank R. Andersen (vara), Einar Skoglund og Hans Asbjørn Holm (vara).

NR er rådgivende for Helsedepartementet (eller den departementet delegerer myndighet til) i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføring av og kvaliteten på spesialistutdanningen av leger.

NR skal særlig vurdere og gi råd om godkjenning av spesialiteter, spesialitetsstruktur og utdanningsomfang, godkjenning av spesialistregler, godkjenning av utdanningsinstitusjoner, gjennomføring og kvalitetssikring av spesialistutdanningen.

Sosial- og helsedirektoratet har fortsatt delegert til Legeforeningen å behandle søknader om spesialistgodkjenning. Legeforeningens faglige apparat med spesialitetskomiteer og spesialitetsråd m.v. driver fortsatt kvalitetssikringsarbeidet, og har forberedende saksbehandling i saker som vedrører spesialistregler, gruppeføring m.v., forut for behandling i NR.

Basert på St.meld.nr. 24 (1996-97) ba Sosial- og helsedepartementet Nasjonalt råd om å utrede visse sentrale problemstillinger om legers spesialistutdanning. Nasjonalt råd fant det hensiktsmessig å dele oppgaven i fire delutredninger. Den første delutredningen om videreutdanning i sykehusbaserte spesialiteter ble utarbeidet av en prosjektgruppe nedsatt av Nasjonalt råd og ble levert høsten 2000.

Delutredning 1 inneholder forslag om sterkere engasjement i spesialistutdanningen fra de medisinske fakulteter og en sterkere vektlegging av den teoretiske del av utdanningen.

Det er reist forslag om opprettelse av veiledningsgrupper gjennom to år av spesialistutdanningen, opprettelse av stillinger som utdanningskoordinator på sykehusene, tilskudd til sykehusene for finansiering av spesialistutdanningen med kr 150 000 per utdanningslege beregnet til ca. 300 millioner kroner per år. Det er beregnet behov for ca. 60 millioner kroner per år til universitetene for å ta større ansvar for deler av spesialistutdanningen.

Det var reist forslag om obligatorisk fordypningsoppgave med veileder fra universitet beregnet til 12 ukers arbeid inkludert to ukers metodekurs.

Når det gjelder forslaget om obligatorisk fordypningsoppgave som del av spesialistutdanningen, ble dette i Nasjonalt råds behandling av saken stilt opp mot Legeforeningens forslag om 12 måneders tjeneste ved akademisk avdeling, alternativt seks

måneders prosjektarbeid. Ved avstemning i Nasjonalt råd ble det gitt 15 stemmer for obligatorisk fordypningsoppgave og seks stemmer for det alternative forslag om 12 måneders tjeneste ved akademisk avdeling, alternativt seks måneders prosjektarbeid. Flertallets forslag om obligatorisk fordypningsoppgave innebar også forslag om opphør av gruppeføringen, dvs. bortfall av 18 måneders gruppe I-tjeneste. Legeforeningens alternative forslag er basert på utredningen fra spesialitetsrådets arbeidsgruppe (Bakke-utvalget) med forslag om opphør av den tradisjonelle gruppeføringen, men innføring av krav til 12 måneders akademisk tjeneste, eller alternativt en seks måneders prosjektoppgave (landsstyrevedtak 1999 og 2000).

Det er i senere samtaler med dekanene og prodekanene ved de medisinske fakulteter fremkommet at fakultetene, i likhet med Legeforeningen, mener at det fortsatt er behov for en komponent av tjeneste ved en større avdeling med et omfattende pasientgrunnlag og forskningsmiljø, dvs behov for å opprettholde krav om gruppe I-tjeneste eller tilsvarende. Dette synet er etter hvert delt også av Nasjonalt råd og av Sosial- og helsedirektoratet

Det startes forsøksprosjekter ved Universitetet i Oslo (to spesialiteter) og ved Norsk Teknisk Naturvitenskapelig Universitet (NTNU) (fire spesialiteter) med utprøving av veiledningsgrupper/teorigrupper som erstatning for valgfrie kurs. Før forsøksprosjektene er gjennomført og evaluert, vil Helsedepartementet ikke ta stilling til forslagene fra Nasjonalt råd om bl.a. obligatorisk forskning og veiledningsgrupper eller Legeforeningens forslag om akademisk tjeneste/prosjektoppgave.

Nasjonalt råds sekretariat startet våren 2001 arbeidet med vurdering av spesialitetsstrukturen og har levert en utredning om strukturen i de indremedisinske spesialitetene, herunder geriatri. Utredningen har vært drøftet i flere møter i Nasjonalt råd i 2002. Det er av sekretariatet i Nasjonalt råd også gjort en utredning om spesialitetsstrukturen i kirurgiske fag og om samfunnsmedisin. Sentralstyret fant det nødvendig som en motvekt mot utredningen fra Nasjonalt råd, å nedsette et eget utvalg til å vurdere spesialitetsstrukturen i generell kirurgi og grenspesialitetene. Utvalget, ledet av Torgeir Løvig, leverte sin innstilling i januar 2003. Den er på høring i Legeforeningen. De to utredningene om spesialitetsstruktur i kirurgiske fag er av NR utsendt på høring til de organer som har representanter i NR.

5.11 Legefördeling

I henhold til Lov av 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten, med endringer ved Lov av 15. juni 2001 nr. 93 § 4-2, fastsetter Helsedepartementet hvert år antall nye legestillinger og hjemler.

NR gir råd til Helsedepartementet om tildeling av nye kvoter i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. NR-sekretariatet er delegert fra departementet å tildele hjemler direkte til den enkelte kommune innenfor den fastsatte årlige rammen og kriterier for tildeling på bakgrunn av fylkeslegenes uttalelse. Departementet fastsetter også antall nye legestillinger, inkl avtalehjemler i spesialisthelsetjenesten, fordelt på spesialitet. Den videre fordeling av stillinger og avtalehjemler foretas av de Regionale helseforetak. Departementet fastsetter årlig ramme for nye utdanningsstillinger som skal opprettes for hver enkelt spesialitet innen det enkelte Regionale helseforetak. NR gir departementet råd om dimensjonering av de enkelte medisinske spesialitetene.

NR og departementet har vært restriktive med tildeling av nye stillinger til sykehusene siden 1999. I årene 1990 – 98 ble det hvert år opprettet ca. 400 nye legestillinger ved sykehusene med ca. 800 ubesatte legestillinger som resultat. For å bedre situasjonen for utkantsykehus, psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten, har NR vært restriktiv i sine anbefalinger om tildeling av nye stillinger. Det har for sykehusene ligget på 80 – 105 nye stillinger i årene 1999 – 2002.

I 2003 anbefalte NR tildeling av 50 nye assistentlegestillinger hvorav minst 40 til spesialiteter som er rekrutteringssvake eller omfattet av de statlige satsningsområdene. Det ble anbefalt tildeling av 40 nye overlegestillinger, hvorav 10 til høyspesialisert tjeneste og til kompetansesentra. Innenfor de 30 øvrige stillinger ble det anbefalt å gi prioritet til de regionale

helseforetakene Nord, Midt-Norge og Vest. I sin tildeling av stillinger økte Departementet kvoten for assistentleger fra 50 til 70, hvorav minst 50 til spesialiteter som er rekrutteringssvake eller omfattet av de statlige satsningsområdene. Departementet begrunnet sin økning med at Departementet ønsket å øke utdanningskapasiteten for leger på bakgrunn av at mengden av nyutdannede leger har økt.

5.11.1 Ubesatte legestillinger

Ved årsskiftet 2001/2002 var antall ubesatte overlegestillinger 394 og antall ubesatte assistentlegestillinger 89, når alle kategorier ubesatte stillinger medregnes. Dette utgjør hhv. 6,2% og 2,8% av stillingene. Dette er en liten reduksjon i antall ubesatte overlegestillinger, mens antall ubesatte assistentlegestillinger er omtrent uendret. Året før var det en reduksjon både i ubesatte overlegestillinger og ubesatte assistentlegestillinger. Se Legeforeningens internetsider, www.legeforeningen.no/index.db2?id=11116

5.11.2 Fastlegeordningen

Det var ved årsskiftet 2002/2003 127 ledige fastlegehjemler, noe som er en reduksjon på 35 siden forrige årsskifte. Per 28.2. 2003 utgjør antallet lister uten lege 118. Ved årsskiftet 2002/2003 var det 2 089 lister med totalt 462 563 ledige plasser. Dette er en reduksjon fra 2 451 lister med ledige plasser ved forrige årsskifte. Det var ved årsskiftet 2002/2003 91 000 innbyggere som manglet fastlege, mens 20 000 innbyggere har valgt å stå utenfor fastlegeordningen. Per 28.2. 2003 er antallet innbyggere uten lege redusert til 74 546. Det gjenstår nå bare to kommuner som ikke har innført fastlegeordningen. For mer informasjon, se: www.trygdeetaten.no/default.asp?strTema=trygdeetaten&path=pressemeldinger&path_sub=2003-02-13_mrfastlege

5.12 Stillingsstrukturavtalen

Stillingsstrukturavtalen utløp formelt 31.12. 2000. Partene, dvs. staten, KS, Oslo kommune og Dnlf var enige om at avtalen ble prolongert ut 2001.

Det ble i november 2001 inngått en avtale mellom staten og Legeforeningen som videreførte stillingsstrukturavtalen fra 1.1. 2002 til 31.3. 2002. Derved opphørte stillingsstrukturavtalen, men Sosial- og helsedirektoratet meddelte i rundskriv at tilsettingsordningen for assistentleger, med fortrinnsrett m.v., fortsatte som tidligere. Legeforeningen fortsatte således med attestasjon til assistentleger om hva de manglet av tjeneste for å oppnå spesialistgodkjenning.

Det ble forhandlet frem en ny overenskomst mellom NAVO Helse og Den norske lægeforening, del II – A 2 gjeldende fra 1.1. 2003. Denne overenskomsten om særskilte lønns- og arbeidsvilkår for leger, regulerer også tilsetting i assistentlegestillinger. I § 6.2, rangering og ansettelse, heter det at dagens ordning når det gjelder fortrinnsrett, videreføres. "Med fortrinnsrett menes at de tre søkere som har minst tellende tjeneste igjen til spesialiteten, skal ha fortrinn til å bli rangert foran øvrige søkere. Helseforetaket velger fritt blant de søkerne som mangler minst tellende tjeneste for å bli ferdig spesialist. Tillitsvalgte for Den norske lægeforening har rett til å uttale seg til rangeringen før ansettelse foretas."

Derved er Legeforeningens attestasjonsvirksomhet opphørt. Rangering og beregning av fortrinnsrett skal skje lokalt.

5.13 Etterutdanning

Det ble i 2001 gjennomført et pilotprosjekt (LEIF-Pilot) for å evaluere etterutdanningen for spesialister. Prosjektet ble gjennomført ved Rana sykehus, Kirurgisk klinikk, Aker sykehus og for øyespesialistene i Telemark. Legene hadde utarbeidet en plan for sin individuelle etterutdanning tilpasset virksomhetens behov og legene registrerte etterutdanningen gjennom året. Ved årets slutt ble etterutdanningen evaluert i forhold til det som ble ansett som legens

behov og arbeidsplassens behov. Evalueringen ble foretatt av en kollega i samme spesialitet. Denne form for synliggjøring og dokumentasjon av legenes etterutdanning er i tråd med holdningene til etterutdanning slik de avspeiles i policy-dokument både fra Legeforeningen, fra Nordisk legeråd og i europeiske organer. Evalueringen av prosjektet er gjennomført i 2002 og avslører at etablering av etterutdanningsplan er en uvant aktivitet for legene, og det tok tid å etablere en utdanningsplan. Den kollegabaserte evalueringsprosessen viste seg å være den vanskeligste delen av prosjektet. Det har for legene vært en uvant form for samhandling, og det har vært problemer med vurdering av hva man skulle evaluere opp mot. Finansiering av etterutdanningen har også vært et hinder for gjennomføringen.

Konklusjonen er likevel at pilotprosjektet viser at dette fungerer som metode, og at et slikt system for etablering av en mer formalisert dokumenterbar etterutdanning, kan iverksettes. Det trengs et bedre verktøy blant annet til hjelp i den kollegabaserte evalueringsprosessen. Det bør utarbeides en rammebeskrivelse for etterutdanningsaktivitetene i den enkelte spesialitet fordi dette er et nødvendig grunnlag for kollegabasert evaluering.

Spesialitetsrådet tilrådet i sin behandling av saken etablering av et internettbasert elektronisk system hvor legespesialistene fortløpende kan registrere sine etterutdanningsplaner og de deretter gjennomførte etterutdanningsaktivitetene. Et slikt datasystem vil også kunne danne grunnlaget for summariske rapporter for å gi et totalbilde av aktivitetene. Sentralstyret så behovet for ytterligere forsøk før det eventuelt iverksettes en generell ordning. Sentralstyret har anmodet spesialitetsrådet om å beskrive og vurdere kostnadene ved et utvidet forsøk i to spesialiteter.

I Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling er det gjennomført en utredning om legespesialistenes etterutdanning. Nasjonalt råd anbefaler en synliggjøring og formalisering av legers etterutdanning i tråd med de prinsipper som ligger til grunn for pilotprosjektet i Legeforeningen. Også Sosial- og helsedirektoratet har i sin anbefaling overfor Helsedepartementet tatt til orde for iverksetting av en mer formalisert etterutdanning i tråd med de samme prinsipper. Dvs at det ikke er anbefalt tidsbegrenset spesialistgodkjenning med resertifisering, men et løpende etterutdanningssystem hvor spesialistene planlegger sin etterutdanning, får planene godkjent og utdanningen senere evaluert. Den totale etterutdanning ved en sykehusavdeling rapporteres inn sammen med den årlige rapport om spesialistutdanningen. Dette skal så vurderes av spesialitetskomiteen i faget med en tilbakemelding til avdelingen. Et tilsvarende system er tenkt for de privat praktiserende spesialister, hvor det er uttrykt at de privat praktiserende spesialistene skal rapportere til en oppnevnt veiledningskoordinator. Disse veiledningskoordinatorene skal også sende en summarisk rapport over alle etterutdanningsaktiviteter de har ansvaret for, til den aktuelle spesialitetskomité. Sosial- og helsedirektoratet har i sin uttalelse overfor Helsedepartementet lagt til grunn Nasjonalt råds anslag på ca. 50 millioner kroner per år i økte utgifter. Det er forutsatt at arbeidsgiver dekker fravær for etterutdanning gjennom permisjon med lønn, og at arbeidsgiver dekker den arbeidstid som sykehusansatte overleger bruker til veiledning i forbindelse med etterutdanningen.

5.14 Diverse kurs, konferanser, seminarer

I perioden er det avholdt en rekke kurs, konferanser og seminarer om ulike emner.

Legeforeningens årlige fortsettelseskurs for allmennpraktiserende leger har vært arrangert siden 1970-tallet. De siste årene har det vært dalende interesse for kurset. Det arrangeres nå en rekke kurs som dekker det behovet fortsettelseskurset har hatt, og sentralstyret har vedtatt at kurset opphører. Det siste fortsettelseskurset ble således arrangert i august 2002.

Det årlige seminar for de fylkesvise kurskomiteene ble arrangert på Soria Moria 24. og 25.1. 2002. Nesten samtlige av landets 19 fylker var representert med til sammen 30 deltakere.

Legeforeningen arrangerte 14.–15. mai 2002 sitt årlige seminar på Soria Moria om

spesialistutdanningen for leger.

Til Akademisk studieforbund har Legeforeningen i 2002 rapportert inn 537 kurs – til sammen 11 450 kurstimer. Dette er inkludert universitetskursene. Det totale antall kurs er sannsynligvis større. Det er neppe samtlige kurs i landet vi har oversikt over. Årlig mottar og formidler Akademisk Studieforbund tilskudd fra departementet til ordinær studieaktivitet. Tilskuddet er basert på innrapporterte studietimer fra medlemsforeningene fra foregående år, og dette fordeles til medlemsforeningene i forhold til den studieaktiviteten de har hatt.

Kurskatalogen blir utarbeidet som før, men kun som nettutgave på Legeforeningens web-side. 340 kurs ble annonsert på nettsidene i 2002. Kurskatalogen er den desidert mest besøkte på Legeforeningens nettsider.

Det ble høsten 2002 nedsatt et utvalg med representanter fra sentralstyret, spesialitetsrådet, utdanningsfondene I, II og III til å vurdere reglene for kurs tellende i legers videre- og etterutdanning. Utvalget skal vurdere økonomiske aspekter i forbindelse med kursarrangement, krav til godkjent kursarrangør og forholdet til medisindustri og andre med markedsinteresser. Utvalget tar sikte på å avslutte sitt arbeid innen sommeren 2003.

5.15 Utdanningsfond 1 - Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger

Utdanningsfond I ble opprettet i 1967. Fondets formål er å fremme grunn-, videre- og etterutdanning av leger.

Sentralstyret er fondets styre. Myndighet er delegert til Fondsutvalget. Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og er partssammensatt. Legeforeningens sentralstyre oppnevner leder og seks medlemmer til fondsutvalget, mens Sosial- og helsedepartementet oppnevner ett medlem med varamedlem.

Fondsutvalget har bestått av Bjørg N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Bent Folkvord, Turi Bondeson, Geir Jacobsen, Per Omvik, Tone Dorthe Sletten og Eystein Straume (Sosial- og helsedirektoratet).

Varamedlemmer har vært Olav Mjøltnes, Helge Bjørnstad Pettersen, Karin Straume, Stein Inge Fandrem, Per Henrik Randsborg, Elisabeth Hegstad og Elisabeth Wang (Sosial- og helsedirektoratet). Øydis Rinde Jarandsen fra sekretariatets pedagogiske avdeling er sekretær for utvalget.

Aktiviteten i Utdanningsfond I finansieres med avsetninger fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og Kommunenes Sentralforbund. Avsetningene avtales i forbindelse med forhandlingene om revisjon av normaltariffen og følger avtaleperiodene for denne. Avsetningene for 2002 var på kr 30 252 000.

I de senere år har fondsutvalget vært nødt til å foreta en streng prioritering vedrørende bruken av midlene i Utdanningsfond I pga. den vanskelige økonomiske situasjonen for fondet. Det ble gjort en fremskriving av økonomien i Utdanningsfond I frem til år 2002. I følge denne fremskrivingen var målet at fondet skulle være i balanse i år 2002.

Det ble i 1999 satt i gang et arbeid med krav om kostnadseffektivisering i Utdanningsfond I, der det overordnede målet var å skjerme kollektive ordninger. For å kunne få til dette ble støtten til en rekke individuelle ordninger tatt bort. Arbeidet med å styrke økonomien i Utdanningsfond I resulterte i at man nådde dette målet før tiden.

Utdanningsfond I hadde en egenkapital per 31.12. 2002 på 120 millioner kroner. Regnskapet viser et underskudd på kr 1 246 485 for 2002.

Driftskostnadene er nå nede i underkant av 40 millioner kroner, dermed er målsettingen om en egenkapital på tre ganger årlig uttak fullt ut tilfredsstillt.

Budsjettet for år 2003 har en kostnadsramme på 41,9 millioner kroner med et forventet overskudd på kr 460 000. Dersom fondet skal opprettholde dagens økonomiske status, er det nødvendig at fondet får tilført tilsvarende midler som de siste årene.

Av aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I kan vi nevne:

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen
- underskudd ved kurs arrangert av spesialforeninger, yrkesforeninger, fylkesavdelinger
- underskudd ved kursvirksomhet arrangert ved universitetene kroner
- studier og kurs i helseadministrasjon
- støtte til obligatoriske kurs i kardiologi og gastroenteriologi på Internett
- individuelle stipend til leger som ønsker å viderequalifisere seg innenfor de områdene de arbeider med i medisinsk utdanning som kan godkjennes i legers videre- og etterutdanning.

For øvrig refunderer Utdanningsfond I Legeforeningen for det arbeidet som utføres av sekretariatet i forbindelse med legers videre- og etterutdanning. I 2002 utgjorde dette 18,4 millioner kroner.

5.16 Utdanningsfond II – Den norske lægeforenings fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning

Utdanningsfond II ble etablert i 1984 og har som formål å høyne og å opprettholde det medisinsk-faglige nivået hos allment praktiserende leger, privatpraktiserende spesialister, kommuneleger samt leger i samfunnsmedisinsk eller arbeidsmedisinsk hovedstilling ved å yte økonomisk hjelp til dekning av utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning.

Sentralstyret er fondets styre. Anvendelsen av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg. Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og er partssammensatt. Det er fem medlemmer i utvalget, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter i fondsutvalget mens staten og Kommunenes Sentralforbund har en representant hver.

Fondsutvalget består i perioden 2001 – 2004 av Eirik Bø Larsen (leder), Berit K. Norling, Dag Brekke, Kristian Hagestad (Departementet) og Merete Furuberg Gjertjernet (KS). Personlige varamedlemmer er Gunnar Ramstad, Sigrid Næss, Arne Vassbotn, Svein Bratland (Departementet) og Arne Norum (KS).

Tone Houge Holter fra sekretariatets økonomiavdeling var sekretær for utvalget frem til våren 2002, mens Anne Torill Nordli overtok etter dette.

I tilknytning til vedtektene for fondet er det utarbeidet retningslinjer for hvilke kurs m.v. det ytes støtte til. Fondsutvalget har delegert myndighet til sekretariatet om å behandle enkeltsøknader som faller innenfor fondets retningslinjer.

På samme måte som for Utdanningsfond I finansieres ytelsene av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og Kommunenes Sentralforbund.

Tilskuddene i de siste avtaleperiodene har vært følgende:

	<i>Millioner kroner</i>
<i>1.7. 1992 - 1.7. 1993</i>	<i>33,1</i>
<i>1.7. 1993 - 1.7. 1994</i>	<i>18,1</i>
<i>1.7. 1994 - 1.7. 1995</i>	<i>19,0</i>
<i>1.7. 1995 - 1.7. 1996</i>	<i>20,7</i>
<i>1.7. 1996 - 1.7. 1997</i>	<i>21,6</i>
<i>1.7. 1997 - 1.7. 1998</i>	<i>23,5</i>
<i>1.7. 1998 - 1.7. 1999</i>	<i>20,0</i>
<i>1.7.1999 – 1.7. 2000</i>	<i>22,8</i>

1.7.2000 – 1.7. 2001	23,8
1.7.2001 – 1.7. 2002	24,8
1.7.2002 - 1.7. 2003	26,4

Siden det ble iverksatt innstramningstiltak i 1995 og 1996 har egenkapitalen i fondet vært opprettholdt. Ved utgangen av 2002 var den bokførte egenkapitalen på 102,1 millioner kroner, noe som er godt over målsettingen om at den skal være to ganger årlig uttak fra fondet. De refunderte utleggene i forbindelse med kurs var i 2002 på 24,3 millioner kroner mot 22,8 millioner kroner i 2000. I tillegg ble utbetalt 0,46 millioner kroner i allmennpraktikerstipend.

Den norske lægeforening fikk i 1999 tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet for å forvalte den såkalte "Tilskuddsordningen". Formålet var å stimulere videre- og etterutdanning for primærleger i Finnmark, Troms, Nordland og Nord-Trøndelag. Fra 2000 ble også Sogn- og Fjordane med i ordningen. Tilskuddsordningen har vært samordnet med den støtten som gis fra Utdanningsfond II og har omfattet kursdeltakelse utover det som støttes av Utdanningsfond II samt støtte til veiledningskandidater. Fra 2001 ble det også gitt mulighet for å søke økonomisk støtte til opplæring i samisk språk. I alt ble det utbetalt 3,7 millioner kroner fra tilskuddsordningen i 2002 mot 2,6 millioner kroner i 2001.

5.17 Utdanningsfond III – Den norske lægeforenings fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning

Utdanningsfond III ble etablert i 1988, og har som formål å opprettholde det medisinsk-faglige kunnskapsnivået hos leger ansatt i offentlige institutter/etater og offentlige og private laboratorier. Fondet er forutsatt å yte økonomisk hjelp til dekning av utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning.

Sentralstyret er fondets styre. Anvendelsen av fondsmidlene tilligger et partssammensatt fondsutvalg på samme måte som for Utdanningsfond II.

For perioden 2001 – 2004 består fondsutvalget av Torbjørn Pihl (leder), Rita Kolvik, Kjartan Stormark, Jens Eskerud (Helsedepartementet) og Paul Nilsen (KS). Personlige varamedlemmer er Jan E. Jørgensen, Vidar von Düring, Anne Mørch Larsen, Christine Furuholmen (Sosial- og helsedirektoratet) og Arne Norum (KS).

Tone Houge Holter fra sekretariatets økonomiavdeling var sekretær for utvalget frem til våren 2002, mens Anne Torill Nordli overtok etter dette.

I tilknytning til vedtektene for fondet er det utarbeidet retningslinjer for hvilke kurs m.v. det ytes støtte til. Fondsutvalget har delegert myndighet til sekretariatet å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer.

I likhet med de øvrige utdanningsfondene finansieres ytelsene av tilskudd fra Folketrygden. Tilskuddene i de siste avtaleperiodene har vært følgende:

	<i>Millioner kroner</i>
1.7. 1992 - 1.7. 1993	33,1
1.7. 1993 - 1.7. 1994	18,1
1.7. 1994 - 1.7. 1995	19,0
1.7. 1995 - 1.7. 1996	20,7
1.7. 1996 - 1.7. 1997	30,2
1.7. 1997 - 1.7. 1998	23,5
1.7. 1998 - 1.7. 1999	24,0
1.7. 1999 - 1.7. 2000	22,8
1.7.2000 – 1.7. 2001	29,8
1.7.2001 – 1.7. 2002	31,0
1.7.2002 – 1.7. 2003	33,0

Egenkapitalen i Utdanningsfond III er økt med 15,9 millioner kroner fra 2001 til utgangen av 2002 – fra 63,1 millioner kroner i 2001 til 79,1 millioner kroner per 31.12. 2002.

5.18 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

Det er per 31.12. 2002 i gang 47 veiledningsgrupper i allmennmedisin. 28 nye grupper er startet opp siden siste årsmelding. Gruppene er jevnt fordelt utover i alle fylker. Økningen til spesialistutdanningen sees i sammenheng med innføring av fastlegeordningen.

Det er gjennomgående kort ventetid for kandidater som vil være med i veiledningsgruppe. De fleste som nå står på venteliste får tilbud i løpet av maksimum ett år.

I arbeidsmedisin er det per 31.12 2002 i gang to grupper i Oslo, en i Bergen, og en i Nord-Norge. Det planlegges en gruppe i Trondheim. Det er få på venteliste.

I samfunnsmedisin er per 31.12. 2002 sju grupper i gang. Rekrutteringen er fortsatt svak. September 2002 avsluttet vi trinn III av veilederutdanningen, for et kull på til sammen 24 veiledere i allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin.

Koordinatorerne har besøkt enkelte veiledere og deltatt på gruppemøter der dette har vært ønsket.

Veiledersamling for alle spesialitetene ble holdt på Sola i april 2002, med ca. 40 deltagere.

Hefte om praktiske ferdigheter i allmennmedisin, Hva, hvordan og med hvem, ble revidert og trykket i ny utgave i løpet av 2002.

5.19 Veiledning i institusjonshelsetjenesten

Det har i perioden vært avholdt tre lokale kurs med i alt 35 deltakere. Dette er en nedgang fra i fjor, og sekretariatet tror det skyldes de mange oppgavene sykehusene har hatt i forbindelse med foretaksreformen.

Legeforeningen har utviklet et selvinstruerende utdanningsprogram for veiledere basert på video, tekstbok og arbeidsbok som totalt er solgt i 129 eksemplarer. Meningen er at dette skal være et supplement til kursene.

5.20 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin

Per 1.1. 2002 overtok Pedagogisk avdeling registrering og godkjenning av etterutdanningsgrupper (smågrupper) i allmennmedisin over hele landet. Denne oppgaven har tidligere ligget hos fylkenes kurskomiteer. Per 31.12. 2002 er det registrert 263 etterutdanningsgrupper, og det er fortsatt flere fylker der registreringen ikke er fullstendig. Inntrykket er at det foregår en omfattende og faglig verdifull virksomhet.

Koordinatorerne har i samarbeide med Nettetredaksjonen laget en idékatalog for etterutdanningsgruppene. Katalogen er blitt jevnlig oppdatert.

