

ÅRSMELDING

1.1. – 31.12.2007



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Innholdsfortegnelse

Presidenten har ordet	7
1 Etikk.....	8
1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet.....	8
1.1.1 Styrke etikkundervisning i grunn-, videre- og etterutdanning	8
1.1.2 Arbeide for at legers samhandling med legemiddel- og utstysindustrien foregår på en åpen og ryddig måte	8
1.2 Rådet for legeetikk	8
1.3 Ethiske regler for leger og Reglement for Rådet for legeetikk	8
2 Inntekts- og arbeidsforhold.....	9
2.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet.....	9
2.1.1 Stimulere og styrke tillitsvalgte i arbeidet for å videreutvikle avtale- og lønssystemer med formål å belønne kompetanse, ansvar, innsats og ledelse	9
2.1.2 Sikre reell likestilling gjennom medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår	9
2.1.3 Gjøre lønnsvilkårene i offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning konkurransedyktig med klinisk virksomhet	9
2.1.4 Motvirke mobbing av kolleger i arbeidslivet.....	9
2.1.5 Sikre at privat praksis og offentlig drevet helsetjeneste gjennom oppgavefordeling skal utfylle hverandre etter både faglige og økonomiske vurderinger, herunder bedre rammevilkårene for legevakt.....	10
2.1.6 Tilby styrket rådgivning og bistand for leger som er arbeidsgivere i privat praksis	10
2.2 Forhandlingsorganisasjonen.....	10
2.2.1 Forhandlingsutvalg for fastlønte leger	10
2.2.2 Tariffutvalget for privat praksis	11
2.2.3 Representasjon i Akademikernes organer	11
2.3 Generelt om inntekts - og arbeidsvilkår.....	11
2.3.1 Forhandlingssituasjonen i 2007	11
2.3.2 Tariffkonferanser for privat praksis	12
2.3.3 Avtalesamling.....	12
2.3.4 Medlemsbrev/ bruk av Tidsskriftet og Internett	12
2.4 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger.....	13
2.4.1 Spekter	13
2.4.2 Staten	14
2.4.3 Kommunenes Sentralforbund (KS)	14
2.4.4 Oslo kommune	14
2.4.5 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon – Helse, utdanning og kultur (HSH-HUK).....	15
2.5 Tillitsvalgtes arbeidsforhold i helseforetakene.....	15
2.5.1 Styrke rekruttering av tillitsvalgte.....	15
2.5.2 Tillitsvalgtkurs mv i 2007	16
2.6 Avtalepraksis for spesialister med driftstilskudd.....	16

2.6.1	Kriterier for klasseplassering	16
2.6.2	Aktivitetsrapportering	16
2.6.3	Utdanning innenfor avtalepraksis	16
2.6.4	Nasjonal helseplan – varsel om mulige endringer i rammebetingelsene	16
2.7	Fastlegeordningen	17
2.7.1	Ingen endringer i rammeavtalen med KS	17
2.7.2	Endringer i rammeavtalen med Oslo kommune	17
2.7.3	Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen	17
2.7.4	Nytt prosjekt i Sosial- og helsedirektoratet om utvikling av fastlegeordningen	17
2.8	Forhandlinger om takster, honorarer og egenandelsøkning	17
2.8.1	Om forhandlingene	17
2.8.2	Det økonomiske resultatet	17
2.8.3	Kommentarutgave til Normaltariffen	17
2.9	Overdragelse av privat legepraksis	17
2.10	Legevakt	18
2.11	Helsenett	18
2.11.1	Reforhandling av avtalen med Norsk Helsenett AS	18
2.11.2	Høringsnotat om plikt til elektronisk innsending av legerklæringer og trygdeoppgjør	19
2.12	Forholdet til NAV	19
2.12.1	Kollektivavtalen (avtale om direkteoppgjør av trygderefusjon)	19
2.12.2	Kontaktmøter	19
2.12.3	Nye regler i sykefraværarbeidet – dialogmøter	19
2.13	EU/EØS-rettslige forhold – veiledet tjeneste	19
2.14	Bierverv	20
2.15	Vold og trusler mot leger	20
2.16	Prosjekter	21
2.16.1	Bruk av pasientjournal utenfor helsetjenesten – NAV og forsikring	21
2.16.2	Prosjekt om helseattester	21
2.16.3	Prosjekt om det skal stilles krav til spesialitet i allmennmedisin for å arbeide for trygdens regning	21
2.16.4	Prosjekt sykehuslegers arbeidstid	22
2.16.5	Pensjon	22
2.16.6	Normaltariffprosjektet	22
2.16.7	Vurdering av bistand til privatpraktiserende leger	22
2.17	Bistand til medlemmene	23
2.17.1	Bistand fra sekretariatet i juridiske spørsmål og rettshjelp	23
2.17.2	Rettshjelpsordningen	23
2.18	Bistand til leger i ledende stillinger	24
2.19	Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis	24
3	Utdanning, forskning og fagutvikling	25
3.1	Prinsipp og arbeidsprogrammet	25

3.1.1	Sikre en felles nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger.....	25
3.1.2	Sikre finansieringen av og videreutvikle systematisert etterutdanning.....	25
3.1.3	Videreføre arbeidet med å utvikle nye læringsformer i legers videre- og etterutdanning.....	25
3.1.4	Styrke rammevilkårene for forskning i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at forskning blir en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet	26
3.1.5	Legge til rette for at leger baserer sin virksomhet på uavhengig og dokumentert medisinsk informasjon.....	26
3.1.6	Etablere kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger	26
3.1.7	Øke rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin	26
3.1.8	Bedre finansiering for medisinstudenter som driver forskning og for leger i forskerstillinger.....	26
3.1.9	Legge forholdene til rette for gode læringsvilkår i klinisk undervisning og utdanning	26
3.2	Utdanning	27
3.2.1	Turnustjenesten	27
3.2.2	Endringer i spesialistreglene	27
3.2.3	Spesialistgodkjenninger i 2007	28
3.2.4	Rapportering fra utdanningsinstitusjoner.....	29
3.2.5	Besøk på utdanningsinstitusjoner	30
3.2.6	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri	30
3.2.7	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri.....	30
3.2.8	Veiledning i institusjonshelsetjenesten.....	30
3.2.9	Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus.....	31
3.2.10	Ny utdanningshåndbok i allmennmedisin	31
3.2.11	Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin.....	31
3.2.12	Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN)	31
3.2.13	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR).....	31
3.2.14	Etterutdanning	31
3.2.15	Utredning om spesialistutdanningen for leger.....	31
3.2.16	Autorisasjonsutvalget	32
3.3	Forskning.....	32
3.3.1	Prosjekt forskning.....	32
3.4	Kvalitetsarbeid og fagutvikling.....	33
3.4.1	Diverse kurs, konferanser, seminarer	33
3.4.2	Konferanse for de fagmedisinske foreningene	33
3.4.3	Gjennombruddsprosjekt sykehjem	34
3.4.4	Publikasjoner	34
3.4.5	Norsk legemiddelhåndbok	34
3.4.6	Kvalitetsarbeid i fagmedisinske foreninger og spesialforeninger	35
3.5	Ledelse i helsetjenesten	35
3.6	Fond	35

3.6.1	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger.....	35
3.6.2	Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	36
3.6.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning	36
3.6.4	Kvalitetssikringsfond I – Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av legetjenester utenfor sykehus	36
3.6.5	Kvalitetssikringsfond II - Legeforeningens fond for standardisering og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten.....	37
3.6.6	Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus.....	37
4	Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	39
4.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet.....	39
4.1.1	Om kosthold, mosjon og rusmiddelbruk	39
4.1.2	Bidra til å bedre barn og unges fysiske og psykiske helse blant annet gjennom økt fysisk aktivitet og riktig kosthold.....	39
4.1.3	Få ned andelen røykere i befolkningen generelt og i ungdomsgruppen spesielt.....	39
4.1.4	Øke engasjementet blant medlemmene for å styrke helsefremmende arbeid i lavinntektsland.....	40
4.1.5	Bedre arbeidstakernes helse ved å bygge ut og kvalitetssikre bedriftshelsetjenesten	40
5	Helsepolitikk	41
5.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet.....	41
5.1.1	En god offentlig finansiert helsetjeneste med like rettigheter og lik tilgjengelighet for alle innbyggere ut fra medisinske behov	41
5.1.2	Sikre at medisinsk faglige vurderinger tillegges nødvendig vekt ved politiske beslutninger på alle forvaltningsnivåer, spesielt i kommunehelsetjenesten	42
5.1.3	Tydelig faglig premissleverandør	44
5.1.4	Utvikle et bedre og mer helhetlig helsetjenestetilbud til rusmiddelbrukere	45
5.1.5	Utvirke at en større andel av finansieringen av helsevesenet går til forskning og utdanning for å sikre at vi har kompetanse til å møte fremtidens utfordringer	45
5.2	Hovedstadsprosessen.....	45
5.3	Statsbudsjettet.....	45
5.4	Organisasjonskontakter	46
5.4.1	Stortingskomiteer	46
5.4.2	Departementer, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet.....	47
5.4.3	Prosjekter/rapporter/andre oppdrag	47
6	Legeforeningens organisasjon	48
6.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet.....	48
6.1.1	Kollegial støtte for leger – helsetjeneste for leger	48
6.1.2	Medlemsopplutning	48
6.2	Hovedforeningen	49
6.2.1	Legeforeningens lover.....	49

6.2.2	Legeforeningens navn	49
6.2.3	Organisasjonsplan	49
6.2.4	Medlemstall	49
6.2.5	Landsstyret	50
6.2.6	Sentralstyret	50
6.2.7	Lokalforeningene	50
6.2.8	Yrkesforeningene	50
6.2.9	Norsk medisinstudentforening	51
6.2.10	Fagmedisinske foreninger	51
6.2.11	Spesialforeningene	51
6.2.12	Regionsutvalgene	51
6.2.13	Råd og utvalg	51
6.2.14	Prosjekter/Annet	56
6.3	Sekretariatet	58
6.3.1	Organisasjonskart	58
6.3.2	Organisering og bemanning	58
6.3.3	Informasjonsvirksomhet	58
6.4	Forskningsinstituttet	61
6.4.1	Personale og finansiering	61
6.4.2	Aktiviteter	61
6.5	Tidsskrift for Den norske legeforening	62
6.5.1	Organisering og bemanning	62
6.5.2	Tidsskriftets papirutgave	62
6.5.3	Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider	62
6.6	Legenes hus	63
6.7	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	63
6.8	Soria Moria	63
6.9	Deltakelse i andre organisasjoner	63
6.9.1	Akademikerne	63
6.9.2	Kommunal kompetanse (KK)	64
6.9.3	Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon	64
6.9.4	Fagutvalget Forsikringsforbundet Legeforeningen	64
6.9.5	Nasjonalforeningen for folkehelsen - landsstyret	64
6.9.6	Den Norske Kreftforenings representantskap	64
7	Internasjonalt arbeid	65
7.1	Generelt	65
7.2	World Medical Association (WMA)	65
7.3	Nordisk legeråd	65
7.4	European Forum of National Medical Association and World Health Organisation (EFMA/WHO)....	65
7.5	Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- och specialistutbildningsfrågor	66
7.6	Comité Permanent des Mediciens Européens (CPME)	66

7.7	Den europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)	66
7.8	Den europeiske overlegeforeningen – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH).	67
7.9	Permanent Working Group of European Junior doctors (PWG)	67
8	Økonomi	68
8.1	Legeforeningens økonomi	68
8.2	Økonomiske nøkkeltall 2007	69
8.3	Styrke hovedforeningens egenkapital	70
	Oversendelsesvedtak landsstyret/sentralstyret	71

Presidenten har ordet

Legeforeningens årsmelding beskriver de mange ulike arbeidsområder og det omfattende arbeid som Legeforeningen har vært involvert i eller drevet med i 2007. Den viser en betydelig og imponerende innsats fra våre tillitsvalgte, medlemmer, sekretariat og Tidsskrift. Det er denne innsatsen som setter foreningen i stand til å inneha en sentral posisjon i utviklingen av norsk helsetjeneste.

Det ligger langt inne for Akademikerne og Legeforeningen å ty til så alvorlige virkemidler som streik, men i Spekter-området i fjor var det helt nødvendig etter brudd i hovedoppgjøret. I regi av Akademikerne ble det gjennomført en streik hvor ti helseforetak og svært mange leger var omfattet. Etter åtte dager kom partene tilbake til Riksmeklingsmannen, og man kom frem til et meklingsresultat 26.1. 2007. Streiken ble gjennomført i en form og med samholdighet både mellom akademikergruppene og mellom legegruppene som det står respekt av. Jeg er stolt av den vilje til solidaritet og innsats som legene sammen med de andre

Akademikerorganisasjonene viste i denne streiken. Jeg vil beklage overfor de pasienter som kan ha blitt berørt, men er glad for at streiken hele tiden ble vurdert av Helsetilsynet til ikke å gå ut over liv og helse. Det hadde vi kontinuerlig stor oppmerksomhet på. Streiken tydeliggjorde også behovet for et eget forhandlingssystem for sykehusene. Den la dermed grunnlag for at vi i hovedavtaleforhandlingene i desember 2007, i et ryddig og godt forhandlingsforløp, fikk avtalt en egen modell for sykehus som inkluderer en trygg forankring av A2 og sosiale bestemmelser sentralt i avtalestrukturen.

Legeforeningen har i alle år fremmet betydningen av gode vilkår for god forskning men vi trengte en tydeligere satsing. På landsstyremøtet i 2007 ble forskningsrapporten "Mot en ny vår for medisinsk forskning" behandlet. Sammen med rapporten "Vind i seilene for medisinsk forskning" (tiltak for å bedre forskerens kår) fra 2006 har Legeforeningen nå utformet et solid forskningspolitisk ståsted. Det er utarbeidet et policynotat om forskning, og det er opprettet en egen enhet i Medisinsk fagavdeling for forskning og høyspesialisert medisin som skal følge opp den tiltaksplanen som er laget.

Statusrapporten i 2007 "Lang, lang rekke – hvem skal vente, hvem skal få?" satte igjen prioritering på den politiske dagsorden. Legeforeningens hovedbudskap i rapporten er at prioriteringer blir reelle først når vi legger til grunn vurderinger av hele pasientforløpet. Statusrapporten ble for første gang distribuert til alle medlemmer som vedlegg til Tidsskriftet. Det er med tilfredshet vi kan konstantere at rapporten har vært med å sette dagsorden for mange viktige spørsmål i prioriteringsdebatten.

Fastlegeordningen utfordres med flere oppgaver, men med sparsom utbygging. Ivaretagelse av koordinatorrollen, sikre rekruttering og oppgavefordeling pågår på mange arenaer i foreningen. Særlig har jeg forventninger til allmennlegenes store prosjekt "Allmennmedisin 2020". Legeforeningen har oppmerksomhet på næringsdrivende og det har derfor også vært en viktig oppgave å sikre avtalespesialistenes plass i spesialisthelsetjenesten.

Det er ikke bare på den hjemlige arena at Legeforeningen har gjort seg bemerket. Vi deltar aktivt både i World Medical Association, i Den europeiske legeforening (CPME) og i nordisk sammenheng. I oktober 2007 ble jeg som president av Den norske legeforening valgt som leder av etikkseksjonen i CPME, der viktige saker som berører legeetikken for europeiske leger blir drøftet. Jeg betrakter dette vervet som en æresbevisning til Den norske legeforening.

Legeforeningens nye lover trådte i kraft 1.1. 2007 hvor "faget" på mer formelt grunnlag er trukket sterkere inn i foreningen. Året 2007 var likevel et overgangsår for å gi tid til å skape en bærekraftig struktur på de fagmedisinske foreningers organisasjonsmessige plass. Jeg vil takke de fagmedisinske foreninger for den innsats og tilpasningsdyktighet som de har vist i dette arbeidet.

I 2007 sa Legeforeningen farvel til æ'en i Den norske lægeforening. Sammen med en ny designprofil som tydelig viser underforeningenes tilhørighet til Den norske legeforening og en modernisering av Asklepios, har Legeforeningens profil fått et mer moderne og fremtidsrettet preg, kombinert med tradisjon og historie.

Jeg vil til slutt takke dere alle for den innsats dere gjør, og som også inspirerer meg i vårt felles arbeid for å bedre helsetjenestene og rammebetingelsene for godt legearbeid.

Torunn Janbu

Torunn Janbu

1 Etikk

Legeforeningens formål er å virke for høy faglig og yrkesetisk standard blant foreningens medlemmer, jfr. Legeforeningens lover § 1-1

1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

Legeforeningen vil arbeide for å

- styrke etikkundervisningen i grunn-, videre- og etterutdanningen
- øke legers bevissthet om de etiske sidene ved ulike legeroller
- arbeide for at legers samhandling med legemiddel- og utstyrsindustrien foregår på en åpen og ryddig måte
- få verdispørsmålene knyttet til helsepolitiske beslutninger belyst

1.1.1 Styrke etikkundervisning i grunn-, videre- og etterutdanning

Det er innført en tre timers bolk med etikkundervisning i det obligatoriske kurset i administrasjon og ledelse.

1.1.2 Arbeide for at legers samhandling med legemiddel- og utstyrsindustrien foregår på en åpen og ryddig måte

Etter at Legeforeningen i 2000 og 2006 inngikk avtaler med hhv. Legemiddelindustriforeningen (LMI) og Leverandørforeningen for helsesektoren (LFH), har det vært løpende kontakt mellom Legeforeningen og de to foreningene og avklaring av enkelttilfeller når det gjelder arrangementer og industriens deltakelse.

I tråd med vedtak på landsstyremøtet 2007 har sentralstyret i perioden drøftet alternative ordninger for at legene kan ha arenaer for å gjøre seg kjent med medisinsk teknisk utstyr. Det har blant annet vært flere møter med LFH, og sentralstyret vil fremme ny sak for landsstyret 2008.

1.2 Rådet for legeetikk

Rådet for legeetikk er valgt av landsstyret 27.5. 2005 for perioden 1.1. 2006 til 31.12. 2009. Medlemmer: Trond Markestad, leder, Ragnar Hotvedt, nestleder, Karsten Hytten, Turid Aas, Anne Mathilde Hanstad. Rådets varamedlem, Kristin Bjørnland, møter bare ved varig forfall fra Rådets medlemmer. Seniorrådgiver, advokat Odvar Brænden er sekretær for Rådet.

Rådet har i 2007 avholdt seks møter og behandlet ca. 100 saker. Rådet har avholdt ett fellesmøte med sentralstyret og besøkt avdelingen for medisinsk etikk i British Medical Association. Rådets medlemmer og to representanter for sentralstyret deltok i juni 2007 på de nordiske legeforeningers etikkonferanse i Åbo i Finland.

Rådet har i 2007 behandlet noen saker som har vakt oppmerksomhet, bl.a. klage over legers uttalelser til media, "Sudbøsaken" og "Kristinasaken". Stor oppmerksomhet har også vært rettet mot Rådets behandling av "Midiasaken" hvor det ble stilt spørsmål om det etisk forsvarlige ved gentesting av nyfødte i forskningsøyemed.

Rådets årsberetning for 2007 er lagt ut på www.legeforeningen.no

1.3 Etiske regler for leger og Reglement for Rådet for legeetikk

Etiske regler for leger og Reglement for Rådet for legeetikk gir rammene for Rådets virksomhet. Klager rettet mot leger vurderes i forhold til Etiske regler, og Reglementet for Rådet for legeetikk regulerer Rådets virksomhet. Reglene har stått uendret siden 2002. Reglene er inntatt på Legeforeningens nettsider. Rådet har i 2007 tatt initiativ til å endre Reglementet for Rådet for legeetikk, vesentlig som følge av at avdelingenes utvalg for legeetikk ikke lenger er opprettholdt.

2 **Inntekts- og arbeidsforhold**

Legeforeningens formål er å fremme medlemmenes sosiale, kollegiale og økonomiske interesser, jfr. Legeforeningens lover § 1-2, nr. 2.

2.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

Legeforeningen vil arbeide for å

- *stimulere og styrke tillitsvalgte i arbeidet for å videreutvikle avtale- og lønssystemer som belønner kompetanse, ansvar, innsats og ledelse*
- *sikre reell likestilling gjennom medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår*
- *gjøre lønsvilkårene i offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning konkurransedyktig med klinisk virksomhet*
- *motvirke mobbing av kolleger og tillitsvalgte i arbeidslivet*
- *tilrettelegge inntekts- og arbeidsforhold for leger i privat praksis og i ansettelsesforhold også slik at det stimulerer til best mulig ivaretagelse av prioriterte pasientgrupper og riktig oppgavefordeling og samhandling i helsetjenesten*
- *sikre bedre rammevilkår for legevakt*
- *sikre riktig balanse mellom sentral og lokal regulering av legers lønns- og arbeidsvilkår*
- *få lagt forholdene bedre til rette for eldre legers fortsatte deltakelse i yrkeslivet*
- *sikre arbeidstidsordninger i sykehus som ivaretar krav til forsvarlighet og pasientsikkerhet*

2.1.1 Stimulere og styrke tillitsvalgte i arbeidet for å videreutvikle avtale- og lønssystemer med formål å belønne kompetanse, ansvar, innsats og ledelse

Legeforeningen har fremsatt krav om lønnskriterier for utvikling av avtale- og lønssystemer. I Riksmeklingsmannens møtebok fra januar 2007 er det fastsatt noen kriterier for lokal lønnsdannelse. Videre deltar Akademikerne i en arbeidsgruppe med Spekter (tidl. NAVO) og LO/Unio/YS som skal se på hvordan kriterier for lønnsdannelse kan anvendes i helseforetakene.

2.1.2 Sikre reell likestilling gjennom medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår

I Spekter og HSH-området har Legeforeningen oppnådd at kvinner som har svangerskapspermisjon får tiden regnet med i opptjeningstiden for plassering i lønnskategori B og C for underordnede sykehusleger. Det har blitt jobbet med problemstillingen om rett til videre ansettelse når et vikariat utløper mens legen er gravid eller i foreldrepermisjon. Sekretariatet har gitt bistand i enkeltsaker og har informert media. Problemstillingen har blant annet blitt brakt inn for likestillingsombudet som i vedtak har gitt Legeforeningen medhold.

2.1.3 Gjøre lønsvilkårene i offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning konkurransedyktig med klinisk virksomhet

Medlemmer i det statlige tariffområdet er i hovedsak ansatt ved universitetene, helsetilsynet lokalt og sentralt, samt i legestillinger i statsforvaltningen forøvrig, for eksempel overleger, bedriftsleger m.v. og i profesjonsnøytrale stillinger. Legeforeningen har arbeidet de senere år for å oppnå et nytt system for avlønning med muligheter for lokal lønnsdannelse. Ved Akademikerstreiken i 2006, var målet å understreke at intensjonene om omlegging av tariffsystemet må følges opp for å kunne rekruttere og beholde høy kompetanse i staten. Dette er fulgt opp ved at Akademikerne og Legeforeningen også i 2007 arbeidet på ulike arenaer for å oppnå reelle og frie lokale forhandlinger. Det arbeides på flere arenaer for å oppnå hensiktsmessig og god utvikling av arbeidsvilkårene for de leger som arbeider innenfor offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning.

2.1.4 Motvirke mobbing av kolleger i arbeidslivet

Legeforeningens sekretariat følger opp enkeltsaker vedrørende mobbing i arbeidslivet. Legeforeningen har informert/undervist om ordningen med varsling i helsepersonelloven og arbeidsmiljøloven og lagt vekt på betydningen av at det skapes trygghet for åpenhet om varsling av kritikkverdige forhold i helsetjenesten.

2.1.5 Sikre at privat praksis og offentlig drevet helsetjeneste gjennom oppgavefordeling skal utfylle hverandre etter både faglige og økonomiske vurderinger, herunder bedre rammevilkårene for legevakt

Legeforeningen arbeider kontinuerlig for å sikre at privat praksis og offentlig drevet helsetjeneste skal utfylle hverandre etter både faglige og økonomiske vurderinger. I forbindelse med forslaget til statsbudsjett for 2007 (St. prp. nr. 1 2006-2007) ble det varslet at Regjeringen skal vurdere rammevilkår for privat spesialistpraksis. I den forbindelse har Legeforeningen gitt innspill til vurderingene som skal foretas og sentralstyret vedtok 7.12. 2007 et policynotat om avtalespesialistenes plass i det totale spesialisthelsetjenestetilbudet.

Legeforeningen har i 2007 fortsatt et aktivt arbeid for å bedre rammevilkårene for legevakt. Se punkt 2.10.

2.1.6 Tilby styrket rådgivning og bistand for leger som er arbeidsgivere i privat praksis

Det arbeides kontinuerlig med å utvikle det juridiske tjenestetilbudet for privatpraktiserende leger, også når det gjelder legen som arbeidsgiver. Veiledere og standardavtaler er utarbeidet til bruk for legen som arbeidsgiver. I tillegg mottas et stort antall enkelthenvendelser fra leger som ønsker bistand i forbindelse med ulike juridiske problemstillinger knyttet til hjelpepersonell, slik som oppsigelse av hjelpepersonell, sammenslåing av praksiser, oppløsning av praksiser, tolkning av avtaler med kommune/RHF mv.

Det ble i 2006 fremmet krav fra arbeidstakerorganisasjoner som organiserer hjelpepersonell om tariffavtaler for ansatte på private legekontor en rekke steder. I 2007 var det et betydelig økt fokus på slike tariffavtaler, både som følge av nye saker og behov for mer strukturert håndtering av disse. I flere saker ble det ytt betydelig bistand til lokale forhandlinger med arbeidstakerorganisasjonene.