5.21 Gruppeveiledning i sykehus

Ved Kvinneklubben, Haukeland sykehus har en veiledningsgruppe bestående av utdanningskandidater og overleger hatt månedlige møter siden 2000. Gruppen ble oppløst etter to års samhold. Initiativtaker til den gruppebaserte veiledningen har vært Harald Helland i samarbeid med Åse Brinchmann-Hansen, sekretariatet. Kommentarene fra gruppedeltagerne er entydig positive: De føler de har fått gått i dybden på faglige spørsmål, de føler seg tryggere i legerollen og de føler de har fått en arena for å diskutere etiske problemstillinger. Ny gruppe med utgangspunkt i ultralydsdiagnostikk er i gang på samme avdeling.

5.22 Internettkurs

Nytt kurs i Forsikringsmedisin var ferdig i april. Grunnkurs i klinisk kardiologi for indremedisin er forsinket og ventes ferdig høsten 2003. Legeforeningen har fått støtte fra

Utenriksdepartementet til å lage et kurs for Prison Physicians på Internett. Kurset har bidragsytere fra internasjonale menneskerettsorganisasjoner og andre europeiske legeforeninger. I tillegg til disse har det vært arbeidet med kurs i Dyspepsi og Forebyggende kardiologi for allmennpraktikere. Det har blitt utviklet nye pedagogiske virkemidler som gir muligheter for mer varierte arbeidsoppgaver og økt interaktivitet i kursene.

5.23 Samarbeid med andre organisasjoner

Legeforeningen har en representant i styringsgruppen for prosjektet "Utdanning av Paramedics i Norge". Vel 20 ambulansesjåfører fra hele landet tar videreutdanning i akuttmedisin ved Høgskolen i Lillehammer. Prosjektet har fått Vox-midler, og i styringsgruppen er både bruker- og arbeidsgiverorganisasjoner med. Første kull utdannet som Paramedics er ferdige høsten 2003. Åse Brinchmann-Hansen er sekretariatets representant i styringsgruppen.

Legeforeningen har inngått et samarbeide med Norsk Pasientforening om bruk av klagesaker. Hensikten er å utarbeide et læringsprogram med fokus på etikk hvor klagesakene Norsk Pasientforening har hatt danner hovedgrunnlaget. Programmet skal kunne brukes i veiledningsgrupper, internundervisning og på kurs. Åse Brinchmann-Hansen er Legeforeningens representant i samarbeidsgruppen.

Åse Brinchmann-Hansen er Legeforeningens representant i Utvalg for legers videre- og etterutdanning, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Ved Aker sykehus er det opprettet et Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring av kroniske sykdommer. Senteret har vært i drift i fem år og danner mønster for etablering av lokale lærings- og mestringssentra. Det er i dag 25 slike sentra fordelt på hele landet og over 10 nye er under utforming. Sentralt i ideologien for sentrene er brukermedvirkning, likemannsarbeide og pasientopplæring. Styringsgruppens oppgave er blant annet å sørge for at den fjerde oppgaven sykehusene er pålagt om pasientopplæring blir ivaretatt. Åse Brinchmann-Hansen representerer Legeforeningen i gruppen.

Lærings- og mestringsutvalget i Norges Diabetesforbund kalles Diabetesforbundets "pedagogiske fagråd". Legeforeningen har vært representert i dette utvalget siden 1995. Det har vært holdt fire møter og to telefonkonferanser i perioden. Utvalget har utarbeidet en egen perm, kalt Veilederen, med råd om strategier og metoder for mestring av egen sykdom. Lærings- og mestringsutvalget har også utarbeidet "Startpakker" til bruk for veiledning av pasienter og pårørende i forbindelse med nyoppdaget diabetes. Egen Startpakke for fremmedkulturelle skal ferdigstilles inneværende år. Åse Brinchmann-Hansen bistår NDF i spørsmål av metodisk art og sitter også i Diabetesforbundets Lærings- og mestringsutvalg.

5.23.1 Samarbeid med de medisinske fakultetene

Det gode samarbeidet mellom Legeforeningen og de medisinske fakultetene har fortsatt i perioden. Legeforeningen har vært invitert til å komme med synspunkter på to prøveprosjekter med utprøving av teorigrupper som del av spesialistutdanningen. Det ene planlegges av Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo og det andre ved Det medisinske fakultet ved NTNU.

Legeforeningen deltok som vanlig ved det årlige Dekanmøtet i medisin som i 2002 fant sted 21.–23. mai på Røros. Legeforeningen og de medisinske fakultetene har sammenfallende synspunkter når det gjelder styrking av forskning og utdanning i den nye foretaksstrukturen.

6 Lønns- og arbeidsvilkår m.v.

”Rammevilkårene for utøvelse av faglig god legevirksomhet må sikres alle leger ved at arbeidsbetingelser, lønnsvilkår og arbeidsmiljøet legges til rette. Foreningen vil arbeide for å oppnå nødvendige forbedringer gjennom frie forhandlinger innenfor et hensiktsmessig avtaleverk.”

6.1 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger.

Den norske lægeforenings forhandlingsorganisasjon er bygget opp i samsvar med den arbeidsdeling som er etablert gjennom Akademikernes forhandlingsorganer og Den norske lægeforenings organer slik dette er bestemt gjennom regelverket i Akademikerne og i Legeforeningens forhandlingsreglement.

Som ved forhandlingene om fastlegeordningen har sentralstyret etablert en særskilt forhandlingsdelegasjon for forhandlingene med NAVO i forbindelse med nytt avtaleverk for helseforetakene.

Forhandlingsdelegasjonen består av Hans Kristian Bakke, Yngve Mikkelsen, Lars Eikvar, Einar S. Hysing og Øyvind Sæbø. For øvrig oppnevnes forhandlingsdelegasjoner ad hoc av sentralstyret.

6.1.1 Regler for Den norske lægeforenings forhandlingsvirksomhet

Det er i perioden ikke vedtatt endringer i lønnsutvalgets eller forhandlingsdelegasjonens sammensetning eller i øvrige regler som regulerer foreningens forhandlingsvirksomhet. Forhandlingene med NAVO om midlertidig hovedavtale og overenskomst for helseforetakene har foreløpig ikke avdekket behov for regelendringer for forhandlingsvirksomheten. Slike endringer kan mest hensiktsmessig utstå til ny hovedavtale er inngått og organisasjonsutvalgets forslag blir gjennomført.

6.1.2 Lønnsutvalget for fastlønte leger

Lønnsutvalget for fastlønte leger har fra 1.1. 2002 og frem til 31.12. 2002 bestått av Hans Kristian Bakke (leder), Einar S. Hysing (nestleder), Harald Sunde, Aplf, Ole E. Strand (vara), Eva Liafjell, OLL, Ola Jøsendal (vara), Grete Larsen, OLL, Ola Jøsendal (vara), Lars Eikvar, Of, Brynjulf Ystgaard (vara), Geir Ketil Røste, Of, Terje Bjørn Keyn (vara), Anne Larsen, Of, Håvard Skeidsvoll (vara), Yngve Mikkelsen, Ylf, Erik Høiskar (vara), Anne Mørch Larsen, Ylf, Jo Endre Midtbu (vara), Asle Medhus, Ylf, Per Henrik Randsborg (vara), Helge Bjørnstad Pettersen, LVS, Kaare M. Gautvik (vara), Ørn Terje Foss, Namf, Lisbeth Iuell Dahl (vara), Carl Erik Alm, Nmf og Øyvind Østerås (vara). Observatør: Torunn Janbu (Oslo legeforening).

6.1.3 Tariffutvalg for privat praksis

Fra 1.1. 2002 til 31.12. 2002 har tariffutvalget for privat praksis bestått av Hans Kristian Bakke (leder), Anette Fosse (nestleder), Kjell Martmann-Moe, Aplf, Åge Henning Andersen (vara), Ernst K. Horgen, OLL, Jan E. Kristoffersen, Aplf, Anne Mathilde Hanstad (vara), Truls Disen, PSL, Harald Guldsten (vara), Ove A. Mortensen, PSL, Berit Norling (vara), Arve J. Kristiansen, Of, Kristin Aase (vara) og Asle Medhus, Ylf.

6.1.4 Representasjon i Akademikernes organer

Hans Kristian Bakke er fra 22.10. 2002 valgt til ny nestleder i Akademikerne.

For øvrig har Legeforeningen frem til 31.12. 2002 vært representert med følgende i Akademikernes seksjonsorganer:

Akademikerne Helse: Ledes av forhandlingssjef Øyvind Sæbø. Legeforeningen er representert ved Hans Kristian Bakke og Lars Eikvar.

Akademikerne Kommune: Anne-Gry Rønning Moe med Per Medalen som varamedlem. Frem til høsten 2002 var Hans Petter Aarseth leder av Akademikerne K.

Akademikerne Stat: Marta Ebbing med Bente A. Kvamme som varamedlem.

Akademikerne Privat: Per Medalen

Akademikerne Frie Yrker: Nils Grytten

6.2 Publikasjoner og informasjon

6.2.1 Avtalesamling

Legeforeningens avtalesamling blir holdt løpende à jour i form av særtrykk av enkeltavtaler og ved kommentarutgaver.

En ajourført oversikt over Legeforeningens overenskomster, avtaler og regulativ er inntatt på nettsiden under lønns- og arbeidsvilkår. Særtrykk av avtalene er i perioden sendt medlemmene på anmodning. Alle avtaler er lagt ut på Legeforeningens hjemmeside sammen med annen forhandlingsrelevant informasjon.

6.2.2 Medlemsbrev

Det er i perioden utsendt medlemsbrev om ansvar og ledelse i sykehus. Det er også sendt ut medlemsbrev til sykehuslegene om lønnsoppgjøret 2002 og forhandlingene i NAVO-Helse. Medlemsbrevene er også lagt ut på Legeforeningens nettside.

6.2.3 Bruk av Tidsskriftet

Tidsskriftet anvendes for informasjon til medlemmene om forhandlingssituasjonen, endringer i lov- og avtaleverk og ved artikler av betydning for legenes lønns- og arbeidsvilkår, legen som arbeidsgiver og for privat praksis for øvrig.

6.2.4 Forhandlingsinformasjon på Internett

I tillegg til at alle avtaler er lagt ut på Legeforeningens hjemmeside, er det også gjennom nyhetssiden presentert viktig og aktuell forhandlingsinformasjon. Hjemmesiden er fortløpende ajourført med fremdriftsrapporter og resultater for alle forhandlinger. Det har i perioden særlig vært viktig med informasjon om forhandlingene om nytt avtaleverk med NAVO for helseforetakene.

6.2.5 Orienteringsmøter for helseforetakene

Det er avholdt to sentrale konferanser/orienteringsmøter om forhandlingene om ny overenskomst for helseforetakene. Det er i tillegg avholdt fem regionale konferanser/orienteringsmøter i forbindelse med oppstart av lokale forhandlinger (B-delsforhandlinger) med helseforetakene. Alle møter samlet bred oppslutning.

6.2.6 Dagsseminar om lokale forhandlinger

Ved tariffrevisjonen pr. 1.5. 2002 fikk Akademikerne gjennomslag for kravet om at all lønnsutvikling for leger i KS-området skulle skje ved lokale forhandlinger i de enkelte kommuner. I denne forbindelse arrangerte Akademikerne til sammen 33 dagsseminar landet rundt hvor Legeforeningen var representert med til sammen 88 deltakere. Det ble i tillegg

avholdt et dagsseminar i Oslo om lokale forhandlinger for leger i KS-sektoren.

6.3 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger

6.3.1 Generelt om forhandlingssituasjonen

Det ble gjennomført tariffrevisjoner for staten, KS og Oslo per 1.5. 2002. Tariffrevisjonen resulterte i brudd med etterfølgende megling for tariffområdet Oslo. Denne revisjonen omfattet også annet avtaleår (2003). Det er i tillegg gjennomført forhandlinger om nye overenskomster for tariffområdet HSH.

Akademikerne fremmet for samtlige tariffområder krav om at lønnsfastsettelsen i det vesentlige skulle skje lokalt. Bakgrunnen for kravet var en policy om at det er partene lokalt som bør ta ansvaret for lønnsdannelsen, og at forhandlingene skal føres på fritt grunnlag uten sentrale føringer både med hensyn til størrelsen og innretningen på eventuelle lønnstillegg. Dette ble imøtekommet fullt ut for KS, mens det for staten og Oslo fortsatt ble sentrale forhandlinger, dog slik at større del av tariffoppgjøret ble satt av til lokal pott. Endringene av lønssystemet i KS, samt lønnstabellen for Oslo kommune, innebærer at felles lønnstabell for offentlige arbeidsgivere er forlatt.

Forhandlingene om ny overenskomst for helseforetakene med NAVO startet 9.4. 2002. Forhandlingene om overenskomstens del A1 mellom NAVO og Akademikerne og overenskomstens del A2 mellom NAVO-Helse og Legeforeningen ble sluttført i september 2002. Forhandlingene om B-delene startet opp i oktober 2002 mens avsluttende B-dels forhandlinger og avsluttende forhandlingsmøte mellom NAVO og Akademikerne først blir gjennomført i januar 2003.

Det er i tillegg via Akademikerne gjennomført forhandlinger om en rekke sentrale generelle særavtaler i staten, herunder særavtaler for reiser innenlands og utenlands, og i KS-området. I KS-området er flere særavtaler sagt opp til bortfall grunnet overføringen av sykehusene til NAVO. Særbestemmelser med Oslo kommune er prolongert ut 2002, mens lokale særavtaler med HSH-sykehusene blir gjennomført i 2003.

6.3.2 Tariffrevisjonen per 1.4. 2002 og 1.5. 2002

NAVO

Akademikerne hadde per 1.4. 2002 til sammen 10 299 medlemmer som omfattes av avtalen med Arbeidsgiverforeningen NAVO. Av disse er ca. 8 000 leger, 1 400 psykologer, 250 forskere, 240 sivilingeniører, 200 siviløkonomer, 62 prester, 50 samfunnsvitere, 26 tannleger og 17 samfunnsøkonomer.

I sentralstyrets møte 3.10. 2001 ble det foreløpige strategiutvalget og forhandlingsdelegasjonen som skulle ivareta forberedelsene til forhandlingene med ny arbeidsgiverforening, avløst av et forhandlingsutvalg, se pkt. 6.1.

Etter forutgående møter i en partssammensatt arbeidsgruppe, ble det 19.12. 2001 inngått protokoll mellom NAVO og Akademikerne Helse om bl.a. etablering av tariffavtale og bestemmelser om forhandlingene våren 2002. Forhandlingene i helseforetakene per 1.4. 2002 skulle føres på grunnlag av del I om forhandlingsordning m.v. i hovedavtalen i NAVO-området hvor helseforetakene behandles som ett overenskomstområde.

Forhandlingene per 1.4. 2002 skulle gjennomføres i en tredelt prosess:

1. Nasjonalt nivå I (A1) – overenskomstens generelle del forhandles mellom NAVO og Akademikerne og er felles for alle virksomheter innenfor overenskomstområdet.
2. Nasjonalt nivå II (A2) – særskilte lønns- og arbeidsvilkår for den enkelte forenings medlemmer – forhandles mellom NAVO-Helse og den enkelte forening/forbund i Akademikerne Helse.
3. B-delen – overenskomstens spesielle del forhandles, med mindre annet avtales, mellom

helseforetaket på den ene siden og på den andre siden forbund/forening i Akademikerne Helse.

Forhandlinger på nasjonalt nivå I (A1) startet 9.4. 2002 og ble avsluttet 5.5. 2002. Her ble viktige sosiale bestemmelser fra tidligere tariffområder sikret. Dette gjelder bl.a. rettigheter til lønn under sykdom, svangerskap og fødsel, omsorg for syke barn m.v. Videre ble det avtalt gruppelivsforsikring, rettigheter under yrkesskade, avtalefestet ferie og videreføring av dagens pensjonsordninger.

Forhandlinger på nasjonalt nivå II (A2) startet i mai 2002 og ble avsluttet i begynnelsen av september. I denne delen ble det avtalt et nytt lønssystem basert på minimumslønn og minimumssatser for vakt, overtid, uforutsette vakter m.v. for sykehuslegene. Videre ble det tatt inn i denne delen en rekke bestemmelser som tidligere har vært regulert i særavtaler for leger, bl.a. bestemmelser om tjenestested, arbeidstid herunder beregning av arbeidstid på vakt, fordypningstid for leger under spesialisering, overlegepermisjon, vernebestemmelser, særbestemmelser for leger under spesialisering, videreføring av fond m.v. For underordnede leger (leger under spesialisering, turnusleger og medisinstudenter med lisens) ble lønnsoppgjøret fastsatt sentralt i A2-delen og avtalt til 9,5%. Overlegenes lønnsoppgjør ble overlatt til de lokale forhandlingene i overenskomstens spesielle del (B-delen).

Overenskomstens spesielle del (B-delen) forhandles lokalt i helseforetakene. Forhandlingene startet i oktober 2002. Avsluttende B-dels forhandlinger og avsluttende forhandlingsmøte mellom NAVO og Akademikerne ble først gjennomført i januar 2003.

Det nye systemet bygger på fravikelighet innenfor fastsatte minstestandarder og minimumslønn og minstesatser for legenes lønn.

Staten

Legeforeningens medlemmer i staten ble fra 1.1. 2002 redusert til ca. 800 som følge av sykehusreformen. Legeforeningens medlemmer i staten er i hovedsak tilknyttet vitenskapelige stillinger ved landets fire universiteter. Videre består medlemsmassen av leger i statlige virksomheter, leger i forsvaret, fylkeslegene og trygdeleger.

Staten og hovedsammenslutningene ble 1.5. 2002 enige om en ny hovedtariffavtale for staten. Staten imøtekom ikke Akademikernes krav om lokal lønnsdannelse fullt ut, men en større del enn noen gang ble avsatt til lokal pott.

I fellesbestemmelsene ble det foretatt mindre endringer hvor de viktigste endringene er 1:1 kompensasjon (fritid og/eller penger) for reiser innenlands utenom arbeidstid, overtidsrammen økt fra 250 til inntil 300 timer for arbeidstakere som har arbeid av ledende art eller som har en særlig selvstendig stilling, boliglån i Statens pensjonskasse er økt til kr 750 000 og enkelte seniorpolitiske tiltak i form av muligheter for å ta ut tjenestefri med lønn og/eller få ekstra kronetillegg for å utsette fratreden til et nærmere avtalt tidspunkt. Det ble innført administrative bestemmelser om kompensasjon for arbeids- og reisetid i utlandet.

Fra 1.5. 2002 er det gitt en tillegg på kr 7 500 for stillinger opp til og med ltr. 30 og et tillegg på 3,1% fra og med ltr. 31 til og med ltr. 70, og et fallende kronetillegg fra ltr. 71 på kr 14 800 til ltr. 79 på kr 13 200. Tabellen er forlenget fra ltr. 79 til ltr. 86 (kr 765 400). Det ble avtalt en justeringspott med virkning fra 1.8. 2002 på 1,5% til fordeling på stillinger i spenn og lønnsramme. Det ble avsatt en pott til lokale forhandlinger per 1.9. 2002 på ca. 2%.

I perioden 22., 24. og 25. juni 2002 ble det holdt sentrale justeringsforhandlinger om endringer i lønsplasseringer per 1.8. 2002. Legeforeningen hadde som hovedkrav leger i vitenskapelige stillinger og fylkeslegene. Det ble i tillegg generelt fremmet krav om heving av bunn- og topp i lønsspennet for samtlige stillinger for å gi bedre handlefrihet lokalt med større muligheter til lønnsoppykk.

Legeforeningen krevde avsatt en særskilt pott for leger i vitenskapelige stillinger. Kravet ble

ikke innfridd. Stillingene som professor og førsteamanuensis fikk imidlertid alle ett lønnstrinn. Stipendiatstillingene fikk mellom to og seks lønnstrinn, samt en utvidelse av lønnsspennet.

For fylkeslegenes del, ble Legeforeningens krav delvis innfridd. Alle fylkesleger gikk opp tre lønnstrinn, mens assisterende fylkesleger fikk to lønnstrinn. Lønnsspennet for stillingene ble utvidet.

Staten innfridde også Legeforeningens krav om at overlegekoden skal tilsvare seniorrådgiverkoden, med andre ord fire lønnstrinn opp i bunn og 10 lønnstrinn opp i topp av lønnsspennet.

For militært ansatte leger fikk stillingen som kaptein minst ett lønnstrinn og fra majors grad minimum to lønnstrinn.

En stor del av kravene om endringer av lønnsspennet ble innfridd.

Kommunenes Sentralforbund (KS)

Legeforeningens medlemmer i KS ble fra 1.1. 2002 redusert til ca. 1 000 som følge av sykehusreformen. Legeforeningens medlemmer i KS er i hovedsak kommuneleger og turnusleger.

Med unntak av Akademikerne, forkastet samtlige hovedsammenslutninger det endelige tilbudet til KS. Tvisten ble brakt inn for tvungen mekling.

Akademikerne Kommune og KS ble 30.4. 2002 enige om en ny hovedtariffavtale. Akademikernes hovedkrav om at lønnsfastsettelsen for akademikergruppene skal skje lokalt i den enkelte kommune ble imøtekommet fullt ut. Avtalen innebærer at lønnsfastsettelsen for Akademikerne skal skje utelukkende lokalt i forhandlinger mellom de lokale parter. Det ble i utgangspunktet ikke avtalt føringer for de lokale parter, men enighet om at det ved lønnsforhandlingene skal tas hensyn til lønnsutviklingen i tariffområdet, kommunen/fylkeskommunens/bedriftens totale situasjon, herunder økonomi og krav til effektivitet. Det skal videre tas hensyn til stillingens kompleksitet, den enkelte ansattes kompetanse, ansvar, innsats og resultatoppgjør. Ved forhandlingene kan det gis både generelle og individuelle tillegg. Lønnen skal fastsettes som årslønn. Antall stillingskoder sentralt er redusert slik at det for Legeforeningen gjenstår stillinger som lege, bedriftslege, kommunelege og turnuslege. Det kan lokalt avtales andre stillingsbetegnelser. Lønnstabeller og lønnsregulativ gjelder ikke lenger akademikergruppene.

Virkningstidspunktet for de lokale forhandlingene ble fastsatt til 1.5. 2002. Siden lønnsdannelsen skal skje lokalt, må også tvisteløsningsmekanismen for de lokale forhandlingene i hovedsak skje lokalt. Ved uenighet om lønnsforhandlingene lokalt kan tvisten enten bringes inn til de sentrale parter eller ved at det lokalt avtales lokal pendelvoldgift.

Legeforeningens krav om minimumslønn for turnusleger ble imøtekommet, men overført til forhandlingene om særavtale mellom KS og Legeforeningen, se pkt. 6.3.3.

Oslo

Legeforeningens medlemmer i Oslo ble fra 1.1. 2002 redusert til ca. 100 som følge av sykehusreformen.

Etter at Oslo kommune la frem et endelig økonomisk tilbud med en totalramme på ca. 5,2% med kr 6 000 flatt til alle, 1,4% til sentrale lønnstiltak og 1,2% til lokale forhandlinger, brøt samtlige av arbeidstakerpartene forhandlingene den 6.5. 2002.

Endelig resultat ble oppnådd etter mekling på overtid. Resultatet av meklingen er at rammen ble økt med ca. 0,8% til 6%. Det ble gitt et generelt tillegg på kr 7 000 til alle. For ansatte i lønnstrinn 30 eller høyere gis i tillegg et progressivt økende prosenttillegg som i sum gir en virkning på opp mot 3,6%. De sju laveste lønnstrinn på lønnstabellen ble fjernet slik at nytt lønnstrinn 1 tilsvarer gammelt lønnstrinn 8. I tillegg ble tabellen utvidet med åtte trinn slik at høyeste lønnstrinn blir 80, noe som tilsvarer ca. kr 680 000.

Ved sentrale justeringsforhandlinger ble det ikke gitt tilbud til noen av legestillingene, mens andre akademikergrupper fikk tillegg på i gjennomsnitt 8%. Ved sentrale del III-forhandlinger, dvs. forhandlinger knyttet til bydelsdirektørens ledergruppe, fikk de bydelsoverleger som tilhører denne gruppen fire lønnstrinns opprykk.

Lokal pott til lokale forhandlinger pr. 1.6. 2002 ble økt til 2,1%, noe som er et historisk høyt resultat og forventes gi bedre muligheter for Akademikergruppene.

Handelens- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)

HSH organiserer bl.a. private sykehus, sykehjem, behandlingssentre, opptreningsentre, barnevern, barnehjem, familierådgivning, høyskoler, barnehager, museer, kunstsentre, sanitetsforeninger m.v. Legeforeningen har enkeltmedlemmer på sykehjem, høyskoler, innen familierådgivning mens hovedtyngden av medlemmene arbeider på de private sykehusene. Det ble i 2002 inngått nye overenskomster mellom HSH og Legeforeningen for områdene Oslo, kommune, høyskoler, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Legeforeningens krav for spesialisthelsetjenesten i HSH ble tilpasset kravene for helseforetakene i overenskomstområdet NAVO, og ble overlevert HSH 17.12. 2002. Partene ble enige om å møtes i løpet av januar 2003 med sikte på endelig inngåelse av særavtale med bl.a. lønnsregulering for leger tilsatt i HSH-sykehusene.

6.3.3 Revisjon av særavtaler

Sentral særavtale mellom KS og Den norske lægeforening (SFS 2306)

Det ble gjennomført forhandlinger om ny særavtale mellom KS og Den norske lægeforening for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten. Med unntak av minimumslønn for turnuslegene, ble stabilitetstillegg, PUA-tillegg og spesialitetstillegg for samfunnsmedisin for kommunelegene tatt ut av særavtalen, jf. ny forhandlingsmodell i KS hvor det ble avtalt at all lønn skulle fastsettes lokalt.

Særbestemmelser mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening

Særbestemmelsene ble for samtlige Akademikerforbund prolongert. For legenes vedkommende, ble særbestemmelsene prolongert fram til 31.12. 2002 i påvente av forhandlingene om ny overenskomst i Helseforetakene.

Særavtaler mellom staten og Den norske lægeforening

Særavtaler mellom staten og Den norske lægeforening om spesielle lønns- og arbeidsvilkår for leger ved de statlige sykehusene, ble sagt opp til bortfall i 2002 grunnet overføring av sykehusene til NAVO.

6.3.4 Lokale forhandlinger i NAVO, staten, Kommunenes Sentralforbund (KS), Oslo kommune og Handelens- og servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)

NAVO

Se pkt. 6.3.2.

Staten

Med virkning fra 1.9. 2002 ble det forhandlet innenfor en økonomisk ramme på 1,9% per dato av lønsmassen og innenfor en ramme på 0,1% per dato av lønsmassen på grunn av skifte av arbeidstakere. I tillegg ble det lagt sentrale føringer om at ”det skal tas hensyn til virksomhetenes behov for høgskole-/langtidsutdannet personell.”

Det var en historisk høy økonomisk ramme som ble lagt ut lokalt. Legeforeningen har mottatt endel tilbakemeldinger vedrørende de lokale forhandlingene på statssektoren. På dette grunnlag ser det ut til å ha gitt god uttelling for våre medlemmer.

KS

De lokale forhandlingene ble avtalt med virkning fra 1.5. 2002, jf. pkt. 6.3.3 ovenfor. De lokale forhandlingene for legene i KS ga varierende resultater. Legeforeningen har ikke mottatt tilbakemeldinger fra samtlige av våre tillitsvalgte, men ut fra de tilbakemeldinger som er mottatt er det grunn til å anta at resultatene på landsbasis har vært langt bedre enn om man skulle fulgt det generelle oppgjøret som ble fastsatt sentralt. Det er gitt tilbakemeldinger om at enkelte leger har oppnådd svært gode resultater lokalt.

Oslo kommune

Det er satt av 2,1% til lokale forhandlinger 1.6. 2002, noe som er et historisk høyt resultat. Legeforeningen har foreløpig ikke mottatt endelige tilbakemeldinger om de lokale forhandlingene. Endelig resultat for legene vil først være avklart etter at særbestemmelsene med Oslo kommune er reforhandlet.

HSH

Lokale forhandlinger for HSH sykehusene avventer endelig resultat av forhandlingene for helseforetakene i overenskomstområdet NAVO.

6.3.5 Hovedavtale

Kommunenes Sentralforbund

Forhandlingene om revisjon av Hovedavtalen ble sluttført den 25.1. 2002 med fremleggelse av KS' siste tilbud. YS, UHO og Akademikerne har sluttet seg til avtalen, mens LOK, LOs forhandlingssammenslutning i den kommunale sektor, meddelt at tilbudet er forkastet. For LOKs vedkommende innebærer dette at avtalen blir en del av tariffrevisjonen til våren. Inntil denne situasjonen er avklart, vil KS-medlemmene måtte forholde seg til to hovedavtaler.

Den nye hovedavtalen gjelder for perioden 1.1. 2002 til 31.12. 2005.

Staten

Den 18.1. 2002 ble staten og hovedsammenslutningene enige om en ny Hovedavtale for arbeidstakere i staten. Den nye hovedavtalen gjelder for perioden 1.1. 2002 til 31.12. 2005.

Oslo kommune

I tiden 11.2. – 7.3. 2002 ble det holdt forhandlingsmøter mellom Oslo kommune på den ene side og Kommuneansattes Hovedsammenslutning (KAH), Utdanningsgruppenes Hovedorganisasjon (UHO), Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund Oslo kommune (YS-K Oslo) og Akademikerne kommune (Akademikerne K) på den annen side vedr. revisjon av Hovedavtalen m.fl. Avtalen har utløpsdato 31.12. 2003.

HSH

Det ble etter forhandlinger 10. og 11.6. 2002 inngått ny hovedavtale for perioden 1.6. 2002 – 31.12. 2005. Avtalen er basert på den avtale som i 2000 ble inngått for høyskolesektoren og som etter forutsetningene da skulle legges til grunn for de forhandlinger som ble ført i 2002.

NAVO

I protokoll 19.12. 2001 mellom NAVO og Akademikerne ble det enighet om at det skal føres forhandlinger om etablering av hovedavtale som skal gjelde i helseforetakene høsten 2002, og at de lokale partene i det enkelte helseforetak inntil videre skal inngå særavtaler som skal sikre videreføring av de samarbeids- og medbestemmelsesordninger som gjelder i virksomheten pr. 31.12. 2001, med de endringer og tilpasninger som er nødvendige som følge av bestemmelsene

i helseforetaksloven.

Den midlertidige hovedavtalen med NAVO er prolongert inntil videre. Forhandlinger om ny hovedavtale vil først bli gjennomført i 2003.

Særavtale om tillitsvalgtordningen som skal sikre videreføring av den tillitsvalgtordningen som gjelder i virksomheten per 31.12. 2001, ble prolongert inntil det er inngått ny hovedavtale med NAVO.

7 Legers ledelsesansvar

”All legevirksomhet innebærer ledelsesansvar.

Alle medisinske enheter må ledes av én leder.

Det må være klare ansvarslinjer ved virksomheter slik at den som innehar det medisinske ansvar også har tilstrekkelig myndighet.”

7.1 Legeforeningens syn på ledelsesspørsmål

7.1.1 Oppfølging av ledelsesrapporten (2000)

Legeforeningens rådgivende utvalg for sentralstyret i spørsmål om organisasjon og avga sin rapport til sentralstyret 18.9. 2000. Rapporten har senere vært behandlet i sentralstyret flere ganger, og arbeidet ble videreført våren 2002 med en konferanse med deltakelse av medlemmer med erfaring fra avdelingsledelse. I arbeidsutvalget som planla konferansen deltok Jan Petter Blomhoff, Torunn Janbu, Frederik Christensen, Bente Mikkelsen, Yngve Mikkelsen, Signe Gerd Blindheim og Unn Nicolaysen. Arbeidsutvalget hadde utarbeidet et fyldig diskusjonsgrunnlag til møtet. Diskusjonsgrunnlag og anbefalinger fra møtet følger utvalgsrapporten som vedlegg.

Hovedbudskapet fra møtet var at deltakerne ønsket handling fra Legeforeningen ved at sentralstyret forventes å fatte nødvendige beslutninger om Legeforeningens hovedsynspunkter, samt beslutte hvilke tiltak som skal iverksettes. Det ble fremmet flere konkrete forslag bl.a. at det bør utarbeides et kort skriv om ledelse, at det må etableres støtteverktøy for ledere innenfor områdene ledelse og budsjettarbeid og at det må etableres egnede fora for legeledere, kanskje på regionalt nivå.

Konklusjonen fra møtet ble lagt fram for sentralstyret som den 4.6. 2002 vedtok:

- Rapporten ledelse og medisinsk ansvar (år 2000) fra Rådgivende utvalg for sentralstyret i organisasjons- og ledelsesspørsmål uttrykker Legeforeningens grunnsyn på spørsmål om ledelse. Arbeidsgruppens presisering av enkelte begreper tas inn i et forord til rapporten.
- Utkast til hovedsynspunkter på ledelse i sykehus vedtas som Legeforeningens standpunkt.

I samme møte vedtok sentralstyret Legeforeningens hovedsynspunkter på ledelse i sykehus, der det bl.a. fremgår: ”Alle medisinske enheter skal ha lege med relevant spesialistkompetanse som leder. Med medisinsk enhet mener Legeforeningen en organisatorisk enhet som i hovedsak utfører medisinsk diagnostikk og/eller behandling av pasienter innen et avgrenset fagområde. Medisinske enheter tilsvarer f.eks. avdelinger og større seksjoner i sykehusene”.

7.1.2 Landsstyrets behandling av ledelsesspørsmål 2002

(Jf. referat fra landsstyremøtets behandling av sak 8 Debatt om aktuelle tema i relasjon til prinsipp- og arbeidsprogrammet 2002 – 2003). Sentralstyrets forslag til resolusjon ble vedtatt. I denne konkluderes bl.a.: *”Den norske lægeforening forutsetter at det er samsvar mellom det ansvar legene har pålagt og myndigheten til å påvirke forhold som er avgjørende viktig for ivaretagelsen av ansvar. For spesialisthelsetjenesten vil det være ensbetydende med at leder av medisinske spesialavdelinger skal være leger.”* (Se også neste punkt).

7.1.3 Oppfølging av sentralstyre- og landsstyrevedtak fra juni 2002

Sekretariatet utarbeidet oversikt over foreningens arbeid med ledelse. Oversikten ble tatt til

etterretning av sentralstyret i august 2002.

I samme møte ble det vedtatt en presisering av sentralstyrevedtak om ledelse etter at helseministeren hadde bedt Legeforeningen om å presisere standpunktene når det gjelder ledelse. Begrunnelsen var at helseministeren og flere hadde oppfattet Legeforeningens standpunkter som et krav om at avdelingsledere skal være leger. Helseministeren hadde lagt vekt på at dette kunne være med på å legitimere opposisjon mot eiere av og ledelse i virksomheten når andre enn lege ansettes som leder av avdelingen.

I sitt vedtak presiserer Legeforeningen at *"formålet med sentralstyrevedtaket om ledelse fra 4. juni 2002 var å understreke betydningen av at de overordnede medisinske beslutningene er truffet på et kvalifisert grunnlag og er synliggjort i linjeledelsen. Kvalifisert ledelse er av sentral betydning når det gjelder forsvarlig tilretteleggelse for diagnostikk, behandling, forskning og utdanning i sykehus. Vedtaket fra 4. juni skal forstås dithen at Legeforeningens oppfatning er at avdelinger som driver medisinsk diagnostikk og behandling bør ledes av leger som er spesialist i relevant fagområde. Vedtaket skal ikke oppfattes som et krav om at enhver avdelingsleder i sykehus skal være lege. Legeforeningen vil med lovlige virkemidler arbeide for sin oppfatning og for at leger kvalifiserer seg for slike ledelsesoppgaver."*

7.2 Rundskriv fra Helsedepartementet om ledelse i sykehus

Helsedepartementet ga i Rundskriv 9/2002 *Ledelse i sykehus* bl.a. følgende presisering av systemansvar/ledelsesansvar og profesjonsansvar: Førstnevnte er ansvarlig for å tilrettelegge virksomheten slik at lovkravene overholdes av sykehusene. Profesjonsansvar er det enkelte helsepersonells plikt til å kjenne og innrette seg etter de krav som i lov og forskrift stilles til yrkesutøvelsen. Departementet skriver videre: *"Det enkelte helsepersonell ansatt i sykehus har et selvstendig ansvar for sin profesjonsutøvelse samtidig som han/hun er underordnet og må innrette seg etter sykehusledelsen. Ledelsen må også innrette seg etter sine kvalifikasjoner slik at det ikke treffes beslutninger som medfører uforsvarlighet eller andre lovbrudd. Helsepersonell må i så fall gjøre ledelsen oppmerksom på forholdene og et. iverksette andre tiltak for å motvirke uforsvarlighet."*

I rundskrivet står det videre bl.a.: *"I lovgivningen er det overlatt til eier å fastsette kvalifikasjonskrav. At loven er profesjonsnøytral innebærer ikke at eier skal la være å stille kvalifikasjonskrav. Eier må nøye vurdere hvilke krav som må stilles ut fra virksomhetens karakter."*

Departementet redegjør nærmere for kravet om en ansvarlig leder, og presiserer at lederen vil ha et helhetlig ansvar eller totalansvar for den enheten vedkommende er satt til å lede. Lederen må også legge til rette for at alt helsepersonell i enheten kan overholde sine lovpålagte plikter.

7.3 Nettsted om ledelse

Sentralstyret vedtok i 2001 at det skulle etableres et nettsted for ledelse. Yrkesforeningene ble tilskrevet og invitert til å delta med en representant hver. Redaksjonsgruppen ble etablert høsten 2001 og har i 2002 hatt to møter. I redaksjonsgruppen har følgende deltatt: Brynjulf Ystgaard for Of, Folke Sundelin for OLL, Stein Inge Fandrem for Namf, Unn Nicolaysen for Ylf, Stine Nesje fra nettredaksjonen og Audun Fredriksen fra sekretariatet. Sidene ble etablert våren 2002 og har lenke fra egen ramme på forsiden til Legeforeningens nettsted.

8 Privat legevirkksomhet med offentlig avtale

”Selvstendige legetjenester må sikres gode rammevilkår.”

8.1 Privat spesialistpraksis med driftstilskudd

8.1.1 Betydningen av statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten

Det har vært et sentralt punkt for Legeforeningen å sikre at de praktiserende spesialisters driftsavtale forankres på det regionale nivået. Etter noe varierende praksis rundt dette i de regionale helseforetakene, synes dette nå ha endret seg i riktig retning. I alle fall fire av helseforetakene (Øst, Sør, Midt-Norge og Vest) har gitt uttrykk for at avtalene heretter skal inngås med de regionale foretakene. Dette er også i tråd med tilrådingene fra ”Hagenutvalget”, jf eget punkt om dette.

Frem til nå er det bare Helse Vest som har hatt en enhetlig forankring til det regionale nivået. I Helse Øst har det vært en delt løsning, ved at tre av fylkene (Akershus, Hedmark og Oslo) har hatt en sentral forvaltning fra Aker universitetssykehus HF, mens de praktiserende spesialistene i Oppland og Østfold har vært tilknyttet de lokale helseforetakene. I Helse Sør har forvaltningen noen av stedene lokalt blitt delegert helt ned til sykehusavdelingsnivå.

8.1.2 Rammeavtale for drift av privat spesialistpraksis med driftstilskudd

Den statlige overtagelse av spesialisthelsetjenesten har så langt ikke avstedkommet ny rammeavtale for privat spesialistpraksis. Etter at det ultimo 2001 ble slått fast at NAVO på vegne av de regionale helseforetakene skulle tre inn i de eksisterende rammeavtaler for privat spesialistpraksis, er det på ny reist spørsmål ved hvem som formelt skal forhandle på vegne av de regionale foretakene.

Det har ikke blitt gjennomført forhandlinger om ny avtale i perioden, gjeldende avtale har i stedet blitt prolongert, sist 17.12. 2002 hvor partene ble enige om å prolongere avtalen videre frem til 1.4. 2003. Legeforeningens krav til ny rammeavtale ble imidlertid vedtatt i sentralstyret høsten 2002 og forhandlingsutvalget venter på komme i gang med selve forhandlingsprosessen.

Det har fremkommet konkrete utspill fra Helse Vest med ønske om å starte forhandlinger om en rammeavtale for spesialistene med avtale med dette regionhelseforetaket, og uavhengig av de andre regionhelseforetakene. Dette har blitt avvist av Legeforeningen, bl. a. under henvisning til landsstyrets vedtak oktober 2001 hvor det ble vedtatt at det skal arbeides for én sentral rammeavtale for hele landet.

8.1.3 ISF-refusjon ved dagkirurgisk behandling hos praktiserende spesialister med driftstilskuddsavtale

Ordningen ble innført fra og med 1.1. 2002 og har gradvis blitt tatt i bruk av samtlige regionale helseforetak. Som hovedregel gjelder de samme vilkår, men det er fra departementet åpnet for direkte henvisning fra primærlege til avtalespesialist. Tidligere var det et krav at pasientene skulle være henvist fra sykehusavdeling. Det er imidlertid opp til de regionale helseforetak å avgjøre hvorvidt det skal åpnes for slik direktehenvisning, men dette er gjort bl. a. i Helse Øst og Helse Vest.

Avtalene som inngås skjer etter individuelle forhandlinger mellom spesialist (evt. spesialistsenter) og de regionale helseforetak. Det avtales normalt at en fastsatt andel av DRG-refusjonen utbetales spesialisten. Andelen varierer normalt i forhold til hvilken type inngrep det er tale om.

8.1.4 Hagenutvalgets innstilling - betydningen for privat spesialistpraksis med driftstilskuddsavtale

Hagen-utvalget har i sin innstilling "Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten" fremlagt en rekke forslag av til dels dyptgripende karakter for privat spesialistpraksis.

Forslagene vil være av stor betydning for privat spesialistpraksis.

Det anses positivt at utvalget tar til orde for direkte henvisning fra primærhelsetjeneste til private aktører som har avtale med de regionale helseforetakene når det gjelder DRG-finansiert dagkirurgi. Dette innebærer en forenkling både for pasienter og leger, og det unngås unødige dobbeltutredning, uheldig siling fra sykehuset og en mer effektiv og kostnadsbesparende arbeidsform for alle parter.

Å overføre de praktiserende spesialistenes trygderefusjoner til de regionale helseforetakene anses ikke som ønskelig eller hensiktsmessig. Dette er refusjoner knyttet til pasientrettigheter og innebærer at pengene følger pasientene. En omlegging vil innebære en vesentlig uthuling av pasientenes rettigheter. Flertallets forslag synes å innebære en avvikling av nåværende forhandlingsbaserte takstsystem og vil ventelig kunne medføre svakere innflytelse fra Legeforeningens side.

8.2 Fastlegeordningen

8.2.1 Statsavtalen

Statsavtalen er revidert med virkning fra 1.7. 2002. Basisgodtgjørelsene er endret fra kr 278 til kr 296 fra samme tid.

Viktigste endring i bestemmelsene gjelder § 2.3.3 hvor det ikke lenger er mulighet for ektefelle/samboer å kreve overføring til lukket liste. For øvrig er avtalen tekstlig tilpasset reformen i sykehusvesenet.

8.2.2 Kommuneavtalen

Kommuneavtalene med Kommunenes Sentralforbund og Oslo kommune ble reforhandlet våren 2002 og trådte i kraft henholdsvis 1.6. 2002 og 1.7. 2002.

Fastlegens ansvar for egne listepasienter – forholdet til åpningstid

På bakgrunn av mye uklarhet omkring fastlegens ansvar for egne listepasienter, særlig i Oslo, ble dette et sentralt tema under forhandlingene. I forhandlingene med KS ble det lagt til grunn at man hadde en felles forståelse av at fastlegens ansvar for egne listepasienter var begrenset til åpningstiden. Øyeblikkelig hjelp-beredskap ble ansett regulert av særavtalen (SFS2305) og det var således ikke behov klargjøringer i kommuneavtalen.

I Oslo var behovet for klargjøring større, ettersom det hadde vært en betydelig uenighet mellom Legeforeningen og kommunen om temaet. I avtalen ble det presisert at legens kurative forpliktelser gjelder innenfor åpningstid. Dette innebærer ikke en realitetsendring i forhold til tidligere, men det var likevel en nødvendig klargjøring i avtalen for å skape forutsigbarhet og klare ansvarsforhold mellom leger og kommunen.

Den tidligere bestemmelsen om akutt legehjelp ble korrigert slik at den ble mer i samsvar med formålet. Den nye bestemmelsen bruker betegnelsen "øyeblikkelig hjelp" og med dette forstås øyeblikkelig hjelp slik dette er definert i helsepersonelloven § 7 ("påtrengende nødvendig"). Det fremkommer nå av avtalen at fastlegens øyeblikkelig hjelp-ansvar for pasienter på sin liste er begrenset til den avtalte åpningstid. Utenfor den avtalte åpningstid, eller i de tilfeller fastlegen av ulike årsaker ikke selv kan gi den nødvendige undersøkelse og behandling innenfor åpningstiden, skal kommunens legevaktsystem benyttes. Det samme gjelder for pasienter som ikke har fast lege i kommunen eller står utenfor ordningen.

Administrasjon av praksis ved fastleges avslutning av praksis og ved fastleges død

Det har i noen konkrete saker oppstått tvil om kommunens forpliktelser ved praksisinnhavers død og gjenværende legers rett til å midlertidig videreføre praksisen. Det er på denne bakgrunn inntatt en bestemmelse som slår fast at gjenværende leger i gruppepraksis midlertidig kan overta ansvaret for avdødes pasienter, herunder motta basistilskudd, frem til overdragelse av praksisen. Det er også fastsatt at dersom gjenværende leger ikke ønsker dette, skal kommunen skaffe vikar i praksisen.

Tilsvarende gjelder når en lege etter utløpt oppsigelsestid avslutter sin praksis og bydelsadministrasjonen ikke har inngått avtale med ny lege om drift av praksis med virkning fra tidspunktet for uttreden.

Deleliste

Det er inntatt et nytt punkt om "deleliste". Dette innebærer at en lege over 60 år har rett til å dele sin fastlegeliste med en annen lege med sikte på nedtrapping og overføring av praksisen til denne legen. Forutsetningene for slik deling er at praksisinnhaver skal fratre senest ved fylte 67 år og at legenes praksis drives i samme legesenter. Maksimal listelengde er til sammen 2 500, men listelengden kan ikke økes med mer enn 25 % beregnet ut fra listelengden ved etableringen.

Ved deling skal kommunen formelt forestå kunngjøring og tildeling. Praksisinnhavers uttalelse om hvem som skal tilbys den delte hjemmel skal imidlertid tillegges avgjørende vekt. Dette vil sikre at praksisinnhaver får tilstrekkelig innflytelse i prosessen. De to legene må på vanlig måte seg i mellom bli enige om de økonomiske betingelsene for den ordinære driften og overføringen av praksisen.

8.2.3 Utfordringer i fastlegeordningen: avtalerevisjon

Det har som forventet oppstått tolkningsspørsmål som er avklart underveis i prosessen mellom partene, sentralt og lokalt. Spørsmål om betingelser knyttet til praksisoverdragelse har vært gjenstand for en intern utredning og vil medføre krav om visse endringer i avtalen våren 2003.

8.2.4 Sentralt samarbeidsutvalg

Sentralt samarbeidsutvalg ble opprettet som diskusjonsforum for problemstillinger som oppstår i fastlegeordningen. I samarbeidsutvalget er staten representert ved Sosial- og helsedepartementet (nå Helsedepartementet), Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Nasjonalt råd for legefördeling (nå Sosial- og helsedirektoratet), Rikstrykdeverket, KS, Oslo kommune og Legeforeningen. Legeforeningens delegasjon har bestått av Hans Kristian Bakke, Åge Henning Andersen og Anne Grethe Olsen. Fra sekretariatet Anne Kjersti Berfring og Nils Grytten. Det er ikke avholdt møter i 2002 mot fem møter året før.

8.3 Forhandlinger om takster og honorar

8.3.1 Egenandelsøkning

I statsbudsjettet for 2002 var vedtatt at egenandeler for undersøkelser og behandling hos lege skal øke med 3,5% fra 1.7. 2002. Egenandelsøkningen kunne dermed samordnes med de ordinære takstforhandlingene og tilpasses innenfor inntektsreguleringene.

8.3.2 Normaltariffen

Det er enighet mellom Legeforeningen og Helsedepartementet at overgang til fastlegeordning gjennomført fra 1.6. 2001 ikke har medført uventede økonomiske konsekvenser. Trygdens regnskapstall for utgifter til legehjelp for sammenlignbare perioder før og etter innføringen underbygger denne enigheten.. Økningene på årsbasis utgjør om lag 500 millioner kroner, men

det kompenserer for redusert tilskudd fra kommunen, et stort antall nye praktiserende allmennleger i fastlegeordningen, herunder også trygdeoppgjør for fastlønnede kommuneleger og turnusleger, i tillegg inntektsoppgjøret i 2001.

Resultatet av forhandlingene per 1.7. 2002 var en økning av honorartakster, basis-/driftstilskudd og fondsavsetninger med 6,4%. Grunnen til en så vidt høy prosentvis økning har i første rekke sammenheng med store lønnstillegg for ansatte i legepraksis og ikke minst at det er gitt kompensasjon for momsreformen i 2001 som medførte betydelige kostnadsøkninger i legepraksis. Fra 1.7. 2001 ble det innført moms på tjenester (helsetjenester unntatt).

Forenkling av Normaltariffen

I avtalen for 2002/2003 var partene enige om at arbeidet med forenkling av takstsystemet skulle fortsette også i avtaleperioden 2002/2003. Forenklingsforslag skulle evt. oversendes staten i god tid før forhandlingene. Det er ikke nedsatt en arbeidsgruppe, men Legeforeningen skal selv identifisere områder som trenger forenkling og foreslå endringer. Forutsetningen er at forslaget kan gjennomføres innenfor en økonomisk null-løsning. I tillegg var partene enige om å opprette en partssammensatt arbeidsgruppe med oppgave å vurdere kriteriene for tildeling av takst 15. Det har vært avholdt arbeidsmøter og rapport fra arbeidsgruppene vil bli fremlagt i løpet av april 2003. Deretter blir det opp til avtalepartene om forslagene skal tas opp til forhandling i forbindelse med forhandlingene om ny Normaltariff.

8.3.3 Forholdet til Rikstrygdeverket

Samarbeid om kurs for leger og trygdeansatte i takstbruk og stønadsregler.

Det ble avholdt fem kurs i takstbruk for allmennleger og trygdeansatte i 2002. RTV og Legeforeningen er enige om å arrangere nye felles kurs om takstbruk også i 2003.

8.4 Andre økonomiske forhold av betydning for privat legepraksis

8.4.1 Overdragelse av praksis

På bakgrunn av en del henvendelser igangsatte sekretariatet et arbeid med retningslinjer for tildeling av fastlegeavtale og overdragelse av praksis. En rekke henvendelser hadde vist at det var usikkerhet blant medlemmene både mht. saksgangen ved kommunens tildeling av fastlege til ny lege og mht. overdragelsen av praksisen mellom legene. I samråd med Aplf ble det igangsatt arbeid med en utredning til sentralstyret.

Utredningsarbeidet som gjennomgikk alle sider av tildelings- og overdragelsesprosessen på bakgrunn av eksisterende regelverk trakk opp tre hovedproblemstillinger. For det første er det et spørsmål hva som kan kreves overdratt, f.eks. om samarbeidsavtaler mv. kan kreves overdratt. For det andre viste det seg å være stor usikkerhet mht. beregning av verdien av opparbeidet praksis. For det tredje ble det konstatert et behov for nærmere retningslinjer for nemndsbehandling ved uenighet om pris.

Utredningen foreslo at det er behov for tiltak på flere områder. Bl.a. ble det etablert en egen nettside for overdragelse av praksis. Det ble utarbeidet retningslinjer for tildelings- og salgsprosessen i form av en dreiebok. Videre ble det utarbeidet informasjon til pårørende etter praksisinnehaver og laget omsetningsmelding for innrapportering av salg til Legeforeningen. Endelig ble det foreslått endringer i kommuneavtalen for å klargjøre og presisere tvilsspørsmål. Utredningen blir behandlet i 2003.

8.5 Allmennlegedirektivet

Endringer i bestemmelsene om godkjenning av allmennleger i Rdir 93/16 EØF stiller krav til implementering i norsk rett av et utvidet krav til veiledet tjeneste for å kunne praktisere selvstendig for trygdens regning. Fra 1.1. 2006 stilles det krav til ett års ytterligere veiledet tjeneste etter turnus.

Opprinnelig ble det nedsatt en arbeidsgruppe av Sosial- og helsedepartementet for å utrede dette. På bakgrunn av omorganiseringen av den statlige helseforvaltning avsluttet den departementsoppnevnte arbeidsgruppen sitt arbeid høsten 2001, uten at det forelå noen ferdig utredning. Først høsten 2002 ble det oppnevnt en ny gruppe av Sosial- og helsedirektoratet. Legeforeningen stilte med tre representanter; Kjell Maartmann Moe (Aplf), Anne Grete Olsen (OLL) og Anne Kjersti Befring v/ stedfortreder Lars Duvaland (sekretariatet).

Gruppen har videreført de drøftelser som ble foretatt i den forrige arbeidsgruppen. De sentrale tema har vært hvilket innhold som skal legges i veiledningen, veiledningens omfang og krav til veileder. Gruppen har som mål å levere sin innstilling primo mai 2003.

8.6 Lånefondet – Den norske lægeforenings lånefond til etablering/reetablering av privat legepraksis

Lånefondet ble etablert i 1979. Sentralstyret har oppnevnt et særskilt fondsutvalg til å treffe beslutninger om de enkelte lånetildelinger. I dette utvalget er også Sosial- og helsedepartementet representert.

Sentralstyret er fondsstyret for låneordningen og har gitt fondsutvalget fullmakt til å yte lån etter fastsatte retningslinjer. For tiden kan det ytes etablerings-/reetableringslån inntil kr 400 000. I særskilte tilfeller kan det ytes ytterligere kr 200 000 til søkere som representerer en instrumentkrevende spesialitet. Utlånsrenten var fastsatt til en prosent under den til enhver tid gjeldende rente på førsteprioritets pantelån. Avdragstiden er inntil ti år.

Lånefondsutvalget funksjonsperiode er fire år. For perioden 1.1. 1999 til 31.12. 2002 bestod lånefondsutvalget av:

Oppnevnt av sentralstyret: Kjell Erik L'Abée-Lund (leder), med personlig vararepresentant Erik Halvorsen, Hanne Dinesen med personlig vararepresentant Anne Korsæth, Kjell Gisholt med personlig vararepresentant Gunnar Alm og Rita Kolvik med personlig vararepresentant Kai Tjeransen.

Oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet: Gunnar Fossan med personlig vararepresentant Mona Kåsa Østberg.

I perioden 1.1. 2002 til 31.12. 2002 har fondsutvalget behandlet 126 søknader om etableringslån og 84 søknader om reetablering. Det er innvilget 119 lån til etablering og 78 lån til reetablering. Beløpet som er lånt ut i perioden 1.1. 2002 – 31.12. 2002 er kr 50 443 500. Per 31.12. 2002 var det i alt 2 059 løpende lån i Lånefondet.

8.7 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) er et selvstendig rettssubjekt underlagt lov om stiftelser. Ordningen står under tilsyn av Sosialdepartementet. Årsberetning og regnskap legges frem for Den norske lægeforenings landsstyre til godkjenning. Formålet med SOP er å yte bidrag til sykehjelp og pensjonering for leger og deres etterlatte. Det ytes sykehjelp ved arbeidsuførhet og stønad under permisjon i forbindelse med nedkomst og adopsjon til privatpraktiserende leger. Ordningen yter også pensjon og stønad til etterlatte når et medlem av ordningen faller fra. Videre støtter SOP sykdomsforebyggende tiltak og sosiale tiltak for medlemmer som har blitt pensjonister samt forskning på områder som faller innenfor SOPs interesseområde.