Sentralstyret etablerte også et prosjekt som skulle vurdere nærmere hvilke typer tjenester de privatpraktiserende legene kunne forvente å få fra Legeforeningen. Dette prosjektet omfatter også arbeidsrettslig bistand til leger som er arbeidsgivere. Videre skal prosjektet gi grunnlag for å vurdere om det er hensiktsmessig at Legeforeningen gir mer kollektivartet bistand enn i dag, f.eks. gjennom fremforhandling av kollektive avtaler med arbeidstakerorganisasjoner og evt. hvordan dette skal forankres organisatorisk.

Også i 2007 ble det gitt rådgivning knyttet til den lovfestede ordningen med obligatorisk tjenstepensjon (OTP). Arbeidsgiver skulle senest innen utgangen av 2006 ha etablert en slik pensjonsordning, med økonomisk virkning fra 1.7. 2006. Legeforeningen fremforhandlet en kollektiv avtale med Vital som en rekke av medlemmene har benyttet seg av.

2.2 Forhandlingsorganisasjonen

Legeforeningens forhandlingsorganisasjon er bygget opp i samsvar med den arbeidsdeling som er etablert gjennom Akademikernes forhandlingsorganer og Legeforeningens organer.

Sekretariatet ved Forhandlings- og helseerettsavdelingen har ansvaret for bistand i de mange årlige forhandlingsforløp for fast ansatte leger og næringsdrivende leger med offentlig avtale. Alt forhandlingsarbeid koordineres og forankres i de respektive forhandlingsutvalg. I 2007 har det vært gjennomført en rekke møter i forhandlingsutvalget innen Spekterområdet, (NAVO skiftet navn til Spekter 6.6. 2007) i tillegg til møter i forhandlingsutvalget for staten, HSH, KS/Oslo kommune og i tariffutvalget for privat praksis.

2.2.1 Forhandlingsutvalg for fastlønte leger

Presidenten leder forhandlingsutvalgene i alle tariffområder. Øvrige representanter til forhandlingsutvalgene vedtas i henhold til retningslinjer om sammensetning samt yrkesforeningenes forslag.

Det er oppnevnt egne forhandlingsutvalg for de ulike tariffområdene, henholdsvis Spekter, KS/Oslo kommune, Stat og HSH. Sentralstyret oppnevnte nye medlemmer av forhandlingsutvalgene med virkning fra 1.9. 2007.

Forhandlingsutvalget for Spekter besto frem til 31.8. 2007 av: President Torunn Janbu, Siri Tau Ursin, Of, Hans-Petter Næss, Of, Per Meinich, Ylf og Asle Medhus, Ylf. Fra 1.9. 2007: President Torunn Janbu, Arne Refsum, Of, Bård Lilleeng, Of, Hege Gjessing, Ylf, Espen Møller-Hansen, Ylf.

Forhandlingsutvalget for HSH besto frem til 31.8. 2007 av: President Torunn Janbu, Arne Refsum, Of, Per Meinich, Ylf. Fra 1.9. 2007: President Torunn Janbu, Arne Refsum, Of, Kyrre Kittang Reiakvam,

Ylf.

Forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune besto frem til 31.8. 2007 av: President Torunn Janbu, Svein Aarseth, Oslo legeforening, Christian Siva, Ylf, Pål Kippenes, LSA, Ole Strand, Aplf. (Representant fra Of innkalles ved behov). Fra 1.9. 2007: President Torunn Janbu, leder, Ole Edvard Strand, Af, Lars Eikvar, Of/Oslo legeforening, Anders Nordby, Ylf, Ole Johan Bakke, LSA.

Forhandlingsutvalget for stat besto frem til 31.8. 2007 av: President Torunn Janbu, Ketil Kongelstad, LSA, Anna Midelfart, LVS, Per Meinich, Ylf, Lars Eikvar, Of, Jan Fuglesang, representant for Legeforeningen i Akademikerne stat. Fra 1.9. 2007. President Torunn Janbu, Amund Gulsvik, LVS, Arne Refsum, Of, Kjersti Baksaas-Aasen, Ylf, Jan Fuglesang, Legeforeningens representant i Akademikerne Stat.

Forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring deltar i tillegg til forhandlingskoordinator for de enkelte områdene. Andre ansatte i sekretariatet deltar ved behov. Presidenten er gitt fullmakt til å supplere utvalgene med representanter fra berørte yrkesforeninger/Nmf avhengig av hvilke temaer som er på dagsorden.

Forhandlingsutvalgene har jevnlige møter knyttet til gangen i forhandlingsforløpene.

2.2.2 Tariffutvalget for privat praksis

Tariffutvalget for privat praksis hadde frem til 31.8. 2007 følgende sammensetning: Torunn Janbu, leder, Ottar Grimstad, nestleder, Jan Emil Kristoffersen, Af, Ole Strand (vara), Bente Bjørnhaug Pedersen, Af, Eli Øvstedal (vara), Ernst K. Horgen, LSA, Ola Jøsendal (vara), Ove Andreas Mortensen, PSL, Arne Eidvinson (vara), Harald Guldsten PSL, Truls Disen (vara), Jonas Arve Kristiansen Of, Dag Rieve Kristiansen (vara), Christian Siva Ylf, Yngvild Alvik (vara).

Nytt tariffutvalg trådte i kraft fra 1.9. 2007 og består av: Torunn Janbu, leder, Jan Emil Kristoffersen, Af, nestleder, Tone Dorthe Sletten (vara), Ove A. Mortensen, PSL, Michael Strand, (vara), Inger-Lise Haakstad, Of, Dag Rieve Kristiansen (vara), Harald Guldsten, PSL, Tore Hind Fagerlund (vara), Ernst Horgen, LSA, Barbro E. Kvaal (vara), Kari Sollien, Af, Bente Bjørnhaug Pedersen, Af, Anders Nordby, Ylf, Mads A. Sabel (vara).

Sekretariatet deltar med forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring, fagsjef Lars Duvaland og andre saksbehandlere fra sekretariatet.

I 2007 er det avholdt en rekke møter i tariffutvalget. Tariffutvalget forberedte alle forhandlingsløp for privat praksis.

2.2.3 Representasjon i Akademikernes organer

Legeforeningens president Torunn Janbu var medlem av Akademikernes styre med Per Meinich som vararepresentant i 2007.

Jan Eilert Fuglesang var Legeforeningens representant i Akademikerne stat i 2007, med Bente Kvamme, sekretariatet, som vara.

Knut Aarbakke, sekretariatet, var Legeforeningens representant i Akademikerne kommune med Anne Kjersti Befring, sekretariatet, som vara.

President Torunn Janbu var i 2007 nestleder i Akademikerne Helse. Frem til 31.8. 2007 var Legeforeningen i tillegg representert ved Siri Tau Ursin og Per Meinich. Fra 1.9. 2007 ved Arne L. Refsum og Hege Gjessing. Sekretariatet er representert ved forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring. Andre ansatte i forhandlings- og helserettsavdelingen deltar i utvalgsmøtene ved behov.

I Akademikerne frie yrker var Legeforeningen representert i 2007 ved Arvid Mikelsen, sekretariaet, som også var nestleder, og Eli Øvstedal.

I Akademikerne privat er Legeforeningen representert ved Per Medalen, sekretariatet.

2.3 Generelt om inntekts - og arbeidsvilkår

2.3.1 Forhandlingssituasjonen i 2007

I året 2007 har det vært høy aktivitet innenfor de ulike forhandlingsarenaer. Legeforeningens forhandlingsposisjon har vært god, preget av konstruktiv samhandling og godt samhold internt. I forhandlingsprosessene er det nært samarbeid mellom sekretariat, yrkesforeninger og sentrale tillitsvalgte, både under forberedelser, gjennomføring og i etterarbeidet av forhandlingene. Alle prosesser har vært forankret i forhandlingsutvalgene.

Samarbeidet innad i Akademikerne har også fungert godt, og tidligere interessenmotsetninger har ikke bydd på nevneverdige problemer gjennom året. Koordinering av samarbeid i Akademikerne medfører økt ressursbruk i sekretariatet, men er nødvendig bidrag til involvering av berørte grupper og gode prosesser.

I samhandlingen med Spekter har Legeforeningen vært konstruktive, men forhandlingene i dette tariffområdet har fortsatt vist seg utfordrende.

I Spekter-området ble det gjennomført et hovedoppgjør per 1.1. 2007, hvor partene ikke kom til enighet etter forhandlinger, og heller ikke etter en meklingsrunde med Riksmeklingsmannens hjelp. Det ble gjennomført streik i regi av Akademikerne, hvor ti helseforetak og svært mange leger var omfattet. Etter åtte dager i streik kom partene tilbake til Riksmeklingsmannen, noe som er svært uvanlig, og man kom til et meklingsresultat 26.1. 2007 med en todeling av oppgjøret. Alle sykehusleger fikk prosentpåslag i første del. Neste del var i september med justeringsforhandlinger.

Hovedavtalen ble reforhandlet i desember 2007. Legeforeningen fikk på plass et eget system for sykehusene.

I stat og kommune ble det gjennomført mellomoppgjør der man kom til enighet gjennom forhandlinger. I staten ble det i tillegg fremforhandlet rammeavtale mellom Legeforeningen og Forsvarsdepartementet for å sikre tilstrekkelig rekruttering av kirurger til Forsvarets engasjement i Afghanistan frem til 1.4. 2008. Avtalen forventes å få overslag til andre områder for å bedre rekrutteringen.

I Oslo kommune valgte Akademikerne å bryte forhandlingene, og oppgjøret gikk til mekling. Etter meklingen aksepterte Akademikerne et resultat tilsvarende øvrige forhandlingssammenslutninger, men i tillegg ble det fastsatt et mandat for en partssammensatt arbeidsgruppe som frem mot hovedoppgjøret i 2008 skal se nærmere på hvordan forhandlingssystemet for akademikere i Oslo kommune kan utvikles.

I HSH-området ble det gjennomført full revisjon av særavtalen mellom Legeforeningen og HSH.

For privatpraktiserende leger har det vært gjennomført forhandlinger om Normaltariffen. Det er gitt bistand til legesentre vedrørende krav fra ansatte om tariffavtale.

2.3.2 Tariffkonferanser for privat praksis

I 2007 ble det arrangert to tariffkonferanser for privat praksis, en på våren og en på høsten. Formålet med tariffkonferansene er å legge til rette for en bredere prosess knyttet til drøfting av strategi, satsingsområder, krav og evaluering av forhandlingsresultat når det gjelder privat praksis. I tillegg er det et mål, særlig for høstens konferanse, å bidra til utvikling av helsepolitiske standpunkter i spørsmål relatert til forhandlingssystemet. "Legen i en elektronisk hverdag" var tema for høstens konferanse, hvor en rekke sentrale aktører deltok i drøftingene.

2.3.3 Avtalesamling

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

For Spekter-området har situasjonen vært uoversiktlig i og med fravær av en samlet overenskomst. Det er utarbeidet særskilte avtalesamlinger for helseforetakene med samling av protokoller, avtaler, referat m.v. fra møter/avklaringer mellom de sentrale parter (Legeforeningen og Spekter). I tillegg er det tidligere laget en samling av samtlige B-delsavtaler for henholdsvis Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sør og Helse Øst.

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

2.3.4 Medlemsbrev/ bruk av Tidsskriftet og Internett

Legeforeningen bruker utsending av nyhetsbrev til tillitsvalgte som en vesentlig kommunikasjonskanal mot medlemsmassen. Det er i 2007 sendt ut et betydelig antall nyhetsbrev innenfor de ulike områder.

Det er innført ny rutine med å påføre nyhetsbrevet informasjon om at det kan brukes som medlemsinformasjon når det ikke inneholder sensitiv forhandlingsinformasjon.

Medlemsbrev brukes også i betydelig utstrekning innenfor de ulike avtaleområder. Det er et mål at all medlemsinformasjon skal kommuniseres elektronisk.

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.

I tillegg til at alle avtaler er lagt ut på Legeforeningens nettside, er det også gjennom nyhetssiden presentert viktig og aktuell forhandlingsinformasjon. Nettsiden er fortløpende ajourført med fremdriftsrapporter og resultater for alle forhandlinger. I tillegg informeres det om Legeforeningens arbeid med andre spørsmål av høy aktualitet for medlemmer og veiledning om hvordan medlemmer bør forholde seg.

2.4 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger

2.4.1 Spekter

Tariffområdet Spekter omfatter Legeforeningens medlemmer i helseforetakene (sykehusene), herunder tidligere rusinstitusjoner.

De tidligere fem RHFene er medlemmer av arbeidsgiverforeningen Spekter. 1.7. 2007 ble Helse Sør og Helse Øst slått sammen til Helse Sør-Øst RHF. Helseforetakene utgjør område 10 i Spekter systemet. Det er vesentlig for Akademikerne Helse og Legeforeningen å understreke at område 10 skiller seg fra øvrige områder (1-9) ved at det i stor grad er underlagt nasjonale interesser og styring.

Hovedavtalen

Hovedavtalen i Spekter-området hadde utløpsdato 31.12. 2007. Forhandlinger om hovedavtalerevisjonen fant sted i begynnelsen av desember 2007. Gjennom hele året har Legeforeningen forberedt hovedavtalerevisjonen, både ved interne prosesser i forhandlingsutvalget og i sentralstyret, samt gjennom akademikersamarbeidet og i samarbeid med andre organisasjoner som Fagforbundet/LO-stat og Norsk sykepleierforbund/Unio. Et grunnlag for hovedavtaleforhandlingen ble utarbeidet i form av en rapport om forhandlingssystemet fra mai 2006. Rapporten ligger tilgjengelig på Legeforeningens nettsider.

Resultatene av forhandlingene innebærer gjennomslag for en forhandlingsmodell i område 10 som på flere punkter skiller seg fra forhandlingsmodellen som gjelder i øvrige virksomheter i Spekter. For det første er det laget en tilpasningsavtale som beskriver det foreningsvise, nasjonale avtalenivået (A2), og for det andre legges det opp til en forhandlingsmodell som sikrer progresjon i forhandlingene ved at Legeforeningen forhandler sin A2-avtale samtidig med at øvrige foreninger i Akademikerne starter sine lokale overenskomstforhandlinger (B). Det er imidlertid fortsatt slik at forhandlingene om den samlede overenskomst skal sluttes i fellesskap etter at alle Akademikernes medlemsforeninger er ferdige med sine ulike stadier i forhandlingene. Som følge av ny forhandlingsmodell er det lagt til rette for mer forutsigbare forhandlingsforløp med bedre progresjon enn tidligere. Ny hovedavtale er gjort gjeldende fra 1.1. 2008 og har utløpsdato 31.12. 2011.

Hovedoppgjøret

Forberedelsene til hovedoppgjøret per 1.1. 2007 startet allerede tidlig i 2006, men 20.12. 2006 valgte Akademikerne Helse å bryte forhandlingene da det ikke fantes rom for å komme til enighet med Spekter og for å motvirke ytterligere trenering og forsøk på å skape splid i akademikersamarbeidet.

Oppgjøret gikk følgelig til mekling hos Riksmeklingsmannen. Meklingen startet på nyåret, men første meklingsrunde førte ikke frem da Riksmeklingsmannen ikke fant grunnlag for å legge frem noen skisse. Akademikerne gikk derfor til streik i helseforetakene. Etter åtte dagers streik ble meklingen gjenopptatt og 26.1. 2007 aksepterte partene en skisse fra Riksmeklingsmannen.

Løsningen innebar at både overleger og leger i spesialisering fikk regulert minimumslønn med mellom 3-3,5 %. I tillegg skulle det gjennomføres lokale forhandlinger for overlegene, og sentrale forhandlinger for leger i spesialisering i september 2007. Overlegene forhandlet lokalt i september. Nærmere 20 sykehus ba om bistand. Sekretariatet bisto foretakstillitsvalgte sammen med tillitsvalgt fra Of eller Ylf.

I forbindelse med det sentrale justeringsoppgjøret for Ylf viste det seg at Spekter tolket seg ubundet av møtebokens passus om at "forhandlinger skulle gjennomføres". Spekters standpunkt var at møteboken, sammenholdt med vurderinger av det sentrale oppgjøret, kunne legitimere et tilbud om null. Begrunnelsen fra Spekter var at alle yngre leger hadde fått et kronebeløp på kr 25 000 (sentralt), noe Spekter og RHF vurderte som godt over hva andre grupper hadde oppnådd i kronebeløp. Det ble uttalt som et mål fra arbeidsgiversiden å lage større grad av utjevning mellom yngre leger og andre grupper i sykehus. Legeforeningen har gitt klart uttrykk for at dette er en uakseptabel tilnærming. Legeforeningen har arbeidet systematisk med disse problemstillingene i forberedelsen av hovedoppgjøret i 2008. Det innebærer arbeid også utenfor forhandlingsarenaen.

Etter at de ulike forhandlingsløp var gjennomført, viser resultatene at Leger i spesialisering fikk en

samlet, gjennomsnittlig lønnsvekst på rundt 3,5 % i 2007, mens gjennomsnittet for overleger havnet på 4,1 %.

De sosiale bestemmelser ble fortsatt forankret på sammenslutningsnivå. Arbeidstid ble ikke endret.

2.4.2 Staten

Legeforeningens medlemmer i staten er i hovedsak ansatt ved universitetene, i helsetilsynet lokalt og sentralt samt i statsforvaltningen for øvrig.

Hovedavtalen

Gjeldende hovedavtale for statsansatte har utløpsdato 31.12. 2008.

Hovedtariffavtalen – mellomoppgjør

Mellomoppgjøret for 2007 ble forhandlet i april, og natt til 1. mai aksepterte Akademikerne statens endelige tilbud i forhandlingene. Samlet hadde oppgjøret en økonomisk ramme som gir i underkant av 5 % årslønnsvekst for statsansatte i 2007. Oppgjøret hadde imidlertid også i år en klar lavtlønnsprofil, og det ble avsatt bare 0,4 % til lokale forhandlinger. Den sentrale delen av oppgjøret ble fordelt slik: Det ble gitt et flatt kronetillegg på kr 4 300 fra lønnstrinn 1 til lønnstrinn 43. For lønnstrinn 44 til lønnstrinn 77 ble det gitt 1,35 % økning. For de høyere lønnstrinnene ble det gitt et flatt tillegg på kr 8 200. I tillegg ble det avsatt en mindre pott til sentrale justeringsforhandlinger, der enkelte legegrupper og vitenskapelige stillinger ble gitt økning.

2.4.3 Kommunenes Sentralforbund (KS)

Legeforeningens medlemmer i KS-området er nå hovedsakelig kommuneleger og turnusleger i distriktsturnus.

Hovedavtalen

Gjeldende hovedavtale har utløp 31.12. 2009. Det har derfor ikke vært forberedelser til hovedavtaleforhandlinger i 2007.

Hovedtariffavtalen – mellomoppgjøret

For akademikere skjer all lønnsdannelse i medhold av hovedtariffavtalen lokalt i den enkelte kommune. Innhentede resultater fra Akademikerne tyder på at medlemmene har hatt en gjennomsnittlig årslønnsvekst på om lag 5,5 % i 2007. For øvrige grupper hadde oppgjøret en årslønnsramme på om lag 5,2 %.

2.4.4 Oslo kommune

Legeforeningens medlemmer ansatt i Oslo er nå i hovedsak sykehjemsleger, bydelsleger, ansatte ved rusmiddelstaten og ved Oslo legevakt.

Hovedavtalen (dokument 24)

Forhandlingene om ny hovedavtale i Oslo kommune ble forsøkt tatt som del av forhandlingene om overenskomstene (dokument 25) i 2006. Det kom imidlertid ikke til noen avklaring verken i forhandlingene eller i den etterfølgende mekling i 2006. Partene har i 2007 forholdt seg til ettervirkningene av den gamle avtalen.

Overenskomstene (dokument 25) - mellomoppgjøret

Mellomoppgjøret i Oslo kommune ble forhandlet frem mot natt til 1.5. 2007. Som eneste organisasjon valgte Akademikerne å bryte forhandlingene og gå til mekling. Etter meklingen valgte Akademikerne likevel å akseptere Riksmeklingsmannens forslag til løsning, som innebar samme økonomiske innretning som øvrige forhandlingssammenslutninger allerede hadde akseptert i forhandlingene. Det ble nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som frem mot hovedoppgjøret i 2008 skal se på forhandlingssystemet for akademisk arbeidskraft i Oslo kommune.

Opgjøret i Oslo kommune hadde en totaløkonomisk årsvirkning på om lag 5 %, og all disponibel økonomi, 3,1 % ble fordelt i sentrale forhandlinger.

Særbestemmelsene

Legeforeningen fremmet krav om endringer av særbestemmelsene i Oslo kommune den 31.3. 2006.

Forhandlingene ble ikke avsluttet før det ble oppnådd meklingsløsning knyttet til overenskomsten (dok. 25). Fra da av har det fra Legeforeningens side blitt tatt gjentatte initiativ til å få avsluttet forhandlingene, men situasjonen har helt siden den gang vært fastlåst på formelle grunnlag.

Legeforeningen har som følge av dette varslet Oslo kommune om at kravene før revisjon av avtalen i 2008 vil måtte bli omfattende, da de skal dekke fire års utvikling.

2.4.5 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon – Helse, utdanning og kultur (HSH-HUK)

Revisjon av særavtalen

Det ble gjennomført revisjon av særavtalen mellom Legeforeningen og HSH i juni 2007. Innledende møte fant sted i desember 2006 og forhandlingene ble gjennomført i februar og mars 2007. Protokoll ble underskrevet 6.3. 2007 og resultatet godkjent av sentralstyret 22.3. 2007. Samtlige minimumslønnssatser ble justert opp til nivået i Spekteravtalen. Andre forhold som var omfattet av særavtalen ble stort sett videreført. Begrepet vakansvakter ble imidlertid fjernet, og omtales nå gjennomgående som uforutsette vakter (§§ 3.5.5. og 5.7) Punktet om barnehageplass for turnusleger ble forbedret, slik at virksomhetene nå er pålagt, så langt det er mulig, å være behjelpelig med å skaffe barnehageplass for turnusleger som har behov for det. I tillegg ble det avtalt å gjennomføre lokale forhandlinger i samtlige virksomheter med frist 15.4. 2007. Sentralstyret er kjent med at man enkelte steder ble forsinket i forhold til fristen for gjennomføring. Samlet resultat av forhandlingene var således ikke kjent ved utgangen av 2007.

Hovedavtalen

Hovedavtalen i HSH-HUK trådte i kraft 1.3. 2006 og har varighet til 31.12. 2009.

Landsoverenskomstene

HSH organiserer i HUK-området bl.a. private sykehus, sykehjem, behandlingssentre, opptreningsentre, barnevern, barnehjem, familierådgivning, høyskoler, barnehager, museer, kunstsentre, sanitetsforeninger m.v. Legeforeningen har enkeltmedlemmer på sykehjem, høyskoler og innen familierådgivning, mens hovedtyngden av medlemmene er ansatt ved private sykehus.

I HSH-HUK ble det gjennomført mellomoppgjør – oppgjør for 2. avtaleår – for landsoverenskomstene som trådte i kraft 1.5. 2006 og har varighet til 30.4. 2008.

I mellomoppgjøret i HSH-HUK forhandles det mellom HSH på den ene siden og sammenslutninger av henholdsvis LO-forbund, YS, Unio og akademikerforeningene (omfatter også NITO) på den andre.

I forhandlingene ble det tidlig klart at man ville bli enige om den økonomiske rammen. Uenigheten handlet i all hovedsak om prinsippet om at deler av rammen skulle kunne avsettes til lokale forhandlinger. For 2007 ble det avtalt slik avsetning i det statlige tariffoppgjøret, men ikke i det kommunale. Legeforeningen og akademikerforeningene stilte seg positive til HSHs ønske om større avsetninger til lokal lønnsdannelse.

Akademikerforeningenes medlemmer har – som legene – i all hovedsak sin lønnsdannelse lokalt, og er således ikke direkte knyttet til resultatet av de sentrale oppgjør. Akademikerforeningene er likevel opptatt av resultatene i de sentrale oppgjørene. Rammen man oppnår sentralt får betydning i de lokale oppgjørene. Samtlige organisasjoner hadde i sine krav vektlagt at oppgjøret skulle være på samme nivå og ha samme innretning som man har fått i korresponderende tariffområder – Stat, KS og Spekter. Avtalen det ble enighet om var i tråd med dette kravet, det vil si at man endte på en årslønnsvekst på om lag 5 %.

Lovisenberg sykehus og Betanien hospital i Skien

Lovisenberg sykehus meldte seg i 2007 ut av HSH og inn i Spekter med virkning fra 1.1. 2008. Begrunnelsen er knyttet til usikkerhet om pensjonsforpliktelser og behovet for bedre samordning med de regionale helseforetak.

Betanien hospital i Skien meldte seg ut av Spekter og inn i HSH i 2007 med virkning fra 1.1. 2008.

2.5 Tillitsvalgtes arbeidsforhold i helseforetakene

2.5.1 Styrke rekruttering av tillitsvalgte

I Legeforeningens prinsipp- og arbeidsprogram for perioden 2006-2007 er det vedtatt at foreningen skal styrke og forbedre rekrutteringen av lokale tillitsvalgte.