Styret i SOP har fire medlemmer, hvorav leder og to medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Sosialdepartementet oppnevner det fjerde styremedlem med varamedlem. For perioden 1.1. 2002 – 31.12. 2003 består styret av Hans Petter Aarseth (leder), Truls Disen (nestleder), Ina Nikoline Wille og Tomas Berg (Sosialdepartementets representant). Personlige varamedlemmer er Bjørg N. Sørensen, Kristina Johannessen, Gunnar Ramstad og Tor Iversen.

Den norske lægeforenings sekretariat ved generalsekretæren er forretningsfører og forestår

forvaltningen av ordningen etter styrets retningslinjer og pålegg.

På grunnlag av styrets beretning og regnskap for 2002 gis følgende informasjon:
Det ble i 2002 utbetalt ytelser fra SOP med kr 120,3 millioner kroner. Av dette utgjorde pensjon 65,7 millioner kroner, men det til sykehjelp, svangerskapsstønad og omsorgsstønad ved adopsjon ble utbetalt i alt 40,9 millioner kroner. Til engangsstønad ved død ble det utbetalt 6,6 millioner kroner mens diverse prosjekter ble støttet med 7,2 millioner kroner. Prosjektstøtten omfattet Legeforeningens Forskningsinstitutt, Villa Sana ved Modum Bad, støttegruppene i fylkesavdelingene og pensjonistforberedende kurs.

9 Privat legevirksomhet uten offentlig avtale

Det er ikke behandlet aktuelle saker under dette punktet, men enkeltmedlemmers interesser er ivaretatt.

10 Likestilling

”Likestilling er et mål for Legeforeningens virksomhet.”

10.1 Likestillingsutvalget

I perioden 1.1. 2002 – 31.12. 2002 har likestillingsutvalget bestått av Torunn Janbu (leder), Camilla Arnesen, Catarina Falck, Roar Pedersen og Per-Henrik Randsborg. Kari Olin i sekretariatet er sekretær for utvalget.

10.2 Likestillingsutvalgets arbeid

Det har vært avholdt fem møter i perioden og to telefonmøter.

Likestillingsutvalget har registrert en positiv utvikling av holdningen til likestillingsarbeid i Legeforeningen.

girl wide web

Likestillingsutvalget arrangerte 2.12. 2002 konferansen *girl wide web* - om kvinner og nettverk. I Legeforeningens regi ble det i mai 2000 laget en forprosjektrapport om kvinner og ledelse hvor nettverk er et foreslått tiltak. Likestillingsutvalget ønsket med konferansen å synliggjøre nettverkets muligheter i lederutvikling, karrierebygging og som mer uformell støtte. Inviterte foredragsholdere var både leger med forskjellig typer nettverkserfaring og foredragsholdere fra andre yrker hvor nettverk er mer utbredt. Engasjerte forelesere og deltakere gjorde at likestillingsutvalget kommer til å jobbe videre med nettverksideer.

Kvinner og ledelse

Forprosjektrapporten fra 2000 om kvinner og ledelse foreslår også igangsatt et mentor-adept prosjekt. Dette har tatt tid å få i gang. Etter et møte med departementet ble det klart at prosjektet måtte forankres på regionalt nivå dersom Legeforeningen ønsket slik støtte. Helse Øst RHF og Helse Sør RH er kontaktet.

NAVO-avtalene

Likestillingsutvalget er bekymret over at svangerskapspermisjon i henhold til de nye avtalene inngått med NAVO ikke lenger gir lønnsansiennitet. Dette bidrar også til å gjøre det mindre attraktivt for fedre å benytte seg av sin rett til å ta ut permisjon. Likestillingsutvalget har rettet en henvendelse til Legeforeningen med anmodning om å vurdere om dette punkt i avtalen er i strid med likestillingsloven.

Informasjon/utdanning av tillitsvalgte

Likestillingsutvalget har også i 2002 deltatt som foredragsholder på Legeforeningens tillitsvalgtkurs.

Svangerskapspermisjon og vikariater.

Utvalget får fortsatt henvendelser fra leger som har problemer med ansettelsesforhold i forbindelse med svangerskap. Likestillingsutvalget har i stor grad oversendt disse sakene til jurist i Ylf som har samlet stor kompetanse på dette området.

10.3 Tiltak for å øke andelen kvinnelige leger i ledende stillinger i norske sykehus

Etter forespørsel fra Norsk Overlegeforening vedtok sentralstyret i Legeforeningen våren 1999 å støtte igangsettelse av et prosjekt for å øke andelen kvinnelige leger i ledende stillinger. Forprosjektet resulterte i rapporten "Lederutvikling i sykehus - Tiltak for å styrke kvinnelige legers mulighet som ledere i norske sykehus" av Gøril Groven, som forelå i mai 2000. I rapporten skisseres tre konkrete tiltak som kan settes inn for å øke andelen kvinnelige leger i ledende stillinger ved norske sykehus:

- *Mentorprogram* som systematisk lederopplæring for utvalgte kvinnelige leger som er motivert og rede til å gå inn i lederstillinger på sykehus
- *Nettverksbygging* for å danne sosiale relasjoner mellom kvinnelige leger og skape fora der temaer angående kvinnelige legers utfordringer og muligheter i yrkeshverdag og karriere kan diskuteres
- *Karriererådgivning* der kvinnelige leger får hjelp til å legge målbevisste karriereplaner

Sentralstyret vurderte 22.8. 2001 de ulike alternativene, og fant at utvikling av et mentorprogram ville være det mest hensiktsmessige.

I forbindelse med statlige overtagelse av sykehusene fra 1.1. 2002 ble det ved flere anledninger fremhevet at ledelsesproblematikken er en sentral problemstilling. I rapporten "Sykehusreformen - noen eierperspektiver" heter det bl.a.: *"De betydelige ledelsesutfordringene i sykehusvesenet må møtes med tiltak på bred front, først og fremst i regi av de regionale helseforetakene og de enkelte sykehusene. På ett område vil imidlertid staten i kraft av sin nasjonale eierrolle ta et særlig ansvar for at ønsket utvikling skjer. Det gjelder etablering av et nasjonalt opplegg for utvikling av toppledere og avdelingsledere til sykehusene. (...) Det er videre viktig at lederutviklingsopplegget også bidrar til å styrke underskogen av fremtidige lederemner"* (vår utheving).

Legeforeningen ba på denne bakgrunn 17.6. 2002 om et møte med eieravdelingen i Helsedepartementet for å drøfte mulige samarbeidstiltak. På møtet, som ble avholdt 10.10. 2002, ble det bekreftet at ledelse skal være en av de statlige hovedsatsingsområdene for sykehusreformen, men at det praktiske arbeidet skal skje innen hver region. Legeforeningen ble derfor anbefalt å ta kontakt med de regionale helseforetakene direkte.

Legeforeningen har, i brev til Helse Sør RHF og Helse Øst RHF av 17.12. 2002 uttrykt bekymring for den lave andelen av kvinnelige ledere i sykehusene og bedt om et felles møte med Helse Øst RHF og Helse Sør RHF for å drøfte mulige samarbeidstiltak for å bedre dette i fremtiden. I tillegg har vi også i brev av 18.12. 2002 bedt om møte med det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet slik at et eventuelt felles prosjekt med Helse Øst RHF og Helse Sør RHF også kunne koordineres med det nasjonale utviklingsprogrammet. Etter det vi har brakt i erfaring er til nå ikke tiltak for å øke andelen kvinnelige ledere noe særegent fokus i det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet. Legeforeningen uttrykte imidlertid i brevet at vi mente at dette burde være et eget satsingsområde.

11 Legeforeningens organisasjon

”Foreningens oppbygging skal være slik at den tjener medlemmenes interesser best mulig og stimulerer til bredt engasjement slik at beslutningene kan være i pakt med medlemmenes meninger.

Legeforeningen vil tilstrebe åpenhet om egen virksomhet overfor medlemmene og samfunnet for øvrig.”

11.1 Medlemstall

31.12. 2002 var antallet medlemmer 20 904, hvorav 3 483 studentmedlemmer. Fra 1.1. 2002 – 31.12. 2002 er 98 medlemmer avgått ved døden.

Legemedlemmer (ikke inkludert studentmedlemmer) fra 1920 – 2002:

1920	1 103
1925	1 317
1930	1 530
1935	1 898
1940	2 264
1945	2 332
1950	2 986
1955	3 525
1960	3 808
1965	4 372
1970	5 126
1975	6 495
1980	8 178
1985	10 134
1990	11 854
1995	13 775
1996	14 138
1997	14 520
1999	15 547
2000	16 092
2001	16 677
2002	17 421

11.2 Landsstyret

Det har i perioden vært av holdt ett ordinært landsstyremøte. Landsstyremøtet ble avholdt i Tromsø 5. – 7.6. 2002. Vedtaksprotokollen fra det siste ordinære landsstyremøtet i Tromsø er referert i Tidsskriftet nr. 20/2002.

11.3 Sentralstyret

For perioden 1.1. 2002 – 31.8. 2003 valgte landstyret 2001 i Sandefjord slikt sentralstyre: Hans Kristian Bakke (president) og Yngve Mikkelsen (visepresident). Øvrige medlemmer: Anette

Fosse, Einar Hysing, Lars Eikvar, Kåre Løvestakken, Anne Mørch Larsen, Anne Grete Olsen og Øyvind Østerås.

Varamedlemmer: Berit K. Norling, Eirik Bø Larsen og Asle Medhus.

11.4 Sekretariatet

Per 31.12. 2002 var det i alt 108 fast ansatte i sekretariatet. Omregnet utgjorde dette 97,1 årsverk. I tillegg til de fast ansatte var det i alt ti tidsbegrensede stillinger som utgjorde 8,4 årsverk.

I tillegg til ansatte i sekretariatet kommer de ansatte ved kontorene for koordinatørvirksomhet vedrørende legers videre- og etterutdanning. Til disse kontorene er det i alt knyttet fire leger i bistilling samt fire sekretærer i heltidsstillinger. Dessuten var det per 31.12. 2002 engasjert fire veilederkoordinatorer i bistilling.

11.5 Avdelingene

Fra og med 1.1. 1994 har Legeforeningen 20 avdelinger, 19 fylkesavdelinger og avdelingen Norsk medisinstudentforening.

11.6 Yrkesforeningene

Legeforeningen har syv yrkesforeninger. Disse er:

- Alment praktiserende lægers forening (Aplf)
- Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS)
- Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf)
- Norsk overlegeforening (Of)
- Offentlige legers landsforening (OLL)
- Praktiserende spesialisters landsforening (PSL)
- Yngre legers forening (Ylf)

Legeforeningens lover §13 omtaler yrkesforeningene og fastslår hovedregelen for medlemstilhørighet: "Legeforeningens medlemmer med unntak av de som tilhører NmF, tilknyttes den yrkesforening som i hovedsak representerer medlemmenes fagforeningsinteresser." Sentralstyret har med hjemmel i samme bestemmelse i lovene fastsatt nærmere retningslinjer for praktiseringen av den.

11.7 Spesialforeningene

Legeforeningen har 59 spesialforeninger. Disse er:

- Den norske patologforening
- Eldre lægers forening
- Forening for norske leger i utlandet
- Medisinsk forening for mental retardasjon og habilitering
- Norsk anesthesiologisk forening
- Norsk barnekirurgisk forening
- Norsk barnelegeforening
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
- Norsk cardiologisk selskap
- Norsk dermatologisk selskap

- Norsk endokrinologisk forening
- Norsk flymedisinsk forening
- Norsk forbund for klinisk kjemi
- Norsk forening for allergologi og immunopatologi
- Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi
- Norsk forening for håndkirurgi
- Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin
- Norsk forening for infeksjonsmedisin
- Norsk forening for intervensjonsradiologi
- Norsk forening for klinisk farmakologi
- Norsk forening for klinisk nevrofysiologi
- Norsk forening for lungemedisin
- Norsk forening for maxillofacial kirurgi
- Norsk forening for medisinsk genetikk
- Norsk forening for medisinsk mikrobiologi
- Norsk forening for medisinsk rusmiddelproblematikk
- Norsk forening for nukleærmedisin
- Norsk forening for otorhinolaryngologi/hode & halskirurgi
- Norsk forening for palliativ medisin
- Norsk forening for pediatrik radiologi
- Norsk forening for reumakirurgi
- Norsk forening for sjøfartsmedisin
- Norsk forening for ultralyd-diagnostikk
- Norsk gastroenterologisk forening
- Norsk geriatrisk forening
- Norsk gynekologisk forening
- Norsk idrettsmedisinsk forening
- Norsk indremedisinsk forening
- Norsk karkirurgisk forening
- Norsk katastrofemedisinsk forening
- Norsk kirurgisk forening
- Norsk militærmedisinsk forening
- Norsk nevrokirurgisk forening
- Norsk nevrologisk forening
- Norsk nevreradiologisk forening
- Norsk nyremedisinsk forening
- Norsk oftalmologisk forening
- Norsk onkologisk forening
- Norsk ortopedisk forening
- Norsk plastikkirurgisk forening
- Norsk psykiatrisk forening
- Norsk radiologisk forening
- Norsk revmatologisk forening
- Norsk selskap for allmennmedisin
- Norsk selskap for hematologi
- Norsk thoraxkirurgisk forening

- Norsk trygdemedisinsk forening
- Norsk urologisk forening

11.8 Årbok for Den norske lægeforening

Årbok for Den norske lægeforening er senest gitt ut for perioden 2000/2001. Årboken er også presentert på Legeforeningens nettsider.

11.9 Prinsipp- og arbeidsprogram

Landsstyremøtet i Sandefjord, oktober 2001, vedtok nytt prinsipp- og arbeidsprogram for Den norske lægeforening for perioden 2002/2003.

Prinsipp- og arbeidsprogrammet for perioden 2002/2003 foreligger som egen trykksak. Programmet er også trykket i Tidsskriftet gjennom bekjentgjøringen av vedtaksprotokollen fra landsstyrets forhandlinger oktober 2001.

11.10 Lovene

Det ble ikke gjort endringer av lovene under landsstyremøtet juni 2002 i Tromsø.

11.11 Valgregler og instruks for Den norske lægeforenings tillitsvalgte

Gjeldende valgregler og instruks for Den norske lægeforenings tillitsvalgte er fastsatt av sentralstyret 27.9. 1993. Reglene er bl.a. gjengitt i Tillitsvalgthåndboken.

11.12 Organisasjonsutvalgets arbeid

11.12.1 Mandat

Landsstyret 2001 oppnevnte et utvalg som skulle

- fungere som hurtigarbeidende prosjektutvalg frem til 1.2. 2002 og i løpet av funksjonstiden vurdere behovet for og ev foreslå de tilpasninger i Legeforeningens organisasjon som måtte være nødvendige eller hensiktsmessige i forhold til nye forhandlingsstrukturer som måtte bli etablert nasjonalt, regionalt eller lokalt.
- fungere som organisasjonsutvalg og i denne egenskap gjennomgå Legeforeningens organisasjonsmessige oppbygning, med tanke på gjennomføring av eventuelle endringer av gjeldende lover, regler og instruks for foreningen. Utvalget skulle vurdere om foreningens organisasjonsstruktur er tilpasset de kommende utfordringer, og skulle fremme forslag til eventuelle endringer.

Utvalget skulle fremlegge en progresjonsrapport for landsstyremøtet i Tromsø 2002 og en endelig innstilling til landsstyremøtet 2003.

11.12.2 Sammensetning

Organisasjonsutvalget har bestått av avdelingsoverlege Bjørn H. Halvorsen, Tønsberg (leder), kommunelege 1 Henning R. Aanes, Stokmarknes, praktiserende spesialist Henrik A. Hofgaard, Oslo, kommunelege I Ola Jøsendal, Manger, allmennpraktiserende lege Eirik Bø Larsen, Dokka, assistentlege Line Katrine Lund, Elverum, avdelingsoverlege Hans Petter Næss,

Sandefjord og assistentlege Irene Teslo, Oslo.

Landsstyremøtet 2002 oppnevnte i tillegg medisinstudent Ragnhild Øydna Støen, Asker.

Som sekretær ble oppnevnt generalsekretæren. Med utvalgets samtykke stilte han spesialrådgiver Sverre Strand til rådighet for å utføre skrivearbeidet for utvalget.

11.12.3 Utvalgets arbeid

Utvalget avgav delinnstilling om organisering av forhandlingsapparat og tillitsvalgtordning m.v. per 1.2. 2002. Innstillingen ble behandlet som sak 9 av landsstyret i møtet i Tromsø 5. – 7. 6. 2002 og enstemmig tatt til etterretning.

Utvalget avgav videre sin progresjonsrapport av 29.5. 2002 ”Fag og fagforening i skjønn forening?” til behandling av det samme landsstyremøtet. Rapporten ble bredt debattert av landsstyret og tatt til orientering.

Utvalget har senere arbeidet med sin endelige innstilling for behandling av landsstyremøtet 2003 (avgitt 30.1. 2003)

11.13 Kollegial støtte for leger – helsetjeneste for leger

For perioden 2000 – 2003 har sentralstyret oppnevnt følgende som medlemmer til Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg: Bjørg Sørensen (leder), Finn Georg Birkeland, Erik Falkum, Tone Sparr og Inger Størmer Thaulow. Åsmund Hodne er sekretær for utvalget.

Utvalget har som mandat å koordinere fylkesavdelingenes arbeid med hensyn til støtte- og helsetjenestevirksomheten, å utvikle kurstilbud overfor dem som av fylkesavdelingene er utpekt til å arbeide med henholdsvis støtte- og helseproblematikk innenfor avdelingen og å fremme forslag overfor sentralstyret til søknader overfor Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger om økonomiske midler til Legeforeningens støtte- og helsetjenestearbeid overfor medlemmene.

Sykehjelps og pensjonsordningen for leger har bevilget midler til drift av Legeforeningens støttegrupper i fylkene, til gjennomføring av kurs/årssamling for medlemmene av avdelingenes støttegrupper/avdelingsrådgivere samt til kurs for leger som skal fungere som kollegabehandlere. Videre har SOP bevilget midler til gjennomføring av Senior-seminarer. Endelig har SOP bevilget midler til det pedagogisk rekreative tilbud som er opprettet ved Modum Bads Nervesanatorium, Villa Sana. Dette tilbud er økonomisk sikret frem til 01.07. 2007.

Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg ferdigstilte høsten 2002 programmet til årssamlingen for medlemmer av støttegruppene og avdelingsrådgiverne. Årssamlingen ble avholdt de første dager i 2003. Årssamlingen samlet 50 deltakere.

Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg har i perioden avholdt tre Senior-seminarer i 2002. Disse Senior-seminarer samlet i alt 127 deltakere.

Villa Sana gir tilbud om kurs og personlig rådgivning.

I 2002 hadde legkursene 59 deltakere. Av disse var 32 kvinner og 27 menn. I perioden oktober 1998-desember 2002 har legkursene hatt i alt 257 deltakere. Av disse var 131 kvinner og 126 menn. Våren 2002 ble det forsøksvis arrangert to oppfølgingskurs – for leger som tidligere hadde deltatt på våre ordinære kurs. I alt deltok 11 leger.

I 2002 kom i alt 100 deltakere til rådgivning. Av disse var 48 kvinner og 52 menn.

Siden starten i 1998 har i overkant av 400 leger benyttet kurs- eller rådgivningstilbudet ved Villa Sana.

11.14 Legeforeningens medlemskap i andre organisasjoner

Legeforeningen er medlem av Akademikerne. Legeforeningen deltar dessuten i samarbeidsorganet Tobakksfritt.

Når det gjelder Legeforeningens relasjon til internasjonale organisasjoner, vises til kapittel 14.

11.15 Håndbok for tillitsvalgte

Håndboken sendes fortløpende fra sekretariatet til alle hovedtillitsvalgte/tillitsvalgte på det enkelte arbeidssted. Siste utgave er datert høsten 1998. Ny hovedavtale med NAVO ble ikke inngått i løpet av 2002. Håndboken ble derfor ikke revidert og gitt ut i ny utgave som forutsatt.

11.16 Kommunal kompetanse

Kommunal Kompetanse har i perioden gjennomgått en delvis omorganiseringsprosess idet de kontorfaglige virksomheter er blitt rasjonalisert ved at flere fylker er slått sammen, mens det fortsatt er en opplæringsleder i hvert fylke. Det har vært en fortsatt vekst i omsetningen og noe bedret inntjening.

Norsk Helse- og Sosialforbund (NHS) har i perioden fått observatørstatus i styret etter prinsippbeslutningen om sammenslåing av NHS og Norsk Kommuneforbund.

Hans Asbjørn Holm har vært Legeforeningens representant i styret i perioden med Einar Skoglund som vararepresentant.

11.17 Tillitsvalgtkurs

Tillitsvalgtkursene har som målsetting ”å gi de tillitsvalgte kunnskaper om, ferdigheter i og motivasjon for funksjonen som tillitsvalgt”. Opplæringen skjer i tre trinn, Trinn I og Trinn II tar primært sikte på opplæring av hovedtillitsvalgte, mens Trinn III er rettet mot sentrale tillitsvalgte. Trinn I og Trinn II gir innføring i Legeforeningens organisasjonsmessige oppbygging og virkefelt, aktuelle avtaler mellom Legeforeningen og ulike arbeidsgiversammenslutninger, forhandlingsprosedyrer og -teknikker, forholdet til media etc. I tillegg inngår også en programpost hvor ett av sentralstyrets medlemmer informerer om aktuelle saker og svarer på spørsmål fra deltakerne. Programmet for de enkelte kursen er tilpasset ulike grupper tillitsvalgte.

I tidsrommet 1.1. 2002 til 31.12. 2002 har det vært avviklet tre tillitsvalgtkurs Trinn I med til sammen 136 deltakere, og ett tillitsvalgtkurs med hovedtema ”Lokale forhandlinger i kommunene” med 69 deltakere.

11.18 Turnusrådet

Turnusrådet har bestått av Erik Høiskar (leder 26.2. 2002 – 31.12. 2002), Olav Thorsen, (nestleder). (Leder 1.1. 2002 – 25.2. 2002), Åse Brinchmann-Hansen, Inger Kristin Aase, Per Henrik Randsborg, Jo-Endre Midtbu, Bjørn Ove Kvavik, Vegard Vige, Per Omvik og Ragnhild Øydna Støen.

Varamedlemmer har vært Fred A. Murer (1.1. 2002 – 26.2. 2002) og Tor Steinar Raugstad (1.3. 2002 – 31.12. 2002), Tone Dorthe Sletten, Jana Midelfart Hoff, Aina A. Foss/Unn Nicolaisen, Grete Larsen, Torstein Vik, Unni Aanes og Ragnhild Bjerkaas.

Olav Thorsen tok over etter Marta Ebbing 1.7. 2001 og fungerte som leder av turnusrådet frem til 26.2. 2002.

Olav Thorsens arbeid med Veilederen for turnustjenesten i distrikt ble avsluttet i løpet av året

og sendt ut på høring. Veilederen er lagt ut på nettet.

Turnusrådet har i perioden hatt seks møter og behandlet 52 saker, i tillegg til forskjellige arbeidsmøter. Leder har sammen med Ragnhild Øydna Støen og Åse Brinchmann-Hansen vært med i Sosial og helsedirektoratets arbeidsgruppe om turnustjeneste for leger som hadde to møter før årsskiftet. Hovedsaker turnusrådet har arbeidet med i løpet av året 2002 har vært:

- Turnusrådets arbeid fremover.
- Endring av mandatet for Turnusrådet.
- Turnuskonferansen 2002.
- Arbeidsgruppe i Sosial- og helsedirektoratet.
- Besøk i Stavanger kommune og SiR.
- Funksjonsfordeling ved AHUS/ Stensby sykehus.
- Utadrettet virksomhet/informasjon.
- Veileder for turnustjeneste i kommunen

Turnusrådet gjennomgikk i begynnelsen av perioden rådets arbeid fremover og hva en ville oppnå. Turnusrådet ønsket i perioden å fokusere på kvaliteten og innholdet i turnustjenesten, og rådet vurderte det som avgjørende i den forbindelse å få på plass en fortløpende evaluering av tjenesten. I forhold til innholdet i tjenesten må en sikre at: antall turnusplasser er tilpasset det enkelte turnussted statlig overtagelse og funksjonsfordeling ikke virker negativt inn.

Turnusrådet foreslo en endring av mandatet for å få begrepene i mandatet mer konsistente i forhold til dagens situasjon. En ønsket også å tydeliggjøre rådets oppgaver, spesielt i forhold til å bidra til at Dnlf sin kompetanse omkring turnustjenesten styrkes. Sentralstyret vedtok i møte 5. november nytt mandat for turnusrådet.

Turnusrådet reiste i oktober på besøk til Stavanger og hadde møter med turnusleger og veiledere ved SiR og ved tre legesentre i kommunen. En fikk under besøket et inntrykk av hvordan turnustjenesten ved sykehuset og i kommunen fungerte. Generelt fikk en et godt inntrykk av Stavanger som turnussted, og det ble etter besøket utarbeidet rapporter fra sykehuset og legesentrene .

Turnusrådet arrangerte 6. november, sammen med SAFH og Helsedirektoratet, en konferanse om turnustjenesten for leger. Konferansen var lagt opp som et erfaringsseminar med berørte parter som arbeider med turnustjenesten i helsevesenet og i departementet/etater. I tillegg redegjorde overlege Geir Falck om sin undersøkelse av selvopplevde ferdighetsnivå i turnustjenesten. Turnusrådet ønsket gjennom konferansen å fokusere på kvaliteten og innholdet i tjenesten særlig i forhold til departement og myndigheter. Det var enighet blant deltagerne om å beholde turnustjenesten, og at turnustjenesten for leger er nødvendig i forhold til utdanningen av leger og autorisasjon. En var også enig om fra politisk og faglig hold om nødvendigheten av en fortløpende evaluering av turnustjenesten. Flere problemer ble diskutert i forhold til kvalitet og kapasitet: tredeling av tjenesten og eventuell innføring av obligatorisk psykiatri som en del av turnustjenesten. Det ble utarbeidet en rapport fra konferansen i samarbeid med SAFH.

Departementet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på problemstillinger knyttet opp til turnustjenesten for leger. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å organisere/lede arbeidet. Gruppen skal særlig se på problemer knyttet til tredeling av sykehus-tjenesten og eventuell innføring av psykiatri som en obligatorisk del av turnustjenesten for leger. Gruppen har hatt to innledende møter før jul. Legeforeningens representanter har vært opptatt av å ha fokus på kvalitet og at eventuelle endringer en gjør ikke reduserer det faglige utbyttet. Legeforeningen arbeider svært aktivt for at det innføres en fortløpende evaluering av turnustjenesten. Det er et redskap som må være på plass for å kunne si noe om kvaliteten på turnustjenesten som tilbys.

Akershus universitetssykehus har vedtatt å nedlegge øyeblikkelig hjelp funksjonen ved

kirurgisk avdeling på Stensby sykehus. Turnusrådet anser dette som en svært viktig prinsipiell sak sett i relasjon til det fokus på funksjonfordeling som foretakene har. Når en ikke har øyeblikkelig hjelp pasienter ved avdelingen, vil ikke tjenesten oppfylle målbeskrivelsen. En har fortsatt ikke effektivisert vedtaket om nedlegging av øyeblikkelig hjelp funksjonen grunnet organisatoriske forhold. Det er innledet en dialog mellom AHUS og tillitsvalgte for å se på alternative løsninger for turnuslegene ved Stensby.

Turnusrådet har startet utgivelse av "Nytt fra turnusrådet" som er en oversiktlig rapport som tar opp viktige og prinsipielle saker rådet arbeider med. Dette kommer i tillegg til referatene og publiseres også i Forum som et ledd i informasjon fra rådet. Rådet anser det som viktig å oppdatere hjemmesidene som ligger på legeforeningens nettsider, men har fortsatt mye ugjort i den forbindelse.

11.19 IT-utvalget

Utvalget ble opprettet av sentralstyret 25.4. 2002 som oppfølging av prosessen med Legeforeningens engasjement vedrørende informasjonsteknologi (IT) i helsevesenet (se egen sak under kapittel 12).

Hovedpunktene i utvalgets mandat er å arbeide for at Legeforeningen skal kunne påvirke utviklingen og bruken av IT i helsevesenet. Utvalget skal gi råd til Legeforeningens sentralstyre og skal behandle saker etter anmodning, men kan også ta opp relevante saker på eget initiativ.

Yrkesforeningene har oppnevnt ett medlem hver til utvalget. Disse er: Regin Hjertholm, Aplf (leder), Bjørn Straume, LVS, Knut Lande, Of, Bård Røsok, Ylf, Marit Rognerud, OLL, Kjell Midelfart, PSL, Ørn Terje Foss, Namf. Ansvarlig i sekretariatet er Audun Fredriksen. Utvalget hadde sitt konstituerende møte høsten 2002 og startet prosessen med utvelgelse og prioritering av innsatsområder. I utvalgets regi ble det også arrangert et seminar for å gjøre utvalgsmedlemmene kjent med aktuelle spørsmål og sentrale aktører innen området IT og helse. På seminaret deltok inviterte gjester fra myndigheter og kompetansemiljøer.

11.20 Informasjonsvirksomheten

11.20.1 Dnlf-nytt

Dnlf-nytt er et nyhetsbrev og et policybyggende dokument som sendes hovedtillitsvalgte i primær- og institusjonshelsetjenesten og ved universitetene. I tillegg går det til sentralstyret, styrene i fylkesavdelingene, yrkesforeningene og til spesialforeningenes ledere. Hensikten er å holde disse gruppene oppdatert på saker som Legeforeningen jobber med og er involvert i. Det ble utgitt fem Dnlf-nytt i 2002 med et opplag på 1 600. Dnlf-nytt sendes elektronisk til alle tillitsvalgte med e-post og legges også ut på tillitsvalgtsidene på www.legeforeningen.no. Dnlf-nytt har bl.a. omtalt informasjon fra sentralstyret, organisasjonsutvalgets arbeid, aktuelt fra fylkesavdelingene og regionsutvalgene.

11.20.2 Nytt om helseforetak

Nytt om helseforetak er Legeforeningens informasjonsblad om sykehusreformen og et av flere informasjonstiltak om reformen. Bladet går til alle tillitsvalgte i sykehusforetakene, til sentralstyret og styrene i yrkes- og fylkesavdelingene. Nytt om helseforetak har bl.a. omtalt forhandlingene og NAVO-avtalen, tillitsvalgtopplæringen, og nyheter fra helseregionene, m.m. Det er opprettet en egen tillitsvalgtside om sykehusreformen på Legeforeningens nettsider www.legeforeningen.no. Nytt om helseforetak sendes elektronisk til alle som har e-post og har et opplag på 950 eksemplarer.

11.20.3 Presseinformasjon for Tidsskriftet

Fra og med Tidsskriftet nr. 7/1997 har informasjonsavdelingen sendt ut presseinformasjon i forkant av hver utgivelse. Etter å ha innhentet forfatterens tillatelse, sammenfattes ca. fire av artiklene til korte, poengterte nyhetsmeldinger med forfatteren som kontaktperson. De om lag 100 redaksjonene som mottar presseinformasjonen kan henvende seg til informasjonsavdelingen for å få oversendt hele artikkelen og/eller kontakte forfatteren for intervju. Gjennomsnittlig resulterte pressemeldingene i 20 større eller mindre presseomtaler der medisinsk forskning og Tidsskriftet ble profilert. Som et ledd i videreutviklingen av tilbudet, tilbys enkelte utvalgte artikler med geografisk tilknytning til enkelte regionale og lokale medier.

11.20.4 Bidrag til Tidsskriftet og nettsidene

Informasjonsavdelingen bidrar med mye egenprodusert stoff til Tidsskriftet og legger vekt på å dekke sentrale arrangementer i regi av yrkesforeninger, fylkesavdelinger og spesialforeninger som årsmøter, kurs og konferanser. Avdelingen har hovedansvaret for å videreformidle alt stoff som presenteres under Aktuelt fra foreningen. Informasjonsavdelingen leverer også ny og aktuell informasjon fra Legeforeningen og samfunnsaktuelle hendelser av interesse for leger til Legeforeningens nettsider www.legeforeningen.no.

11.20.5 Kurs i hvordan forholde seg til media

Informasjonsavdelingen mottar ofte henvendelser fra fylkesavdelinger/spesialforeninger som ønsker foredrag om hvordan man bør forholde seg til media. Slike kurs holdes som regel av informasjonssjefen i samarbeid med en journalist. En kort versjon av kurset inngår også i tillitsvalgtopplæringen.

11.20.6 Mediekontakt

Legeforeningens policy er at medisinske spørsmål fra pressen besvares av leger. Dette skjer enten ved at en av legene i sekretariatet, eller at et medlem eller en tillitsvalgt, besvarer saken. Ved saker med lokal tilknytning, formidles ofte kontakt til lokale tillitsvalgte. Sentrale helsepolitiske spørsmål besvares oftest av foreningens tillitsvalgte, men kan unntaksvis besvares av medarbeidere i sekretariatet dersom den beste innsikten i saken finnes der. Ved saker av mer faglig karakter, kontaktes representanter for den aktuelle spesialforening. Det er utarbeidet en oversikt over pressekontakter i spesialforeningene. Listen er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider slik at journalistene raskt kan lete seg frem til medisinsk ekspertise.

Informasjonsavdelingen har i perioden bistått avdelinger og spesialforeninger i Legeforeningen som har avholdt større konferanser av allmenn interesse, der det har vært et uttalt mål å få ut informasjon om konferansene til befolkningen. Det har vært laget pressemeldinger, og man har tatt direkte kontakt til ulike redaksjoner.

Avdelingen er kontinuerlig i kontakt med helsejournalister og tipser og bistår disse om saker som angår Legeforeningen. Det har i perioden vært avholdt flere pressekonferanser, som har resultert i større medieoppslag.

11.20.7 Overvåking av mediabildet

Våren 2001 ble det startet et prøveprosjekt der et utvalg presseklipp om Legeforeningen hver dag sammenfattes og gjøres tilgjengelig for Dnlf's tillitsvalgte og medlemmer via Internett. Ønsket var at flere skulle kunne nyte godt av medieovervåkingen, og at den skulle være mer aktuell. Tjenesten har vært i løpende utvikling og fra 1.8. 2001 besluttet man å gå over til en ren elektronisk klipptjeneste. Dette gir økonomiske besparelser og bedre tilgjengelighet.

11.20.8 Grafisk design

Informasjonsavdelingen har i 2002 produsert flere foldere og brosjyrer og bistått interne og

eksterne samarbeidspartnere med utforming og design av brosjyrer og profileringsmateriale i forbindelse med kurs og konferanser. Det er bl.a. utarbeidet medlemsbrosjyrer med henholdsvis norsk og engelsk tekst.

11.20.9 Medieberedskapsgruppen

Sekretariatet har i 2002 hatt en medieberedskapsgruppe bestående av Hans Kristian Bakke, Magne Nylenna, Åsmund Hodne og Ellen Juul Andersen. Gruppen har hjulpet medlemmene med å håndtere vanskelige mediesaker. I perioden er sakene blitt løst ved telefonisk bistand fra sekretariatet, samt at fylkesavdelingsledere på eget initiativ har gått ut i pressen. Henvendelser fra medlemmer til sekretariatet om hvordan en skal forholde seg til pressen i en aktuell sak, håndteres ved å gi legen rådgivning og ved at sekretariatet etter avtale med vedkommende kontakter journalist eller redaktør i avisen for å utdype fakta. Slike henvendelser må oftest håndteres raskt på grunn av tidsfrister.

11.20.10 Leger og media

Informasjonsavdelingen bidrar også i studentundervisningen ved å holde foredrag for studenter om leger og media. I tillegg tilbyr avdelingen veiledning og hjelp til yrkesforeninger, fylkesavdelinger og spesialforeninger.

11.20.11 Akademikernes informasjonsnettverk

Akademikerne har opprettet et eget informasjonsnettverk med informasjonsansvarlige i medlemsforeningene som deltakere. Det var seks møter i 2002. De viktigste sakene har vært forberedelsene til Akademikernes konferanser, forhandlingsinformasjon og presserelasjoner. Informasjonsavdelingen videreformidler informasjon om konferanser og møter i regi av Akademikerne, til Legeforeningens nettsider, Tidsskriftet og tillitsvalgte.

11.20.12 Tobakksfritt

Tobakksfritt er en koalisjon av organisasjoner som driver strategisk politisk påvirkningsarbeid og arbeider for å redusere bruken av tobakk. Medlemmer er Den norske lægeforening, Den Norske Kreftforening, Landslaget Mot Tobakk, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Norges Astma- og Allergiforbund, Norges Idrettsforbund og Olympiske komité, Den norske jordmorforening, Den norske tannlegeforening og Landsforeningen for Hjerne- og Lungesyke. I 2002 fikk Tobakksfritt to nye medlemmer, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Helse- og Sosialforbund. Tobakksfritt har egne hjemmesider www.tobakksfritt.no.

Tobakksfritt har i perioden hatt åtte møter og har i 2002 prioritert arbeidet for røykfrie serveringssteder og for innføring av bevilling for salg av tobakksvarer. Ledelsen har hatt møter med Helseministeren og med Stortingets sosialkomite. Det har vært avholdt pressekonferanse om røykfrie serveringssteder og om snus. Tobakksfritt har også vært aktiv når det gjelder oppfølging av forslag til endringer i restaurantforskriften og i tobakkskadeloven.

Tore Sanner leder Tobakksfritt. Ellen Juul Andersen er nestleder.

11.20.13 Ekstern representasjon

Informasjonsavdelingen sammen med andre avdelinger har kontakt til Stortinget og til helsemyndigheter. Legeforeningen har bl.a. deltatt i Sosial- og helsedirektoratets rådgivningsgruppe i tilknytning til den store røykekampanjen som igangsattes på nyåret 2003.

11.20.14 Deltakelse i arbeidsgrupper

Legeforeningen deltok i hele 2001 og frem til februar 2002 i en arbeidsgruppe sammen med Statens tobakkskaderåd og Den Norske Kreftforening for å planlegge Norges første nasjonale tobakkskonferanse Tobakk Norge 2002. Konferansen fant sted 25.–26.2. 2002. Lise B.

Johannessen var Legeforeningens representant i arbeidsgruppen.

Sammen med representanter for Informasjonsforum for sykehus deltok Legeforeningen i planleggingen av konferansen Kommunikasjon i helsevesenet som fant sted 4. og 5.11. 2002. Lise B. Johannessen var Legeforeningens representant i arbeidsgruppen.

I samarbeid med Sykepleierforbundet, Kommuneforbundet og Helse- og Sosialforbundet har Legeforeningen arbeidet for å planlegge en kampanje som har som mål å få sykehusansatte røykfrie i arbeidstiden innen 1.1. 2004 med kampanjestart 1.3. 2003. Ellen Juul Andersen og Lisbet T. Kongsvik har vært Legeforeningens representanter i arbeidsgruppen.

11.21 Årsmelding for rettshjelpsordningen for leger 1.1. 2002 – 31.12. 2002

11.21.1 Generelt

I overensstemmelse med vedtekter for Den norske lægeforenings fond for rettshjelpsordningen har anvendelsen av fondets midler i perioden vært ivaretatt av sentralstyret og utvalget for rettshjelpsordningen. For anvendelsen av fondets midler har sekretariatets forhandlingsavdeling utført sekretariatsfunksjoner for sentralstyret og for rettshjelpsutvalget.

Sentralstyret har ivaretatt forvaltning og plassering av fondets midler. Dnlfs økonomiavdeling har utført sekretariatsfunksjonen for denne del av virksomheten, forestått utbetalinger fra fondet og ført regnskap for fondet.

Utvalget for rettshjelpsordningen har i perioden bestått av følgende medlemmer oppnevnt etter forslag fra yrkesforeningene Anne Larsen, Of, (leder), Torgeir Haugen, PSL, (nestleder), Lise Heiberg, Ylf, Roar Dyrkorn, Aplf, Harald Natvig, Oll, Anne-Lise Bjørke Monsen, LVS, Svein Bjørneby, Namf og Line Kathrine Lund, Nmf.

Det har ikke vært skifte av utvalgsmedlemmer i perioden. Oppnevningen gjaldt frem til 31.12. 2002.

Sentralstyret har høsten 2002 oppnevnt nytt utvalg fra 1.1. 2003 som består av Fridtjof Riddervold, Oslo, Of, (leder) Roar Dyrkorn, Trondheim, Aplf, Bjørn K. Straume, Tromsø, LVS, Halfrid Waage, Skien, Namf, Joakim Oliu Moe, Bergen, Nmf, Grete Larsen, Akershus, Oll, Torgeir Haugen, Notodden, PSL, Tone Dorthe Sletten, Trondheim, Ylf.

11.21.2 Vedtektsendringer

Det er ikke foretatt vedtektsendringer i perioden, men i forbindelse med en evaluering av ordningen som er initiert av sentralstyret og som vil bli forelagt landsstyret våren 2003, har rettshjelpsutvalget og sentralstyret fremkommet med forslag til vedtektsendringer. Disse ble sammen med evalueringsrapporten sendt på høring som landsstyresak i desember 2002.

11.21.3 Utvalgets arbeid

Utvalget har avholdt seks møter i perioden.

Utvalget har behandlet 41 ordinære saker.

Sekretariatet har i tillegg bistått medlemmene i en del saker som ikke har foranlediget behandling i utvalget eller hvor det ikke eksplisitt er søkt om bistand fra rettshjelpsordningen.

De saker utvalget formelt har behandlet fordeler seg etter saksområde i vedtektenes § 6 slik:

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/ 00	2000/ 7-12	2001	2002
Antall møter	9	8	10	7	3	5	6
Antall saker	121	97	89	61	31	47	41
De saker utvalget formelt har behandlet fordeler seg slik:							
Godkjenning av referat fra utvalgsmøter	9	8	10	7	3	5	6
Andre administrative vedtak	6	7	8	2	2	4	5
§ 6.1. Administrative reaksjoner	-	-	-	1	1	2	4
§ 6.2. Tilbakekall av lisens/autorisasjon	32	29	23	9	2	5	2
§ 6.3. Straff etter legeloven, Helsepersonelloven	9	18	10	13	3	6	3
§ 6.4. Ærekrenkelser	5	7	4	2	3		4
§ 6.5. Tap av rett til trygderefusjon	10	3	2	14	4	8	5
§ 6.6. Oppsigelse av driftstilskudd	1	0	7	1	3	2	
§ 6.7. Tvist i arbeidsforhold	25	17	10	9	6	17	5
§ 6.8. Oppsigelse/avskjed ved legen som arbeidsgiver	11	1	3	1	1	1	6
§ 6.9. Oppreisningskrav	11	6	4	1	1	1	1
§ 6.10. Erstatningskrav for ærekrenkelse	1	1	1	2		1	

Sju av vedtakene omhandler avslag, de fleste fordi saksforholdet ikke omfattes av vedtektene eller fordi søknad først var sendt etter avsluttet sak.

I de fleste saker som omhandler søknad om økonomisk støtte, fatter utvalget vedtak om bistand innenfor en angitt beløpsgrense.

11.21.4 Behandling av rettshjelpssaker i sentralstyret.

Sentralstyret skal etter vedtektene og tidligere beslutning av landsstyret fatte vedtak i saker som angår anke til høyere rettsinstans, anke over utvalgets vedtak, søknader om bevilgning utover beløpsgrenser fastsatt av sentralstyret.

Sentralstyret har i perioden i alt behandlet 10 saker som kan karakteriseres som rettshjelpssaker.

11.21.5 Virkninger av rettshjelpsordningen.

Først og fremst gir ordningen med advokatbistand medlemmene følelse av større rettssikkerhet når medlemmene uforskyldt eller som følge av feil handlemåte blir trukket inn i rettslige- og/eller forvaltningsprosesser som kan gi grunnlag for reaksjoner i yrkesutøvelsen.

Av hensyn til medlemmenes krav på konfidensialitet i disse sakene er det ikke grunnlag for å kommentere enkeltavgjørelser.

Generelt må det allikevel konstateres at utfallet i mange saker blir påvirket til medlemmenes fordel på grunn av kyndig bistand fra de advokater som blir engasjert gjennom rettshjelpsordningen.

Antall henvendelser og søknader om rettshjelp har sunket noe, men de tall som fremgår av denne årsmelding er bare relatert til behandlingen av saker i sentralstyret og i rettshjelputvalget. I tillegg behandler sekretariatets jurister et stort antall saker direkte som ellers kunne gitt grunnlag for søknad om økonomisk støtte til juridisk bistand. Dette gjelder særlig saker hvor sekretariatet mener å ha god kompetanse, for eksempel i stillingsvernsaker (oppsigelse/avskjed) og saksforhold som har sitt utspring i lov om helsepersonell. Sekretariatet har også bistått i enkelte straffesaker, spesielt i etterforskningsfasen.

11.21.6 Økonomi

Fondet fikk i 2002 tilført en bevilgning tilsvarende kr 200 fra hver yrkesaktive medlem som til sammen utgjorde ca. 3,1 mill kr. Fondets økonomi har vært tilfredsstillende i perioden.

Bevilgningsstatistikk:

	Kontingent/ Innbetalinger	Bevilgning Rettshjelpsutvalget	Bevilgning Sentralstyret	Samlet Bevilgning	Påløpte Advokatutgifter
1995	2.409.800	1.132.125	385.000	1.517.125	522.294
1996	2.515.350	1.449.213	751.092	2.200.305	1.196.445
1997	2.564.750	1.345.184	617.217	1.962.401	1.461.523
1998	2.656.100	1.406.161	529.430	1.935.591	1.200.203
1999	2.813.936	975.491	1.095.677	2.071.168	1.805.307
2000	2.886.825	622.772	1.248.874	1.871.646	1.122.745
2001	2.974.852	756.952	465.000	1.221.952	1.192.687
2002	3.150.000	427.876	140.000	567.876	727.267

Historikk – regnskapstall for 1.1. 1995 til 31.12. 2002:

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Totalt
Kontingenter	2 409 800	2 515 350	2 564 750	2 656 100	2 813 936	2 886 825	2 974 852	3 150 000	21 971 613
Renteinntekter	54 893	36 791	41 036	104 478	64 763	77 977	126 448	160 225	666 611
Sum inntekter	2 464 693	2 552 141	2 605 786	2 760 578	2 878 699	2 964 802	3 101 300	3 310 225	22 638 224
Administrasjon Dnlf	450 000	780 000	946 000	1 100 000	1 200 000	1 390 000	1 425 000	1 540 000	8 831 000
Utbet. Honorarer	522 294	1 196 445	1 461 523	1 200 203	1 805 307	1 122 745	1 192 687	727 261	9 228 465
Fondsutvalget	58 021	116 098	117 239	202 735	139 349	140 096	72 267	131 205	977 011
Andre utgifter	1 020	7 461	15 787	12 797	11 631	14 000	-	6 230	68 926
Sum utgifter	1 031 335	2 100 004	2 540 549	2 515 735	3 156 287	2 666 841	2 689 954	2 404 696	19 105 401
Resultat	1 433 358	452 137	65 237	244 843	-277 588	297 961	411 346	905 529	3 532 822

11.21.7 Informasjon om rettshjelpsordningen

Informasjon om rettshjelpsordningen er fortsatt lagt ut på Legeforeningens nettsider under "medlemsinformasjon/medlemsfordeler/rettshjelp".

11.22 Reisepolicy og -rutiner i Den norske lægeforening

Målet med reisepolicyen som ble tatt i bruk fra 1.4. 2000, var å utnytte Legeforeningens samlede medlemspotensial til effektivisering og besparelse. Retningslinjene omfatter alle reiser og opphold som betales av Den norske lægeforening eller av de fondsmidler som disponeres av Legeforeningen til legers videre- og etterutdanning samt til kvalitetssikring i helsevesenet. Det har i 2002 vært et krav at alle reiser og opphold skal bestilles gjennom Legeforeningens avtalebyrå som er Via Flyspesialisten.

Det har skjedd store endringer i luftfarten når det gjelder gebyr- og bonuspolitikk. Konkurransen mellom flyselskapene gjør det hensiktsmessig å ha reisebyrå til å koordinere bestillingene og utnytte priskonkurransen. Legeforeningen har derfor inngått en ny toårig med Via Flyspesialisten. Fra 1.1. 2003 beregnes honorar fra reisebyrået som et fast gebyr.

Som avtalepartner innen overnatting har Legeforeningen valgt Rainbow Hotels og Choice

Hotels. Avtalen med Radisson SAS er avviklet. Utover dette er det inngått en god avtale med Soria Moria i Oslo. Det anbefales at medlemmene booker hotellrom direkte hos det enkelte hotell slik at tilleggsgebyr unngås.

Legeforeningen har også en rabattavtale med NSB som gir foreningens medlemmer 20 % rabatt på reiser i Norge som ikke allerede er rabattert. Bestillingene gjøres direkte til NSB.

Fra 1.1. 2003 gjelder for øvrig at reiser for Legeforeningen og tilknyttede fond kun honoreres i henhold til legitimerede utlegg.

11.23 Soria Moria – Den norske lægeforenings konferanse- og utdanningssenter

Soria Moria, Den norske lægeforenings konferanse- og utdanningssenter, er en separat stiftelse med et styre som oppnevnes av Den norske lægeforenings sentralstyre. Styret har til utgangen av 2002 bestått av Roald Nomme (leder), Magne Nylenna, Karin Straume og Harry Martin Svabø. Driftsresultatene på Soria Moria har tidligere vært bra. Selv i depresjonsperioden i slutten av 1980 og begynnelsen av 1990-årene klarte Soria Moria konkurransesituasjonen bedre enn de fleste. Generelle nedgangstider for bedrifter og næringer har ført til kraftige begrensninger og nedskjæringer i mange virksomheter, og særlig ferie- og fritidsmarkedet har fått en kraftig knekk i løpet av 2001 og 2002. Driftssituasjonen på Soria Moria i 2002 har vært vanskelig, og belegget har gått ned med henimot 10%. Driftsresultatet på Soria Moria viser et underskudd på 4,6 millioner kroner for 2002. Prognoser for 2003 tilsier at den vanskelige markedssituasjonen vil fortsette, og styret mener at år 2004 vil kunne by på et positivt driftsresultat. Årsaken til dette er det nye bygget som vil komme i drift i løpet av høsten 2003, intensivert markedsføring og salg, samt en forventet økning av bruken av Soria Moria også av Legeforeningens egne organisasjonsledd og medlemmer. Uavhengig av denne prognose er det viktig å se på satsingen av det nye konseptet på Soria Moria i et langsiktig perspektiv. Styret mener at det nye bygget vil utgjøre en merverdi for den fremtidige drift.

11.24 Tidsskrift for Den norske lægeforening

Organisering og bemanning

Tidsskriftets organisasjon er blitt noe endret i 2002. Charlotte Haug tiltrådte som redaktør 1.1. 2002. I tillegg er fem medisinske redaktører ansatt i deltidsstillinger. Redaksjonssjef Aagot Somdalen har ansvar for drift og produksjon. I hennes gruppe inngår en assisterende redaksjonssjef, tre manuskriptredaktører, en bilderedaktør og tre redaksjonsekretærer. Nettetredaksjonen har to medarbeidere og ledes av nettetredaktør Stine Bjerkestrand Nesje. Nyhetsredaksjonen har tre journalister og ledes av nyhetsredaktør Nina Husom. Annonse- og markedsavdelingen ledes av markedssjef Maud Kaino og har foruten henne to medarbeidere.

Fra 2002 består redaksjonskomiteen av Steinar Westin (leder), Per Brodal, Anette Fosse, Marit Bjartveit Krüger, John Leer, Baard-Christian Schem, Steinar Solberg og Magne Nylenna.

11.24.1 Tidsskriftets papirutgave

Produksjon og opplag

Tidsskriftet utkom i tiden 1.1. 2002 – 31.12. 2002 med 2 955 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger 945 sider og andre annonser 573 sider. I tillegg kommer 52 klebede og 39 løse (upaginerte) annonsebilag. Til sammenlikning ble det i samme tidsrom i 2001 publisert 3 685 sider, hvorav ledige stillinger 935 og andre annonser 758. I tillegg kom 44 klebede og 79 løse (upaginerte) annonsebilag.

Tidsskriftets trykte opplag er nå 22 250 (mars 2003).

Redaksjonelt

Tidsskriftets redaksjonelle drift var i hovedsak uendret i 2002, samtidig som det ble arbeidet med en redaksjonell omlegging som trådte i kraft 1.1. 2003.

11.24.2 Tidsskriftet og Legeforeningen på Internett

Nettredaksjonen jobber med innhold, drift, vedlikehold og utvikling av Legeforeningens og Tidsskriftets nettsider, og er organisert som en seksjon i Tidsskriftet. Den bemannes av to medarbeidere; en nettredaktør og en konsulent.

Hvert nummer av Tidsskriftet på Internett har i 2002 hatt mellom 5 000 og 7 000 unike brukere. Legeforeningens nettsider har på hverdager hatt mellom 2 000 og 3 000 unike brukere hver dag.

Videreutvikling av løsningene

I løpet av 2002 ble det i forhold til datateknisk utvikling på Legeforeningens nettsider gjennomført et en videreutvikling av søkefunksjonen, for å gjøre den raskere, enklere og mer relevant. Kurskatalogen ble lagt om til en ny og mer driftssikker løsning.

Arbeid med yrkes- og spesialforeningen og fylkesavdelingens nettsider

Over 50 foreninger i Legeforeningen hadde per 31.12. 2002 egne nettsider integrert i den databasebaserte publiseringsløsningen som nå tilbys. Det har vært avholdt tre dagskurs (februar og oktober) i nettpublisering med til sammen 40 deltakere. Det er også utarbeidet en fyldig brukermanual til hjelp for nettansvarlige i foreningene.

Nye tilbud

I samarbeid med forhandlingsavdelingen er det laget temasider for legen som arbeidsgiver og om overdragelse av privat praksis. Det er også etablert en temaside om foreningens arbeid med ledelse i samarbeid med helsepolitisk avdeling og en redaksjonsgruppe bestående av representanter fra flere av yrkesforeningene.

I samarbeid med pedagogisk avdeling har nettredaksjonen arbeidet med Legeforeningens utdanning på Internett (Lupin) der det i 2002 ble lansert et nytt kurs i forsikringsmedisin.

Forbedringer av eksisterende tilbud

Forbedring av struktur og innhold på eksisterende tilbud, har vært viet mye tid i 2002.

Informasjonen fra foreningen, informasjon om medlemsfordeler og tilbud, sidene for Utdanning og kurs og Lønn og avtaler er fornyet. På hovedsiden ble det etablert et tydeligere skille mellom nytt fra Legeforeningen og nyheter produsert av Tidsskriftets redaksjon. På tampen av 2002 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant brukere av Legeforeningens nettsider. Resultatene viste at brukere stort sett er fornøyd med tilbudet og finner frem til det de søker, men det ble også avdekket noen områder som kan forbedres.

www.tidsskriftet.no

Alle stillinger fra Tidsskriftet ligger i en søkbar database på Internett. Våren 2002 ble det utviklet et system som gjør det mulig for brukere å abonnere på e-postvarsel om nypubliserte ledige stillinger i Tidsskriftet. Tilbudet ble raskt populært og har hele tiden hatt godt over 400 abonnenter.

Høsten 2002 har det vært lagt ned betydelig innsats i utvikling av design og nye tilbud på Tidsskriftets nettsider som ble lansert primo 2003.

11.25 Legenes hus

Legenes hus i Akersgaten 2 eies av selskapet Christiania Torv AS. Aksjene i selskapet eies av Den norske lægeforening og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) der de to eierne begge har 50% av aksjene. I styret for selskapet sitter Hans Petter Aarseth, Torunn Janbu, Kåre Løvestakken og Yngve Mikkelsen. Ledervervet i styret alternerer mellom eierne, og i 2002 har styreleder vært Hans Petter Aarseth som representerer SOP. NEAS står for selskapets daglige drift.

Etter at Legeforeningen i 2001 måtte avgi leieareal i bygget med ca. 120 m² til Advokatfirmaet Hjort DA, har det vært redusert møteromskapasitet i Legenes hus. Det har vært planlagt å kunne kompensere den reduserte møteromskapasiteten med å bygge inn repotet over resepsjonen, men dette er stilt i bero inntil videre.

12 Helsepolitikk

”Helsetjenesten er en nasjonal oppgave som i hovedsak bør ivaretas av det offentlige.

Helsetjenestetilbudet på alle nivåer må tilpasses befolkningens behov.

Henvendelser til helsevesenet bør skje gjennom primærlegen.