På denne bakgrunn vedtok sentralstyret å opprette en prosjektgruppe med formål å gjennomgå og

vurdere organiseringen av Legeforeningens tillitsvalgtapparat på de enkelte arbeidsteder innenfor ulike tariffområder og rapporteringsrutiner ved valg av tillitsvalgte. Prosjektgruppen skulle komme med forslag til fremtidige løsninger. Prosjektgruppen ble sammensatt med en representant fra hver av yrkesforeningene og ansatte i sekretariatet og Ylfs kontor. Overlege Anny Spydslaug ble oppnevnt som prosjektleder. Fagsjef Signe Gerd Blindheim ledet sekretariatsbistanden.

Gruppen begynte sitt arbeid våren 2006. Prosjektrapport ble ferdigstilt til sentralstyrets møte i januar 2007. Gruppens arbeid har lagt grunnlaget for det tillitsvalgtarbeid og den tillitsvalgtopplæring som har funnet sted i 2007.

2.5.2 Tillitsvalgtkurs mv i 2007

I tråd med tilrådingene fra tillitsvalgtprosjektet, var det et mål for Legeforeningen å få arrangert tillitsvalgtkurs så snart som mulig etter valg på nye tillitsvalgte for perioden 1.9. 2007-31.8. 2009. Det ble arrangert et felles trinn A-kurs (grunnkurs) for alle tariffområder på Kielfergen i tiden 10.-12.9. 2007 med ca. 90 deltakere. Trinn B-kurs (påbyggingskurs) for alle tariffområder ble avviklet på Gardermoen 13.-14.10. 2007 med ca. 45 deltakere. Kursene har bestått av felles sesjoner og forelesninger/diskusjoner spesifikt for det enkelte tariffområde. I desember ble planleggingen av et trinn C-kurs (temakurs) i februar påbegynt. Hovedtema er tillitsvalgtes rolle i omstillingsprosesser og forhandlingsteknikk.

I NAVO-området (senere Spekter) ble det avviklet et tariffkurs for tillitsvalgte i OfS regi på Københavnbåten 1.-3.2. 2007 med ca. 60 deltakere.

I tariffområdet Staten ble det avviklet en tariffkonferanse i regi av LVS/LSA/Of i tiden 3.-5.12. 2007 med ca. 30 deltakere.

2.6 Avtalepraksis for spesialister med driftstilskudd

Rammeavtalen fremforhandlet med RHF i desember 2005 hadde opprinnelig to års virketid dvs. at den kunne sies opp til reforhandling per 31.12. 2007. Avtalen virket i hovedsak godt og det var fortsatt utviklingsmuligheter innenfor avtalens rammer. Sentralstyret vedtok derfor ett års prolongering av avtalen.

2.6.1 Kriterier for klasseplassering

Det har fra RHF vært etterlyst en nærmere spesifisering av hva som skal ligge til grunn for klasseplassering for avtalespesialister. Legeforeningen oversendte RHF høsten 2007 vurderinger av kriterier for klasseplassering for de ulike spesialiteter.

2.6.2 Aktivitetsrapportering

Privatpraktiserende avtalespesialister i somatikken har levert aktivitetsrapportering til Norsk pasientregister (NPR) de senere år, mens denne muligheten ikke har vært tilstede for spesialister i psykiatri. I løpet av 2007 ble det ferdigstilt et arbeid med endrede rapporteringskriterier for somatikk og nye rapporteringskrav for psykiatri. De nye kriteriene skulle tre i kraft 1.1. 2008. Legeforeningen har nedlagt betydelig innsats i kontakt med Shdir/NPR, systemleverandører og RHF bl.a. for å få på plass kostnadsdekning for implementeringen av dette.

2.6.3 Utdanning innenfor avtalepraksis

I løpet av 2007 ble det i Legeforeningen utarbeidet en skisse for tilrettelegging av økonomiske og administrative forhold knyttet til spesialistutdanning i avtalepraksis. Saken ble behandlet av sentralstyret i desember 2007 for oversending til Helse- og omsorgsdepartementet for vurdering.

2.6.4 Nasjonal helseplan – varsel om mulige endringer i rammebetingelsene

Som omtalt også i årsmelding for 2006 har Regjeringen i forbindelse med nasjonal helseplan uttalt at det skal settes i gang et arbeid for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks oppfyllelse av "sørge-for" ansvar. Legeforeningen har arbeidet aktivt med denne saken i 2007, herunder møter med Helse- og omsorgsdepartementet på våren. Høsten 2007 var det varslet et høringsnotat om lovendringer, men dette var ikke kommet før nyttår. Som ledd i Legeforeningens arbeid med disse problemstillingene har sentralstyret vedtatt både strateginotat og policynotat om avtalespesialistenes plass i den samlede spesialisthelsetjenesten. Policynotatet er publisert på Legeforeningens nettsider.

2.7 Fastlegeordningen

2.7.1 Ingen endringer i rammeavtalen med KS

Rammeavtalen som ble forhandlet med KS våren 2006 hadde toårig virketid. Den kan først reforhandles våren 2008. Det var ikke større problemer knyttet til forståelsen av rammeavtalen med KS i 2007. Både temaet vold og trusler mot legen og problemstillingene rundt overdragelse av praksis vil bli viktige temaer ved forhandlinger om rammeavtalen.

2.7.2 Endringer i rammeavtalen med Oslo kommune

Rammeavtalen med Oslo kommune ble prolongert i 2007, og løper derfor uendret til 1.7. 2008.

2.7.3 Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen

Det har vært avholdt ett møte i sentralt samarbeidsutvalg (SSU) i 2007 med Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, NAV, KS, Oslo kommune og Legeforeningen. Deltakere fra Legeforeningen i SSU er Jan-Emil Kristoffersen (leder for AF), forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring og fagsjef Lars Duvaland.

Flere aktuelle spørsmål knyttet til fastlegeordningen var på dagsorden. Både videre utvikling av interkommunal legevaktsentral, overdragelse av praksis og Shdirs arbeid med videre utvikling av fastlegeordningen var viktige tema.

2.7.4 Nytt prosjekt i Sosial- og helsedirektoratet om utvikling av fastlegeordningen

Sosial- og helsedirektoratet igangsatte høsten 2007 et større prosjekt for utvikling av fastlegeordningen, herunder styrking av legevakt og vurdering av tiltak knyttet til spesialistutdanning i allmennmedisin. I forbindelse med dette ble det arrangert en studietur til Danmark og Nederland hvor Legeforeningen deltok med både tillitsvalgte og sekretariatsansatte. Arbeidet blir fulgt opp gjennom flere arbeidsgrupper våren 2008.

2.8 Forhandlinger om takster, honorarer og egenandelsøkning

2.8.1 Om forhandlingene

Takstforhandlingene våren 2007 var utfordrende. Partene kom ikke til enighet om rammen i tide til å rekke siste statsråd før sommeren. Regjeringen fikk derfor en fullmakt fra Stortinget til å fortsette forhandlingene utover i juni.

De viktigste uenighetspunktene gjaldt kostnadsdekning for helsenett, samt pålegg om spirometri for å fastslå reversibilitet og alvorlighetsgrad av obstruktiv komponent, for at pasienter skal ha rett til medikamenter på blå resept for astma eller KOLS.

Det ble oppnådd enighet om oppgjøret 26.6. 2007. I protokollen ble det inntatt felles protokolltilførsler om videre utredning av kostnadene til helsenett, samt oppfølging av utviklingen når det gjelder bruken av spirometri. I tillegg var partene enige om at det skal gjennomføres en inntekts- og kostnadsundersøkelse for inntektsåret 2008.

2.8.2 Det økonomiske resultatet

Den økonomiske rammen for reguleringen ble 1,8 % fra 1.7. 2007. Det ble lagt til grunn en kostnadsvekst på 2,2 % og en inntektsvekst på 3,8 % fra 2006 til 2007.

2.8.3 Kommentarutgave til Normaltariffen

Sekretariatet sluttførte første utgave av kommentarutgaven til normaltariffen våren 2007. Denne er gjort tilgjengelig på Legeforeningen nettsider og skal oppdateres med jevne mellomrom.

2.9 Overdragelse av privat legepraksis

I 2006 ble det arbeidet med å utvikle en nemndsordning som skulle sikre mer ensartet praksis ved praksisovertakelse. Bakgrunnen var ønske om større forutsigbarhet for kjøper og selger av praksis, og å motvirke utilsiktede utviklingstrekk.

Nemnda for avtalespesialistene består av: advokat Nils J. Grytten, leder, og legene Truls Disen, PSL, og Jonas Arve Kristiansen, Of, som faste medlemmer.

For allmennlegene vedtok sentralstyret en nasjonal nemndsordning med to nemndsledere og en pool med nemndsmedlemmer (fra Af, LSA og Ylf). Ordningen trådte i kraft 1.11. 2006. Faste nemndsledere er advokat Nils J. Grytten og advokat Kjersti P. Amundsen. I hver sak settes nemnda med en nemndsleder og to nemndsmedlemmer, begge medlemmer oppnevnt etter forslag fra hver av partene. Nemnda er uavhengig i sin virksomhet og treffer avgjørelser som er bindende for kjøper og selger.

Nemndsordningen ble evaluert høsten 2007. Det ble gjennomført spørreundersøkelser både blant nemndas medlemmer og blant kjøpere og selgere. Det ble også gjennomført et nemndsmøte med ledere og nemndsmedlemmer. Evalueringen ga innspill til forbedringer, men viste at ordningen i hovedsak fungerer etter intensjonene.

2.10 Legevakt

Legeforeningen hadde tatt initiativ til videre arbeid med legevakt. Helse- og omsorgsdepartementet inviterte Legeforeningen til deltakelse i en arbeidsgruppe våren 2007 for å bidra til videreutvikling av interkommunal legevakt. Arbeidsgruppas mandat var i hovedsak begrenset til å vurdere kostnadene ved å etablere IKL, herunder vurdere aktuelle økonomiske stimulerings tiltak. I arbeidet fokuserte Legeforeningen i stor grad også på behovet for å vurdere innholdet i tjenesten, ikke minst i lys av tilsynsoppsummeringen fra Helsetilsynet i 2006.

Høsten 2007 skrev Legeforeningen til Helse- og omsorgsdepartementet med anmodning om at en ytterligere partssammensatt gruppe ble satt ned for vurdering av endringer i de ulike sentrale avtaleforholdene som berører legevakt samlet sett.

2.11 Helsenett

Legeforeningen inngikk i januar en rammeavtale med Norsk Helsenett AS. Legeforeningen har i løpet av 2007 hatt møter med både Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) og Norsk Helsenett AS for å diskutere det videre samarbeide omkring helsenet, herunder finansieringsløsninger for å få flest mulig legekontorer koblet opp til helsenet. Det er ved årsskiftet fremforhandlet utkast til ny avtale, som vil bli behandlet av Legeforeningen tidlig i 2008. Utkast til ny avtale viderefører i hovedsak bestemmelsene om gjensidig forpliktelse, samarbeid og drøftinger mellom Legeforeningen og Norsk Helsenett AS i relasjon til individuelle avtaler mellom NHN og privatpraktiserende leger om tilknytning til helsenet. Samarbeids- og drøftingsområder er definert i avtaleteksten.

Et nytt element i avtalen vedrører psykiatere, som i sin virksomhet har et noe annet kommunikasjonsbehov enn andre aktører i helse- og sosialsektoren. Behovet for en del tjenester, som for eksempel hjemmekontor, Internett, e-post og betalingsterminal er foreløpig noe uklart. Norsk Helsenett AS og Legeforeningen vil derfor etter nærmere avtale iverksette et prosjekt med den hensikt å knytte psykiatere til helsenet samt å prøve ut behovet for ulike tjenester for denne gruppen.

Det forventes en prisreduksjon i 2008 på både tilknytningsavgiften og abonnementsprisen. Normal pris på tilknytningsavgift for standard tilknytning vil reduseres ned til kr 15 000. I 2008 vil Norsk Helsenett AS gå ut med kampanjepris på standard tilknytningsavgift for legekontorer, avtalespesialister m.fl på kr 8 000. De avtalespesialistene som aksepterte tilbudet om 50 % reduksjon ved oppkobling i 2007 vil ikke komme dårligere ut enn de som velger å tilknytte seg i 2008.

2.11.1 Reforhandling av avtalen med Norsk Helsenett AS

Legeforeningen arbeider kontinuerlig med spørsmål vedrørende helsenet. I januar 2007 ble det inngått en rammeavtale mellom Norsk Helsenett AS og Legeforeningen som regulerer samarbeidet mellom de to partene for å oppnå felles målsetting om økt elektronisk samhandling mellom aktører i helse- og omsorgssektoren.

I løpet av 2007 har det vært flere møter mellom partene for å diskutere de ulike utfordringer utbredelsen av et funksjonelt helsenet løpende står overfor. Høsten 2007 har avtalen blitt reforhandlet. Den nye avtalen implementerer iverksettelsen av et prosjekt med tanke på å knytte flere psykiatere til helsenet. Prosjektet, som innebærer gratis oppkobling og brukeravgift for ca. 20 psykiatripraksiser, skal kartlegge behovet psykiaterne har for de ulike tjenesten i helsenet.

Den nye avtalen varsler også reduserte priser på så vel tilknytnings- som brukeravgiften. Hva gjelder tilknytningsavgiften vil i tillegg Norsk Helsenett AS gå ut med et særskilt kampanjetilbud i 2008. De nye prisene vil bli annonsert på respektive nettsider og i tilbudsbrief.

2.11.2 Høringsnotat om plikt til elektronisk innsending av legeerklæringer og trygdeoppgjør

Helse- og omsorgsdepartementet fremla i juli 2007 et forslag om at allmennleger og spesialister ved forskrift skal pålegges å benytte elektronisk kommunikasjon for innsendelse av krav om direkte oppgjør til Arbeids- og velferdsetaten (NAV), samt for innsendelse av sykmelding og legeerklæring.

I forbindelse med høringsuttalelsen har Legeforeningen utredet det rettslige grunnlaget for og lovligheten av forslaget, gitt at pålegget vil innebære en enerett for Norsk Helsenett AS til å drifte nettverket for kommunikasjonen mellom legene og NAV. Det kan reises tvil ved om ordningen tilfredsstiller EØS-rettens krav. Det er særlig betenkelig at tildelingen av eneretten til Norsk Helsenett AS skjer uten forutgående anbudsprosess og at eneretten synes å gjelde for ubegrenset tid. Når det gjelder prosessmuligheter ble muligheten for å bringe saken inn for EFTAs Overvåkningsorgan (ESA) trukket frem.

Legeforeningen avga en høringsuttalelse med en lang rekke innvendinger mot forslaget, herunder innvendinger knyttet til prosessen, ensidigheten ved pålegget samt manglende utredning av dispensasjonsordning og manglende finansiering, i tillegg til spørsmålet om forslagets lovlighet. Samtidig har Legeforeningen arbeidet aktivt opp mot Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, NAV og Norsk Helsenett AS. Det har vært et mål å oppnå en løsning vedrørende tilknytning til helsenettet som ikke involverer noe rettslig pålegg. Det har vært et bredt sammensatt møte med Helse- og omsorgsdepartementet der Legeforeningen ga ytterligere opplysninger om sitt syn i saken.

2.12 Forholdet til NAV

2.12.1 Kollektivavtalen (avtale om direkteoppgjør av trygderefusjon)

Kollektivavtalen mellom Legeforeningen og NAV danner grunnlaget for ordningen med direkte oppgjør. Her er regulert praktiske forhold rundt utbetaling, samt rettslige skranker for tilbakebetaling. NAV har i lengre tid unnlatt å følge bestemmelsen om utvidet kontroll, en rettighet for legen som skal verne mot tilbakebetalingskrav langt tilbake i tid der legen har vært i god tro. Som følge av dette og NAVs behov for en mer elektronisk kontroll og saksbehandling har det vært drøftinger av om kollektivavtalen skal endres. Etter sommeren 2007 sendte AID på høring forslag til lovendringer som skulle ha til formål å forhindre trygdemisbruk. Blant lovforslagene var det flere forslag om lovfesting av bestemmelser som i dag finnes i kollektivavtalen. Lovforslaget inneholdt også forslag om en eksplisitt lovfesting av NAVs rett til å innhente pasientjournaler til kontrollformål. Legeforeningen har nedlagt betydelig arbeid med disse problemstillingene høsten 2007. Legeforeningen har bidratt med en rekke foredrag om temaet – og temaet er belyst i pressen og på kurs i eksterne aktørers regi. Legeforeningen involverte tidlig Datatilsynet for å etablere samarbeid om sakens prinsipielle sider.

Legeforeningen har avgitt egen høringsuttalelse i saken og har videre, gjennom Akademikerne, samarbeidet med Juristforbundet om en felles høringsuttalelse. Det har også vært avholdt møte med trygdedirektøren. Som følge av dette er det nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra NAV og Legeforeningen for videre utredning av de problemstillinger saken reiser.

2.12.2 Kontaktmøter

I 2007 startet NAV og Legeforeningen med regelmessige kontaktmøter. Her møter lederne for NAVs ulike tjenesteledde Legeforeningens president og representanter fra sekretariatet. Møtene er i stor grad foranlediget av Legeforeningens betydelige engasjement vedrørende NAVs bruk av pasientjournaler, samt praksis rundt tilbakekrevingssaker.

2.12.3 Nye regler i sykefraværsarbeidet – dialogmøter

Regelendringene som fulgte av Sykefraværsutvalgets arbeid innebar at legen fikk nye oppgaver i sykefraværsoppfølgingen, særlig når det gjelder deltakelse i dialogmøter etter henholdsvis 12 uker og seks måneder. Våren 2007 samarbeidet Legeforeningen med NAV om en veileder til legen om dette. Videre ble det fremforhandlet en godtgjøring for legens deltakelse i møtene.

2.13 EU/EØS-rettslige forhold – veiledet tjeneste

Legeforeningen har i 2007 bl.a. arbeidet med EU/EØS-rettslige problemstillinger knyttet til Helse- og omsorgsdepartementets innføring av veiledet tjeneste for medisinske kandidater utdannet i EU/EØS land.

Bakgrunnen for departementets innføring av denne tjenesten er at Statens Helsepersonellnemnd i flere avgjørelser høsten 2005 slo fast at kandidater som hadde søkt om norsk autorisasjon med grunnlag i forskrift av 21.12. 2000 nr. 1377 om autorisasjon m.v. av helsepersonell, som er gitt som et resultat av implementering av "legedirektivet", ikke kan avkreves norsk turnustjeneste. Det såkalte "legedirektivet" om gjensidig anerkjennelse av yrkesmessige kvalifikasjoner (direktiv 93/16/EØF) ble den 7.9. 2005 erstattet av det såkalte "kvalifikasjonsdirektivet" (direktiv 2005/36/EF). Det er forutsatt at det ikke skal skje vesentlige materielle endringer i rettstilstanden for anerkjennelse av yrkesmessige kvalifikasjoner. Frist for implementering av det nye direktivet i nasjonal rett var satt til 20.10. 2007. Ved utløpet av 2007 var imidlertid "kvalifikasjonsdirektivet" fortsatt ikke implementert i norsk rett.

Det interne autorisasjonsutvalget i Legeforeningen la i juni 2007 frem sin rapport hvor bl.a. rettslige konsekvenser av kvalifikasjonsdirektivet er vurdert, jf. 3.2.16.

Departementet har besluttet at medisinske kandidater med utdanning fra EU/EØS-land der det ikke stilles krav om praktisk tjeneste etter avsluttet cand.med. eksamen, kan velge mellom turnustjeneste eller veiledet tjeneste før de kan få autorisasjon som lege. Veiledet tjeneste kan ikke velges av medisinske kandidater utdannet i Norge. Den veiledelede tjenesten er, i motsetning til turnustjeneste, verken organisert eller finansiert av det offentlige. Dette innebærer at veiledet tjeneste er en praktisk tjeneste som man må skaffe seg selv ved å søke stilling i offentlig godkjent sykehus eller i kommunehelsetjenesten.

Den veiledelede tjenesten skal ha en varighet på til sammen 18 måneder, og skal være sammensatt slik at seks måneder gjennomføres på sykehus med offentlig godkjenning, seks måneder gjennomføres i kommunehelsetjenesten og seks måneder gjennomføres enten på offentlig godkjent sykehus eller i kommunehelsetjenesten.

Legeforeningen har i 2007 ved flere anledninger tilskrevet Helse- og omsorgsdepartementet og bemerket at kravene til den veiledelede tjeneste er manglende spesifisert og utilstrekkelige i forhold til den praktiske tjeneste en lege bør ha for å oppnå autorisasjon.

2.14 Bierverv

Legeforeningen har hatt et særskilt fokus på biervervsproblematikk i 2007. Det har vært arbeidet med en rekke konkrete enkeltsaker og biervervsreglementer på sykehus. Videre har Legeforeningen tydeliggjort sin holdning til bierverv gjennom et policy-dokument.

Hensynet til forsvarlig pasientbehandling, lojal og habil opptreden i forholdet til arbeidsgiver, samt det utgangspunkt at legen selv råder fritt over sin fritid, må legges til grunn for regler, retningslinjer og praksis på dette området. Det vil være god samfunnsøkonomi og ressursutnyttelse å bruke legers kompetanse gjennom bierverv på fritiden. I særlig grad gjelder dette på områder med ventelister der spesialistkompetanse er etterspurt. Eventuelle forbud mot bierverv må være saklig begrunnet i hensynet til habilitet, lojalitet til hovedarbeidsgiver og allmennhetens tillit til helsetjenesten. Arbeidsgiver må vurdere hvert enkelt tilfelle, og alltid gi en konkret begrunnelse knyttet til disse forhold for å nekte et bierverv. Dette har vært Legeforeningens gjennomgående synspunkter i de saker som ble håndtert i 2007.

I forbindelse med anbudskonkurranser, om stykkprisfinansierte operasjoner og lignende, har Legeforeningen registrert at enkelte av RHFene har innført et standardkrav om at tilbyder ikke må benytte helsepersonell som har et ansettelsesforhold i et sykehus eid av RHF, eller med driftsavtale med slike. Gjennom å innføre ovennevnte vilkår i anbudskonkurransene, går RHFene langt i å frata det enkelte HF muligheten til å utøve sitt arbeidsgiveransvar på en god måte. Det medfører også at ansattes adgang til å ta fullt lovlig og ukontroversielle bistillinger blir begrenset, idet markedet for slike stillinger forsvinner. Man kan altså ende i det dilemmaet at arbeidstaker og hovedarbeidsgiver har vurdert et bierverv, og funnet det i orden, hvorpå arbeidsgiver tvinges til å avslutte arbeidsforholdet da arbeidsgiver ikke får tildelt kontrakt med det RHF som er hovedarbeidsgivers eier.

Legeforeningen har hatt en aktiv dialog med Helse Sør-Øst RHF om dette tema, særlig siste halvdel av 2007, basert på flere enkeltsaker. Legeforeningen vil følge opp dette arbeidet også i 2008.

2.15 Vold og trusler mot leger

Legeforeningen har arbeidet særskilt med tiltak for å redusere risikoen for vold og trusler mot leger. Legeforeningen samlet 1.11. 2007 en rekke sentrale aktører til seminar om vold og trusler mot leger. Fastleger er blant dem som er mest utsatt for slike hendelser. Blant de tema som var mest diskutert på seminaret var hvilken mulighet det er å flytte pasienten fra legens liste i de tilfeller en videre pasient-legerelasjon ikke lenger er mulig. Dette er noe Legeforeningen har tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet flere ganger. Som følge av seminaret ble spørsmålet også tatt opp i NRK Dagsrevyen hvor både HOD og Legeforeningen uttalte seg.

Legeforeningen har gitt uttrykk for at det er behov for endringer i regelverket for å presisere muligheten for å kunne flytte pasienten mot dennes vilje i de alvorlige tilfellene. Legeforeningen har tatt initiativ til felles utspill med KS overfor HOD. Dette vil bli fulgt opp i 2008.

2.16 Prosjekter

2.16.1 Bruk av pasientjournal utenfor helsetjenesten – NAV og forsikring

I løpet av 2006 og 2007 satte Legeforeningen et betydelig fokus på bruk av pasientjournaler i forsikringssaker og i forbindelse med NAVs tildeling og kontroll av ytelser. Dette var en av de viktigste profileringsakene på landsstyremøtet på Kongsberg i mai 2007. I forbindelse med Legeforeningens fokus på dette dukket det opp flere enkeltsaker som ble gjenstand for betydelig medieoppmerksomhet. Etter sommeren fikk problemstillingene ny aktualitet med et høringsnotat fra Arbeids- og inkluderingsdepartementets om tiltak mot trygdemisbruk. Det har vært åpenbare uenigheter mellom NAV og Legeforeningen både mht faktum, dvs omfang og rutiner ved innhenting av opplysninger, og tolkningen av lovhjemmelen for opplysningsplikten. Legeforeningen har satt fokus på saken gjennom en rekke foredrag og artikler i aviser, Tidsskriftet og Legeforeningens nettsider. I tillegg har både konkrete saker og de prinsipielle spørsmål vært diskutert i møter med sentrale myndigheter, politikere og ulike deler av NAV. Dette har blant annet resultert i at NAV har gjennomgått sine rutiner for innhenting av opplysninger, et arbeid Legeforeningen til en viss grad er blitt involvert i.

I tillegg til Legeforeningens egen uttalelse til høringen om tiltak mot trygdemisbruk, samarbeidet Legeforeningen med Juristforbundet om Akademikernes høringssvar. Her ble det tatt inn et omforenet forslag til regulering av opplysningsplikten, herunder rett til innsyn i journal.