Finansieringen av helsetjenestene må bygge på individuelle rettigheter i tråd med grunnlaget for folketrygden.

Bedre legefordeling er et viktig helsepolitisk mål

Stimuleringstiltak er effektive virkemidler for å sikre bedre geografisk fordeling av legetjenester, og bør brukes målrettet.”

12.1 Statsbudsjettet 2003

Etter at statsbudsjettet for 2003 ble fremlagt hadde Legeforeningen 23.10. 2002 et møte med sosialkomiteen der bl.a. følgende spørsmål ble tatt opp:

12.1.1 Regionale helseforetak

Legeforeningen har ved flere tidligere anledninger orientert Stortingets sosialkomité om vår aktive støtte til at staten skulle overta ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og at tjenesten skulle skilles ut av forvaltningen og organiseres i nye, regionale helseforetak. Legeforeningen mente imidlertid at skulle reformen bli vellykket, måtte de strukturelle reformer kombineres med en innholdsreform som tar utgangspunkt i de medisinske faglige aspektene i helsetjenesten. Legeforeningen beklaget på møtet at vi har sett lite av dette foreløpig i reformen, og at årets statsbudsjettforelegg i så måte føyer seg inn i rekken.

Legeforeningens viktigste merknader til kap. 0732 Regionale helseforetak var at helseforetakene i 2003 står overfor en situasjon med reelt uendret ramme til driftsformål. Dette innebærer at den økonomiske situasjonen er forverret da foretakene trekker med seg store underskudd fra 2002 som skal inndeckes. Det gis styringssignaler om å redusere ventelister, ventetider, korridorpasienter og overbelegg samtidig som det forutsettes at behandlingsaktiviteten ikke skal økes. Dette er urealistisk.

Budsjettet sikrer ikke lovpålagte oppgaver innen forskning og utdanning. Investeringsbehovene i sykehus er ikke ivaretatt og det er sterkt beklagelig at åpningsbalansen er utsatt. Utsettelse av nye Ahus og forskningsbygg ved Det norske radiumhospital er klart uheldig.

Sykehusene er komplekse organisasjoner og sykehusreformen er en omfattende reform med et stort potensiale. Med et så stramt budsjettforelegg var Legeforeningen redd potensialet i reformen ville bli skadelidende. Fokuset vil bli rettet mot å spare penger og å stramme inn driften, og ikke mot mer fornuftige (og trolig også billigere) måter å drive sykehusene på.

12.1.2 Legemidler og medisiner

Legeforeningen uttrykte overfor sosialkomiteen at vi ser behovet for å begrense utgiftsveksten til legemidler, og at vi har uttrykt ønske om dialog med departementet for å komme frem til fornuftige ordninger som bidrar til at billige legemidler blir valgt, dersom det ikke er faglige forhold som tilsier noe annet. Legeforeningen mente imidlertid det er flere problematiske sider ved statsbudsjettforeleggets forslag til indeksrefusjon for utvalgte grupper av byttbare, generiske legemidler på blå resept. De viktigste merknader til programkategori 10.50 og kap. 2751 Medisiner m.v. var at det er urimelig at apoteket skal betale merkostnadene for utlevering av et legemiddel som er dyrere enn indeksprisen når det er faglig begrunnet, og at dette vil medføre økt generisk bytte ut over det som er faglig riktig. Ufrivillig bytte av medisiner kan

også føre til økt feilbruk av medisiner og flere bivirkninger. Legemidler som i betydelig grad kan rehabilitere eller bedre funksjonsnivået til pasientgrupper bør kunne forskrives uavhengig av pasientenes betalingsevne.

12.1.3 Egenandelstak 2 og høyning av egenandelstaket

Legeforeningen har ved en rekke tidligere anledninger argumentert for innføring av et egenandelstak 2 for utgifter til helsetjenester som ikke inngår i folketrygdens nåværende ordning med frikort. Vi har ment at det er viktig at alle kan få medisinsk hjelp uavhengig av personlig økonomi, og anførte følgelig overfor komiteen at vi ønsket det foreslåtte tak 2 velkommen. Når det gjelder den foreslåtte heving av Tak 1 med 500 kroner sa Legeforeningen på møtet at en 37% økning i egenandelstaket er en historisk høy økning i løpet av ett år, og vil ramme mange funksjonshemmede og kronisk syke hardt. Det er urimelig at regningen for å innføre tak 2 skal belastes mange gamle og kronisk syke som ligger over tak 1 i kostnader, men ikke når opp i tak 2.

12.2 Organisasjonskontakt – Stortingskomiteer, departement, Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet

12.2.1 Stortingskomiteer

Legeforeningen har i løpet av året hatt flere høringsmøter med sosialkomiteen, både vedrørende statsbudsjettet og i forbindelse med høringer knyttet til NOUer, stortingsmeldinger og proposisjoner. I tillegg arrangerte Legeforeningen et seminar for Stortingets sosialkomité og Den norske lægeforening 31.1. 2002 der temaene bl.a. var:

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Hvor langt er reformen kommet og hvilke utfordringer ligger foran oss for å kunne nå intensjonene med reformen.

Helsetjenester for eldre. Situasjonen i dag? Hva kan og må gjøres?

Rusmiddelomsorgen. Hvordan etablere en god helsetjeneste for rusmisbrukere.

Fastlegeordningen og legevaktsproblematikken.

Ved siden av slike formelle møter har det vært en rekke uformelle kontakter mellom representanter for Legeforeningen og enkeltpersoner i stortingskomiteer og fraksjoner i Stortinget.

12.2.2 Departementer, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet

Legeforeningen har deltatt på flere møter og seminarer med Helsedepartementet, Sosialdepartementet, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med aktuelle helsepolitiske spørsmål, meldings- eller forskriftsarbeid.

12.3 Organisasjonskontakt – Akademikerne

12.3.1 Akademikernes utredningsnettverk

Det har ikke vært møter i perioden.

12.3.2 Akademikernes faggruppe helsepolitikk.

Legeforeningen har sekretariatansvar for faggruppen, som ble opprettet vinteren 2001 for å supplere Akademikernes sekretariat (faggruppen må ikke forveksles med Akademikerne helse, som er forhandlingsorganisasjonen). Gruppens første oppdrag var å utforme utkast til policynotat som ble vedtatt i Akademikernes styre vinteren 2002. Faggruppen har i 2002 forberedt konferansen "Et mer inkluderende arbeidsliv – for alle?" som ble arrangert av Akademikerne 11. september. Faggruppen har hatt fire møter i perioden.

12.4 Legemiddelområdet

12.4.1 Legemiddelutvalget

Utvalget har ikke hatt møter i perioden, da de ulike høringer og problemstillinger som er kommet inn vedrørende legemiddelområdet har vært vurdert til å bli tilfredsstillende kommentert fra de ulike spesialforeninger og yrkesforeningene.

Utvalget består av Georg Sager (leder), Erik F. Ellekjær, Ola Jøssang, Ingrid Os, Trine Bjørner og Terje Vigen.

12.4.2 Kartlegging av økonomisk støtte til legers videre- og etterutdanning.

Som oppfølging i arbeidet med retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri, samt diskusjon på landsstyremøtet 2002 er det etablert en arbeidsgruppe med deltagere fra Legemiddelindustriforeningen (LMI) og Legeforeningen som skal kartlegge den økonomiske støtte til legers videre- og etterutdanning. Det dreier seg om støtte gitt via Legeforeningens fond samt støtte gitt fra legemiddelindustrien til kurs og utdanningsaktiviteter som er godkjent i relasjon til reglene for meritering i spesialistutdanning. Arbeidet startet opp høsten 2002 etter initiativ fra Legemiddelindustriforeningen.

12.5 Statusrapport for helsetjenesten

Gjennom tema for de årlige statusrapportene gir Legeforeningen viktige signaler om hva vi mener er forsømte områder i helsetjenesten, og hva som nå bør løftes frem og prioriteres i sterkere grad. Legeforeningen har til nå utgitt tre statusrapporter. "En sammenhengende helsetjeneste. Fra stykkevis og delt, til fullt og helt" kom i oktober 2000, mens "Når du blir gammel og ingen vil ha deg" kom i oktober 2001.

Den tredje rapporten som kom i oktober 2002, hadde tittelen "Mot i brystet ... stå i ben og armer?" og hadde helsetjenester for ungdom som tema. Rapporten belyser at mange ungdommer legger til seg en livsstil som er skadelig på sikt. Røyking og alkoholbruk, seksualvaner, kosthold og fysisk aktivitet er alle eksempler på vaner som etableres i ungdomsårene, og som vi i stor grad tar med oss inn i voksenlivet. Til tross for ulike forebyggende tiltak ser vi at unge i Norge røyker mer enn unge i andre land, forbruket av alkohol har økt dramatisk de siste årene og det er en jevn økning i bruken av narkotiske stoffer. Videre viser ulike undersøkelser at de unges matvaner er uheldige og at mange er for lite fysisk aktive. Selv om man ikke skal glemme at mange ungdommer har en helsemessig gunstig livsstil, har andre en livsstil som er helsemessig ugunstig. På den forebyggende arena er det derfor neppe grunn til å hevde at målene er nådd med de tiltak som hittil har vært valgt. I tillegg sliter mange unge med helseproblemer som er spesielt utbredt blant unge mennesker, for eksempel spiseforstyrrelser, seksuelt overførbare sykdommer, ulykker og mentale lidelser inkludert depresjon og ønske om å ta sitt eget liv. Ungdom er også spesielt utsatt for ulykker. Videre er mobbing i skolen et økende problem. For mange unge kan skolehverdagen innebære en helsemessig belastning.

Til tross for at ungdomsårene regnes som en tid med god somatisk helse og lavt forbruk av helsetjenester, er det med andre ord flere forhold som gir grunn til bekymring. For å bedre situasjonen trengs det innsats på mange områder. De viktigste arenaene for forebyggende og helsefremmende arbeid ligger utenfor helsetjenesten, samtidig som resultatene av mangelfull forebygging og helseskadelig atferd ofte havner på helsetjenestens bord.

I rapporten løfter Legeforeningen frem to områder i helsetjenesten der det trengs en særskilt innsats nå: Kapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien må få et vesentlig løft.

Kunnskapen om ungdom og deres helseproblemer må økes på alle nivåer i helsetjenesten.

Det må opprettes regionale kompetansesentre i ungdomsmedisin bygget rundt de tre faglige kjernekomponentene allmennmedisin, barne- og ungdomspsykiatri og pediatri.

12.6 Informasjonsteknologi

12.6.1 Informasjonsteknologi i helsevesenet. Legeforeningens engasjement.

På oppdrag fra sentralstyret utarbeidet to prosjektarbeidere i 1999 rapporten *Informasjonsteknologiens innflytelse på den medisinske hverdag – forslag til engasjement og koordinering av arbeidet med informasjonsteknologi*. Rapporten gir konkrete tilrådinger på hvordan Legeforeningen bør håndtere IT-relaterte spørsmål. På grunnlag av rapporten har det vært foreslått forskjellige tiltak for sentralstyret, men det har vist seg vanskelig å finne økonomisk dekning for tiltakene. Sentralstyret vedtok høsten 2001 å utsette saken inntil spørsmålene var drøftet i møte med representanter fra yrkesforeningene og de store spesialforeningene. Dette møtet ble arrangert i februar 2002, og det ble fra flere hold fremholdt at Legeforeningen må holde seg orientert for å kunne være pådriver og premissleverandør for myndigheter og leverandører. Det ble etterlyst samordning av den kompetansen som finnes blant legene. Konferansen ble etterfulgt av en henvendelse fra lederne i Aplf, Namf, OLL og NSAM til Legeforeningen med ønske om at primærlegenes behov ble ivaretatt. Sentralstyret vedtok 25.4. 2002 å opprette et IT-utvalg (se egen sak under kapittel 11 Legeforeningens organisasjon).

12.7 Statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten

Legeforeningen ga tidlig sin prinsipielle støtte til statlig overtagelse av sykehusene og innføring av en foretaksmodell fordi dette kunne føre til klarere ansvarsforhold, mindre "svarteperspill" mellom forvaltningsnivåene, legge til rette for at sykehusene kunne bli mer selvstendige gjennom utvidede fullmakter og dreie styringen over mot overordnede rammer. Samtidig pekte Legeforeningen på at de strukturelle reformer som gjennomføres må kombineres med en innholdsreform som tar utgangspunkt i de faglige aspektene i helsetjenesten. Legeforeningen har uttrykt at foreningen ønsker å bidra til at reformen blir vellykket og at de faglige aspektene får større gjennomslagskraft. Til tross for at foretakenes økonomiske situasjon gir grunn til bekymring, gir flere av regionsutvalgene tilbakemelding om at de opplever at faglige vurderinger får langt større gjennomslagskraft i den nye foretaksstrukturen enn det hadde tidligere.

12.7.1 Forskrifter til helseforetaksloven – høring

Legeforeningen mottok utkast til forskrifter til helseforetaksloven i slutten av januar 2002. Etter intern høring og drøftinger med andre organisasjoner som også blir berørt av forskriften, meldte Legeforeningen tilbake til Helsedepartementet de felles synspunktene vi hadde kommet frem til i dialogen med de andre organisasjonene: Skille mellom heltids- og deltidsstillinger må strykes. Alle ansatte må oppebære fulle rettigheter ved valg av sin ansatterepresentant. De ansatte må ha direkte krav på representasjon i helseforetak på samme måte som i regionale helseforetak, jf forslaget §4. Regelen om valg i valgkretser er både uklar og uten klar målsetting. Det foreslås at denne med fordel strykes.

12.7.2 Seminarer med ansatterepresentanter, interimutvalg/regionsutvalg.

I årsmeldingsperioden har det vært gjennomført flere seminarer med ansatterepresentantene i de regionale helseforetakene og i helseforetakene, samt medlemmene i interimutvalgene/regionsutvalgene. Tema har bl.a. vært funksjonsfordeling, nytt avtaleverk, ansattes og tillitsvalgte taushetsplikt, forholdet mellom første- og annenlinjetjenesten, samt økonomisk styring. I tillegg er det avholdt regionale møter mellom ansatterepresentanter og interimstyrene.

12.8 Uttalelser til offentlige utredninger m.v.

12.8.1 Høring - Forslag til statlig overtagelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere

Rusreform I - overføring av ansvaret for spesialiserte behandlingstilbud til rusmisbrukere fra fylkeskommunene til de statlige helseforetakene ble sendt på høring januar 2002.

Legeforeningen uttalte støtte til forslaget, og viste til at foreningen også tidligere hadde anbefalt at ansvaret for spesialisert behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere overføres fra fylkeskommune til stat.

Legeforeningen bemerket imidlertid i uttalelsen at det foreliggende forslag hadde flere svakheter som burde rettes opp. Det foreslås i høringsnotatet at bare deler av fylkeskommunen ansvar skal overføres; fylkeskommunen skulle bl.a. beholde ansvaret for døgninstitusjoner som driver avrusing som ikke krever spesialisthelsetjenester og tiltak med kompetanse i forhold til omsorg og sosial- og arbeidsrettet rehabilitering. Legeforeningen mente i sin høringsuttalelse at en tredeling av ansvaret for rusmiddelmisbrukere er uhensiktsmessig, og at fylkeskommunens ansvar bør fjernes.

Høringsnotatet foreslo videre å overføre ansvaret for tvangstiltak til staten. Legeforeningen støttet prinsipielt dette. Videre ba departementet om høringsinstansenes syn på om det bør lovfestes en plikt til at legen skal uttale seg i tvangssaker. Dette gikk Legeforeningen sterkt imot da det vil være en uthuling av taushetsplikten.

Formuleringene i høringsnotatet indikerer videre at fastlegen skal være forpliktet til å skrive ut substitusjonsmedikamenter, på vegne av kommune i de tilfeller Sosialdepartementet, gjennom regionale metadonsentra, har bestemt at slik forskrivning er nødvendig helsehjelp.

Legeforeningen uttalte at all legemiddelassistert rehabilitering ikke er nødvendig helsehjelp, og at staten forsøker å løse sitt samfunnsetiske problem uten å drøfte de legeetiske konsekvensene.

12.8.2 Forskrift om oppsøkende genetisk virksomhet

Bioteknologilovens §6.A.1 ble endret i 2000 og det ble regulert i hvilken grad en lege kunne ta kontakt med en pasients slektninger for å informere dem om mulig disposisjon for arvelige sykdommer. Med hjemmel i denne paragrafen gir departementet forskrift om hvilke sykdommer som kan gjøres til gjenstand for oppsøkende genetisk virksomhet. Disse er delt i tre hovedgrupper – kreft, hjertesykdom og farmakogenetikk. Det presiseres at oppsøkende virksomhet kun skal skje der det etter en konkret individuell vurdering finnes at vilkårene i bioteknologiloven er oppfylt. I sin høringsuttalelse stilte Legeforeningen seg tvilende til om det var hensiktsmessig å ha en liste over sykdommer der oppsøkende genetisk virksomhet kan være aktuelt og det foreslås at det etableres meldeplikt til Helsetilsynet når oppsøkende virksomhet skjer.

12.8.3 Forskrift vedrørende blåreseptordningen

Høringsnotatet var en oppfølging av Ot.prp. nr. 61 (2000-2001) om lov om endringer i apotekloven og legemiddeloven. Det er lagt til grunn at legemiddelpolitikken skal bygge på at befolkningen i alle deler av landet skal få rimelig lett og sikker adgang til effektive og sikre legemidler til lavest mulig pris. Det skal sikres en forsvarlig og medisinsk legemiddelbruk så vel i og utenfor institusjon. Ressursene skal være hensiktsmessig fordelt innenfor legemiddelsektoren.

Det har dessuten vært en forutsetning at kriteriene for opptak i blåreseptordningen har vært for uklare og at dette må korrigeres i et nytt utkast. Foruten kriterier for opptak peker høringsnotatet også på at det har vært en målsetting å få klarere saksbehandlingsregler og prosedyrer både for refusjonspris, klagebehandling og opprettelse av en blåreseptnemnd. Det foreslås videre at det ikke skal kunne forskrives legemidler på blå resept dersom intensjonen er primærforebygging (av friske personer) eller rehabilitering.

I sin høringsuttalelse uttrykker Legeforeningen at den er enig i de generelle retningslinjer for hva som skal legges til grunn for nye legemidler på blå resept. Det understrekes at det må være klare kriterier for opptak i ordningen samt at refusjonsverdige legemidler så raskt som mulig må komme inn under ordningen. Etter det anga foreningen konkrete kommentarer til enkelte forslag i utkastet.

12.8.4 Fastsettelse av indekspris for et utvalg generiske legemidler

Helsedepartementet mente at det er et relativt stort potensiale for mer generisk bytte i apotek og ønsker derfor å etablere en indeksrefusjon ut fra en indekspris. Med indekspris menes at det for en byttegruppe (gruppe av legemidler som er byttbare og som inngår i byttelisten publisert av Legemiddelverket) etableres en pris som Rikstrygdeverket refunderer apotekene, uavhengig av hvilket legemiddel innenfor byttegruppen som apoteket faktisk selger til kunden. Dette betyr at dersom apoteket i en transaksjon selger et legemiddel innenfor byttegruppen som har en høyere pris en indeksprisen, påføres apoteket i denne transaksjonen et økonomisk tap som må dekkes av apoteket selv. Dersom apoteket alternativt velger å utlevere et legemiddel som har en lavere pris en indeksprisen vil apoteket på den annen side øke sin fortjeneste ved at apoteket beholder hele differansen mellom indekspris og faktisk pris.

Legeforeningen påpekte i sin høringsuttalelse at systemet har helt uoversiktlige konsekvenser, særlig med hensyn på riktig legemiddelbruk og påpekte at det ikke var foretatt en faglig vurdering av hvilke konsekvenser en slik generisk substitusjon vil medføre. Legeforeningen mener at dette uten tvil vil medføre økt feilbruk av legemidler. Foreningen er også uenig i at apotekets meldeplikt til rekvirerende lege når annet legemiddel enn de forskrevne blir utlevert skal opphøre.

12.8.5 Forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsedepartementet hadde utarbeidet forslag til ny felles forskrift. Departementet begrunner felles forskrift med at de ønsker å sikre at eksisterende tilbud til gravide, barn og ungdom 0–20 år fremstår som et helhetlig og samordnet tilbud gjennom svangerskapsomsorg, helsestasjon for barn og ungdom og helsetjeneste i skoler. Forskriften forslås hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven. Som bakgrunn for forskriften redegjør departementet for at mange barn og unge sliter med problemer og plager av psykisk og somatisk art. Dessuten viser undersøkelser at mange barn og unge utvikler en helseskadelig livsstil. Helsedepartementet skriver at det derfor er viktig at helsefremmende og forebyggende tiltak i helsestasjon og skole ses i sammenheng og inngår i et helhetlig tilbud i kommunene. Det foreslås forskriftfesting av svangerskapsomsorg ved helsestasjon for å sikre like rettigheter for gravide over hele landet. Det forskriftsfestes helsestasjonstjeneste for ungdom som også skal gjelde elever i videregående skole. For at målgruppene på landsbasis skal sikres like rettigheter er det etter Helsedepartementets syn behov for å forskriftsfeste helsestasjon, og utkastet spesifiserer hvilke tiltak skolehelsetjenesten og helsestasjonen for ungdom skal tilby. Videre forskriftsfestes barnevaksinasjonsprogram. Departementet skriver at vaksinasjonsdekningen må holdes på et høyt nivå for å opprettholde flokkbeskyttelse som virkemiddel for å unngå epidemier og det er derfor etter departementets syn viktig å stadfeste vaksinasjonens betydning ved å forskriftsfeste vaksinasjonsprogrammene.

I sin høringsuttalelse uttalte Legeforeningen at det er positivt at departementet ønsker å sette primærhelsetjenestens ansvar for barn og unge i et helhetlig perspektiv. Det ble avgitt kommentarer til enkelte punkter i forslaget, spesielt ble det påpekt manglende omtale av fastlegens rolle og funksjon i dette arbeidet.

12.8.6 Forskrifter til pasientskadeloven

Helsedepartementet hadde sendt utkast til forskrifter til den nye pasientskadeloven. Forskriftene gjelder Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og Pasientskadenemnda og forsikringsplikt for helsepersonell og det som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten. Departementet opplyste at pasientskadeloven i stor utstrekning bygger på reglene for den midlertidige ordningen med norsk pasientskadeerstatning, men har fått et videre innhold. Det gis bestemmelser om forskriftens innhold, definisjoner og Norsk pasientskadeerstatnings ansvar og oppgaver samt om oppnevning og sammensetning av Pasientskadenemnda. Om siste foreslås det at det som medisinsk sakkyndig oppnevnes leger med erfaring fra ulike fagområder samt at det også kan oppnevnes helsepersonell med annen helsefaglig kompetanse. I forskrift om forsikringsplikt skriver departementet at det gis bestemmelser om plikt til å tegne forsikring for å dekke ansvar etter pasientskadelovens og helsepersonellovens bestemmelser. Det gis bestemmelser om godkjenning av forsikringsgiver og forsikringsvilkår og det gis bestemmelser om pasientforsikringsforening. Det fremgår at Sosial- og helsedirektoratet skal godkjenne forsikringsgivere. I sin høringsuttalelse påpekte Legeforeningen en rekke hovedproblemer, bl.a. uklar avgrensning av hva som er offentlig helsetjeneste, uklarhet om forsikringsbehov for privatpraktiserende helsepersonell samt om pasientens adgang til å forholde seg til privatpraktiserende helsepersonell personlig. Det ble også påpekt at det var en urimelig regulering av forsikringsplikt for forhold knyttet til fritid samt uklarhet om uavhengighet til Norsk pasientskadeerstatning.

I uttalelsen anmodet Legeforeningen om et møte med departementet og NPE. Representanter for Legeforeningen møtte i departementet og utdypet noen av synspunktene ovenfor.

Da loven ble innført fra årsskiftet 2002/2003 var deler av forslaget ikke med i den endelig loven. Dette gjaldt bl.a. bestemmelsen om forsikringsplikt og avgrensning av forsikringsdekninger under NPE.

12.8.7 Lov om rettigheter for og begrensning og kontroll ved bruk av tvang m.v. overfor personer med demens

Sosialdepartementet skrev bl.a. følgende om bakgrunnen for lovforslaget: "Det er etter gjeldende regelverk uklart om og i hvor stor grad det kan gripes inn med tvang. Tjenesteyterne vil i mange tilfeller mangle rettslig grunnlag for tiltak som ut fra en faglig og etisk vurdering er nødvendig å bruke for å sikre demente nødvendig pleie og omsorg og hindre at de utsetter seg selv eller andre for skade. Dagens regelverk gir også dårlig beskyttelse mot overgrep og vilkårlighet og ivaretar derfor ikke rettssikkerheten for demente godt nok." Lovutkastet foreslår bl.a. regler om følgende: Samtykke og representasjon, bruk av tvang i skadeavvergende tiltak, bruk av tvang i omsorgstiltak, bruk av beskyttelsestiltak, flytting/tilbakeholdelse i bolig for person med behov for heldøgntjenester. Forslaget omfatter ikke bruk av tvang for å gjennomføre medisinsk undersøkelse og behandling. Loven hjemler kun tvangsbruk overfor personer med diagnosen demens. Med unntak av skadeavvergende tiltak skal det foreligge et vedtak fattet av den som kommunen har gitt det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. All bruk av tvang skal journalføres og systematisk evalueres. Fylkesmannen/fylkeslegen skal overprøve vedtak om opphold og tilbakeholdelse i bolig for personer med bruk for heldøgntjenester.

I sin høringsuttalelse konkluderte Legeforeningen med at lovutkastet ikke tilfredsstillte de rettssikkerhetskrav og krav til menneskerettighetsvern som vi mener må være grunnleggende for å unngå at lovgivning faktisk bidrar til en legalisering av uakseptable forhold.

Det ble videre gitt kommentarer til den forventete ressursbruk samt behovet for styrking av legetjenester innen helsetilbudet til eldre.

12.8.8 Andre høringer i perioden

- Utkast til forskrift om lokal luftkvalitet
- Sykehus og universitet i Trondheim. Dragvoll-utredningen.
- Forbud mot erverv, bruk og besittelse av dopingmidler
- Utvalg som har hatt til oppgave å gjennomgå landets operative rednings- og beredskapsressurser
- Retningslinjer for oppfølging av strømutrykninger (inkludert lynnedslag)
- Utkast til protokoll om biomedisinsk forskning til Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin
- Høringsnotat om forbud mot terapeutisk kloning m.m.
- Salg av reseptfrie legemidler utenom apotek.
- Forskrifter til helseforetaksloven
- Medisinsk-faglig innhold i epikriser. "Den gode epikrise"
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Samordning av regelverk for telemedisin
- Utkast til forskrift om miljørettet helsevern
- Evaluering av Idébanken for sykefraværsarbeidet.
- Samlet plan for forvaltning av kompetansesenter med ansvar for sjeldne funksjonshemninger
- Kravspesifikasjon for dokumentasjon av forskrivning og administrasjon av legemidler m.v.
- Forslag til endringer i forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter
- Retningslinjer for bruk av tannrestaureringsmaterialer.
- Nasjonal handlingsplan. Forebygging av osteoporose og osteoporotiske brudd.
- Forslag til bransjekrav for legekantor/legevakt i Miljøfyrtårnprosjektet

12.9 Medisinsk-teknisk utvalg med vekt på gen- og bioteknologi

I sentralstyrets møte 20.3. 2002 drøftet sentralstyret konsekvenser for medisinsk praksis av den nyere medisinsk-teknologiske utvikling. Særlig ble det pekt på etiske problemer knyttet til gen- og bioteknologi. Med utgangspunkt i regjeringens planlagte oppfølging av utredningen om biobanker og medisinsk bruk av bioteknologi vedtok sentralstyret å oppnevne et ad-hoc-utvalg for inneværende sentralstyreperiode som skal vurdere konsekvensene for medisinsk praksis av den medisinsk-teknologiske utvikling særlig med hensyn på etiske problemstillinger.

Utvalget er oppnevnt etter forslag fra Norsk forening for medisinsk genetikk, Rådet for legeetik, LVS og Aplf. Utvalgets mandat er: "Utvalgets oppgave skal være rådgivende for sentralstyret i spørsmål som særlig angår gen- og bioteknologi, og utforme grunnlagsdokumenter for Legeforeningens policy innenfor dette spesielle området".

Sentralstyret oppnevnte Hans Einar Krokan, Trond Markestad, Mette Walberg, Otto Mathisen, Anna Bofin og Mette Walberg til utvalget. Utvalget konstituerte seg med Nina Øyen som leder. Jorunn Fryjordet er sekretær. I perioden har utvalget hatt tre møter, og har bl.a. gitt synspunkter på høringsnotat om Lov om medisinsk bruk av bioteknologi.

13 Forebyggende og helsefremmende arbeid

”Forebyggende og helsefremmende arbeid gir størst gevinst for folkehelsen.

Forebyggende og helsefremmende arbeid skal være en del av helsetjenesten på alle nivåer.

Legeforeningen skal levere medisinske premisser for samfunnsplanlegging som ivaretar forebyggende og helsefremmende arbeid.”

13.1 Nasjonalforeningen for folkehelsen

Legeforeningen er representert i Nasjonalforeningens landsstyre ved Hans Asbjørn Holm med Terje Vigen som vararepresentant.

13.2 Elisabeth og Knut Knutsens O.A.S fond for kreftforskning

Sentralstyret har oppnevnt Jan Nesland og Ingebjørg Storm-Mathisen til å bestemme hvilke søkere som skal tildeles midler fra fondet en gang årlig. Komiteen er oppnevnt for perioden 2002–2003.

Økonomiforvaltning og regnskapsførsel for dette fond ivaretas av sekretariatet.

13.3 Dnlfs og LMIs råd for legemiddelinformasjon

Rådet for legemiddelinformasjon er opprettet i henhold til samarbeidsavtalen mellom Den norske lægeforening og Legemiddelindustriforeningen av desember 1999. Rådet skal forvalte forståelsen av denne avtalen.

Legeforeningen har i perioden vært representert i Rådet for legemiddelinformasjon ved klinikkoverlege Else Wiik Larsen og overlege Erik F. Ellekjær. Legemiddelindustriforeningen har også to medlemmer i rådet. Ett medlem representerer Funksjonshemmedes fellesorganisasjon. Rådets leder oppnevnes av LMI og Legeforeningen i fellesskap og har ingen relasjon til de to foreninger. Lagdommer Hans Kr. Bjerke har vært rådets leder i perioden. Legeforeningen har tatt initiativ til revisjon av samarbeidsavtalen mellom Dnlf og LMI. Dette arbeidet er ikke avsluttet i perioden.

13.4 Den norske kreftforening

Legeforeningen er i perioden 2000–2003 representert i Den norske kreftforenings representantskap ved Magne Nylenna.

13.5 Den norske lægeforenings rusmiddelpolitisk utvalg

Utvalget har som mandat å være et rådgivende organ for sentralstyret i spørsmål som gjelder rusmidler. Utvalget skal ha sin oppmerksomhet rettet mot forhold av betydning når det gjelder rusmidler og helse. Spesielt skal utvalget arbeide for at legers kunnskaper om skadevirkninger av rusmidler blir ivaretatt i tilstrekkelig grad i grunn-, videre - og etterutdanning.

Utvalget har i perioden bestått av Tone Tveit (leder), Jens Chr. Bull Engelstad, Erik Waale Næss, Svein R. Steinert, Laine Wannstam og Arne Johannesen. Guri Spilhaug ble medlem av utvalget i november. Kari Bolling i Legeforeningens sekretariat var utvalgets sekretær fram til

september, etter dette er oppgaven overtatt av Kristin Thoresen.

Utvalget har i perioden hatt fem møter, derav ett heldagsmøte.

Det nye utvalget har arbeidet med klargjøring av mandatet i forhold til ny helsepolitisk situasjon på rusfeltet. Utvalget har avgitt uttalelse til Legeforeningen i forbindelse med høringer om ”Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for helsetjenesten for rusmiddelmissbrukere”. Utvalget har arbeidet med spørsmålet om revurdering av behovet for ny spesialitet i rusmedisin, med behovet for systematisering av videre- og etterutdanning om russpørsmål innen andre spesialiteter, og vurdering av organisering av helsetjenesten for rusmisbrukere. Utvalget ga uttalelse til Sentralstyret i desember 2002 om disse spørsmål.

13.6 Akademisering av samfunnsmedisin

I 1993 vedtok sentralstyret i Legeforeningen å donere midler til opprettelse av professoratstillinger i samfunnsmedisin og miljømedisin ved to universiteter. Det ble etter søknad foretatt en vurdering og sentralstyret valgte å gi midler til Universitetet i Oslo og NTNU i Trondheim over en femårs periode. Stillingene ble i hovedsak besatt i 1997–98. På grunn av fondenes økonomiske stilling på slutten av 1990-tallet vedtok sentralstyret å fryse nivået på utbetalinger til akademiseringen av samfunnsmedisin per 15.1.1999.

Det er således nå utløpt alle økonomiske forpliktelser vedrørende akademisering av samfunnsmedisin som Legeforeningen påtok seg.

Når det gjelder å vurdere resultatet av den satsing som Legeforeningen gjorde er det klare ulikheter mellom Universitetet i Oslo og NTNU. Førsteprioritet ved NTNU har vært å bygge opp forskningsaktiviteter innenfor anvendt samfunnsmedisin som kan rekruttere nye samfunnsmedisinere som tilegner seg akademisk kompetanse og som igjen vil være nye miljøbyggere. Det er i alt 12 stipendiater ved NTNU innenfor ulike forskningsfelt som er i ferd med å kvalifisere seg for akademiet. Universitetet har likeledes forsikret Legeforeningen om at de vil videreføre de stillinger som Legeforeningen hadde initiert.

Ved Universitetet i Oslo har de beklaget at de ikke så noen mulighet til å videreføre stillingen som professor i akademisk samfunnsmedisin, og som opphørte 15.1.2002. Universitetet har imidlertid fremhevet at den donasjon som Legeforeningen hadde gitt ikke på noen måte hadde vært forgjeves. De prosjekter som hadde startet både innenfor universitetet og som en del av arbeidet ved Folkehelsa ville tjene samfunnsmedisinen både på kort og lang sikt.

14 Internasjonalt arbeid

”Legeforeningen vil delta i internasjonalt samarbeid om helsefaglige og helsepolitiske temaer.

Legeforeningen vil bidra til at leger uten hindringer kan yte hjelp der det er behov, og at legehjelp gis i samsvar med anerkjente etiske prinsipper.”

14.1 Generelt

Den norske lægeforening har ikke organisert sitt internasjonale arbeid som et separat arbeidsområde verken i form av egne politiske organer eller internt i sekretariatet. I stedet anses internasjonalt engasjement og internasjonalt samarbeid som en naturlig og integrert del av Legeforeningens virksomhet både i medisinsk-vitenskapelig sammenheng, i helsepolitiske fora og i mer fagforeningsorienterte spørsmål.

Arbeidet foregår stort sett på tre forskjellige plan: I nordisk sammenheng, på europeisk plan, og gjennom WMA (World Medical Association) i et globalt perspektiv. Legeforeningen har selv sagt også et ad hoc-samarbeid med en rekke andre legeforeninger og andre organisasjoner i utlandet.

I en stadig mer globalisert verden er internasjonalt samarbeid viktig både for å få innsikt i de utviklingstrekk som også kan forventes å nå vårt eget land, for å utvikle allianser som kan komme Legeforeningen til nytte i vårt nasjonale arbeid og (om enn i beskjedne grad) være med å påvirke den internasjonale utvikling. Viktige temaer i Legeforeningens internasjonale arbeid er særlig medisinsk etikk og menneskerettighetsspørsmål. I europeisk sammenheng er spørsmål omkring legers grunn-, videre- og etterutdanning, kvalitetssikring og standardiseringsarbeid særlig viktig, men også spørsmål av betydning for legers lønns- og arbeidsforhold har mange internasjonale aspekter. Legerollen er under endring i store deler av verden og kunnskap om sammenhengen mellom rammevilkårene for legers yrkesutøvelse, fagets innhold og legerollen er avgjørende både for legestandens og Legeforeningens videre veivalg.

14.2 Nordisk samarbeid

14.2.1 Nordisk legeråd

Samarbeidet mellom de nordiske legeforeninger er videreført i en positiv samarbeidsånd. Det har i 2002 vært avholdt to styremøter i Nordisk legeråd, 5. februar i Reykjavik og 5. september i Åbo.

Hvert annet år holdes det felles sentralstyremøter mellom de nordiske legeforeninger, og i 2002 skulle dette møtet holdes i Bergen. På grunn av hotellstreik ved enkelte hoteller måtte dette i all hast flyttes til Soria Moria som hadde mulighet for å ta imot forsamlingen på kort varsel. Til tross for en endring av møtested i hui og hast ble det et vellykket møte der hovedtemaene var pasientsikkerhet, finansiering og strukturering av helsevesenet og sammenligning av helselovgivningen i de nordiske landene.

14.2.2 Samnordisk arbeidsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)

Sentralstyrene i de nordiske lands legeforeninger nedsatte i Åbo i Finland i 1976 et felles arbeidsutvalg til å arbeide med prognoser for legemarkedet samt med spørsmål i tilknytning til spesialistutdanningen.

Denne arbeidsgruppen har annet hvert år fremlagt en rapport om tilgang og etterspørsel etter

leger i Norden, samt en ajourført oversikt over spesialitetene og innholdet og prinsippene i spesialistutdanningen i de nordiske land og informasjoner om spesialistutdanning i EØS-området.

De seneste rapportene ble fremlagt for og godkjent av Nordisk legeråd i Oslo 21.– 23.5. 2002.

Rapporten over legemarkedet inneholder en beregning av tilgang av og etterspørsel etter leger frem til år 2020, både for hvert land og for Norden som helhet. Rapporten er en trendfremskrivning basert på nåværende data og utvikling.

Den siste rapporten om legemarkedet fra mai 2002 viser for Norden samlet et synkende underskudd av leger og tilnærmet balanse mellom tilbud og etterspørsel mellom 2005 og 2015, med et mulig underskudd igjen etter 2015. Fremskrivningene for Norge skiller seg ut fra de øvrige nordiske landene og påvirker derfor sterkt dette resultatet. Rapporten viser et beregnet overskudd av leger i Norge før 2005, og dette overskuddet øker frem mot 2015. Uten resultatene for Norge ville rapporten vist et økende underskudd av leger i Norden i hele perioden.

Dette betyr at et legeoverskudd i Norge kan absorberes av de øvrige nordiske landene, forutsatt full bevegelighet mellom landene. I Sverige, Danmark og Finland forventes nettotilveksten av yrkesaktive leger ikke å være vesentlig sterkere enn veksten i folketallet relativt sett (og i Sverige svakere enn veksten i folketallet etter 2005), mens nettotilveksten av leger i Norge er mange ganger sterkere enn den relative veksten i folketallet i hele perioden, slik den også har vært i Norge i minst 200 år (dvs. så langt tilbake vi har statistikk for antall leger i Norge). Uten bevegelse mellom landene viser rapporten derfor at antallet innbyggere per yrkesaktiv lege vil synke til 195 i Norge i 2015, mens antallet innbyggere per yrkesaktiv lege vil være 315 i Danmark og Sverige, 325 i Finland og 260 på Island i 2015. Det kan være grunn til å tro at den faktiske utviklingen vil bli noe jevnere mellom landene og at legeoverskuddet i Norge vil bli mindre enn beregnet i rapporten, på grunn av bevegelighet mellom landene og på grunn av de kreftene som vil bli satt i sving som følge av misforholdet mellom tilbud og etterspørsel av leger i Norge. Rapporten er lagt ut på Legeforeningens nettsider:

<http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=450>

Det vises for øvrig til artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 17, 2000 side 2030 og nr. 26, 2000 side 3216 m.v.

Arbeidsgruppen har også fornyet sitt hefte ("Gula boken") med oversikt over spesialistutdanningen og spesialistreglene i de nordiske land supplert med oversikt over spesialitetene i EU-landene.

Siden 1994 utgir arbeidsgruppen også en pamflett med "nordiske legefakta", dvs. tallmateriale over leger i de nordiske land, bl.a. antall leger i de 25 største spesialitetene, opptak til medisinsk studium, antall medisinske fakulteter, antall leger, innbyggere per lege m.v. Den sendes hvert år ut sammen med Tidsskriftet. Denne har imidlertid ennå ikke blitt trykket for 2002 (fordi opplysninger fra Danmark har manglet).

Elisabeth Smith, Anders Taraldset og Einar Skoglund har i perioden deltatt i arbeidet i SNAPS.

14.3 Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter

Utvalget har i perioden bestått av Sverre Varvin (leder), Kristian Hagestad, Birgit Lie, Eline Thorleifsson, Sidsel Rogde og Jan Helge Solbakk. Utvalget har hatt fem møter.

14.3.1 Samarbeid mellom leger i Beograd og i Sarajevo om utdanning av allmennpraktikere i psykiatri

I et samarbeid med medisinske institusjoner og organisasjoner i Sarajevo og Beograd har

utvalget gjennomført et opplæringsprosjekt i psykiatri for allmennpraktikere i de to landene. Hensikten med programmet var å bidra til dialog og samarbeid mellom leger i Bosnia og Hercegovina og Serbia samtidig som det skulle styrke allmennpraktikernes kunnskaper og ferdigheter i diagnostikk og behandling av pasienter med psykiatriske problemer. Evalueringene viste at prosjektet hadde vært vellykket, og det vil bli fulgt opp i 2003. Prosjektet ble finansiert av Utenriksdepartementet.

14.3.2 Prison and health

I samarbeid med Human Right Foundation of Turkey arrangerte utvalget et seminar om "Prison and health" i Izmir 26. – 27.10. 2002. Seminaret var en oppfølging av et tilsvarende seminar i Adana i 2001. Hensikten med seminaret var å vurdere om internasjonale standarder for soningsforhold ivaretar de innsattes behov for helsetjeneste. Det er nedsatt fire arbeidsgrupper som skal bearbeide resultatene fra konferansen, og en vil vurdere å arrangere ny konferanse når rapportene foreligger. Prosjektet ble finansiert av Utenriksdepartementet.

14.3.3 Menneskerettighetsdialog med Kina

Utenriksdepartementet har invitert utvalget til å delta i myndighetenes menneskerettighetsdialog med Kina. Lederen deltok i en rundebordskonferanse i Beijing i juni 2002 og etter denne konferansen ble det besluttet at enkeltorganisasjoner skulle prøve å utvikle prosjekter i samarbeid med tilsvarende kinesiske organisasjoner. Utvalget har opprettet kontakt med den kinesiske legeforeningen og den kinesiske psykiatriske forening for å se på mulighetene av å utvikle et prosjekt innenfor helsetjeneste i fengslene.

14.3.4 Dokumentasjon av torturskader

Utvalget har arbeidet med en sjekkliste som kan brukes av allmennpraktikere for å dokumentere tortur hos asylsøkere. Sjekklisten er beregnet ferdig tidlig i 2003 og vil bli sendt på høring til Alment praktiserende lægers forening, Offentlige legers landsforening og Norsk selskap for allmennmedisin.

14.3.5 Retningslinjer for attester, helseerklæringer og lignende i utlendingssaker

Utvalget har tidligere vært i møte med Utlendingsnemnda om å bedre kvaliteten på helseattester i utlendingssaker. Høsten 2002 tok Sosial- og helsedirektoratet initiativ til å utarbeide nye retningslinjer og utvalget bidrog i dette arbeidet sammen med Utlendingsnemnda og Norsk psykologforening.

14.3.6 Høring – Protokoll om biomedisinsk forskning

Utvalget har avgitt høringsuttalelse på protokoll om biomedisinsk forskning.

14.3.7 Utdanningsprogram for fengselsleger

Utvalget har i samarbeid med en rekke andre organisasjoner arbeidet med et utdanningsprogram for fengselsleger på Internett. Programmet ventes ferdig sommeren 2003.

14.4 Seminarer i Russland om norsk helselovgivning.

Etter invitasjon fra Senter for medisinske studier i Moskva v/Universitetet i Oslo har Legeforeningen i samarbeid med Helsetilsynet, Universitetet og Verdens Helseorganisasjon deltatt i planlegging og gjennomføring av en serie seminarer om norsk helsevesen og helselovgivning. Det 8. seminaret fant sted i januar 2002 i Saratov. Tema var orientering om den norske velferdsstat og helsevesenet, struktur på norsk helselovgivning samt prinsippene for regulering av helsepersonells yrkesutøvelse med vekt på spørsmål om profesjonelle standarder

og lovregulering. Pasientrettigheter og smittevernlovgivning ble spesielt omtalt. Fra Legeforeningen deltok Audun Fredriksen.

14.5 European Forum of National Medical Associations and World Health Organisation (EFMA/WHO)

EFMA er et samarbeidsforum mellom de nasjonale europeiske legeforeninger og Verdens Helseorganisasjons Europakontor. Det er et møtested hvor politiske trender kan drøftes og WHO kan fremlegge sine synspunkter på utviklingen av helsetjenestene som utøves overfor befolkningen i regionen. Dessuten er det et viktig møtested for representanter fra legeforeninger i ulike land i Europaregionen. Møtene holdes som et årlig arrangement og mellom forummøtene drives dette samarbeidet av et arbeidsutvalg (Liaison Committee) som forbereder neste års møte. Hovedtema for disse møtene har vært kvalitetssikringsarbeid, utdanning, epidemiologiske forhold, arbeid mot tobakk og helsetjenestens arbeidsbetingelser i krigsrammede områder. Den norske lægeforening utarbeider på vegne av forumet hvert år en håndbok om de europeiske legeforeninger der det fremgår hvem som er president, visepresident, generalsekretær og lignende, samt hvilke aktiviteter som drives av den enkelte forening. Terje Vigen deltar som observatør i Liaison Committee. Forummøtet i 2002 ble holdt i Wien, og Hans Kristian Bakke, Magne Nylenna og Terje Vigen representerte Legeforeningen.

14.6 World Medical Association (WMA)

2002 ble et normalt driftsår for WMA. Det ble avholdt to møter i organisasjonen, ett Council-møte i Ferney Voltaire i Frankrike i april og et Assembly-møte i Washington i oktober. På møtet i Washington ble det foretatt viktige tilføyelser til Helsinki-deklarasjonen. I tillegg til dette ble det vedtatt en rekke nye deklarasjoner som omhandler drap på jentefoster, politisk misbruk av psykiatrien, bruk av biologiske våpen, pasientsikkerhet, kvinners rett til helsetjenester og hvordan dette relateres til forebyggelse av mor til barn HIV-infeksjon. Det ble også utarbeidet en erklæring om sikre injeksjoner, som kolleger i U-land sterkt ønsket seg. I tillegg ble det utarbeidet en ny uttalelse om helsedatabaser og pasientkonfidensialitet. Denne saken om helsedatabaser og WMAs behandling av den, har vært av avgjørende betydning for håndteringen av helsedatabaser i Island.

Dr. Kati Myllymäki fra den finske legeforening ble valgt til president for WMA for perioden 2002–2003, og dr. Appleyard fra den britiske legeforening ble valgt til president for perioden 2003–2004. Legeforeningens representanter på møtet var president Hans Kristian Bakke, generalsekretær Magne Nylenna og Harry Martin Svabø som er Council Member og Chairman of Medical Ethics Committee frem til mai 2003.

14.7 Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO)

UEMOs oppgave er blant annet å bidra til at allmennlegetjenesten i Europa holder en høy standard, og å ivareta allmennmedisinske interesser i det europeiske helsevesen.

UEMO var opprinnelig en sammenslutning av allmennpraktikernes yrkesorganisasjoner i EU. Etter hvert er de alle fleste Vest-europeiske- og noen Øst-europeiske land blitt medlemmer. UEMO har nå 20 medlemsland.

Norge bindes av vedtakene i UEMO og EU gjennom EØS-avtalen, og det er derfor viktig å være med på å legge premissene for vedtakene gjennom medlemskap og deltakelse i UEMO.

Legeforeningen velger en representant etter forslag fra Aplf, i inneværende periode er dette Eirik Bø Larsen. Aplf velger selv sin representant, det er nå Aplfs nestleder, Aage Henning Andersen.

I perioden 1.1. 2002 – 31.12. 2002 er det avholdt to medlemsmøter i UEMO. Møtene ble holdt på Sicilia i juni og i Firenze i oktober. I tillegg til vanlige årsmøtesaker som regnskap, budsjett etc., ble det vedtatt et par helsepolitiske manifeste som uttrykker UEMOs standpunkter i forskjellige saker og som var forberedt av arbeidsgrupper forut for, og i løpet av møtet. Det ble dessuten vedtatt en resolusjon mot tobakk.

I tillegg ble det vedtatt en ny fordelingsnøkkel for medlemskontingent som de fleste land fant mer rettferdig enn den som gjaldt tidligere. Frankrike, Polen og San Marino ble ekskludert pga. manglende betaling av medlemskontingent over flere år, mens Belgia ble innvilget en nedbetalingsordning av skyldig kontingent.

UEMO har vært en forkjemper for kravet om tre års veiledet tjeneste før man kan praktisere selvstendig som allmennlege. På møtet i Firenze ble det enighet om å kjempe for en egen spesialitet i allmennmedisin i hele EU med krav om minimum fem års spesialistutdanning på linje med det vi har i Norge i dag. Flere EU-land har i dag ingen slik godkjent spesialitet, og noen har atskillig kortere krav til spesialistutdannelsen.

UEMO er engasjert i debatten om en forsøksordning med mulighet for farmasøytisk industri til å drive reklame direkte til publikum om reseptbelagte legemidler innenfor enkelte sykdomsgrupper. UEMOs standpunkt er at dette må begrenses til ren produktinformasjon slik den fremkommer i "Felleskatalogen".

Det arbeides med et alternativ for fast sekretariat i Brussel i samarbeid med CP.

Sverige innehar for tiden presidentskapet i UEMO, og foreningens president heter Christina Fabian. Hun er valgt for fire år og 2002 var hennes første periode som president.

Det er i perioden utgitt en revidert utgave av UEMOs referansebok med forskjellig informasjon om organisasjonen og medlemslandene, samt en del fagartikler.

UEMO har en egen hjemmeside (www.uemo.org).

14.8 Comité Permanent des Médecins Européenne (CPME)

Legeforeningen har i perioden vært representert ved Hans Kristian Bakke, Lars Eikvar og Hans Asbjørn Holm som også leder CPMEs komité for utdanning og kvalitetsutvikling.

Reiner Brettenhaler fra Østerrike overtok som president 1.1. 2002. Ny generalsekretær etter Grete Aasved er Lisette Tiddens-Engwirda.

CPME har blant annet uttalt seg om fremtiden for samfunnsmedisin i EU og lagt vekt på at helsespørsmål må få en sentral plass i EU-samarbeidet. Det er videre laget et policydokument med retningslinjer for klinisk utprøving av medisiner og også om bioteknologi og lovgivning knyttet til bruk av humant vev og produkter av disse. CPME har også gått aktivt ut og støttet kampanje mot røyking rettet mot ungdom.

Alle relevante dokumenter finnes på CPME's nettsider www.cpme.be.

14.9 Den europeiske forening for legespesialister - Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

Legeforeningen har i perioden vært representert i UEMS (Management Council) av Jørgen J. Jørgensen, leder av spesialitetsrådet, Lars Eikvar fra sentralstyret og Hans Asbjørn Holm fra sekretariatet, som avsluttet sin visepresidentperiode høsten 2002.

Hannu Halila fra Finland er valgt til ny president etter Cillian Twomey og Bernard Maillet fra Belgia er ny generalsekretær etter Cees Leibrandt.

Det spørsmålet som har vært ofret mest oppmerksomhet i UEMS i perioden, er den foreslåtte endringen i en felles godkjenning over landegrensene av spesialiteter. Kommisjonen har ønsket

en betydelig forenkling som vil innebære at bare spesialiteter som eksisterte i alle medlemsland ville komme inn på listen for felles godkjenning. Forslaget har vakt stor motstand i medisinske miljøer, og det har vært drevet et intenst lobbyarbeid for å hindre en slik utvikling. Det er i denne saken etablert et nært samarbeid mellom CPME, UEMS, AMK og PWG.

Ca. 20 av Legeforeningens spesialforeninger er representert i UEMS-seksjoner. Jan Peder Amlie ble i 2002 valgt til president i kardiologi-seksjonen. Ortopedi-seksjonen avholdt sitt årsmøte i Bergen med Norsk ortopedisk forening som vertskap. Legeforeningen får stadig tilbakemelding om at det arbeidet de norske delegater gjør er høyt verdsatt innenfor UEMS-systemet.

I den toneangivende gynekologiforeningen i Europa, European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG), er overlege Rolf Kirschner valgt til visepresident.

European Accreditation Council for CME (EACCME), som ble etablert 1. januar, er i jevn aktivitet selv om pågangen av kursarrangør som ønsker akkreditering ennå ikke er særlig stor. Den gjensidige akkrediteringsordningen som er etablert med den amerikanske legeforeningen fortsetter. Utdanningssjef Einar Skoglund er Legeforeningens representant i EACCME.

For ytterligere informasjon om UEMS, henvises det til nettsidene www.uems.be.

14.10 Den europeiske overlegeforeningen – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH)

Den norske representasjonen i AEMH ivaretas av Norsk overlegeforening (Of) ved at styret sender tre til fire representanter, vanligvis leder, ett til to styremedlemmer og sekretariatsleder til et årlig plenumsmøte. Of's kontakt med AEMH er fra 2002 styrket ved at Rolf S. Kirschner er valgt inn i styret. Han innehar vervet som kasserer.

Plenumsmøtet har 35 representanter. Høsten 2002 var VLK vertskap for plenumsmøtet som ble holdt i Berlin. Sentrale temaer for møtet var CME og arbeidsbetingelser for leger i europeiske sykehus; herunder også en drøfting av Valencia-dommen. Delegater fra medlemslandene deltar i arbeidsgrupper mellom møtene.

Presidentvervet innehas av Dr. Raymond Lies, Luxembourg. AEMH har sekretariat i Brussel.

14.11 Permanent Working Group of European junior doctors (PWG)

PWG er et samarbeidsforum for yrkesforeningene for leger under utdanning i Europa.

Organisasjonens hovedmålsetting er å fremme yngre legers interesser ved å utveksle informasjon og utvikle en felles plattform for hvordan yngre legers arbeidsbetingelser og spesialistutdanning skal styrkes, samt arbeide for forbedring i de europeiske lands helsetjenester. Den norske representasjonen i PWG ivaretas av Ylf ved at styret sender leder, ett styremedlem og en sekretariatsansatt til PWGs to årlige plenumsmøter. I forkant av plenumsmøtene deltar de forskjellige medlemslands representanter i ulike arbeidsgrupper.

Fra januar 2002 er Nina Tiainen fra Finland valgt til ny president for neste treårige presidentperiode. Finland har fra samme tidspunkt overtatt sekretariatsfunksjonen for PWG.

Vårens plenumsmøte ble avholdt i London. I forkant av møtet ble det i regi av BMA avholdt en konferanse om EUs arbeidstidsdirektiv. Høstens plenumsmøte ble avholdt i Bern. Et av de viktigste spørsmål i PWG den senere tid har vært arbeidet med implementering av arbeidstidsdirektivet. PWG fortsetter også arbeidet med å få akseptert PWGs prinsipperklæring angående CME/CPD (Continuing Medical Education/Continuous Professional Development) som felles mål innad i CPME.

Etter innspill fra Norge har PWG videre startet opp en diskusjon om fremtidig struktur og organisasjonsmodell.

Vedtak/oversendelsesvedtak av landsstyret 2001, som sentralstyret ble forutsatt å arbeide videre med

Sak 15 Organisasjonsendringer i Den norske lægeforening – opprinnelig reist av Hordaland legeforening

Landsstyret **vedtar** en handlingsplan i tre punkt:

I Interimutvalg

- Landsstyret pålegger sentralstyret
- umiddelbart å initiere og finansiere et interimutvalg av tillitsvalgte i hver region
 - Interimutvalget skal bestå av én landsrådsrepresentant for Ylf, Of og PSL og én representant fra hver av fylkesavdelingene i de enkelte fylkene i regionen.
 - Interimutvalgene opphører når eventuelt permanent tillitsvalgtordning foreligger på regionsnivå.

Bemerkning:

Iverksatt – interimutvalgene er benevnt regionsutvalg.