Legeforeningen har videre gått inn for et forbud mot at forsikringsselskapene kan innhente hele journalen ved tegning av helse- eller livsforsikring, samt at lovrestriksjoner på bruk av pasientjournal ved oppgjørssaker må utredes. Dette har blitt tatt opp med sentrale myndigheter, og politikere.

I tillegg har Legeforeningen og FNH diskutert problemstillingene direkte med forsikringsbransjen ved møter i Fagutvalget, et felles forum mellom Legeforeningen og Finansnæringens Hovedorganisasjon. Her har man også arbeidet med felles retningslinjer for avtale om innhenting av helseopplysninger i forsikringssaker.

2.16.2 Prosjekt om helseattester

Under tariffutvalgsmøte den 21.11. 2005 ble helseattester som inntektsselement drøftet. Det ble pekt på manglende retningslinjer i forhold til utforming og honorering av forskjellige typer helseattester. Tariffutvalget uttrykte behov for et internt utvalg som kan foreta en gjennomgang av alle helseattestene. Det ble videre konkludert at ” *tariffutvalget oppfordrer sentralstyret til å opprette et utvalg som skal gjennomgå ulike sider ved helseattestarbeidet som for eksempel utforming, taushetsplikt, objektivitet, habilitet, innsyn, honorering, forhandlingsmotpart osv.* ”

Saken ble lagt frem for sentralstyret under møtet den 23.1. 2006 hvor det ble fattet vedtak om å opprette en prosjektgruppe med formål å vurdere ulike sider ved helseattestarbeidet. Under det første forberedende møte i prosjektgruppen den 22.6. 2006 gjennomgikk prosjektgruppen det arbeidet som allerede er gjort på området, herunder innstillingene fra Rognum-, Røsæg-, Øvereide- og Graver- utvalget. Prosjektgruppens konklusjon var at de forskjellige utvalgene allerede har nedlagt et betydelig arbeid omkring ulike spørsmål vedrørende attester. For ikke unødvendig å bruke mye ressurser på dobbeltarbeid, samt sett hen til at gruppens arbeid presumptivt bør kunne ut i et mest mulig nyttig produkt for foreningens medlemmer, ble det foreslått at mandatet for gruppen burde endres. Det nye mandatet tar hensyn til det arbeidet som allerede er gjort på området.

I løpet av høsten 2006 hadde gruppen flere møter. Det ble lagt frem en prosjektrapport til sentralstyret i mai 2007 som ble sendt på høring. Høringsinnspillene bearbejdes og endelig rapport vil bli fremlagt for sentralstyret tidlig i 2008.

2.16.3 Prosjekt om det skal stilles krav til spesialitet i allmennmedisin for å arbeide for trygdens regning

I forbindelse med sentralstyrets behandling av SLIM direktivet (Europaparlamentets- og rådsdirektiv 2001/19/EF) ble sekretariatet anmodet om i samarbeide med berørte yrkesgrupper, å iverksette et utredningsarbeid for å vurdere om det er hensiktsmessig at alle som arbeider som allmennleger utdanner seg til spesialister i allmennmedisin.

Prosjektgruppen fremla en prosjektrapport for sentralstyret i 2007. Hovedkonklusjonen i utredningen er at det bør stilles krav om spesialitet i allmennmedisin for å arbeide selvstendig som allmennlege.

2.16.4 Prosjekt sykehuslegers arbeidstid

Prosjektrapporten sykehuslegers arbeidstid ble lagt frem på sentralstyrets arbeidsmøte i september 2006 som ledd i forberedelsen av hovedoppgjøret per 1.1. 2007. Foruten å redegjøre for sykehuslegers arbeidstid i et historisk perspektiv, tok rapporten utgangspunkt i arbeidsmiljølovens bestemmelser, arbeidstidsbestemmelser i overenskomsten, og bestemmelser i EUs arbeidstidsdirektiv, og drøftet i hvilken grad disse er gjeldende for sykehusleger. Til hvert punkt i rapporten ble det skissert konkrete fremtidige utfordringer for Legeforeningen vedrørende sykehuslegers arbeidstid. Sentralstyret sluttet seg til prosjektgruppens forslag om at rapporten kan være et underlagsdokument for sentrale forhandlinger.

Tariffoppgjøret i 2007 i tariffområdet Spekter gikk til mekling. Rapporten ble imidlertid vurdert å være et viktig grunnlag for arbeidet i partssammensatt utvalg om arbeidstid som var nedfelt i Riksmeglingsmannens møtebok fra januar 2007. Til tross for gjentatte initiativ og forslag om møtedatoer i dette utvalget fra Legeforeningens side, har arbeidet ikke kommet i gang i løpet av 2007.

Prosjektrapporten har gjennom 2007 vært benyttet som grunnlag når det gjelder ulike problemstillinger, vedrørende arbeidstid.

Legeforeningens forskningsinstitutt ble høsten 2007 gitt i oppdrag å foreta en litteraturgjennomgang om konsekvenser av arbeidstid. Det forelå et første utkast i desember 2007

2.16.5 Pensjon

Legeforeningen igangsatte før jul 2006 et prosjekt for å kartlegge legers pensjonsvilkår, og hvordan endringer i fremtidig folketrygd forventes å påvirke disse vilkårene. Arbeidet er tenkt brukt opp mot Stortingets sluttbehandling av pensjonsreformen som et tillegg til det arbeidet Legeforeningens yrkesforeninger og Akademikerne bidrar med.

2.16.6 Normaltariffprosjektet

Normaltariffprosjektet er et utredningsprosjekt som skal vurdere normaltariffen som finansieringsverktøy, herunder alternative finansieringsformer. I 2007 ble det arbeidet i forhold til IPSU (inntektspolitisk strategiutvalg) med å kartlegge inntektsfordelingen innenfor normaltariffen. Arbeidet ble ferdigstilt før forhandlingene i 2007, og ble implementert i henhold til intensjonene.

Det er i løpet av 2007 gjennomført møter med styringsgruppen, og utarbeidet utkast til rapport hvor strukturen i prosjektet er nærmere definert. I foreløpig rapport redegjøres det for historiske utviklingslinjer og den senere tids politiske signaler vedrørende finansiering av privatpraktiserende legers virksomhet. Videre er en grundig gjennomgang av det teoretiske fundament som ligger til grunn for ulike finansieringsformer innarbeidet som et sentralt element i rapportstrukturen. En slik gjennomgang er vurdert nødvendig og hensiktsmessig for å kartlegge forventede effekter både av dagens ordning og mulige alternativer.

Det videre arbeidet vil bestå i konkrete drøftinger av finansieringsordningene slik de praktiseres for næringsdrivende leger og andre sammenliknbare grupper i Norge, samt for tilsvarende grupper i andre land. Videre er det bestemt at arbeidet med å kartlegge kostnadene knyttet til pålegg om elektronisk samhandling (helsenett) skal inntas i prosjektet. Planleggingen av det partssammensatte arbeid (nedfelt i protokolltilførsel i 2007) ble igangsatt høsten 2007, og kartleggingsarbeidet – som tar utgangspunkt i foreliggende studier av samfunnsøkonomisk lønnsomhet ved elektronisk samhandling – starter tidlig i 2008. Det forventes at arbeidet og en eventuell sluttrapport, blir viktig med hensyn til en helhetlig gjennomgang av finansieringssystemene.

2.16.7 Vurdering av bistand til privatpraktiserende leger

Sekretariatet hadde erfart at det var behov for en systematisk gjennomgang av hvilke saksområder Legeforeningen skal gi juridisk og annen bistand til privatpraktiserende leger som enkeltmedlemmer i rollen som næringsdrivende og arbeidsgiver. Slik bistand er ofte ressurskrevende og etterspørsel etter juridiske tjenester er stadig økende. Allerede i dag skjer en avgrensning til enkelte rettsområder. Spørsmålet er særlig i hvilket omfang tjenester skal gis, på hvilke rettsområder bistand skal gis og hvorledes dette skal finansieres.

Sentralstyret vedtok at det skulle igangsettes et prosjekt som skal evaluere og gi en tilrådning mht hvilken bistand privatpraktiserende leger kan forvente å få fra Legeforeningen. Prosjektgruppen skal også gi en tilrådning med hensyn til hvordan bistanden eventuelt skal finansieres. Prosjektet skal utarbeide en

rapport fra arbeidet. Prosjektgruppen skulle bestå av representanter fra tre av yrkesforeningene samt sekretariatsstøtte.

Våren 2007 sendte Allmennlegeforeningen og Praktiserende Spesialister Landsforening en felles henvendelse til Legeforeningen vedrørende spørsmål knyttet til krav om tariffavtaler og AFP fra arbeidstakerorganisasjoner, med henstilling om etablering av et prosjekt eller lignende for å vurdere hvordan Legeforeningen skulle håndtere dette tema. Dette ble senere besluttet inkorporert i prosjektet om bistand til privatpraktiserende leger.

Prosjektet ble igangsatt i september 2007 iht sentralstyrets beslutning, og skal avsluttes innen 1.3. 2008. Prosjektrapporten skal fremlegges for sentralstyret.

2.17 Bistand til medlemmene

Sekretariatet håndterer daglige forespørsler om tolkning av avtaler og andre forhold av betydning for yrkesutøvelsen. Rettssaker vedrørende Legeforeningens avtaler, andre forhold av prinsipiell betydning for Legeforeningen eller for enkeltmedlemmer blir i begrenset omfang og etter en konkret vurdering håndtert av Forhandlings- og helserettsavdelingen.

2.17.1 Bistand fra sekretariatet i juridiske spørsmål og rettshjelp

Bistand fra sekretariatets jurister/advokater er Legeforeningens hovedordning for juridisk bistand til medlemmene. Sekretariatets jurister yter bistand på de samme rettsområder som omfattes av rettshjelpsordningen, og vurderer konkret ved hver henvendelse om leger kan få bistand fra sekretariatet eller om det skal søkes om økonomisk bistand for å få ekstern advokat.

Sekretariatet har også i 2007 gitt juridisk bistand på en del områder som ikke omfattes av rettshjelpsordningen, slik som på helserettens område, pasientskaderett, samarbeidsavtaler i privat praksis, en del selskapsrettslige problemstillinger og generell avtalerett.

Det har vært en økende etterspørsel etter tjenester til leger som arbeidsgivere, og for å løse tvister mellom leger for å unngå rettssaker. Legeforeningen har god erfaring i tvisteløsning mellom leger, og bistår som mekler etter en konkret vurdering der begge parter ønsker det.

Det saksbehandles årlig omkring 2 000 saker av juridisk karakter. Dette er omtrent som i 2006, men profilene på sakene trekker i retning av å bli stadig mer kompliserte og ressurskrevende. Det gis videre juridisk råd per telefon i meget betydelig omfang. Denne formen for bistand er effektiv, og bidrar også til at leger unngår å havne i situasjoner som har potensial til å bli kompliserte og ressurskrevende. Sekretariatets jurister med advokatbevilling/advokatfullmektigautorisasjon prosederer enkelte utvalgte saker for domstolene etter en særskilt vurdering og beslutning. Det gjelder både saker for enkeltmedlemmer og Legeforeningen. Denne delen av virksomheten har hatt en økning i 2007.

2.17.2 Rettshjelpsordningen

Rettshjelpsutvalget er oppnevnt av sentralstyret. Utvalgets medlemmer består av oppnevnte leger fra sju yrkesforeninger samt ett medlem fra Norsk medisinstudentforening. I 2007 besto utvalget av Fridtjov Riddervold (leder), Torgeir Haugen (nestleder), Merethe Kumle (avløst av Anna Midelfart i perioden), Jan Emil Kristoffersen (avløst av Åge Henning Andersen i perioden), Halfrid Waage (avløst av Unni G. Abusdal i perioden, som igjen ble avløst av Ann Kristin Fell), Joakim Oliu Moe, Martin Lindblad og Anne Helen Hansen. Advokat Frode Solberg er sekretær for utvalget.

Utvalget arbeider i henhold til vedtekter fastsatt av landsstyret og retningslinjer fastsatt av sentralstyret. I 2007 var vedtektene gjenstand for en stor revisjon, hvor landstyret vedtok nye vedtekter.

Rettshjelpsutvalget bevilger økonomisk støtte til juridisk bistand innenfor gitte saksområder. Sentralstyret må imidlertid involveres i enkelte saker, og i disse sakene fattet sentralstyret selv vedtak om rettshjelp etter innstilling fra rettshjelpsutvalget. Rettshjelpsordningen er ikke en forsikringsordning. Søknader blir vurdert konkret og det utøves et skjønn mht hvilke saker som gis økonomisk støtte. I 2007 hadde utvalget 59 saker på sakskartet. Utvalget fattet vedtak om å innvilge støtte i 24 saker, oversendte sentralstyret fire saker med innstilling om vedtak, utsatte behandling i fire saker og fattet vedtak om avslag i 25 saker. I tillegg ble hastebestemmelsen benyttet én gang. En søknad ble trukket grunnet forlik. Sentralstyret behandlet de sakene som ble oversendt fra utvalget.

Hovedtyngden av saker som gis støtte, gjelder arbeidsrett, forvaltningsrettslige og kontraktsrettslige problemstillinger, samt tilsynssaker. Rettshjelpsutvalget og sentralstyret må vurdere fra sak til sak om - og hvor mye - økonomisk støtte som skal gis. Sekretariatet følger aktivt opp om det er mulig å søke penger tilbake til ordningen, der forholdene tilsier det.

2.18 Bistand til leger i ledende stillinger

En rekke ledere mottar bistand fra sekretariat i forbindelse med lønns- og arbeidsforhold; herunder inngåelse av lederavtaler, forholdet mellom ansvar og myndighet i stillingsbeskrivelser og juridiske spørsmål generelt i tilknytning til utøvelse av lederrollen. Sekretariatet har også bistått i konflikter mellom ledelse og ansatt med mål om at den løses. Det forutsetter at begge parter ønsker slik bistand fra sekretariatet.

2.19 Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis

Lånefondet ble etablert i 1979. Sentralstyret er lånefondets fondsstyre. Legeforeningens sekretariat ved generalsekretæren er fondets forretningsfører, og fatter vedtak om tildeling av lån i tråd med vedtektene og lånebetingelser som til enhver tid er fastsatt av sentralstyret.

Lånefondets formål er å yte lån til leger som skal etablere privat legepraksis og til leger som skal utvide, flytte eller foreta påkostninger i en etablert praksis.

Beløpgrensen for lån i Lånefondet var i 2007 kr 600 000. Lånerenten for lån til leger følger normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold som fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år. Ved utgangen av 2007 utgjorde renten 5 %, opp fra 3,5 % ved utgangen av 2006.

I 2007 ble det innvilget 224 lånesøknader på samlet 103 millioner kroner. Per 31.12. 2007 var det i alt 1 922 løpende lån i Lånefondet. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2007 429,3 millioner kroner. Egenkapitalen utgjorde 31.12. 2007 649,9 millioner kroner.

3 Utdanning, forskning og fagutvikling

Legeforeningens formål er å fremme kvalitet i legeutdanningen og den medisinske fagutvikling, samt å fremme medisinsk vitenskap, herunder medisinsk forskning og forskningsetikk, jfr. Legeforeningens lover §1-2, nr. 4 og 5.

3.1 Prinsipp og arbeidsprogrammet

Legeforeningen vil arbeide for å

- sikre en felles nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger
- sikre finansieringen av og videreutvikle systematisert etterutdanning
- videreføre arbeidet med å utvikle nye læringsformer i legers videre- og etterutdanning
- styrke rammevilkårene for forskning i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at forskning blir en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet
- legge til rette for at leger baserer sin virksomhet på uavhengig og dokumentert medisinsk informasjon
- etablere kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger
- øke rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin
- bringe klarhet rundt og vurdere de nye utfordringene turnustjenesten møter blant annet etter utvidelsen av EU
- bedre finansiering for medisinstudenter som driver forskning og for leger i forskerstillinger
- legge forholdene til rette for gode læringsvilkår i klinisk undervisning og utdanning

3.1.1 Sikre en felles nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger

For å sikre kvalitet og felles nasjonal standard i spesialiseringen vurderes målbeskrivelser, prosedyrekrav m.v. fortløpende av den enkelte spesialitetskomité. Særlig prosedyrekrav og attestasjonsskjemaer sikrer innholdet i utdanningen. I tillegg til den årlige rapporteringen fra den enkelte utdanningsinstitusjon i relasjon til spesialistreglene (SERUS) gjennomføres også besøk av spesialitetskomiteene på sykehusavdelingene.

Turnusrådet gjennomfører en nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger. Denne evalueringen kommer i tillegg til de besøkene turnusrådet foretar til sykehus og allmennlegepraksiser som har turnusleger (se pkt. 3.2.1, samt pkt. 6.2.13 om turnusrådet).

Legeforeningen arrangerer veilederkurs for leger som veileder leger i spesialisering. I tillegg tilbys et selvstudiemateriale som består av boken *Veiledning med leger under utdanning* av Kirsten Hofgaard Lycke, Gunnar Handal og Per Lauvås sammen med en DVD som illustrerer veiledningssituasjoner.

Legeforeningen har utviklet to store grunnkurs, klinisk kardiologi og kirurgisk og medisinsk gastroenterologi, på Internett. Kursene er obligatoriske og alle leger i disse spesialitetene får dermed tilgang til den samme kunnskapen. De andre enkeltstående nettkursene bidrar også til nasjonal standard og kvalitet (se pkt. 3.2.12). En ny utdanningshåndbok i allmennmedisin bidrar til en felles nasjonal utdanning i allmennmedisin (se pkt. 3.2.10).

3.1.2 Sikre finansieringen av og videreutvikle systematisert etterutdanning

Finansiering sikres ved hjelp av Utdanningsfond 1, se pkt. 3.6.1.

I tråd med policydokumenter, både internasjonalt og i Norge, er det arbeidet videre med legers etterutdanning – Legers etterutdanning i fremtiden (LEIF), og fra 1.1. 2007 er det etablert en nettbasert tjeneste for planlegging, registrering og evaluering av spesialistenes etterutdanning. LEIF finnes på Legeforeningens nettside. Hver bruker får sin egen konto for å registrere etterutdanningsaktivitetene. Se forøvrig Tidsskriftet nr. 2/2007, side 217.

3.1.3 Videreføre arbeidet med å utvikle nye læringsformer i legers videre- og etterutdanning

Det har blitt utviklet et nytt kurs i kognitiv terapi for allmennleger, i et samarbeid mellom Legeforeningen og Norsk forening for kognitiv terapi. Kurset har 30 deltakere og går over halvannet år.

Det veksles mellom plenumssamlinger og veiledning i smågrupper. I kurset benyttes egenproduserte DVD-illustrasjoner med simulerte pasienter. Veiledning i smågruppe skjer på grunnlag av videoopptak av

egne terapisesjoner. Deltakerne registrerer, beskriver og evaluerer fortløpende sine erfaringer med metoden brukt på egne pasienter.

3.1.4 Styrke rammevilkårene for forskning i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at forskning blir en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet

Legeforeningen har bidratt til etablering av allmennmedisinske forskningsenheter ved de fire universitetene og vært en pådriver for å få til finansiering gjennom statsbudsjettet. Første bevilgning kom i revidert nasjonalbudsjett for 2006, og i 2007 ble det i tillegg avsatt 3 millioner kroner til det nyopprettede forskningsfondet i allmennmedisin, jfr. pkt. 3.3.1. Gjennom normaltarifforhandlingene ble det i 2007 i tillegg avsatt 3 millioner kroner til forskningsfondet. Formålet er å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinske premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene.

Gjennom økt satsing på de fagmedisinske foreninger ønsker en å bringe forskning frem. Dette har skjedd med en tiltaksplan behandlet på landsstyremøtet i 2007 basert på forskningsrapportene *Vind i seilene for medisinsk forskning* og *Mot en ny vår for medisinsk forskning* fra 2007. Effektivering av tiltaksplanen vil skje med opprettelse av prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Legeforeningen har utarbeidet et policy-dokument vedrørende forskning.

3.1.5 Legge til rette for at leger baserer sin virksomhet på uavhengig og dokumentert medisinsk informasjon

Som ledd i forberedelsen til etablering av de fagmedisinske foreningene ble det påpekt at utvikling av faglige retningslinjer er en viktig oppgave for foreningene. En rekke foreninger har utviklet gode retningslinjer basert på oppdatert, dokumentert medisinsk informasjon, f.eks. Barnelegeforeningen. Gjennom nettsidene for foreningene presenteres tydelig brukerstøtteverktøy utformet i den enkelte forening. Denne satsningen vil kunne videreføres og gjøres enda mer tilgjengelig når Legeforeningens "Min side"-løsning etableres i 2008. Gjennom medlemskap i foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok (NLH) bidrar Legeforeningen til at leger kan basere sin virksomhet på uavhengig og dokumentert medisinsk informasjon. Se pkt. 3.4.5.

3.1.6 Etablere kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger

Gjennom rapporten *Vind i seilene for medisinsk forskning*, som omhandler forskerens kår, er det nedfelt tiltakspunkter for å kunne etablere kombinerte stillinger. Dette er videre fulgt opp gjennom en arbeidsgruppe tilknyttet spesialitetsrådet.

3.1.7 Øke rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin

Det vil bli nedsatt en arbeidsgruppe som vil jobbe med rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin. Legeforeningen har etablert et prosjekt for oppfølging av de to rapportene *Vind i seilene for medisinsk forskning* og *Mot en ny vår for medisinsk forskning*, se pkt. 3.3.1.

3.1.8 Bedre finansiering for medisinstudenter som driver forskning og for leger i forskerstillinger

Det vil bli nedsatt en arbeidsgruppe som vil jobbe med rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin, herunder vilkårene for medisinsk forskning. Se pkt. 3.1.7 og 3.3.1

3.1.9 Legge forholdene til rette for gode læringsvilkår i klinisk undervisning og utdanning

Landsstyret 2006 vedtok å slutte seg til sentralstyrets punktprogram med utgangspunkt i rapporten *Vind i seilene for medisinsk forskning*. Flere av punktene omhandler finansiering for studenter og leger som driver forskning, bl.a. er det vedtatt å opprette en stipendordning. Sekretariatet har i samarbeid med forskningsutvalget startet utredningen av finansiering, bl.a. stipendordninger.

Landsstyret vedtok at oppfølgingen av 2006-vedtaket skal rapporteres til landsstyremøtet i 2008. Sekretariatet bistår spesialitetskomiteer og fagmedisinske foreninger i arbeidet for å bedre undervisning og utdanning. Sekretariatet arrangerer veilederkurs for veiledere i og utenfor sykehus. Disse skal bidra til bedre læringsvilkår for legene i spesialisering.

3.2 Utdanning

3.2.1 Turnustjenesten

Legeforeningen er opptatt av kvaliteten i turnustjenesten. De tre evalueringene av tjenesten som Legeforeningen ved turnusrådet har gjennomført, viser alle at tjenesten gjennomgående oppfattes som god. Samtidig har evalueringene tydelig vist at det er store variasjoner mellom turnusstedene. Dette er bekymringsfullt, og det arbeides for større grad av harmonisering. Det er spesielt de varierende muligheter for god veiledning og supervisjon som foreningen vil fremheve som uheldig. De ansvarlige for tjenesten må sikre veilederutdanning til veilederne og sørge for at det avsettes tilstrekkelig tid til veiledning innenfor arbeidsdagens rammer. Enkelte steder, som i Sogn og Fjordane, Tønsberg og ved Universitetssykehuset i Akershus, har man i tillegg til en-til-en-veiledning gitt tilbud om gruppeveiledning. Dette for å gi turnuslegene større mulighet for kollegial læring og nettverksbygging.

Legeforeningen har også engasjert seg i kapasitetsproblematikken. Det er fortsatt ubalanse mellom antall plasser og antall turnusleger, og noen blir derfor stående på venteliste før de kommer ut i tjeneste. Forslag til løsninger har vært vanskelige å gjennomføre fordi de rammer spesielle grupper som f. eks. utenlandsmedisinere. Mulighet for såkalt "Veiledet tjeneste" er ett slikt tiltak, hvor det åpnes for en modell hvor kandidatene selv søker turnussted og gjennomfører en 18 måneder lang tjeneste. Det stilles ikke krav til hva veiledningen skal inneholde, ikke læringsmål, ikke krav til innhold i sykehustjenesten på 6-12 måneder. Legeforeningen har sett farene med å tilby to forskjellige måter for å oppnå autorisasjon og har derfor tilskrevet Helse- og omsorgsdepartementet med forespørsel om møte for å drøfte problemene.

På bakgrunn av forslag fremkommet i rapport fra partssammensatt arbeidsgruppe i Sosial- og helsedirektoratet, ble Legeforeningen høsten 2007 bedt om å delta i et arbeid med utprøving av ny modell for gjennomføring av turnus foreslått i rapporten. Man skulle samtidig vurdere muligheten for å inkludere psykiatri som obligatorisk del av sykehusdelen av turnustjenesten. Det er foreløpig ikke kommet noen konkrete forslag eller tiltak fra arbeidsgruppen. Denne fortsetter sitt arbeid inn i 2008.

Første del av Legeforeningens nasjonale evaluering av turnustjenesten fremkom i rapportform sent høsten 2006. Den viser at så vel turnusleger som deres veiledere og generelt overordnede, finner turnustjenesten viktig, lærerik og helt nødvendig for å kunne oppnå autorisasjon og tillatelse til å utøve selvstendig legevirksomhet. Første del av den fortløpende nasjonale evalueringen av turnustjenesten ble utført anonymisert. De to påfølgende evalueringene har vært "identifiserbare". Legeforeningen har dermed fått verdifull informasjon om det enkelte turnussted som det har vært viktig å gi tilbakemelding til turnusstedene på. Sentralstyret besluttet høsten 2007 å offentliggjøre en rangering av sykehusene ut fra hvordan de hadde scoret på parametre det var spurt om i evalueringen.

De regionale helseforetakenes funksjonsfordeling, spesielt innenfor kirurgifaget, har medført vansker med gjennomføring av kirurgi og ortopedi som grunnleggende fag i turnustjenesten. Legeforeningen har kritisert innholdet i kirurgisk del av turnustjenesten ved ulike sykehus, og har uttalt at sykehus som Helgelandssykehuset HF, Mosjøen ikke tilfredsstiller kravene til turnustjenestens innhold. For å øke turnuslegenes erfaring med akuttkirurgi ble det innført en ordning ved St. Olavs Hospital i Trondheim hvor turnuslegene skal være i seks uker med arbeid i akuttmottak og på kirurgiske seksjoner med akutfunksjon. Myndighetene har meldt at ordningen skal evalueres høsten 2008.

3.2.2 Endringer i spesialistreglene

Landsstyret 2007 vedtok å utsette behandlingen av forslag til nye spesialistregler i ortopedisk kirurgi i påvente av utredningsarbeide om spesialistutdanningen.

Sentralstyret fremmet for landsstyret 2003 forslag om opprettelse av en ny kirurgisk grenspesialitet i mamma-endokrin kirurgi. Forslaget ble forkastet av landsstyret med 58 mot 57 stemmer.

Helse- og omsorgsdepartementet besluttet ved brev av 1.11. 2006 å opprette en ny grenspesialitet under generell kirurgi betegnet "Mamma- og para-/thyreoideakirurgi", og hadde gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å ta kontakt med Legeforeningen for bl.a. å få utarbeidet spesialistregler, kurskrav og operasjonslister til spesialiteten.

Sentralstyret vedtok i møte 8.12. 2006 å oppnevne spesialitetskomité til den nye grenspesialiteten mamma- og para-/thyreoideakirurgi. Den nyoppnevnte komiteen ble bedt om å utarbeide forslag til spesialistregler, kurskrav og krav til utførte prosedyrer/operasjoner, samt utarbeide en målbeskrivelse for utdanningen og vurdere godkjente utdanningsinstitusjoner.

Komiteen fremmet forslag overfor sentralstyret i møte 21.5. 2007 om endring av navnet på spesialiteten "Mamma- og para-/thyreoideakirurgi" til "Bryst- og endokrinkirurgi", samt fremmet forslag til spesialistregler, kurskrav, prosedyrekrav. Saken ble imidlertid vedtatt utsatt, idet det var ønske om å

gjennomføre et dialogseminar med berørte fag 12.6. 2007 før sentralstyret tok stilling til saken.

Spesialitetskomiteen gikk gjennom kommentarene fra de tilgrensende fagområder og gjorde i henhold til dette visse omformuleringer i målbeskrivelsen. Saken ble på nytt fremmet for sentralstyret 31.8. 2007, og ble vedtatt oversendt med anbefaling overfor Sosial- og helsedirektoratet i tråd med komiteens forslag.

Saken er foreløpig ikke ferdigbehandlet i Sosial- og helsedirektoratet.

3.2.3 Spesialistgodkjenninger i 2007

Spesialitet	Antall	Kvinner	Menn	Herav konverterte:	
				Norden	Øvrige EØS-land*
Allmennmedisin	207	72	135	68	0
Anestesiologi	66	15	51	33	13
Arbeidsmedisin	8	5	3	0	1
Barnekirurgi	1	0	1	0	0
Barne- og ungdomspsykiatri	22	14	8	7	3
Barnesykdommer	30	16	14	13	3
Blodsykdommer	6	2	4	0	0
Endokrinologi	6	1	5	4	0
Fordøysessykdommer	6	1	5	2	0
Fysikalsk medisin og rehabilitering	4	2	2	1	1
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	43	23	20	15	8
Gastroenterologisk kirurgi	16	5	11	1	4
Generell kirurgi	56	11	45	16	11
Geriatrici	8	4	4	2	0
Hjertesykdommer	35	6	29	12	1
Hud- og veneriske sykdommer	6	1	5	2	2
Immunologi og transfusjonsmedisin	1	1	0	0	0
Indremedisin	72	22	50	27	5
Infeksjonssykdommer	2	1	1	0	0
Karkirurgi	5	1	4	0	0
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	0	0	0	0	0
Klinisk farmakologi	5	0	5	1	0
Klinisk nevrofysiologi	3	1	2	1	0
Lungesykdommer	14	5	9	3	0
Medisinsk biokjemi	6	4	2	1	0
Medisinsk genetikk	2	2	0	0	0
Medisinsk mikrobiologi	5	3	2	0	0
Nevrokirurgi	3	0	3	1	1
Nevrologi	21	11	10	3	6
Nukleærmedisin	4	2	2	1	1
Nyresykdommer	8	2	6	3	0
Onkologi	16	6	10	1	0
Ortopedisk kirurgi	53	5	48	36	3
Patologi	19	9	10	7	3
Plastikkirurgi	6	0	6	3	0
Psykiatri	100	42	58	31	12
Radiologi	60	15	45	30	5
Revmatologi	5	2	3	1	0
Samfunnsmedisin	4	3	1	0	0
Thoraxkirurgi	2	0	2	1	0
Urologi	5	1	4	2	1
Øre-nese-halssykdommer	32	8	24	17	8
Øyesykdommer	33	13	20	14	2
TOTALT	1 006	337	669	360	94

* Inkluderer alle EU- og EØS-landene og EFTA-landet Sveits.

Det var i 2007, slik det har vært hvert år siden 2002, en økning i antall nye førstegangs spesialistgodkjenninger. I 2007 ble det totalt gitt 1 006 nye førstegangs spesialistgodkjenninger, hvorav 552 etter norske regler. I 2006 ble det totalt gitt 975 spesialistgodkjenninger, hvorav 578 etter norske regler. I 2005 ble det totalt gitt 874 spesialistgodkjenninger, hvorav 586 etter norske regler (som er det hittil høyeste antallet godkjenninger etter norske regler siden 1991). Økningen i det totale antallet godkjenninger i 2007 skyldes først og fremst økning i overføring av spesialitet fra Sverige, Danmark og Island, mens Tyskland ligger på samme høye nivå som i 2006.

De 1 006 nye førstegangsgodkjenningene i 2007 er det høyeste antallet noensinne. Det nest høyeste var i 1998 da det ble gitt 989 spesialistgodkjenninger.

Allmennmedisin fikk desidert flest nye godkjente spesialister i 2006, totalt 207, hvorav 139 etter norske regler (113 etter norske regler i 2006 og 96 etter norske regler i 2005). Antall resertifiseringer i allmennmedisin er i 2007 375, mot 439 i 2006. Årlig resertifisering i allmennmedisin har i siste femårsperiode vært i snitt 413 per år.

Av sykehusspesialitetene har psykiatri flest godkjenninger med 100, hvorav 57 etter norske regler. Indremedisin kommer på andreplass med 72 totalt, hvorav 40 etter norske regler. Anestesiologi har totalt 66 nye spesialister, men bare 20 etter norske regler. Indremedisin og psykiatri er nå de to store sykehusspesialitetene. Blant de største spesialitetene har både indremedisin, anestesiologi og fødselshjelp og kvinnesykdommer en nedgang i antallet spesialistgodkjenninger etter norske regler fra 2006 til 2007.

I generell kirurgi er det en økning i antallet spesialistgodkjenninger, både etter norske regler og i overføringer fra EU/EØS i forhold til 2006, da antallet godkjenninger var særlig lavt.

I likhet med 2006 er det heller ikke i 2007 godkjent spesialist i kjevekirurgi og munnhulesykdommer etter norske regler. Dette er den eneste spesialiteten som i 2007 ikke har fått godkjent spesialist. I 2006 var det i denne spesialiteten én overføring fra Tyskland (i denne spesialiteten har alle overføringer fra EU/EØS til nå vært fra Tyskland).

I den nye spesialiteten mamma- og para-/thyreoideakirurgi, som er en grenspesialitet under generell kirurgi, er det ennå ikke godkjent spesialister, og Helse- og omsorgsdepartementet har ennå ikke fastsatt spesialistregler.

I barnekirurgi og i immunologi og transfusjonsmedisin er det godkjent én ny spesialist i 2007 etter norske regler.

Gjennomsnittsalderen for de godkjente spesialistene etter norske regler har i mange år vært relativt konstant på ca. 41 år, og i 2007 er denne 41,5 år, 42,0 år for kvinner og 41,3 år for menn.

Gjennomsnittlig tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning etter norske regler er også ganske konstant, 8,3 år, men har økt noe for kvinner, fra 8,5 år i 2003 til 8,9 år i 2007. Samtidig har denne tiden fortsatt å gå ned for menn, fra 8,3 år i 2003 til 7,8 år i 2007.

For godkjenning etter norske regler var kvinneandelen i 2007 på 39,9 %, en videre nedgang fra 45,4 % i 2005 og 41,9 % i 2006. Det er likevel i flere spesialiteter fortsatt godkjent flere kvinner enn menn i 2007. I fødselshjelp og kvinnesykdommer er det blant yrkesaktive spesialister i Norge nå 279 kvinner og 267 menn, det vil si 51,1 % kvinner. Dette er den andre spesialiteten som oppnår kvinneflertall. Barne- og ungdomspsykiatri fikk kvinneflertall midt på 1980-tallet.

Informasjon og statistikk over spesialistgodkjenninger finnes på Legeforeningens nettsider: www.legeforeningen.no/index.db2?id=1437

3.2.4 Rapportering fra utdanningsinstitusjoner

Spesialistreglene krever at godkjente utdanningsinstitusjoner (sykehusavdelinger) hvert år avgir rapport om utdanningsvirksomheten. Rapporteringen skjer i etterkant av utdanningsåret og omfatter beskrivelse av avdelingens læringsmiljø, herunder bemanning, undervisning, veiledning, supervisjon, praktiske ferdigheter, utstyr, aktivitetsnivå og forskning. F.o.m. rapporteringen for 2006 ble det også spurt om etterutdanningen til spesialistene.

Rapporteringen gjennomføres elektronisk ved det såkalte SERUS (system for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomhet i sykehusavdelinger). Dette er en Internett-løsning som forutsetter at brukerne logger seg på en nettside og laster opp dokumenter. Legeforeningen startet opp med elektronisk rapportering fra og med rapporteringsåret 2004. Systemet er tidsbesparende og har mange fordeler når det fungerer. Det er imidlertid fortsatt vanskelig for noen av utdanningsinstitusjonene å benytte seg fullt ut av elektronisk rapportering pga. ulike sikkerhetstiltak på sykehusene.

838 utdanningsinstitusjoner fra 41 spesialiteter (allmennmedisin og samfunnsmedisin er unntatt) har innlevert rapport for 2006. Rapporteringen for 2007 vil bli avkrevd i første kvartal 2008. For den

nyopprettede spesialiteten mamma og para-/thyreoideakirurgi, er det foreløpig etablert to utdanningsinstitusjoner, og denne spesialiteten inngår i rapporteringssystemet fra og med 2007-rapporteringen. Resultatene fra rapporteringen synes stabile i forhold til de siste årene.

Utdanningsutvalgene ved den enkelte avdeling gjennomfører i gjennomsnitt tre møter i året. Dette kan synes i minste laget, da utdanningsutvalget på vegne av avdelingsledelsen, skal utarbeide avdelingens utdanningsplan, ha kontakt med veilederen og vurdere individuelle utdanningsplaner, mv. Den teoretiske internundervisningen er i gjennomsnitt på 121 minutter per uke, noe som er over kravet på 90 minutter per uke, men det er også minst 40 institusjoner som ligger under dette kravet. I internundervisningen legges det mest vekt på den tradisjonelle forelesningsmåten, deretter følger pasientkasuistikker og tidsskriftgjennomgørelser. 18,5 % av institusjonene oppgir at noe av internundervisningen gis som nettundervisning og da med en andel på ca. 25 % (median). Dette er en klar nedgang fra foregående år, og nedgangen er størst for gruppe I-institusjonene. Nettundervisning benyttes av ca. 1/3 av spesialitetene.

Andelen av leger som møter på internundervisningen innenfor tjenesteplanen (møtt til undervisningen siste måned), er i gjennomsnitt 88 %. Her er det et forbedringspotensiale når det gjelder å legge til rette for å kunne delta. Undervisningen løper over gjennomsnittlig 36,6 uker (median 40) per år, og ca. 36 % av undervisningen gis av leger i spesialisering. Ca. 90 % av avdelingene oppgir at det gis permisjon til nødvendig kursutdanning. Veiledningen kommer i gang i løpet av en måned etter tilsetting ved 83,7 % av institusjonene. 76,3 % av institusjonene oppgir veiledningsmøter mellom veileder og lege i spesialisering minst én gang hver annen måned. Det er utarbeidet individuell utdanningsplan for 96,4 % av legene i spesialisering (92,8 % avdelingene svarer 100 %), men det er her en liten nedgang fra foregående år ved gruppe I-avdelinger (fra 98 % til 97,2 %). Det gjenstår imidlertid at legene bruker planen som det styringsverktøy det er ment å være i spesialistutdanningen.

Gjennomsnittlig andel av arbeidstiden med spesialist fysisk til stede er 45,3 %, en økning fra 43 % foregående år. 87 % av institusjonene har prosedyrer for evaluering av den medisinsk-faglige progresjonen i spesialistutdanningen i forhold til individuell utdanningsplan. Avsatt tid til fordypning er i gjennomsnitt 3,5 timer (en liten økning fra foregående år), noe høyere ved gruppe I-avdelinger. Noe annet er om tiden virkelig brukes til fordypning. Ut fra de signaler vi får ved besøk på utdanningsinstitusjonene, viser det seg ofte vanskelig å få bruke den tiden som er avsatt til fordypning på grunn av andre gjøremål. Av rapporteringen fremkommer at det i gjennomsnitt brukes 79,5 % av avsatt tid til fordypningstid. Dette er ikke bra nok, og utdanningsutvalgene må, i samarbeid med avdelingsledelsen, søke å finne en løsning på dette. Det kreves av gruppe I-institusjonene at det legges til rette for at leger i spesialisering deltar i forskningsprosjekter og aktivt stimuleres til vitenskapelig virksomhet. 95 % av gruppe I-avdelingene rapporterer at legene i spesialistutdanning kan få delta i slik virksomhet og at ca. 58 % deltar (mot hhv 96 % og 57 % foregående år). 96,3 % av gruppe I-avdelingene oppgir at legene i spesialisering får tilbud om forskningsveiledning og at 55 % får denne veiledningen (mot hhv 94 % og 56 % foregående år).

3.2.5 Besøk på utdanningsinstitusjoner

Bestemmelser for spesialistutdanningen, § 9: Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger spesialitetskomiteene å overvåke forholdene ved utdanningsinstitusjonene, eventuelt gjennom å besøke utdanningsinstitusjonene. 102 utdanningsinstitusjoner fordelt på 33 spesialiteter ble besøkt i 2007. Institusjonene ble valgt ut fra geografisk beliggenhet, gruppetilhørighet eller problemer i relasjon til spesialistutdanningen. Spesialitetskomiteen ser på besøkene som et meget viktig supplement til den årlige rapporteringen for å skaffe seg tilstrekkelig innsikt i institusjonenes utdanningsvirksomhet.

Det er flere avdelinger som i 2007 har vært vurdert ikke å oppfylle kravene. Det er løpende dialog med disse for å styrke utdanningen slik at status som utdanningsinstitusjon kan opprettholdes.

3.2.6 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri

I henhold til retningslinjene for godkjenning av psykoterapiveiledning på valgfri terapiform (det tredje året i psykoterapiveiledningen) ble det i perioden godkjent 11 veiledere i psykodynamisk psykoterapi, 10 veiledere i gruppepsykoterapi og én veileder i kognitiv terapi.

3.2.7 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri

Ingen ble godkjent som veileder i psykoterapi i barne- og ungdomspsykiatri i 2007.

3.2.8 Veiledning i institusjonshelsetjenesten

Bestemmelser for spesialistutdanningen, § 9: Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger utdanningsutvalget ved den enkelte institusjon å sørge for at legene i spesialisering får oppnevnt en

personlig veileder. Veilederne skal være bindeleddet mellom legene i spesialisering og avdelingens ledelse. Det har i perioden vært avholdt fire grunnkurs, fire oppfølgingskurs og 14 dagskurs, med til sammen 322 deltakere. Veiledningen er fortsatt ikke optimalt ivaretatt ved alle institusjoner.

3.2.9 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

I 2007 har det vært 70 veiledningsgrupper i allmennmedisin, fire veiledningsgrupper i arbeidsmedisin og ni veiledningsgrupper i samfunnsmedisin

22 nye veiledere i allmennmedisin og tre i samfunnsmedisin ble ferdig utdannet.

3.2.10 Ny utdanningshåndbok i allmennmedisin

Veiledningshåndbok i allmennmedisin del I *To år sammen* ble i løpet av året ferdig revidert i papir- og nettversjon.

Arbeidet med revisjon av del II *Allmennmedisinsk gruppereise* pågår.

3.2.11 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin

Virksomheten i etterutdanningsgrupper fortsetter, det er i 2007 registrert 770 etterutdanningsgrupper i allmennmedisin.

3.2.12 Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN)

Tre nye kurs er lansert: "Allmennlegens møte med utviklingshemmede", "Fundamentals of medical ethics" og "Diagnosis and treatment of multi-drug resistant tuberculosis". De to siste er utarbeidet i samarbeid med WMA (Verdens legeforening). Ellers har det vært arbeidet med kursene i sirkulasjonsfysiologi, antibiotikabehandling i allmennmedisin, trygdemedisin og etikk.

Grunnkursene i klinisk kardiologi for indremedisin medisinsk og kirurgisk gastroenterologi har blitt arrangert to ganger i løpet av året. Begge kursene avslutter med regionale samlinger for deltakerne. Det er også utviklet en kursprøve på Internett som skal prøves ut på grunnkurset i gastroenterologi.

Det er foretatt oppgraderinger av programvaren for kurset.

3.2.13 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR)

Fra Legeforeningen er følgende medlemmer i Nasjonalt råd: Helge Haarstad (vara Kristin Aase), Per Meinich frem til 31.8. 2007, fra 1.9. 2007 Hege Gjessing (vara Harald Bergan frem til 31.8. 2007, fra 1.9. 2007 Fredrik Nomme). Anne Mathilde Hanstad (vara Frank R. Andersen), Einar Skoglund (vara Bjarne Riis Strøm). Spesialitetsrådets leder Frank R. Andersen har møtt som observatør.

Rådets sekretariat arbeider fortsatt med å skaffe seg oversikt over legestillingene i sykehus, da det kan tyde på at det enkelte sykehus har opprettet stillinger ut over de kvoter Helse- og omsorgsdepartementet har tildelt. Det er ikke utgått noen utredninger/rapporter fra NR i 2007.

3.2.14 Etterutdanning

Fra 2.1. 2007 er det etablert et elektronisk system for spesialister hvor etterutdanningsplan kan legges inn og etterutdanningsaktivitetene kan registreres (Leif-IT). Det arbeides videre med å etablere et tilpasset system for videre- og etterutdanningen i allmennmedisin.

3.2.15 Utredning om spesialistutdanningen for leger

Sentralstyret vedtok i møte 8.12. 2006 å igangsette et utredningsarbeid om spesialistutdanningen for leger. Det ble i møte 18.1. 2007 nedsatt en bredt sammensatt prosjektgruppe med ti medlemmer fra forskjellige organisasjonsledd og spesialiteter med ass.kommuneoverlege Frank R. Andersen (leder av spesialitetsrådet) som prosjektleder.

I mandatet ble det bl.a. bedt om utarbeiding av en rapport med beskrivelse av dagens spesialistutdanning, redegjørelse for det formelle grunnlag, ansvarsforholdene og rollefordelingen mellom de forskjellige aktørene, og en beskrivelse av det arbeid som utføres i Legeforeningens faglige organer. Det skulle beskrives de utfordringer man står overfor i spesialistutdanningen relatert til helsevesenets utvikling med forslag til forbedringer og styrking av utdanningen. Basert på innspill fra de fagmedisinske foreningene skulle rapporten inneholde en oversikt over de faglige utfordringer man står overfor i den enkelte spesialitet, en vurdering av behov for spesialister og fremtidig antatt utvikling i det enkelte fag, bl.a. ut fra medisinsk teknologisk utvikling og sett i internasjonalt sammenheng.

Det er utarbeidet en omfattende rapport som har vært drøftet med sentralstyret. Det er vedtatt at

rapporten skal sendes ut på høring i Legeforeningen med høringsfrist 15.6. 2008.

3.2.16 Autorisasjonsutvalget

Sentralstyret nedsatte i juni 2006 et arbeidsutvalg for å utrede forslag til sentralstyrets standpunkter til hvordan systemet for å oppnå godkjenning (lisens, autorisasjon) som lege bør være. I utvalgets mandat var det presisert at arbeidet skal ta utgangspunkt i det norske system, forholdene i andre EU/EØS-land, og gjensidige, forpliktende internasjonale avtaler på området. Som ledd i sitt arbeid skulle utvalget utrede blant annet hvor langt den EU/EØS-rettslige forpliktelsen til automatisk anerkjennelse av yrkesmessige kvalifikasjoner rekker.

Arbeidsutvalgets utredning ble levert juni 2007 og den har etter dette vært drøftet mellom arbeidsutvalget og sentralstyret.

Arbeidsutvalget har bl.a. foreslått endringer i kriteriene for studentlisens og endringer i turnuslisensen. Arbeidsutvalget har frarådet sentralstyret å støtte et todelt utdanningsløp frem til norsk autorisasjon, nemlig ordningen med veiledet praktisk tjeneste ved siden av vanlig turnustjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet har allerede bestemt at det er anledning til veiledet praktisk tjeneste som alternativ til turnus for medisinske kandidater med utdanning fra andre EU/EØS-land der det ikke inngår turnustjeneste. Sentralstyret har gitt sine bemerkninger til dette systemet overfor Helse- og omsorgsdepartementet.

Arbeidsutvalget har også kommentert turnustjenestens kapasitet og kvalitet, og anbefalt sentralstyret å arbeide for å øke kapasiteten i turnustjenesten, alternativt vurdere en tilpasning av det totale antall medisinstudenter, slik at kvaliteten i turnustjenesten kan ivaretas. Arbeidsutvalget har også anbefalt å vurdere endringer i regelverket for godkjenning av tjeneste for spesialistutdanningen gjennomført før norsk autorisasjon som lege.

Saken er sendt på høring til organisasjonsleddene.

3.3 Forskning

3.3.1 Prosjekt forskning

Gjennom økt satsing på de fagmedisinske foreninger ønsker Legeforeningen å styrke forskningens plass. Dette har skjedd med tiltaksplan behandlet på landsstyremøtet i 2007 basert på forskningsrapportene *Vind i seilene for medisinsk forskning* (tiltak for å bedre forskerens kår) og rapporten *Mot en ny vår for medisinsk forskning* fra 2007 som beskriver forskningens kår og forslag til tiltak. Legeforeningen har videre utarbeidet et policydokument vedr. forskning. Det er opprettet en egen enhet i Medisinsk fagavdeling for forskning og høyspesialisert medisin som vil ha ansvar for å få følge opp tiltaksplanen vedr. forskning.

Effektivering av tiltaksplanen vil skje med opprettelse av prosjektgruppe og tre arbeidsgrupper. Arbeidsgruppe 1 vil fokusere på punktene i handlingsplanen som omfatter "forskningens kår" og Norges deltagelse i internasjonal forskning. Arbeidet vil i stor utstrekning dreie seg om kontakt med sentrale aktører innen forskning som sentrale politikere, universitet, foretak, Shdir og Forskningsrådet. Fokus for gruppe 2 vil være direkte rettet mot de fagmedisinske foreninger. Tema vil være nettverksbygging, forskningsveiledning innen fagmiljøene og forskningsledelse. Gruppe 3 vil behandle punktene som primært omhandler "den enkelte forskers kår". Det vil si rammebetingelser i form av lønn, tid avsatt til forskning, stipendordninger, delte stillinger. Samlet vil dette legge godt grunnlag for hvordan Legeforeningen vil påvirke og stimulere forskning som en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet.

Legeforeningen har gjennom et langvarig og stort engasjement bidratt til etablering av allmennmedisinske forskningsenheter ved de fire universitetene og vært en pådriver for å få til finansiering gjennom statsbudsjettet. Første bevilgning kom i revidert nasjonalbudsjett for 2006. (Jf. pkt. 3.1.4). Gjennom Normaltarifforhandlingene ble det i 2007 i tillegg avsatt 3 millioner kroner til forskningsfondet i allmennmedisin med formål å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinske premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire planlagte allmennmedisinske forskningsenheter. Legeforeningen har utarbeidet vedtekter for fondet som nå er godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet. Det er lyst ut rådgiver og sekretærstilling for administrasjon av fondet. Utlysning av midler vil komme i 2008.

Styret for Allmennmedisinsk Forskningsfond har følgende sammensetning:

Gisle Roksund, leder, Jan Emil Kristoffersen, nestleder, Trine Bjørner, Jan Frich og Jon Hilmar Iversen.