II Forhandlingsstruktur

Landsstyret oppretter et hurtigarbeidende prosjektutvalg med funksjonstid 1.11. 2001 til 1.2. 2002. I løpet av funksjonstiden skal prosjektutvalget foreslå relevante tilpasninger i Dnlf sin organisasjon, i forhold til nye forhandlingsstrukturer som etableres nasjonalt, regionalt, eller lokalt.

Prosjektutvalget skal vurdere hvordan Dnlf bør organisere sine tillitsvalgte, og hvordan sekretariatsfunksjoner skal tilpasses en ny organisasjon. Prosjektutvalget skal legge frem forslag til nødvendige endringer av lover og budsjett.

Forslaget skal være ferdig innen 1.2. 2002, slik at forslaget kan sendes ut på ordinær høring i Dnlf før landsstyremøtet 2002, med sikte på vedtak under landsstyremøtet i 2002.

Prosjektutvalget konstituerer seg selv, og bestemmer selv sine arbeidsmetoder. Utvalget er forventet å arbeide intensivt, og forespurte medlemmer bør være innstilt på frikjøp i hele eller deler av sin stilling i perioden 1. november til 1. februar.

Prosjektutvalget får til disposisjon nødvendig bistand fra sekretariatet i Dnlf. Prosjektutvalget får anledning til å benytte eksterne ressurser i sitt arbeid, slik at tidsfristen kan overholdes. Nødvendig budsjett blir stilt til disposisjon.

Prosjektutvalet sammensettes av åtte medlemmer valgt av landsstyret etter forslag fra valgkomiteen.

Bemerkning:
Forelå som landsstyresak Tromsø.

III Organisasjonsstruktur

Det samme utvalget skal gjennomgå Legeforeningens organisasjonsmessige oppbygning, med tanke på gjennomføring av eventuelle endringer av gjeldende lover, regler og instruksjoner for foreningen. Utvalget skal vurdere om Legeforeningens organisasjonsstruktur er tilpasset de kommende eksterne og interne utfordringer, og skal fremme forslag til eventuelle endringer av nåværende organisasjonsstruktur.

Gjennomgangen og eventuelle endringsforslag må sees i sammenheng med Legeforeningens økonomiske bæreevne, herunder medlemmenes kontingentvilje.

Utvalget legger frem en progresjonsrapport med eventuelt forslag til endringsvedtak for landsstyret på neste ordinære landsstyremøte, med endelig slutføring til Landsstyremøtet i 2003.

Bemerkning:
Progresjonsrapport forelå som landsstyresak Tromsø.

Sak 8 Rullerende prinsipp- og arbeidsprogram 2002/2003 for Den norske lægeforening

- A.** Etter opprinnelig forslag fra Oslo lægeforening v/Torunn Janbu, senere justert etter forslag fra sentralstyret, **vedtok** landsstyret enstemmig følgende pålegg til sentralstyret ang. fremtidig utforming av prinsipp- og arbeidsprogram for Legeforeningen:

Landsstyret pålegger sentralstyret å foreta en fullstendig omredigering av prinsipp- og arbeidsprogrammet (PAP). Det reviderte PAP-forslag sendes ut på høring med slik frist at et forslag er klart til landsstyremøtet i 2003. Under hvert punkt i PAP skal det være:

- en kort redegjørelse for Legeforeningens holdninger/prinsipper
- noen få prioriterte arbeidsoppgaver for den neste perioden

Sentralstyret har myndighet til å fravike prioriteringen til fordel for aktuelle helsepolitiske saker som kommer opp under perioden.

Årsmeldingen: skal følge PAP med en redegjørelse for hva som er gjort under hvert av punktene. Årsmeldingen skal også inneholde en rapport om hva som er gjort med de enkelte vedtak fra foregående landsstyremøte.

Bemerkning:

Et forslag til nytt prinsipp- og arbeidsprogram for perioden 2004 til 2005, bygget opp i henhold til foranstående vil foreligge som egen sak for landsstyremøtet i Molde.

Forslaget har på forhånd vært til høring i avdelinger, yrkesforeninger og spesialforeninger.

For øvrig ble det under debatten om prinsipp- og arbeidsprogrammet fremsatt følgende forslag til videre behandling:

1. Etikk

Forslag fra Buskerud legeforening v/Anne Larsen:

Legeforeningens syn på viktige etiske spørsmål medlemmene møter i legerollen, internasjonale konvensjoner og vedtak samt høringssvar hvor etiske problemstillinger er drøftet legges ut og samles på Legeforeningens nettside under ikonet etikk.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Ved å velge etikk fra den vertikale meny på venstre side på Legeforeningens nettside kommer man til en temaside med linker videre til det som finnes om temaet.

Når temasiden er endelig utbygget vil den også inneholde referanser til artikler fra Tidsskrift for Den norske lægeforening om etiske problemstillinger.

4. Forskning og fagutvikling

Forslag fra Sør-Trøndelag legeforening v/Anna Midelfart, støttet av Christian A. Drevon, LVS:

Landsstyret pålegger sentralstyret å prioritere at

- det opprettes et forskningsfond (Fond IV) for formalisert samarbeid med legemiddelindustri for å styrke den medisinske forskning.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret mot én stemme.

Bemerkning:

Forslag om et forskningsfond basert på samarbeid mellom legemiddelindustrien ble av landsstyremøtet i Tromsø juni 2002 vedtatt oversendt sentralstyret.

Sammen med andre spørsmål som dreier seg om etablering av forskningsfond, ble denne saken behandlet av sentralstyret i møte 5.11. 2002 (Sak 307/2002).

Et forskningsfond basert på bidrag fra legemiddelindustrien anså sentralstyret for tiden er lite realistisk og vedtok ikke å prioritere arbeidet med et slikt fond.

Forslag fra LVS v/ Christian A. Drevon, Anna Midelfart, Helge B. Pettersen:
Som tillegg til punktet:

- bidra til at medisinske forskere kan få lønsmessig kompensasjon for veiledning av doktorander, innhenting av forskningsmidler og for publisering av vitenskapelige artikler i tidsskrift med høy impact-faktor

Forslag ble enstemmig **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Tas opp i forhandlingene med staten via Akademikerne i mellomoppgjøret 2003 og i hovedtariffoppgjøret 2004.

5. Utdanning.

Forslag fra NMF v/Laila Nilsen:

Legeforeningen vil arbeide for at alle medisinstudenter etter endt embetseksamen står likt rustet for arbeid i allmennpraksis og sykehus.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret mot fem stemmer.

Bemerkning:

Vedtak sentralstyret 24-25 april:

Sentralstyret vil ta initiativ overfor de fire medisinske fakultetene for å sikre at opplæringen i allmennmedisin styrkes på lik linje med de to øvrige hovedfagene kirurgi og indremedisin. Sentralstyret vil be Sekretariatet for utenlandsmedisinere om å legge til rette for at opplæringen i allmennmedisin hos kandidater som har studert i utlandet sikres et nivå tilsvarende det kandidater utdannet ved norske fakulteter får.

Forslag fra Ylf v/Thomas Moger:

Nytt strekpunkt under "Landsstyret pålegger sentralstyret å prioritere at":

- det totale kurstilbudet i spesialistutdanningen gjennomgås og at det utvikles gode kvalitetsindikatorer for en løpende evaluering.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Sentralstyrets vedtak 2103. 2002:

Det arrangeres hvert år 350 – 400 kurs i legers videre- og etterutdanning og hvis disse skal gjennomgås vil det kreve store ressurser. Sentralstyret mener det vil være mer hensiktsmessig å bygge opp og videreutvikle de oppleggene som i dag er i bruk for å kvalitetssikre kursene.

8. Privat legevirksomhet med offentlig avtale

Forslag fra PSL v/Harald Guldsten:

Landsstyret pålegger sentralstyret å arbeide for nødvendige endringer innen eksisterende henvisningsordning slik at pasienter med kroniske lidelser som er avhengige av spesialistbehandling, kun trenger henvisning én gang for den respektive sykdomstilstand. Det forutsettes gitt tilbakemelding til pasientens faste lege etter hver konsultasjon/behandlingsserie dersom ikke pasienten motsetter seg dette.

Pasienter med kroniske sykdommer som får behandling hos spesialist per 1.7. 2002 trenger ikke ny henvisning for videre spesialistbehandling. Det stilles tilsvarende krav om tilbakemelding til pasientens faste lege som ovenfor nevnt.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Effektuert og gjennomført per 1.1. 2002, gjennom endret forskrift.

Forslag fra Håkon Ebbing, støttet av Sigrun Solberg:

Landsstyret pålegger sentralstyret å arbeide for at leger i privat virksomhet skal få en totalpensjon tilsvarende pensjonen for sykehusleger.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Behandles i SOP. Noe er gjennomført med virkning fra 1.1. 2002 (pensjonene i SOP er økt fra ltr. 60 til 65). SOP gir innspill til Dnlf vedrørende avsetning i henhold til revisjon av normaltariffen.

14. Internasjonalt arbeid

Forslag fra Oslo lægeforening v/Kåre Løvstakken, Torunn Janbu og Yngve Mikkelsen:

Nytt punkt:

Arbeide for at internasjonalt arbeid meriteres i spesialistutdanningen.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Sentralstyrevedtak 25.4. 2002:

Sentralstyret finner det ikke nødvendig å ta inn et nytt punkt i prinsipp- og arbeidsprogrammet om at det skal arbeides for at internasjonalt arbeid meriteres i spesialistutdanningen. Sentralstyret vil imidlertid oppfordre spesialitetskomiteene til å være

velvillig innstilt overfor søknader om godkjenning av internasjonalt legearbeid som del av spesialistutdanningen når det ut fra dokumentasjon og beskrivelse av tjenesten er sannsynliggjort at slik tjeneste dekker de intensjoner som ligger i tjenestekrav i den enkelte spesialitet.

Sak 16 Budsjett for Den norske lægeforening for 2002

Det ble i relasjon til denne saken fremsatt følgende endringsforslag i forhold til sentralstyrets opprinnelige forslag:

Forslag fra Norsk medisinstudentforening v/Carl Erik Alm: "Landsstyret pålegger sentralstyret, gjennom nødvendig tilleggsbevilgning, å sørge for at Nmfs budsjetttramme for 2002 ikke blir redusert i forhold til i 2001."

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Gjennomført primo 2002 (sentralstyret 26.2. 2002 – sak 66.02).

Forslag fra Norsk overlegeforening v/Anne Larsen: "Ofs spesielle oppgave med lederopplæring som i dag dekkes ved fondsmidler, sikres gjennom sentralstyrets disposisjonskonti om fondsmidlene skulle bli utilstrekkelige eller falle bort."

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Vedtak 21.5. 2002, sak 172.02

Sentralstyret vurderer Ofs spesielle oppgaver med lederopplæring positivt og setter pris på det engasjement og initiativ som utøves av Ofs styre og medlemmer. Ved et eventuelt bortfall eller vesentlig reduksjon av kapitalen i fondene må imidlertid sentralstyret og landsstyret stå fritt i å vurdere tiltak – enten det gjelder innenfor anvendelsen av fondsmidler eller disponering av midler i hovedforeningen. Sentralstyret kan derfor ikke gi garantier for særskilte tiltak ut over det som fastsettes i budsjettene for hvert enkelt år.

Sak 26 Forslag til endring av spesialistregler m.v.

26.1 Forslag om å endre navnet på spesialiteten klinisk kjemi til medisinsk biokjemi

I tråd med sentralstyrets forslag fattet landsstyret enstemmig slikt **vedtak**:

Det anbefales overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling at navnet på spesialiteten klinisk kjemi endres til medisinsk biokjemi.

Bemerkning:

Oversendt Nasjonalt råd/Helsedepartementet og er vedtatt.

26.2 Forslag om endring av spesialistreglene i nevrologi

I tråd med sentralstyrets forslag fattet landsstyret mot 26 stemmer slikt **vedtak**

Det anbefales overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling at spesialistreglene i nevrologi endres og får slik ordlyd:

1. 4½ års tjeneste ved nevrologisk avdeling. Minimum 3½ års tjeneste skal være ved nevrologisk avdeling (sengepost/poliklinikk)

Inntil ett år kan erstattes av:

- a) forskningstjeneste
eller
- b) tjeneste ved relevant klinisk avdeling, relevant medisinsk sykehuslaboratorium eller tjeneste ved ett eller flere av avdelingens/sykehusets nevromedisinske spesiallaboratorier (inkl. laboratorium for klinisk nevrofysiologi)
eller
- c) tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmennmedisin

2. ½ års tjeneste ved nevrokirurgisk avdeling.

Fra 1.1. 2004 kreves vedlagt søknad om spesialistgodkjenning attestasjonsskjema for utførte ferdigheter.

Merknad til punkt 1.b):

Med relevant klinisk avdeling under pkt. 1.b. menes avdeling for barnesykdommer, epilepsi, fysikalsk medisin, indremedisin, nevrokirurgi, psykiatri, revmatologi, øre-nese-halssykdommer, øyesykdommer, eller sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede, og med relevant laboratorium menes laboratorium for klinisk nevrofysiologi eller nevropatologi.

Med relevant medisinsk sykehuslaboratorium under reglenes pkt. b. menes institusjon for medisinsk genetikk, laboratorium for klinisk kjemi, klinisk farmakologi, immunologi og transfusjonsmedisin, mikrobiologi, nukleærmedisin, hormon/isotoplaboratorium, vevstypelaboratorium, nevrokjemi, endokrinologi, nevromedisinske spesiallaboratorier (inkl. laboratorium for klinisk nevrofysiologi).

Bemerkning:

Oversendt Nasjonalt råd/Helsedepartementet og er vedtatt.

26.3 Forslag om endring av spesialistreglene i ortopedisk kirurgi

I tråd med sentralstyrets forslag fattet landsstyret mot 14 stemmer slikt **vedtak**:

Det anbefales overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling at spesialistreglene i ortopedisk kirurgi gis følgende endrede formulering:

1. 4 ½ års tjeneste i ortopedisk kirurgi.
Minimum to år av tjenesten skal utføres ved avdeling hvor det drives utstrakt skadebehandling.

Inntil 1 år kan erstattes av:

- a) forskningstjeneste
eller
- b) tjeneste i relevante spesialiteter
eller
- c) tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmennmedisin

2. To års tjeneste i generell kirurgi

Søknaden skal vedlegges skjema med oversikt over utførte operasjoner. Det er vedtatt minstekrav til operasjonslister.

Kursutdanning

Nye kurskrav er under arbeid og vil bli sendt sentralstyret for godkjenning. (*Forslag om endret kurskrav er ikke landsstyresak*).

Merknad til punkt 1.a)

Med forskningstjeneste menes lønnet eller stipendfinansiert forskningstjeneste eller arbeid med kvalitetsforbedringsprosjekter under veiledning i minst 50% stilling. Forskningstjenesten vil gi tellende tjenestetid i forhold til stillingsbrøk. Tjenesten må dokumenteres med veiledererklæring og et vitenskapelig arbeid (rapport, oppgave, artikkel, avhandling eller lignende). Forskningstjeneste som er gjennomført før autorisasjon eller embetseksamen, må ha ført fram til en akademisk grad (doktorgrad, hovedfag, mastergrad eller lignende), og det er kun tid brukt til forskningskomponenten i graden (dvs. avhandlingen eller oppgaven) som vil telle.

Norsk medisinsk doktorgrad teller som 1 års forskningstjeneste uavhengig av tjenestetid.

Merknad til punkt 1.b):

MMed tjeneste i relevante spesialiteter menes anesthesiologi/intensivmedisin, fysikalsk medisin og rehabilitering, generell kirurgi inkl. kirurgiske grenspesialiteter, nevrokirurgi, nevrologi, pediatri, plastikkirurgi, radiologi, revmatologi.

Merknad til punkt 2:

For den generell kirurgiske tjenesten under punkt 2 forutsettes det vaktteneste ved avdelingen slik at kandidaten primært kan dekke den akuttkirurgiske beredskapen. Dette skal dokumenteres i attesten fra avdelingsoverlegen.

Bemerkning:

Oversendt Nasjonalt råd/Helsedepartementet og er vedtatt.

26.4 Forslag om endring av spesialistreglene i øyesykdommer

I tråd med sentralstyrets forslag fattet landsstyret mot 12 stemmer slikt **vedtak**:

Det anbefales overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling spesialistreglene i øyesykdommer endres og får slik ordlyd:

1. Fem års tjeneste ved øyeavdeling

Inntil ett år kan erstattes av enten:

- a) forskningstjeneste
eller
- b) tjeneste i relevante spesialiteter
eller
- c) tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmennmedisin.

Søknad om spesialistgodkjenning i øyesykdommer skal være vedlagt utfylt sjekkliste.

Merknad til punkt b):

Med tjeneste i relevante spesialiteter menes nevrologi, nevrokirurgi, plastikkirurgi, nevreradiologi, øre-nese-halssykdommer.

Bemerkning:

Oversendt Nasjonalt råd/Helsedepartementet og er vedtatt.

Vedtak/oversendelsesvedtak av landsstyret 2002 som sentralstyret ble forutsatt å arbeide videre med

Sak: 8 Debatt om aktuelle temaer i relasjon til prinsipp- og arbeidsprogrammet 2002 – 2003

Fra tillegget til gjeldende prinsipp- og arbeidsprogram:

Forslag fra Nordland legeforening v/Henning Aanes

Nytt kulepunkt under Legeforeningen vil arbeide for:

- at det utarbeides oversikt over medisinsk ledelse i de 500 kommuner og bydeler og fremmes forslag til tiltak for å styrke legers ledelsesfunksjoner til landsstyret 2003.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning: Legeforeningens forskningsinstitutt er i gang med gruppeintervjuer. Det gjenstår tre intervjuer med rådmenn, samt rapportskriving. Prosjektrapport forventes å foreligge klar per 1.5. 2003.

Sak: 8. B.

Legeforeningens, dens organisasjonsledds og medlemmers forhold til og samarbeid med legemiddelindustrien.

Forslag fra Sør-Trøndelag legeforening v/Thomas Johansson

Nødvendig markedsføringskontakt med legemiddelindustrien flyttes inn i offentlige rom og større møter. All slik kontakt belegges med en avgift. Innkomne midler avsettes til et forskningsfond i Legeforeningen.

Alle yrkesforeninger påser at medlemmene oppdateres jevnlig om nye legemidler/indikasjoner med tilhørende aktuell forskning.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Forslag fra Anna Midelfart - Sør Trøndelag legeforening

Landsstyret pålegger sentralstyret å arbeide for utvikling av et forskningsfond (Fond IV) for å styrke den medisinske forskningsaktiviteten blant leger. Samarbeid med farmasøytisk industri vurderes som en mulighet i etableringen

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Forslag fra Allmennmedisinsk Forskningsutvalg/NSAM v/ Arnfinn Seim, støttet av Bjørn Gjelsvik.

I retningslinjer for samarbeid mellom legestand og den farmasøytiske industri, pkt. 3.4

tilføyelse følgende etter første punktum:

For studier i allmennpraksis skal protokollen være forelagt Allmennmedisinsk Forskningsutvalg for godkjenning.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Forslag fra Akershus legeforening v/Arne A. Røde.

Landsstyret pålegger sentralstyret å sørge for at alt samarbeid faglig og økonomisk med legemiddel-/utstysindustri i forbindelse med etterutdanningen av leger opphører.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret.

(Sentralstyret ble forutsatt å videreføre og konkretisere den debatten som var blitt gjennomført under landsstyremøtet.)

Kommentarer til oppfølgingssaker under Sak 8 B:

LMI sendte 11. juni Legeforeningen invitasjon til en idédugnad som et første skritt på vei mot bedre rolleavklaring mellom legemiddelindustrien, legestand og det offentlige.

Helsedepartementet, som også var invitert, uttalte at departementet ikke finner det naturlig å delta i en slik dugnad. I nytt brev av 19. august inviterte Legemiddelindustriforeningen Legeforeningen til et konkret samarbeidsprosjekt med innsamling av data vedr. finansiering av legers videre- og etterutdanning. Hensikten med dette samarbeidet er å kartlegge i hvor stor grad legemiddelindustrien er involvert i legers videre- og etterutdanning. Legeforeningen har stilt seg positivt til et slikt samarbeid, og det er nedsatt arbeidsgruppe med representanter for Legemiddelindustriforeningen og Legeforeningens sekretariatet. Det planlegges kartlegging gjennomført i 2003.

Når denne saken er nærmere klarlagt vil de øvrige sakene fra landsstyret bli fulgt opp fra sekretariatet.

Sak: 10. Progresjonsrapport fra Organisasjonsutvalget.

Forslag fra Anna Stavdal, Norsk selskap for allmennmedisin, støttet av landsstyredelegat Bjørn Gjelsvik

Landsstyret pålegger organisasjonsutvalget å utrede en modell for legeforeningens framtidige organisasjon der strukturen tilpasses to hovedfunksjoner: fagutvikling og fagforeningsarbeid. De to funksjoner skal kunne utøves sidestilt og likeverdig med hverandre.

Sekretariatsfunksjonene skal organiseres og dimensjoneres i forhold til mandat og oppgaver. Organisasjonsmessig plassering skal gjenspeile at de to funksjoner rapporterer selvstendig, direkte til president og sentralstyret/landsstyret. Lokal og regional struktur beskrives for begge funksjoner.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt** oversendt organisasjonsutvalget via sentralstyret.

Bemerkning: Oversendt organisasjonsutvalget.

Forslag fra Øyvind Østerås, Nmf

Organisasjonsutvalget suppleres med Ragnhild Øydna Støen, Nmf

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning: Effektuert.

Sak: 11. Forslag til endring av Legeforeningens lover

Fra sentralstyret forelå slikt forslag til vedtak

Legeforeningens lover § 20 tredje ledd opphører og erstattes av slik bestemmelse:

”Endelig vedtak om bortfall av en leges autorisasjon/lisens får som følge tap av medlemskap i Legeforeningen. Endelig vedtak om å frata en medisinstudent sin plass får som følge tap av medlemskap i Legeforeningen. Sentralstyret kan etter begrunnet søknad vedta å ta opp igjen som medlem en person i den periode vedkommende har mistet sin autorisasjon/lisens som lege. Bortfall av en leges autorisasjon/lisens som følge av alder (75-årsregelen) omfattes ikke av bestemmelsen.

Lovenes § 18 tredje ledd gis slik utforming:

Sentralstyret kan nekte norsk statsborger som har medisinsk embetseksamen, en lege eller medisinstudent å bli opptatt som medlem dersom han/hun har gjort seg skyldig i

Etter forslag fra Arne Hjemmen, Akershus legeforening og etter anbefaling fra sentralstyret ble forslaget enstemmig **vedtatt** sendt tilbake til sentralstyret for nærmere vurdering.

Bemerkning: Sentralstyret har i møte 5.11. 2002 vedtatt å ikke fremme forslag til endring av lovenes § 20 overfor landsstyremøtet 2003 (sak 315/02).
--

Sak: 12. Forslag til endring av bestemmelser i Etiske regler for leger

Sentralstyret foreslo at det i etiske regler for leger kapittel III § 3 siste punktum gjøres slik tilføyelse:

2b ”..... eller fremstille seg som faglig dyktigere enn sine kolleger”.

Forslag fra Håkon Olav Leira, Sør-Trøndelag legeforening:

Sentralstyrets forslag 2b tilbakesendes sentralstyret for nærmere vurdering.

Forslaget ble **vedtatt**.

Bemerkning: Sentralstyret har i møte 27.9. 2002 vedtatt å sende saken, vedlagt utskrift av landsstyrets debatt om denne, tilbake til Legeforeningens Råd for Legeetikk for fornyet vurdering (sak 266/02)

Forslag fra Torunn Janbu, Oslo legeforening:

Legeforeningen må arbeide for at det avtales retningslinjer med produsenter/leverandører av medisinsk utstyr på lik linje med de man har med den farmasøytiske industri.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning: Forhandlinger er ført med Leverandørforeningen for helsesektoren (LFH).

Sentralstyret ble i møtet 5.11. 2002 meddelt at Leverandørforeningen for helsesektoren hadde satt som betingelse for inngåelse av en eventuell samarbeidsavtale at denne inneholdt faste priser for standleie.

Sentralstyret traff slikt vedtak i saken (sak 312/02): Sentralstyret konstaterer at det for tiden ikke er grunnlag for å inngå en samarbeidsavtale mellom LFH og Legeforeningen i det Legeforeningen ikke kan akseptere at eventuell slik avtale skal inneholde bestemmelse om faste priser for standleie.

Sak: 13. Forslag til endring av spesialistregler m.v.

Sak: 13.1 Forslag om endring av de generelle spesialistregler - krav til deltakelse i alt forefallende arbeid, vaktjeneste - legevakt

Sentralstyret anbefaler landsstyret å fatte slikt vedtak:

Det anbefales overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling at de generelle bestemmelser for spesialistutdanningen §5, 2. ledd, endres til:

For at en leges tjeneste på et utdanningssted skal godkjennes som spesialistutdanning, kreves det at legen har vært tilsatt der / har avtale og deltatt i alle oppgaver i arbeidsforholdet. For leger på sykehus betyr dette bl a full deltakelse i avdelingens vaktplan der hvor det er etablert. For utdanning i allmennmedisin betyr dette bl a deltakelse etter vaktplanen i den kommunalt organiserte legevaksordnung.

Forslaget ble **vedtatt** mot 24 stemmer.

Bemerkning: Forslaget har i tråd med landsstyrets vedtak vært oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling som overfor Helsedepartementet har vedtatt å anbefale endringen slik den er vedtatt av landsstyret.

Sak 13.1

Forslag fra Tor Ø. Seierstad

I sentralstyrets forslag fjernes ordet "full" i andre setning:
"For leger på sykehus betyr dette bl.a. full deltakelse"

Forslaget ble trukket og **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Etter å ha forelagt saken for Norsk overlegeforening, Yngre legers forening og spesialitetsrådet til uttalelse, vedtok sentralstyret i møte 20.2. 2003 å tilskrive landsstyret, hvor det redegjøres for sakens behandling. Høringsinstansene anbefaler at formuleringene opprettholdes slik de ble vedtatt av landsstyret i 2002, og sentralstyret innstiller på at landsstyret tar saken til etterretning.

Sak 13.1

Forslag fra Arild Tandberg, Oppland lf.

Sentralstyret skal arbeide for at spesialister i privat praksis kan delta i utdanning av medisinerstudenter og leger under spesialistutdanning.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret for videre vurdering.

Bemerkning:

Saken har vært forelagt yrkesforeningene, spesialforeningene og spesialitetskomiteene til vurdering. De innkomne uttalelser vil bli lagt til grunn for videre behandling av saken i spesialitetsrådet og i sentralstyret.

Sak: 13.2 Forslag om endring av spesialistreglene i samfunnsmedisin

Landsstyret anbefales å fatte slikt vedtak:

Forslaget fra spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin til endrede spesialistregler, utsettes.

Saken bes fremmet på nytt etter en grundigere intern behandling i de samfunnsmedisinske fagmiljøene.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin og Offentlige legers landsforening ble orientert om landsstyrets vedtak. Spesialitetskomiteens leder, Frank R. Andersen, er involvert i den utredning om spesialiteten samfunnsmedisin som gjennomføres i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

Sak 14.0 Godkjenning av regnskaper or 2001

Sak: 14.5 Den norske lægeforenings lånefond til etablering/ reetablering av privat
legeprakis (Lånefondet)

Forslag fra Bente Johansen, Ylf.

Landsstyret ber sentralstyret overveie mulighet for og konsekvenser av å endre vedtektenes §5 slik at lån i lånefondet følger de samme reglene som for personallån i Legeforeningen.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret mot to stemmer.

Bemerkning:

Forslag ble behandlet i sentralstyret 5.11. 2002. Sentralstyret vedtok at rentesatsen for utlån fra Lånefondet skulle være 0,5% over normalrentesatsen for rimelige lån i arbeidsforhold. Dette er samme rentevilkår som for personallån i Legeforeningen.

Sak: 17. Budsjett for Den norske lægeforening 2003

Forslag fra Ellen Tveter Deilkås, Ylf.

Landsstyret ber sentralstyret å vurdere fondsfinansiering av vekttallsgivende lederutdanning for leger.

Forslaget ble **vedtatt** mot tre stemmer.

Bemerkning: Vil bli behandlet av sentralstyret i 2003.