Godkjenning av fondet, som er en stiftelse, er til behandling i Lotteri- og stiftelsestilsynet.

3.4 Kvalitetsarbeid og fagutvikling

3.4.1 Diverse kurs, konferanser, seminarer

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

Det årlige seminaret for de fylkesvise kurskomiteene ble arrangert på Soria Moria 24.- 25.1. 2007. 12 av landets 19 fylker var representert med til sammen 20 deltakere. I tillegg møtte representanter fra koordinatorkontoret i Oslo og fra Af og NFA.

Legeforeningen arrangerte 14.-15.5. 2007 sitt årlige seminar om spesialistutdanningen for leger med 90 deltakere til stede. Seminarets hovedtemaer var:

- Legers forhold til kommersielle aktører
- Spesialitetskomiteenes samarbeid med fagmedisinske foreninger
- Er trening i ferdighetslaboratorier / simulatorentrening nyttig for å opparbeide tekniske ferdigheter?
- Utredning om spesialistutdanningen for leger – Prosjekt 2007
- Etterutdanning, Leif-IT
- Lokalsykehusenes funksjon. Akuttfunksjonen ved lokalsykehusene
- Spesialisering og behov for spesialister ved lokalsykehusene
- *Vind i seilene*. Forslag om styrking av medisinsk forening
- *Mot en ny vår for medisinsk forskning*. Den norske legeforenings forskningspolitiske strategidokument 2008-2012
- Kombinasjon av forskning/klinisk tjeneste i spesialistutdanningen
- Fellesløp spesialisering/dr. grad

Til Akademisk studieforbund har Legeforeningen i 2007 rapportert inn 452 kurs, til sammen 10 266 kurstimer. Dette er inkludert universitetskursene. Det har vært 19 709 deltakere totalt. Årlig mottar og formidler Akademisk Studieforbund tilskudd til 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 finnes på Legeforeningens nettsider. Ca. 500 kurs ble annonsert i 2007. Kurskatalogen er den desidert mest besøkte på Legeforeningens nettsider. Drøyt 2 500 leger underviste minst to timer hver i 2007 (universitetskursene).

3.4.2 Konferanse for de fagmedisinske foreningene

I sekretariatets tilretteleggingsprosjekt for de nye fagmedisinske foreningene fremkom det ønske om at antallet faste samlinger for de fagmedisinske foreningene bør holdes lavt, samt at foreningene ikke ønsket å prioritere samlinger som bare har ett hovedfokus (for eksempel Legeforeningens kvalitetsdager, DRG-konferansen og lignende).

Det ble i november 2007 avholdt konferanse for alle fagmedisinske foreninger. I samråd med representanter fra fagmedisinske foreninger var det utarbeidet et program med hovedtemaene spesialistutdanning i fremtiden, forskning, samt pasientsikkerhet.

Alle fagmedisinske foreninger ble invitert til å delta med leder og ytterligere ett medlem. Til programposten om spesialistutdanningen var også representanter for spesialitetsrådet og spesialitetskomiteene invitert. Deltakerantallet var ca. 75.

Spesialistutdanningsprosjektets foreløpige vurderinger (jf. 3.2.15) ble grundig presentert og diskutert. Som grunnlag for prosjektet var alle de fagmedisinske foreningene blitt invitert til å komme med innspill vedrørende egen spesialitet, men ikke alle foreninger hadde svart. Prosjektrapporten skal legges frem for sentralstyret vinteren 2008.

Under temaet forskning kom de fagmedisinske foreningene med innspill på hva de selv kan bidra med og hva de ønsker hjelp til fra Legeforeningen. Denne informasjonen vil fagavdelingen benytte i sitt videre arbeid for å bedre forskningens kår.

Pasientsikkerhet var hovedtema dag to.

Professor emeritus Peter F. Hjort presenterte sin bok *Uheldige hendelser i helsetjenesten - en lære-, tenke- og faktabok*.

Det var presentasjon av prosjektet *Tilrettelagt informasjon til pasienter til planlagt koronarkirurgi*, som vant Legeforeningens kvalitetspris 2007, og av prosjektet *Kollegabasert terapiveiledning i allmennpraksis*.

Pasientsikkerhet ble diskutert i plenum etter innledninger fra ass. direktør Geir Sverre Braut (Statens helsetilsyn), adm. direktør Bente Mikkelsen (Helse Sør-Øst RHF), Øystein Flesland (leder for nasjonal

enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret) og overlege Sven Erik Gisvold, som representerte klinikerne. Det ble en engasjerende paneldebatt over temaet "Hvordan skal helsetjenesten ivareta pasientenes sikkerhet?"

Sekretariatet deltok på konferansen med servicetorg, og ga også orienteringer om "Serviceprosjektet" og "Min side" (delprosjekter i tilretteleggingsprosjektet) og om ny kommunikasjonsprofil for Legeforeningen.

3.4.3 Gjennombruddsprosjekt sykehjem

Sykehjemspasientenes behov for gode helsetjenester er vesentlig øket i forhold til for noen år siden. Beboerne har høy gjennomsnittsalder og som regel alvorlige helseproblemer. De vanligste hoveddiagnosene er aldersdemens, hjerneslag og kronisk hjertesykdom. Mange beboere er multimedisinerte, og det er en utfordring for sykehjemmene å etablere trygge og gode rutiner for legemiddelhåndtering. Sykehusopphold er blitt stadig kortere, og det er ikke uvanlig at pasienter overføres fra sykehus til sykehjem med behov for oppfølging av relativt kompliserte medisinske behandlinger.

Et gjennombruddsprosjekt innen området sykehjemsbehandling / samhandling sykehus-sykehjem innebærer en konkret satsning for å bidra til en kunnskapsbasert bedret helse- og omsorgstjeneste for de eldre og syke. Legeforeningen mener at gjennombruddsmetoden er et kraftfullt forbedringsverktøy som kan bidra til en mer enhetlig og sammenhengende behandling. Erfaringene viser at gjennombruddsprosjekter også gir gode muligheter til å etablere tverrfaglige læringsnettverk.

Kvalitetsikringsfond I og – fond II har bidratt med finansiering av prosjektet, som også får midler fra Sosial- og helsedirektoratet og Fagforbundet. Det ble senhøsten 2007 etablert et styringsråd og en ressursgruppe, samt engasjert en prosjektleder. I desember ble det sendt ut invitasjon til landets sykehjem. Utvelgelse av deltakere med påfølgende prosjektstart vil skje vinteren 2008. Prosjektet planlegges fullført i november 2008.

3.4.4 Publikasjoner

Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling hadde følgende utgivelser i 2007:

- Retningslinjer for behandling av kvinner med epilepsi. Konsensusrapport 2006
- Yrkesbetinget kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Kunnskapsstatus 2007
- Veileder i akutt pediatri
- Praksisbesøk hos kolleger i allmennpraksis (oppdatert)
- Rapport fra Gjennombruddsprosjekt: Kvalitet og effektivitet i polikliniske tjenester for mennesker med psykiske lidelser (KEPP)

Fullstendig oversikt over utgivelser finnes på Legeforeningens Internett-side der heftene kan bestilles til selvkost. Nyere utgivelser kan hentes kostnadsfritt fra nettsiden.

3.4.5 Norsk legemiddelhåndbok

Legeforeningen deltar sammen med Apotekforeningen og Statens legemiddelverk (SLV), i Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok (NLH), som er en produsentuavhengig oppslagsbok om legemidler som behandlingsalternativ ved ulike lidelser. Et redaksjonsutvalg er ansvarlig for innholdet, som skrives av spesialister innenfor de forskjellige fagområdene. Boken finnes også i elektronisk utgave på CD og på Internett (www.legemiddelhandboka.no).

Samarbeidet er organisert gjennom Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhåndbok, hvor Legeforeningens representant i styret er Audun Fredriksen. Guri Spilhaug er vararepresentant. Til og med år 2004 ga Legeforeningen og Apotekerforeningen bidrag til finansieringen av boken, som deretter er finansiert av SLV.

I statsbudsjettet for 2005 foreslo regjeringen statlig fullfinansiering av boken, samt en endret sammensetning av foreningens styrende organer. Statlig fullfinansiering har deretter vært fulgt opp. I foreningens nye organisasjon består styret av to representanter for SLV og én representant fra henholdsvis Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Apotekforeningen og Legeforeningen. En av representantene fra SLV skal i følge vedtektene være styreleder.

I 2007 startet foreningen for utgivelse av NLH en utredning vedrørende eventuell ny presentasjon av bokens innhold på papir og på nett, og det ble gjennomført en enquête i relevante legegrupper. Respondentene var i hovedsak fornøyd med bokens innhold og dets presentasjon, og ga uttrykk for at det fortsatt vil være behov for en papirutgave i tillegg til elektroniske versjoner.

3.4.6 Kvalitetsarbeid i fagmedisinske foreninger og spesialforeninger

Kvalitetsarbeid i fagmedisinske foreninger og spesialforeninger blir støttet økonomisk av Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Kr 20 000 kan etter søknad stilles til disposisjon for foreningene. I 2007 har to fagmedisinske foreninger fått innvilget slik støtte.

3.5 Ledelse i helsetjenesten

Legeforeningen har de siste årene sett et behov for å gjenoppta dialog om ledelse i sykehus og kommunehelsetjeneste. Som en forberedelse til dette arbeidet, bad direktørgruppen i august 2007 en sekretariatsintern arbeidsgruppe gjennomgå Legeforeningens standpunkter mht. ledelse. Gruppen fikk i oppdrag å vurdere hvilke standpunkter som fortsatt var anvendbare for foreningens formål, hvilke områder som trengte revisjon, på hvilke ledelsesområder Legeforeningen manglet standpunkter, samt legge frem anbefalinger om videre utredning i Legeforeningen.

Gruppen bestod av Bente R. Karlsson (leder), Guri Spilhaug og Elisabeth Søyland fra Medisinsk fagavdeling, Terje Sletnes fra Avdeling for informasjon og helsepolitikk og Signe Gerd Blindheim fra Forhandlings- og helserettsavdelingen. På bakgrunn av gruppens rapport, "Legeforeningen og ledelse", vedtok sentralstyret 15.11. 2007 å oppnevne en arbeidsgruppe bestående av representanter fra yrkesforeningene, de fagmedisinske foreningene og sekretariatet for å utarbeide et forslag til Legeforeningens fremtidige plattform for ledelse i sykehus og kommunehelsetjenesten med utgangspunkt i at helsetjenester er kunnskapsvirksomhet der medisinsk kompetanse er den kritiske ressurs, og at ledelsens viktigste formål derfor er å utnytte, ivareta og videreutvikle kunnskapen til beste for pasientene. Arbeidsgruppen ble også bedt om å foreslå videre prosess(er) for å få gjennomslag for og omsatt standpunktene til praksis.

Sentralstyret vil oppnevne medlemmer til arbeidsgruppen primo 2008. Forslag til helhetlig plattform med forslag til videre prosess(er) for utarbeidelse av konkrete tiltak forventes fremlagt for sentralstyret i oktober 2008. Sentralstyret vil deretter beslutte videre behandling av utredningen.

3.6 Fond

3.6.1 Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger

Utdanningsfond I ble etablert i 1967. Fondets formål er å fremme grunn-, videre - og etterutdanning av leger. Sentralstyret er fondets styre. For anvendelse av fondets midler er det oppnevnt et partssammensatt fondsutvalg for en periode på fire år. Fondsutvalget har bestått av Bjørg N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Ole Rikard Haavet, Anne Kristine Hætta, Odd Helge Gilja, Kirsti Ytrehus, Anders Smith og Egil Storaas, Helse- og omsorgsdepartementet.

Varamedlemmer har vært Anne Kristine Fagerheim, Niels Christian Stenklev, Marie Hellevik Helge Haarstad, Amund Gulsvik, Gunnar Tellnes og Berit Austveg, Helse- og omsorgsdepartementet. Øydis Rinde Jarandsen fra sekretariatet 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 normaltarriffen, og følger avtaleperiodene for denne.

Se Legeforeningens regnskap for opplysninger om fondets egenkapital og resultat.

Av aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2007 kan nevnes

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen
- underskudd ved kurs arrangert av fagmedisinske foreninger, yrkesforeninger og lokalforeninger
- dekning av underskudd ved kursvirksomheten i legers videre- og etterutdanning, arrangert ved universitetene
- støtte til Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN), støtte til utvikling av kurs i medisinsk etikk
- prolongasjon av prosjektet Nasjonal evaluering av turnustjenesten
- individuelle stipend til leger som ønsker å videre kvalifisere seg innenfor de områdene de arbeider med i medisinsk utdanning og som kan godkjennes i legers videre- og etterutdanning
- støtte til LEIF på Internett (Legers etterutdanning i fremtiden)
- støtte til spesialitetskomiteer i forbindelse med revisjon av utdanningen
- individuelle lederstipend til leger som ønsker å ta utdanning som gir studiepoeng
- støtte til prosjekter som er rettet mot planlegging og utprøving av alternative læringsformer i spesialistutdanningen

- støtte til prosjekt om utredning av spesialistutdanningen for leger
- støtte til fagutvikling for de fagmedisinske foreningene
- støtte til medisinnutdanningskonferanse der tema er rettet mot legers grunnutdanning

3.6.2 Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning

Utdanningsfond II ble etablert i 1984, og yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning. Sentralstyret er fondets styre. Anvendelse av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter, mens Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kommunenes Sentralforbund (KS) har ett medlem hver. I perioden 1.1. 2005 – 31.12. 2008 består utvalget av Eirik Bø Larsen (leder), Sigrid Næss, Ivar Halvorsen, Svein Lie (HOD) og Arne Norum (KS). Varamedlemmer er henholdsvis Gunnar Ramstad, Arne Eivindson, Hill Øien, Ole Bjørn Herland (HOD) og Kari Rolstad (KS). I 2007 har Marte Baumann og Anne Torill Nordli vært utvalgets sekretærer.

Ytelsene fra Utdanningsfond II finansieres av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I siste avtaleperiode 1.7. 2007 – 30.6. 2008 var tilskuddet 24,6 millioner kroner, noe som var 5,6 millioner kroner mindre enn tilskuddet i forrige periode.

I tilknytning til vedtektene er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet er delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer. Fondsutvalget har i løpet av 2007 revidert retningslinjene én gang, med formål om å øke samlede utbetalinger på en målrettet måte slik at akkumulering av fondets egenkapital unngås.

De refunderte kursutgifter var på om lag 24,4 millioner kroner, hvilket er ca. 2,2 millioner høyere enn foregående år. Resultatet for 2007 viser et overskudd på 5 millioner kroner. Fondets egenkapital har økt de siste årene. I årsregnskapet for 2007 var det bokført en egenkapital på 154 millioner kroner, mot 149 millioner kroner i 2006.

3.6.3 Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning

Utdanningsfond III ble etablert i 1988, og yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning av sykehusleger. Sentralstyret er fondets styre. Anvendelse av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter, mens Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Spekter har ett medlem hver. Rita Kolvik ledet utvalget ved inngangen av 2007. Kolvik døde 5.5. 2007 og Dag Rieve Kristiansen tiltrådte som leder av utvalget. Harald Bergan og hans vara Yngvil Alvik gikk i løpet av året ut av utvalget og ble erstattet av Fredrik Nomme og Kjersti Baksaas-Aasen. Øvrige medlemmer er for perioden 1.1. 2005.- 31.12. 2008 Kaare Morten Gautvik, Svein Lie (HOD) og Hilde Christiansen (Spekter). Varamedlemmer er Siri Tau Ursin, Helge Bjørnstad Pettersen, Ole Bjørn Herland (HOD) og Svein Tore Walsø (Spekter). Marte Baumann og Anne Torill Nordli har vært utvalgets sekretærer.

Ytelsene fra fondet finansieres av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen og staten. I siste avtaleperiode 1.7. 2007-30.6. 2008 var tilskuddet 22,3 millioner kroner mot 21,9 millioner kroner i forrige periode.

I tillegg videreføres vedtatt overenskomst mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og HSH om at arbeidsgiver (helseforetakene) skal innbetale kr 1 000 per legeårsverk for 2007 til Utdanningsfond III. Det ble i 2007 innbetalt 9,385 millioner kroner mot 9,2 millioner kroner året før.

I tilknytning til fondets vedtekter er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet er delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer. I 2007 registrerte sekretariatet 8 384 mottatte søknader, mot 7 572 i 2006. Samlet var de refunderte utleggene i tilknytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold på 34,9 millioner kroner, noe som er en økning på om lag 5,1 millioner kroner fra 2006. Resultatet for 2007 viser et underskudd på 2,9 millioner kroner. Fondets egenkapital ved utgangen av 2007 er 92,9 millioner kroner, mot 95,9 millioner kroner året før.

3.6.4 Kvalitetssikringsfond I – Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av legetjenester utenfor sykehus

Fondsutvalgets sammensetning 2004 - 2007

Fondsutvalget består av Kjeld Malde (leder), Trygve Aanjesen, Kristina Johannessen, alle

Legeforeningen, Marit Nygaard, Helse- og omsorgsdepartementet og Laila Skarheim, Kommunenes Sentralforbund. Utvalget har hatt to regulære møter og to telefonmøter i 2007.

Avsetninger og bevilgningspolitikk

Avsetningen til fondet skjer i henhold til avtale mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet, KS og Spekter (tidligere NAVO) og de regionale helseforetakene på den ene side, og Legeforeningen på den annen side, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med fylkeskommunal avtalepraksis (statsavtalen). Fondet skal bidra til kvalitetsforbedring i legetjenesten utenfor sykehus slik at helsevesenet gir pålitelige og sikre tjenester. For 2007 ble det avsatt 5,25 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond I. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Søknader og bevilgninger i 2007

Det totale antall søknader til fondet var 15, med en samlet søknadssum på kr 3 619 235. Av disse søknadene ble 12 innvilget, med et samlet beløp på kr 3 168 735.

Det er utarbeidet felles årsmelding for Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Årsmeldingen kan fås fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

3.6.5 Kvalitetssikringsfond II - Legeforeningens fond for standardisering og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten

Fondsutvalgets sammensetning 2005-2008

Fondsutvalget består av Stein Tore Nilsen (leder), Berit K. Norling, Jana Midelfart Hoff, alle Legeforeningen og Heidi Merete Rudi og Trine Magnus fra Helse- og omsorgsdepartementet. Utvalget har hatt to møter i 2006.

Avsetninger og bevilgningspolitikk

Avsetningen til fondet skjer i henhold til avtale mellom staten ved Arbeids- og inkluderingsdepartementet, KS og Spekter (tidligere NAVO) og de regionale helseforetakene på den ene side, og Legeforeningen på den annen side, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med fylkeskommunal avtalepraksis (statsavtalen). Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet i spesialisthelsetjenesten, særlig den institusjonsbaserte helsetjenesten. For 2007 ble det avsatt 3,15 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond II. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Søknader og bevilgninger i 2007

Det totale antall søknader til fondet var 13, med samlet søknadssum på kr 3 658 455. Av disse søknadene ble ni innvilget, med et samlet beløp på kr 1 983 675. Det er utarbeidet felles årsmelding for Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Årsmeldingen kan fås fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens Internettside www.legeforeningen.no

3.6.6 Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus

Organisering

Kvalitetsforbedringsfond III og NOKLUS fungerer som en samarbeidsordning ledet av en styringsgruppe og leder av NOKLUS. Styringsgruppen har ansvar for den overordnede strategi og fattet vedtak i saker av prinsipiell betydning. Sverre Sandberg, er leder for Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) og møter i styringsgruppen. Legeforeningens sekretariat v/Siri Fauli er sekretariat for samarbeidsordningen. NOKLUS er det utøvende organet.

Styringsgruppen

Styringsgruppen bestod i 2007 av Terje Vigen (leder), Torunn Janbu og Sverre Landaas, alle Legeforeningen, Lars Vorland, staten v/Helse Nord RHF, Liv Bagstevold, staten v/Helse og omsorgsdepartementet og Laila Skarheim (observatør), KS.

Styringsgruppen har hatt to møter i perioden.

NOKLUS

NOKLUS arbeider for at laboratorieanalyser utenfor sykehus blir rekvirert, utført og tolket riktig i samsvar med pasientens behov for utredning, behandling og oppfølging.

NOKLUS er landsomfattende, og har 92 medarbeidere som er knyttet til 24 sykehuslaboratorier og dels knyttet til Haraldsplass Diakonale Sykehus i Bergen. Informasjon om virksomheten er også tilgjengelig på Legeforeningens nettside, eller NOKLUS nettside www.noklus.no. Årlig besøkes ca. 50 % av deltakerne, og 3 000 – 4 000 deltar på kurs i regi av NOKLUS. I 2007 var det 33 utsendelser av kontrollmateriale til ekstern kvalitetskontroll hos deltakerne.

Etter en prosess over flere år ble NOKLUS i 2007 sertifisert etter standarden NS-EN ISO 9001:2000. Sertifiseringsorganet Teknologisk Institutt har gått gjennom kvalitetsstyringssystem, ledelsesansvar, ressursstyring og måling, analyse og forbedring hos NOKLUS. Standarden viser at NOKLUS har god kvalitetsstyring i arbeidet.

NOKLUS ønsker at all laboratorievirksomhet utenfor sykehus skal være kvalitetssikret. Over 99 % av alle legekantor som har laboratorium deltar i samarbeidsordningen. Det er med over 350 deltakere til selvkost. Dette er sykehjem, hjemmesykepleie, militære sykestuer, helsestasjoner, bedriftshelsetjenester og oljeplattformer. Det deltar også 86 norske sykehuslaboratorier, tre danske og ett islandsk legekantor på to eller flere av utsendelsene av kontrollmateriale. I statsbudsjettet for 2007 vedtok Stortinget å bevilge midler for inntil to års gratis deltakelse som et introduksjonstilbud for sykehjem som ikke allerede deltar i NOKLUS. Bare ca. 24 % (215 av 906 sykehjem) har tidligere deltatt til selvkost. I 2007 har introduksjonstilbudet vært rettet mot åtte fylker. I disse fylkene deltar nå 68 % av sykehjemmene i NOKLUS.

Ved utgangen av 2007 var det knyttet tre professor II, en førsteamanuensis, tre doktorgradskandidater og to mastergradsstudenter til NOKLUS. Bedret laboratorievirksomhet fører til at man sparer pasienter og leger for unødvendige konsultasjoner og henvisninger, og hindrer feil behandling. Dette gir igjen samfunnsøkonomiske besparelser.

Årsrapport

Det er utarbeidet en egen årsrapport som er publisert på Internett, og som kan fås ved henvendelse til sekretariatet.

4 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Legeforeningens formål er å fremme tiltak som er egnet til å bedre befolkningens helse, jfr. Legeforeningens lover § 1-2 nr. 6.

4.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

Legeforeningen vil arbeide for å

- bedre barn- og ungdoms helse blant annet ved å styrke forebyggende helsearbeid, herunder informasjon om kosthold, mosjon og rusmiddelbruk
- øke den fysiske aktivitet i befolkningen, spesielt blant barn og unge
- få ned andelen røykere i befolkningen generelt og i ungdomsgruppen spesielt
- øke engasjementet blant medlemmene for å styrke helsefremmende arbeid i lav-inntektsland
- bedre arbeidstakernes helse ved å bygge ut og kvalitetssikre bedriftshelsetjenesten

4.1.1 Om kosthold, mosjon og rusmiddelbruk

Etter forslag fra rusmiddelpolitisk utvalg har sentralstyret vedtatt å nedsette en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til Legeforeningens alkoholpolitiske strategidokument.

4.1.2 Bidra til å bedre barn og unges fysiske og psykiske helse blant annet gjennom økt fysisk aktivitet og riktig kosthold

Legeforeningen deltok sammen med Akademikerne og de øvrige arbeidstakerorganisasjonene i et møte med Sosial- og helsedirektoratet i september 2007 om ernæring, tobakk og fysisk aktivitet. I møtet la Akademikernes/Legeforeningens representanter vekt på at inaktivitet, fedme, tobakk og rusmiddelbruk er vår tids store folkehelseproblemer. Det er i tillegg en utfordring at vi er i ferd med å få en økende sosial ulikhet når det gjelder helse – der de med høyere utdanning generelt trener mer, spiser sunnere og slutter å røyke, mens de med lav utdanning er mer fysisk inaktive, spiser mer usunn mat, drikker og røyker mer. Det er nødvendig å få en bred allianse i det forebyggende arbeidet. Nasjonal helseplan (2007-2010) har gitt positive signaler om at forebyggende helsearbeid skal prioriteres, og handlingsplanen for bedre kosthold 2007-2011, nasjonal strategi for tobakksforebyggende arbeid 2006-2010 og St.meld. nr. 20 (2006-2007) nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller er viktige konkretiseringer av dette arbeidet.

Legeforeningen har også gitt innspill i det videre arbeidet med et godt psykisk helsetilbud til alle i møte med Helse- og omsorgsdepartementet i oktober 2007. Av særskilte tema som var oppe var hvordan få til et godt lavterskeltilbud til både barn, unge og voksne, og også gruppen med langvarige og sammensatte behov, og arbeid med tidlig oppdagelse og intervensjon. Dette er områder som Legeforeningen og Norsk psykiatrisk forening mener det er viktig å satse på fremover. Dette kommer tydelig til uttrykk i Legeforeningens statusrapport om psykisk helse og Norsk psykiatrisk forenings tipunks program for en bedret psykisk helse til alle. I møtet ble det uttrykt at tidlig oppdagelse må fokusere på mer enn psykose, tidlig oppdagelse må handle om alle psykiske plager og også rus.

4.1.3 Få ned andelen røykere i befolkningen generelt og i ungdomsgruppen spesielt

Legeforeningen arbeider for å redusere all bruk av tobakk gjennom informasjon og politisk påvirkningsarbeid, bla gjennom organisasjonen Tobakksfritt som er en koalisjon av organisasjoner som driver strategisk politisk påvirkningsarbeid og som arbeider for å redusere all bruk av tobakk. Tobakksfritts medlemsorganisasjoner er Legeforeningen, Kreftforeningen, Norsk Sykepleierforbund, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Norges Astma- og Allergiforbund, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, Fagforbundet, Den norske tannlegeforening, Den norske jordmorforening, Norges Idrettsforbund og Landslaget Mot Tobakkskader. Tobakksfritt har egen Internettside: www.tobakksfritt.no. Professor Tore Sanner, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, er leder. Ellen Juul Andersen, Legeforeningens informasjonssjef, er nestleder.

Tobakksfritt hadde fem møter i 2007. I tillegg ble det avholdt en pressekonferanse i Legenes hus 19. januar med tema: Den økte snusbruken blant ungdom bekymrer - hvordan få ned forbruket av snus? På pressekonferansen ble det presentert ferske tall fra en opinionsundersøkelse om norske røyke- og snusvaner. Det var innledning ved tre ungdomspolitikere fra henholdsvis AUF, Unge Høyre og KrfU. Tobakksfritt har i løpet av perioden deltatt på Finansdepartementets møte med utvalget om helse- og kostholdsrelaterte særavgifter og fiskale avgifter og på Helse- og omsorgsdepartementets referansegruppe

for EU/EØS-saker. Det viktigste arbeidet i 2007 har vært arbeidet mot snus. Tobakksfritt gjennomførte i begynnelsen av januar 2007 en opinionsundersøkelse om restriksjoner på bruk av tobakk i den videregående skole samt avgifter på snus. Avdeling Tobakk i Sosial- og helsedirektoratet deltar som observatør på Tobakksfritts møter.

Tobakksfritt har avgitt en høringsuttalelse i anledning Sosial- og helsedirektoratets høringsnotat "Forslag om innføring av et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer på utsalgssteder, samt enkelte andre endringer i tobakksskadeloven og reklameforskriften".

4.1.4 Øke engasjementet blant medlemmene for å styrke helsefremmende arbeid i lavinntektsland

En prosjektgruppe med mandat å vurdere tiltak som kan være egnet til å øke medlemmenes engasjement, leverte sin rapport i februar. I møte i mars opprettet sentralstyret et eget utvalg for helsefremmende arbeid i lavinntektsland. Jfr. pkt. 6.2.13.

4.1.5 Bedre arbeidstakernes helse ved å bygge ut og kvalitetssikre bedriftshelsetjenesten

Styret i Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf) har dette som en prioritert oppgave. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal vurdere bedriftshelsetjenesten i Norge. Namf har en representant i referansegruppen for dette prosjektet. Rapporten er ferdig og inneholder blant annet forslag om en godkjenningsordning for BHT. Rapporten blir sendt på høring i 2008.

5 Helsepolitikk

Legeforeningens formål er å arbeide med helsepolitiske spørsmål, jfr. Legeforeningens lover § 1-2, nr. 7.

5.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

Legeforeningen vil arbeide for å

- sikre en god offentlig finansiert helsetjeneste med likeverdige rettigheter for alle innbyggere ut fra medisinske behov
- sikre at medisinsk faglige vurderinger tillegges nødvendig vekt ved politiske beslutninger på alle forvaltningsnivåer, blant annet gjennom utarbeidelse av policydokumenter og statusrapporter
- sikre en kvalitativ og kvantitativ opprustning av helse- og omsorgstjenesten til de sykeste og svakeste eldre, de med behov for heldøgns pleie- og omsorg
- bedre samhandlingen mellom helsetjenestens nivåer blant annet ved å arbeide for innføring av praksiskonsulentordning
- utvikle et bedre og mer helhetlig helsetjenestetilbud til rusmiddelmisbrukerne
- løfte frem prioriteringsdebatten og stimulere leger til aktiv deltakelse i debatten
- utvirke at en større andel av finansieringen av helsevesenet går til forskning og utdanning for å sikre at vi har kompetanse til å møte fremtidens utfordringer
- bedre behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser, spesielt barn og unge

5.1.1 En god offentlig finansiert helsetjeneste med like rettigheter og lik tilgjengelighet for alle innbyggere ut fra medisinske behov

Å sikre en god offentlig finansiert helsetjeneste med likeverdige rettigheter er en grunnleggende målsetting i Legeforeningens helsepolitiske arbeid. Dette gjenspeiles både i statusrapporter, policynotater, høringsvar, deltakelse i utviklingsprosjekter og helsepolitiske innspill til politikere og helseforvaltning. Arbeidet har forankring bl.a. i statusrapportene om prioritering og om lokalsykehusenes fremtidige funksjon. Legeforeningen har fulgt opp temaer knyttet til like rettigheter og lik tilgjengelighet gjennom dialog med helseforvaltningen og Stortinget. Viktige arenaer har blant annet vært arbeidet med fastlegeordningen, sykmelding, legevakt, endret tilknytning og finansiering av offentlige avtalespesialister og deltakelse i prosjektet "Rett prioritering" i regi av regionale helseforetak og Sosial- og helsedirektoratet.

Egenandelene kan for noen grupper pasienter medføre dårlig tilgjengelighet til helsetjenester, ofte er det nettopp svake pasientgrupper som ruspasienter, minstepensjonister, unge og mennesker med psykiske lidelser som rammes. Legeforeningen ønsker derfor å skjerme utsatte pasientgrupper for egenandeler. Legeforeningen la frem sine synspunkter på egenbetaling for Stortingets helse- og omsorgskomite i mars 2007 i forbindelse med høringen på St.meld. nr. 20 "Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller". Foreningen la bl.a. vekt på at dagens egenandelssystem i et prioriteringsperspektiv er galt når lavt prioriterte tjenester ikke er belagt med egenandel, mens pasienten må betale for høyt prioriterte tjenester. Legeforeningen mener det bør gjennomføres en bred vurdering av egenandelssystemet, slik at egenbetalingsbyrden flyttes fra høyt prioriterte til lavt prioriterte tjenester. I dette ligger også målsettingen om å redusere sosial ulikhet i helse.

Legeforeningen påbegynte i 2007 arbeidet med å lage ny statusrapport om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere, som vil være ferdigstilt i mai 2008. Temaet er aktuelt fordi innvandrere har en annen helsesituasjon og en annen forekomst av sykdommer enn den øvrige befolkningen, og fordi helsetjenesten i liten grad er tilrettelagt for de med ikke-vestlig bakgrunn. Selv om rettighetene til helsetjenester for denne pasientgruppen er som for øvrige pasienter, vil tilgjengeligheten til tjenestene være noe mindre på grunn av for eksempel språklige problemer. I forbindelse med rapportarbeidet arrangerte Legeforeningen en arbeidskonferanse for å belyse enkelte sentrale emner. Her ble representanter fra sentrale fagmiljøer relatert til temaet invitert. Denne konferansen bidro til en større forståelse for de problemstillinger /utfordringer som knytter seg til helsetjenester til innvandrere. Mange nyttige innspill, synsvinkler og kommentarer ble fremmet her, og disse er brukt videre i statusrapporten.

I løpet av året har også Legeforeningen hatt sterkt fokus på helsetilbud til eldre. I forhold til dette har Legeforeningen gitt klare signaler om at det er behov for økning av ressurser til kommunehelsetjenesten, slik at man kan få flere legestillinger til sykehjemmene. Dette arbeidet har hatt sterk fokus fordi Legeforeningen mener at mange eldre mennesker som er avhengig av hjelp, ikke får de pleie- og

omsorgstjenestene som de trenger, nettopp fordi de er feilplassert i egne hjem eller i omsorgsboliger. For å bedre tilbudet til eldre som har behov for døgkontinuerlig pleie og omsorg, har Legeforeningen ytret at det er nødvendig med differensiering av omsorgsboliger og klare kvalitetskrav til omsorgsboliger som skal gi heldøgns pleie og omsorg. Legeforeningen er også i oppstartfasen med et tverrfaglig gjennombruddsprosjekt i sykehjem - i samarbeid også med myndighetene, jfr. pkt. 3.4.3. Gjennombruddsmodellen er en anerkjent forbedringsmetode som Legeforeningen tidligere har brukt på andre områder. Prosjektet innebærer en konkret satsing for å bidra til en kunnskapsbasert bedret helsetjeneste for sykehjemsbeboere.

Et annet område hvor Legeforeningen har pekt på ordninger som fører til ulik tilgang på helsetjenester, er legemidler. Statens legemiddelverk har hatt flere høringer om legemidler som flyttes fra generell refusjon til individuell refusjon og nye bestemmelser rundt foretrukket legemiddel. Legeforeningen har i disse høringene pekt på at legemiddeløkonomiske argumenter ikke alene skal være avgjørende, men at rett legemiddelbruk på et faglig grunnlag må legges til grunn. Etter Legeforeningens mening vil endringer som ikke er faglig begrunnet, kunne svekke pasientenes rettigheter til lik tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi og bosted.

Ifølge prioriteringsforskriften skal et likeverdig tilbud forstås ut fra kriteriene om tilstandens alvorlighet, nytten av behandling og forholdet mellom kostnader og nytte. Hittil har det ikke vært gjennomført et systematisk arbeid for å gi prioriteringsforskriften et faglig innhold, jfr. punkt 5.1.2 og 5.4.3. Legeforeningen har gjennom arbeidet med prioritering i statusrapport og deltakelse i det nasjonale prosjektet med utvikling av prioriteringsveiledere, bidratt for å skape en mer helhetlig og faglig begrunnelse for hva et likeverdig tilbud innebærer.

5.1.2 Sikre at medisinsk faglige vurderinger tillegges nødvendig vekt ved politiske beslutninger på alle forvaltningsnivåer, spesielt i kommunehelsetjenesten

Legeforeningens helsepolitiske rolle innebærer at faglige vurderinger omsettes til helsepolitiske synspunkter, og at synspunktene formidles til de aktuelle målgruppene. I 2007 samlet og strukturerte Legeforeningen sine helsepolitiske synspunkter under et eget menyvalg på foreningens nettsider under overskriften Legeforeningen mener. Også i 2007 har det vært arbeidet for å gi helsepolitikken et sterkere faglig grunnlag, gjennom i større grad å forankre helsepolitikken blant medlemmer og organisasjonsledd. For å ivareta dette behovet har statusrapporter og policynotater blitt sendt på bred høring i organisasjonen, på lik linje med offentlige høringer.

Statusrapport om prioritering: Lang, lang rekke – hvem skal vente, hvem skal få?

I mai 2007 la Legeforeningen frem en statusrapport om prioritering i helsetjenesten *Lang, lang rekke – hvem skal vente, hvem skal få?*. Statusrapporten peker på at dagens prioriteringsarbeid har et for smalt fokus. Beslutninger som i stor grad er avgjørende for prioritering skjer ikke bare ved vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten, men langs hele behandlingsforløpet. I tillegg har styringssystemet fått for liten oppmerksomhet når det gjelder prioritering. Beslutninger om fordeling av ressurser langs styringslinjene påvirker prioritering i sterk grad. En viktig utfordring ligger i å avdekke hvordan prioriteringsbeslutninger gjort i styringssystemet og langs behandlingsforløpet gjensidig påvirker hverandre. Rapporten har fått stor oppmerksomhet, og er blant annet referert i Helse- og omsorgskomiteens innstillinger og Sosial- og helsedirektoratets rapport om innsatsstyrt finansiering.

Åtte nye policynotater

I løpet av året besluttet sentralstyret, etter bred høring i organisasjonen, åtte nye policynotater:

Doping er helseskadelig (1/2007)

Bruk av dopingmidler er helseskadelig, og et økende samfunnsproblem. Doping er tradisjonelt knyttet til konkurranseidrett, som har institusjonalisert omfattende tiltak for å hindre doping. De senere årene har det vist seg at doping også er utbredt og økende i ikke-organisert idrett og trening. Idretten har ingen myndighet overfor disse miljøene. Legeforeningen mener det er nødvendig med tiltak for å forebygge bruk av dopingmidler også utenfor organisert idrett.

Legers adgang til bierverv (2/2007)

Legeforeningen peker i notatet på at hensynet til forsvarlig pasientbehandling, lojal og habil opptreden i forholdet til arbeidsgiver og forutsetningen om at legen råder fritt over sin fritid, bør ligge til grunn for vurdering av bierverv. Foreningen oppfordrer alle medlemmer til uoppfordret å oppgi opplysninger om

bierverv til arbeidsgiver. Leger som har bierverv må sikre at dette ikke kommer i konflikt med hovedstilling og arbeidsgivers interesse. Samtidig vil det være god samfunnsøkonomi å utnytte legers kompetanse gjennom bierverv på fritiden. I særlig grad gjelder dette på områder med ventelister der spesialistkompetanse er etterspurt.

Rett prioritering i alle ledd (3/2007)

Målet med prioriteringsarbeidet må være at helsetjenesten samlet sett tilbyr riktig tjeneste til riktig tid med riktig kvalitet. Legeforeningen mener dette forutsetter at prioriteringsarbeidet rettes mot hele behandlingskjeden og hele styringskjeden. Politikere har ansvar for å bestemme rammene for helsetjenestene og for overordnet balansering av ressursbruken. Fagmiljøene må bidra med et faglig grunnlag for overordnet prioritering, slik at det blir større sammenheng mellom politisk styring og faglige anbefalinger. Legeforeningen mener faglige anbefalinger må utarbeides og legges til grunn for utforming og styring av helsetjenesten. Virksomhetene må gis rammevilkår som bygger opp under rett prioritering.

Lokalsykehusenes fremtidige rolle (4/2007)

Et lokalsykehus må gi lokalbefolkningen tilgang til de vanligste og mest nødvendige helsetjenestene. Skal lokalsykehusene være reelle trygghetsbaser for befolkningen, må de være tuftet på et solid faglig fundament. Dette forutsetter at lokalsykehusenes funksjon er definert i en sammenhengende behandlingskjede og at lokalsykehusene har god breddekompetanse. En definert rolle i behandlingskjeden og breddekompetanse er nødvendig for å håndtere de vanligste sykdommer og skadetilfeller, uavklarte tilstander hos pasienten og for å sikre rett behandlingsforløp.

Norges geografi tilsier at vår sykehusstruktur må være relativt desentralisert sammenlignet med de fleste andre europeiske land. Samtidig vil ikke alle lokalsykehus kunne ha de samme tilbudene, men vil innholdsmessig måtte variere pga. geografiske forhold og faglige forutsetninger og retningslinjer. Skal lokalsykehuset ha akuttfunksjon må den som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt ha tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester.

Sykefraværsarbeidet; legens rolle (5/2007)

Legens rolle i sykefraværsarbeidet er å være medisinsk premissleverandør. Rollen knyttes til vurderingen av pasientens funksjonsevne. Funksjonsvurderingen skal sikre at pasienten verken sykmeldes mer eller mindre enn hva som er medisinsk nødvendig. Arbeidsplassen er den viktigste arenaen for sykefraværsarbeid. Legens rolle er å vurdere om en syk arbeidstaker kan jobbe litt eller ingenting, og ut fra en funksjonsvurdering gi råd for tilrettelegging av arbeidet.

Legen skal ha pasientens beste i fokus, men har også et samfunnsansvar for at tildelte ytelser er i henhold til lovverk. Bedriftshelsetjenesten bør utnyttes bedre i sykefraværsarbeid gjennom forebygging, tilrettelegging og styrket samarbeid med NAV, arbeidslivssentre og fastleger.

Avtalespesialistenes plass i det totale spesialisthelsetjenestetilbudet (6/2007)

Legeforeningen mener det er nødvendig med en plan for hvordan fremtidens økende behov for spesialisthelsetjenester skal ivaretas. Den offentlige spesialisthelsetjenesten vil være avhengig av å ha avtaler med privatpraktiserende spesialister slik at hensynene til høy faglig kvalitet og effektivitet ivaretas. Avtalepraksis må ses som en del av det samlede offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet, og skal delta i prioriteringen av helsetjenester. Herunder bør avtalespesialister bidra i spesialistutdanning og forskning. Samtidig er det viktig at avtalespesialistene får tilstrekkelig faglig og organisatorisk selvstendighet til at avtalepraksis kan utgjøre et alternativ til, og i enkelte tilfeller et korrektiv til, sykehuspoliklinikker.

Pasientsikkerhet (7/2007)

Pasientsikkerhet er en betingelse for utøvelse av helsetjenester. Likevel er det grundig dokumentert at helsetjenesten i vestlige land har en betydelig forekomst av uønskede hendelser og dødsfall som kunne vært forebygget. WHO anslår at uønskede hendelser inntreffer i 10 % av sykehusopphold i vestlige land. Halvparten vurderes som forårsaket av måten helsetjenesten er organisert på. Det er nødvendig å forbedre helsetjenesten for å redusere forekomsten av uønskede hendelser. Kjernen i dette arbeidet er at man lærer av feil, blant annet gjennom å etablere meldesystemer som ikke straffer, og med mulighet for vern av melder, bevisstgjøring gjennom utvikling av god sikkerhetskultur, samt forbedringsmetoder og dataverktøy til måling av pasientsikkerhet og kvalitet.

Tilgang til pasientjournal utenfor helsetjenesten (8/2007)

Helseopplysninger blir i stadig større grad etterspurt som dokumentasjon både i forbindelse med myndighetsvedtak og ved ulike privatrettslige disposisjoner. Ny teknologi gjør kommunikasjon og mangfoldiggjøring av opplysningene stadig enklere samtidig som den medisinske vitenskapen blir mer eksakt. Disse forhold tilsier at risikoen for spredning av personsensitive opplysninger er økende i dagens samfunn. Imidlertid er pasientjournalen først og fremst et verktøy for undersøkelse og behandling. Bruk av journalen til andre formål vil svekke hensynet til behandling og pasientens personvern.

Helseopplysninger skal i størst mulig grad dokumenteres gjennom utstedelse av attester og erklæringer. Hele eller deler av pasientjournalen bør ikke utleveres i andre tilfeller enn der dette er nødvendig av hensyn til undersøkelse og behandling, eller der det av særlige grunner er nødvendig av hensyn til en lovbestemt kontrollvirksomhet.

Høringer

Foreningen avga i 2007 60 høringsuttalelser på det helsepolitiske området etter anmodning fra departementene, direktoratene og andre offentlige instanser. Blant de mest sentrale høringene var Helse- og omsorgsdepartementets (Erikstein-utvalget) rapport om lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede, hvor Legeforeningen i sitt høringssvar pekte på nødvendigheten av å tydeliggjøre lokalsykehusfunksjonen, men også at presisjonsnivået eksempelvis innen akuttfunksjoner ikke var tilstrekkelig for å bestemme fremtidig organisering. Legeforeningen viste videre til foreningens egen lokalsykehusrapport, hvor det fremholdes som nødvendig at lokalsykehus med akuttfunksjon som et minimum må inneholde vaktordninger innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt ha tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester. En annen sentral høring fra Helse- og omsorgsdepartementet var strategiplan for arbeid og psykisk helse. I utkastet til plan erkjennes fastlegens sentrale rolle både når det gjelder helsetjenesten til pasienter med psykiatrisk diagnose, og i oppfølgingen av de som har falt ut av arbeidslivet. Likevel gjenfinnes svært lite om fastlegen i tiltakspunktene, bortsett fra at de som skal samarbeide med fastlegen skal få stimuleringsmidler for dette. Legeforeningen foreslår økt bruk av lokalt samarbeidsutvalg og de individuelle fastlegeavtalene, for i større grad å forplikte fastlegene til ivaretagelse av kommunale oppgaver. Fastlegenes mulighet for deltakelse i samarbeidsfora, for eksempel dialogmøter eller ansvarsgrupper for etablering/oppfølging av individuell plan, har imidlertid med ressursituasjonen i allmennlegetjenesten og gjøre. Det foreslåtte tiltaket vil ikke hjelpe for dette.

5.1.3 Tydelig faglig premissleverandør

Legeforeningen skal fremstå som en tydelig faglig premissgiver. Det legges ned et betydelig arbeid bl.a. i utarbeiding av statusrapporter, policynotater og høringsuttalelser – se ovenstående punkter.

Legeforeningen følger videre opp gjennom dialog og møter med Stortinget, Helse- og omsorgsdepartementet og andre departement, Sosial- og helsedirektoratet, regionale helseforetak, Akademikerne og andre organisasjoner.

Lokalsykehusfunksjonen i psykiatri

I 2006 utarbeidet Legeforeningen en rapport om lokalsykehusenes fremtidige rolle, som ble presentert på landsstyremøtet i mai 2006. Landsstyret fattet en resolusjon i tråd med anbefalingene i rapporten, og ba samtidig sentralstyret om å følge opp rapporten gjennom utredning av det faglig innhold i lokalsykehusfunksjonen i psykiatri.

En arbeidsgruppe ble nedsatt i februar/mars 2007 for å utrede lokalsykehusfunksjonen i psykiatri når det gjelder kompetanse, kvalitet og bemanning som norm for lokalsykehusfunksjonen, samt sette i gang en utredning for å integrere lokalsykehusfunksjonen i psykiatri og somatikk når det gjelder samarbeid, samlokalisering og ansvarsdeling. Rapporten ble sendt på høring i Legeforeningen i januar 2008, og vil bli lagt frem for landsstyret i mai 2008.

Med rapporten ønsker Legeforeningen å bidra til en diskusjon knyttet til fagligheten i de tjenester som ytes/bør kunne ytes på et lokalsykehusnivå (DPS-ene). Legeforeningen ser behov for en nasjonal strategi der fokus dreies fra Opptrappingsplanens primært kvantitative mål til kvalitative mål for tjenesten. Med den foreliggende rapport har man tatt mål av seg å beskrive faglige krav til lokalsykehusfunksjoner innen psykisk helsevern. Målet må være at pasienter med behov for hjelp fra det psykiske helsevern sikres samme tilgang til helsetjenester på samme nivå som somatisk syke pasienter.

I rapporten fokuseres det særskilt på tre områder:

- Pasientens tilgang til spesialist – en grunnleggende forutsetning for spesialisthelsetjeneste
- Pasientens behov og rett til et tilpasset øyeblikkelig hjelp tilbud på annenlinjenivå innen psykisk

helsevern

- Pasientens behov for en sammenhengende helsetjeneste der særlig behovet for større grad av samhandling og glidende overgang mellom psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og voksne (VOP) ivaretas bedre enn det situasjonen er i dag.

5.1.4 Utvikle et bedre og mer helhetlig helsetjenestetilbud til rusmiddelbrukere

Legeforeningen er representert i arbeidsgruppen i regi av Sosial- og helsedirektoratet som lager "Retningslinjer for oppfølging av gravide i LAR" (Legemiddelassistert rehabilitering) ved Marit Hermansen fra Norsk forening for allmennmedisin.

5.1.5 Utvirke at en større andel av finansieringen av helsevesenet går til forskning og utdanning for å sikre at vi har kompetanse til å møte fremtidens utfordringer

Forskning er en forutsetning for god faglig virksomhet i helsetjenestene. Oppdatert forskningsbasert kunnskap gir grunnlag for å skille ut hvilke behandlingsmetoder som er til beste for pasienten. Forskning og forskningskompetanse utgjør videre et premiss for kvalitetsforbedringsarbeidet i virksomhetene, og gir grunnlag for kunnskapsbaserte ledelsesbeslutninger. Manglende satsing på forskning kan redusere den faglige kvaliteten på utredning og behandling av pasienter. Norge ligger i dag etter OECD-gjennomsnittet i midler brukt på forskning. Jfr. pkt. 3.3.1.

Legeforeningen har i møte med forskningsminister Tora Aasland og i møte med leder av Stortingets forskningskomité, Odd Einar Dørum, presisert behovet for bl.a. økt fokus på tiltak for å rekruttere leger til medisinsk forskning og behovet for forutsigbar finansiering. Midlene til forskning og utdanning må fremkomme i egne budsjetter, og den aktivitetsbaserte finansieringen må understøtte satsing på forskning.

5.2 Hovedstadsprosessen

Helse Sør-Øst RHF har lagt opp til en svært rask prosess for omstilling av sykehusene i hovedstadsområdene. Prosessen startet opp høsten 2007, hvor Helse Sør-Øst RHF la frem en prosjektplan for omstillingene i desember 2007. Prosessen vil kunne få store konsekvenser for svært mange fagområder. I prosjektets første fase frem til april 2008, skal de overordnede prinsipper for sykehusstrukturen etableres. Samtidig skal det tas stilling til regional funksjons- og oppgavefordeling. I neste fase, april – juni, skal disse prinsippene anvendes for å etablere løsninger innenfor de enkelte sykehusområdene som er etablert i fase én. Tredje fase er en bred høringsrunde med avsluttende styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF, etterfulgt av en implementeringsprosess som vil strekke seg fram til 2010.

Legeforeningen sentralt har, sammen med tillitsvalgte og regionsutvalgene, arbeidet med sykehusstrukturen i hovedstadsområdet siden høsten 2007. Det ble tidlig etablert en organisasjon rundt Regionsutvalg Sør-Øst som består av konserntillitsvalgt og ansattvalgte styrerepresentanter på regionalt- og foretaksnivå, som i samvirke med Legeforeningens politiske ledelse har koordinert utspill og innhentet/utvekslet informasjon. Etter at Helse Sør-Øst RHF la frem sin prosjektplan for omstilling i hovedstadsområdet i desember 2007, har Legeforeningen utvidet sin organisering av arbeidet til også å omfatte de fagmedisinske foreningene. Det er vært gjort løpende innspill fra Legeforeningen via Akademikerne gjennom konserntillitsvalgt i møter med ledelsen i Helse Sør-Øst RHF. Det legges videre opp til deltakelse i dialogkonferanser og høringsmøter med representasjon fra de fagmedisinske foreningene, samt kontaktmøter mellom regionsutvalg og ledelsen i Helse Sør-Øst RHF.

5.3 Statsbudsjettet

Legeforeningen la frem sitt syn på statsbudsjettet for 2008 for Stortingets helse- og omsorgskomité i seks åpne høringsmøter i forbindelse med Stortingets behandling av Regjeringens forslag til statsbudsjett for 2008. Budsjettøringen var gruppert i seks temaområder: legemidler, habilitering og rehabilitering, spesialisthelsetjeneste, kommunale pleie og omsorgstjenester, psykisk helse og folkehelse.

Legemidler

Legeforeningen ga uttrykk for sin støtte til ordninger som kan bidra til å redusere kostnadene for samfunnet og den enkelte pasient, forutsatt at ordningene understøtter rett legemiddelbruk. Under høringen ble det også gitt uttrykk for at man ser positivt på at Statens legemiddelverk har startet arbeidet med å vurdere forhåndsgodkjent refusjon for enkelte legemidler som i dag refunderes etter individuell søknad.

Spesialisthelsetjenesten

Under dette temaet ble foreningens synspunkter om sykehusenes økonomiske rammebetingelser, lokalsykehus og krav til organiseringen av akuttfunksjonene, avtalespesialistenes plass i spesialisthelsetjenesten og informasjons- og kommunikasjonsteknologi fremlagt. Legeforeningen etterlyste videre en reell helhetlig og bred satsing på forskning.

Habilitering og rehabilitering

Legeforeningen ga uttrykk for at habiliteringsfeltet og rehabiliteringsfeltet må løftes frem som et satsingsområde. Det må i større grad tilrettelegges for å integrere rehabilitering med behandling, også tidlig i sykdomsforløpet, og det bør legges nasjonale føringer for hvordan habiliteringstjenestene skal utvikles og hvilken funksjon disse skal ha.

Folkehelse

Betydningen av forebyggende helsearbeid ble sterkt fremhevet av Legeforeningen. Under temaet folkehelse ble videre foreningens synspunkter om fysisk aktivitet og ernæring, tobakksbruk, rusmiddelbruk og forebygging av hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer fremmet.

Psykisk helsevern

Legeforeningen pekte på at det fortsatt er mangler innenfor psykisk helsevern, og at det i større grad må stilles konkrete krav til faglig kvalitet og effekt av tjenestene som tilbys. Videre ble fremholdt at det må opprettes flere fastlegehjemler for å sørge for forsvarlig allmennlegetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Fastlegens rolle som koordinator og henviser er spesielt krevende i forhold til pasienter med psykiske lidelser, ikke minst når tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester er dårlig.

Kommunale pleie- og omsorgstjenester – helsetjenester i kommunene

Legeforeningen ga uttrykk for at nytt investeringstilskudd til bygging av 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger er gledelig, men at det samtidig må stilles klare krav til innhold i heldøgns pleie og omsorg, og at disse må være tilstrekkelig finansiert, konsistent over tid og uavhengig av om tilbudet gis på sykehjem eller i omsorgsboliger. En faglig opptrapping av rusfeltet, også i kommunene, ble videre etterlyst. Legeforeningen uttalte seg positivt om at det var satt av midler til allmennmedisinske forskningsenheter og interkommunalt legevaktssamarbeid på statsbudsjettet, men fremhevet at bevilgningen med fordel kunne ha vært betydelig større.

5.4 Organisasjonskontakter

5.4.1 Stortingskomiteer

Legeforeningen har i løpet av året deltatt i flere høringsmøter i Stortinget både vedrørende statsbudsjettet og i forbindelse med høringer knyttet til stortingsmeldinger, proposisjoner og private Dokument 8-forslag. Av store saker hvor Legeforeningen har hatt et engasjement er St.meld. nr. 20 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, Dok nr 8: 106 (2005-2006) om alternative modeller for vurdering av søkernes funksjonsevne og medisinske forhold i uføresaker, Dok.nr.8:56 (2006-2007) om en opptrappingsplan for å styrke tilbudet om habilitering og rehabilitering, Dokument 8:99 (2005-2006) om tiltak for å øke organodonorkapasiteten i Norge, Dok nr 8: 110 (2005-2006) om etablering av Offentlig, privat samarbeidsprosjekter knyttet til fremtidige sykehusutbygginger.

Flere yrkesforeninger og fagmedisinske foreninger har vært involvert i dette arbeidet.

Som tidligere år arrangerte Legeforeningen i februar et helsepolitisk seminar for Stortingets helse- og omsorgskomite der temaene denne gangen bl.a. var: Sentrale utfordringer i helse-Norge, Avslutning av behandling – etiske og medisinske betraktninger, Lokalsykehusenes fremtidige rolle med vekt på behandlingskjeder, legevakt og akuttfunksjon og Behov for et bredere perspektiv på prioritering - presentasjon av sentrale tema fra Legeforeningens kommende statusrapport om prioritering

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.

5.4.2 Departementer, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet

Legeforeningen har deltatt på flere møter og seminarer med Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med aktuelle helsepolitiske spørsmål, meldings- eller forskriftsarbeid. Legeforeningen har også deltatt i møter med helseforvaltningen gjennom Akademikerne. Av større saker hvor Legeforeningens kompetanse har vært etterspurt er IA-arbeidet, avtalespesialistenes plass i spesialisthelsetjenesten, psykiatri, styrking av arbeidsmedisin, forskning og forskerutdanning, forebyggende og helsefremmende arbeid i forhold til fysisk aktivitet, kosthold, røyking og rusmiddelbruk. Videre har Legeforeningens synspunkter om prioritering vært etterspurt.

5.4.3 Prosjekter/rapporter/andre oppdrag

Legeforeningen har deltatt i det nasjonale prioriteringsprosjektet Riktigere prioritering i RHF. Formålet med prosjektet er å utvikle prioriteringsveiledere på om lag 30 områder over en toårsperiode, og er en oppfølging av prøveprosjektet i Helse Øst i 2005. Prosjektet er ledet av Sosial- og helsedirektoratet og fagdirektørene i regionale helseforetak, og inngår i et større oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet for å utvikle en helhetlig strategi for prioritering. Legeforeningen ved presidenten, har deltatt som observatør i styringsgruppen og som deltaker i prosjektgruppen. Videre har Legeforeningen anbefalt fagpersoner til arbeidsgruppene.

6 Legeforeningens organisasjon

6.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

Legeforeningen vil arbeide for å

- styrke det lokale helse- og omsorgsarbeidet for medlemmene, og ha oppmerksomheten rettet mot utbrenthet og mentale påkjenninger legeyrket medfører
- fremme tiltak som vil stimulere til jevnere fordeling av kvinner og menn i ledende stillinger og innenfor spesialitetene
- bedre prioritering og organisering av Legeforeningens internasjonale arbeid
- styrke og forbedre rekrutteringen av lokale tillitsvalgte
- styrke hovedforeningens egenkapital
- opprettholde en høy organisasjonsoppslutning

6.1.1 Kollegial støtte for leger – helsetjeneste for leger

Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg er et fast rådgivende utvalg oppnevnt av sentralstyret. Utvalget bestod i 2007 av Øystein Melbø Christiansen (leder), Erik Falkum, Tone Sparr, Jørn Nissen-Meyer og vararepresentant Pernille Nylehn.

Utvalget koordinerer fylkesavdelingenes arbeid med hensyn til støtte- og helsetjenestevirksomheten. Det holder seg orientert om arbeidets utvikling og samordner rapportering fra fylkesavdelingene. Utvalget arrangerer årlig en samling på Soria Moria for fylkenes avdelingsrådgivere og støttekolleger som ledd i dette arbeidet. I tillegg er utvalget representert ved felles årlige møter i de nordiske legeforeninger – sist i København 19.2. 2007. Det er per i dag avdelingsrådgivere i alle fylker bortsett fra i to, samt i gjennomsnitt fire støttekolleger i hvert fylke. Det rapporteres at det er lett å rekruttere støttekolleger. Det er etablert lege for lege ordning i de fleste fylker.

Rapportering fra fylkene viste at det i 2006 gjennomsnittlig var seks leger per fylke som tok kontakt med kollegastøtteordningen. Det er store avvik fra fylke til fylke, med høyest aktivitet i Oslo og de nordligste fylkene. I snitt hadde hver av legene som tok kontakt to samtaler med sin støttekollega. De aller fleste som tar kontakt arbeider utenfor sykehus, og det fordeler seg med 30 % kvinner og 70 % menn. Bakgrunn for henvendelsen er sammensatt, men med overvekt på psykiske problemer, konflikter på jobb og problemer i familien.

Fra 1.1. 2007 vedtok sentralstyret at støttekollegasamtalene skal honoreres direkte fra den enkelte lokalforening i henhold til reglene under takst 14 i Normaltariffen. Taksten utgjør kr 450 for første halvtime, og repeteres for hver påbegynt halvtime. Lokalforeningene vil få refundert utbetalt honorar fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger ved årets slutt.

Samarbeidsavtalen med Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad, ble ved avtale i juni 2007 videreført på permanent basis med en gjensidig oppsigelsestid på tolv måneder. I forbindelse med dette er det tilrettelagt for løpende evaluering av virksomheten gjennom et samarbeid mellom Legeforeningens forskningsinstitutt og Modum Bads forskningsinstitutt.

Aktivitetene i tilknytning til utvalget er i sin helhet finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

6.1.2 Medlemsoppslutning

Basert på Legeforeningens legeregister antas at det per 31.12. 2007 var 21 609 leger i Norge. 20 890 av disse var medlemmer av Legeforeningen. I tillegg kommer 447 legemedlemmer som ikke var i Norge. Dette betyr at 96,7 % av alle leger i Norge er medlemmer av Legeforeningen. Det kan se ut til at andelen av alle leger i Norge som er medlemmer av Legeforeningen, er langsomt økende sett i et langsiktig historisk perspektiv. Det er en viss usikkerhet omkring hvilke leger som til enhver tid befinner seg i Norge, og det er vanskelig å finne pålitelige tall for leger totalt i Norge i offentlig statistikk. Dermed blir det også en viss usikkerhet om Legeforeningens medlemsoppslutning regnet som andel av leger i Norge.

Av de 21 609 legene i Norge per 31.12. 2007 var 98,4 % medlemmer av godkjente spesialister, mot 94,5 % blant ikke-spesialister. Blant norske statsborgere er 98,1 % medlemmer av Legeforeningen, mot 88,5 % blant utenlandske statsborgere. De senere årene ser det ut som andelen medlemmer har økt mest blant utenlandske statsborgere.

Blant medisinstudenter er andelen medlemmer lavere enn blant leger i Norge, ca. 78 % medlemmer blant medisinstudenter i Norge og ca. 38 % blant medisinstudenter i utlandet. Andelen medlemmer ser ut

til å være høyest blant medisinstudenter ved NTNU i Trondheim. Sammenlignet med situasjonen noen år tilbake ser det ut til at andelen medlemmer er omtrent uendret blant medisinstudenter i Norge, mens andelen medlemmer er redusert blant medisinstudenter i utlandet.

6.2 Hovedforeningen

6.2.1 Legeforeningens lover

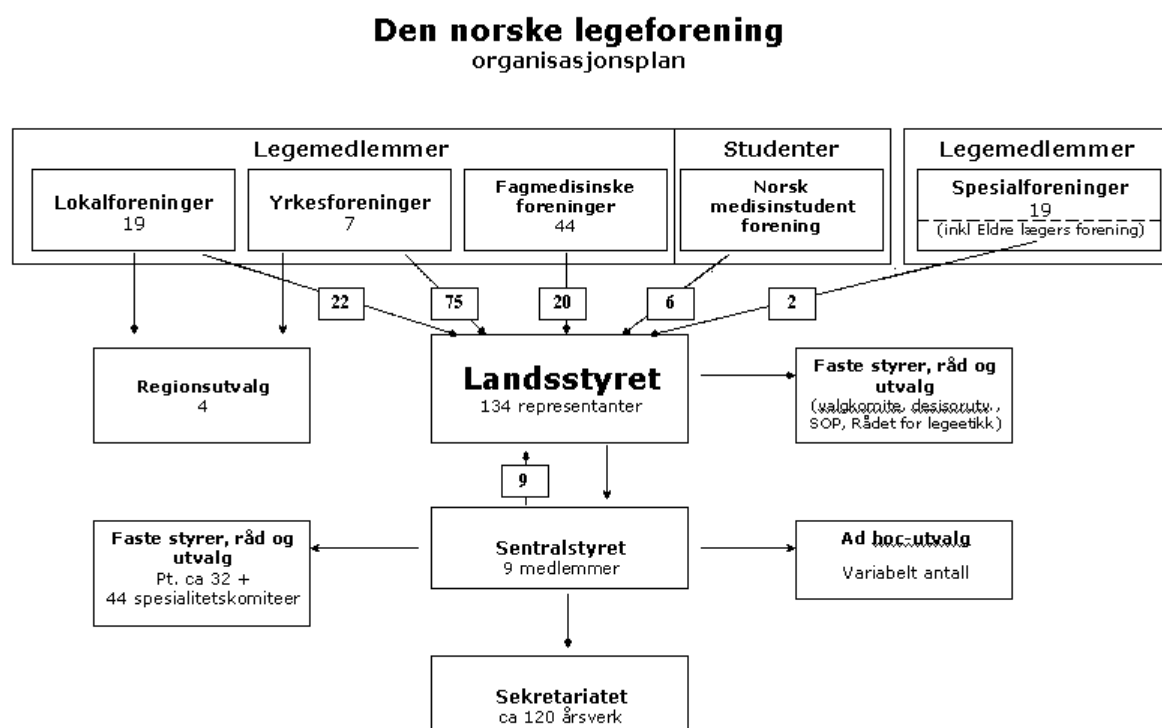
Legeforeningens nye lover, som ble vedtatt på landsstyremøtet 12.5. 2006, ble iverksatt fra 1.1. 2007. De nye lovene har i 2007 fungert etter hensikten, selv om det ble foretatt noen justeringer ved landsstyremøtet 24.5. 2007.

6.2.2 Legeforeningens navn

På landsstyremøtet i 2007 ble det vedtatt å endre navnet på foreningen til Den norske legeforening. Navneendringen ble foretatt samtidig som foreningen var i ferd med å endre kommunikasjonsprofilen for foreningen. Implementering av foreningens nye navn har skjedd uten problemer så langt, men en del gjenstår.

6.2.3 Organisasjonsplan

Planen viser Legeforeningens organisasjon slik den fremstår ved utløpet av 2007.



6.2.4 Medlemstall

31.12. 2007 var antall medlemmer 25 153, hvorav 3 786 studentmedlemmer. Fra 1.1. - 31.12. 2007 er 90 medlemmer avgått ved døden (registrert per 29.1.2008).

Legemedlemmer og studentmedlemmer fra 1920-2007:

År	Antall legemedlemmer	Antall studentmedlemmer
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	3 308	
1965	4 372	
1970	5 126	
1975	6 495	
1980	8 178	
1985	10 134	
1990	11 854	1 397
1995	13 775	2 147
2000	16 075	2 890
2001	16 677	3 330
2002	17 142	3 299
2003	17 421	3 483
2004	18 086	3 444
2005	18 925	3 439
2006	19 654	3 479
2007	20 314	3 603

6.2.5 Landsstyret

Det har i perioden vært avholdt ett landsstyremøte på Kongsberg i tiden 22.-24.5. 2007 i samarbeid med Buskerud legeforening.

Landsstyret har frem til 31.8. 2007 hatt 124 representanter. Fra 1.9. 2007 har landsstyret 134 representanter.

Protokoll fra landsstyremøtet 2007 er offentliggjort på nettsidene.

6.2.6 Sentralstyret

Frem til 1.9. 2007 hadde sentralstyret følgende sammensetning: Torunn Janbu, president og Per Meinich, visepresident. Øvrige medlemmer: Lars Kristian Eikvar, Hilde Engjom, Ottar Grimstad, Ernst Horgen, Bård Lilleeng, Siri Tau Ursin og Marte Walstad. Varamedlemmer: Gunnar Skipenes, Harald Guldsten og Anne Kristine Fagerheim.

På landsstyremøtet i Kongsberg 22.-24.5. 2007 ble følgende sentralstyre valgt for perioden 1.9. 2007 – 31.8. 2009: Torunn Janbu, president og Bård Lilleeng, visepresident. Øvrige medlemmer er: Kjersti Baksaas-Aasen, Hege Gjessing, Trond Egil Hansen, Jan Emil Kristoffersen, Arne Laudal Refsum, Gunnar Skipenes og Marte Walstad. Valgte varamedlemmer som bare møter ved varig eller langvarig forfall er: Ernst Kaare Horgen, Cecilie Risøe og Mads Alexander Sabel.

Sentralstyret har i 2007 avholdt 11 sentralstyremøter og behandlet 456 saker. Det har vært avholdt lederseminar med representanter for lokalforeninger, yrkesforeninger og de fagmedisinske foreningene. Det har også vært avholdt et fellesmøte med Rådet for legeetikk.

Referat fra sentralstyrets møter blir fortløpende lagt ut på Legeforeningens nettsider.

6.2.7 Lokalforeningene

Foreningen har i alt 19 lokalforeninger som hver organiserer medlemmene i de respektive fylker.

6.2.8 Yrkesforeningene

Foreningen har sju yrkesforeninger:

Allmennlegeforeningen (Af)

Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS)

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA)
Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf)
Norsk overlegeforening (Of)
Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL)
Yngre legers forening (Ylf)

6.2.9 Norsk medisinstudentforening

Nmf har 3 786 medlemmer, hvorav 879 som studerer medisin ved utenlandske universiteter. Styret består av leder og fem styremedlemmer, ett fra hvert av universitetene og ett fra utenlandsstudentene.

6.2.10 Fagmedisinske foreninger

Landsstyret vedtok i 2006 en økt satsing på de fagmedisinske foreningene, og fra 1.1. 2007 ble de fagmedisinske foreninger formelt etablert som avdelinger i Den norske legeforening. Fra samme dato var 16 105 medlemmer fordelt til de fagmedisinske foreningene ut fra gitte kriterier. Alle legemedlemmer ble på forhånd informert om hvilke konsekvenser de nye lovene ville få for dem. I løpet av januar måned, før utsendelse av kontingent, behandlet registeret ca. 11 000 svar og henvendelser fra medlemmene vedrørende tilmelding til en fagmedisinsk forening.

31.12. 2007 var 16 864 medlemmer fordelt til én eller to fagmedisinske foreninger. Til sammen hadde de 44 fagmedisinske foreningene 18 739 medlemmer, inkludert dobbeltmedlemskap i fagmedisinsk forening for grenspesialitet og assosierte medlemskap.

6.2.11 Spesialforeningene

Legeforeningen har ved utløpet av 2007 i alt 19 spesialforeninger. Norsk forening for ultralyddiagnostikk valgte i 2007 ikke lenger å være spesialforening i Den norske legeforening. De 19 er: Eldre lægers forening, Forening for norske leger i utland, Medisinsk forening for mental retardasjon og habilitering, Norsk flymedisinsk forening, Norsk forening for allergologi og immunpatologi, Norsk forening for håndkirurgi, Norsk forening for intervensjonsradiologi, Norsk forening for leger i legemiddelindustrien, Norsk forening for palliativ medisin, Norsk forening for pediatrik radiologi, Norsk forening for reumakirurgi, Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin, Norsk forening for sjøfartsmedisin, Norsk idrettsmedisinsk forening, Norsk katastrofemedisinsk forening, Norsk militærmedisinsk forening, Norsk nevreradiologisk forening, Norsk selskap for craniofacial kirurgi og Norsk trygdemedisinsk forening.

Legeforeningen gjennomførte 13.3. 2007 et møte med spesialforeningene. Ni foreninger var representert. I møtet ble det blant annet orientert om bestemmelsene i Legeforeningens lover som vedrører spesialforeningene, samt om merkantile og andre tjenester fra sekretariatet. Foreningene ønsker å etablere et arbeidsutvalg for å kunne tale spesialforeningenes sak i Legeforeningen, og for å kunne bidra til foreningenes faglige aktiviteter.

6.2.12 Regionsutvalgene

Regionsutvalgene ble fra 1.1. 2007 permanente organer i Legeforeningen. Som følge av sammenslåingen av regionhelseforetakene Helse Sør og Helse Øst er regionsutvalgene i disse områdene slått sammen til Regionsutvalg Sør-Øst. Foreningen har etter dette følgende fire regionsutvalg:

Regionsutvalg Midt-Norge
Regionsutvalg Nord
Regionsutvalg Sør-Øst
Regionsutvalg Vest

6.2.13 Råd og utvalg

Legeforeningen har i tillegg til organisasjonsleddene ovenfor i alt ca. 35 faste råd og utvalg. Flere av disse er omtalt annet sted i årsmeldingen.

Likestillingsutvalget

I perioden 1.1. - 31.12. 2007 hadde likestillingsutvalget følgende medlemmer: Tom Sundar (leder), Catarina Falck, Torstein Seip Johnsen, Hanne Undlien og Inger Kristin Aase. Undlien tok permisjon i ett år fra august 2007 pga. utenlandsopphold. Anjam Latif Shuja erstattet Ragni Skille Berger som sekretariatets kontaktperson.

Det ble avholdt tre ordinære møter i perioden. Sentrale arbeidstemaer var tiltak mot kjønnsbetingede lønnsforskjeller og skjev kjønnsfordeling i de medisinske spesialitetene. Foruten å være hørings- og

kontaktinstans for sentralstyret i spørsmål rundt likestilling, har utvalget besvart henvendelser fra medlemmer av Legeforeningen og fra andre, bl.a. presse.

Utvalget har deltatt i arbeidet med å videreføre *Frist meg inn i ledelse* – et rekrutteringsprosjekt rettet mot kvinnelige leger for å motivere til ledelse. Prosjektet ble igangsett i 2005 i samarbeid mellom Legeforeningen og Helse Sør-Øst RHF. Prosjektet har i 2006-2007 hatt tre samlinger. Det er oppnevnt en permanent styringsgruppe bestående av Torunn Janbu, Catarina Falck (likestillingsutvalget), Elisabeth Søyland (har erstattet Jorunn Fryjordet), Marit Lund Hamkoll og Einar Li. Gruppen har i perioden arbeidet med å videreutvikle konseptet.

Likestillingsutvalget er opptatt av den skjeve kjønnsfordelingen i en del spesialiteter og utfordringen disse kommer til å stå overfor i en situasjon der majoriteten av de nyutdannende legene er kvinner. Utvalget arbeider med et prosjekt som involverer de fagmedisinske foreningene i forhold til dette.

Utvalget arbeider fortløpende med å oppdatere informasjon om Legeforeningens likestillingsarbeid, med lenker til relevante artikler og prosjekter.

Den norske legeforenings utvalg for menneskerettigheter

Utvalget har i perioden hatt disse medlemmene: Eline Thorleifsson (leder), Bjørn Blomberg, Kristian Hagestad, Arvid Nedal og Sidsel Rogde. Bjørn Oscar Hoftvedt er sekretær for utvalget.

Utvalget har hatt seks møter.

Samarbeid med den kinesiske psykiatriforeningen

Utvalget arrangerte i samarbeid med den kinesiske psykiatriforening et seminar om pasientrettigheter, menneskerettigheter og etikk i psykiatrien i Shanghai 13. og 14.5. 2007. Samarbeidet har pågått siden 2003. Fra utvalget deltok Eline Thorleifsson, Kristian Hagestad, Arvid Nedal, Sidsel Rogde og Bjørn Oscar Hoftvedt fra sekretariatet.

I Shanghai i september presenterte representanter for CSP og CPA resultatet av samarbeidet på en konferanse om Globalisering og psykisk helse. Fra utvalget deltok Eline Thorleifsson og Bjørn Oscar Hoftvedt fra sekretariatet.

Prosjektet finansieres av Utenriksdepartementet.

Myndighetenes rundebordskonferanse om menneskerettigheter med Kina

Lederen deltok på Utenriksdepartementets rundebordskonferansen om menneskerettigheter med Kina i Oslo 17.-19.10. 2007.

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

Utvalget har siden 2002 samarbeidet med medisinske institusjoner og organisasjoner i Sarajevo og Beograd om et opplæringsprosjekt i psykiatri for allmennpraktikere. Det fjerde prosjektet i rekken ble avsluttet i juni med et evalueringsmøte. Hensikten med prosjektet er å videreutvikle samarbeidet mellom leger i de to byene og styrke allmennlegenes kunnskaper og ferdigheter i psykiatri. Fra utvalget deltok Eline Thorleifsson, Kristian Hagestad og Bjørn Oscar Hoftvedt fra sekretariatet.

Prosjektet finansieres av Utenriksdepartementet.

Digging up wounds, healing wounds – konferanse i Istanbul

I samarbeid med Human Rights Foundation of Turkey (HRFT), den tyrkiske legeforening og andre tyrkiske foreninger arrangerte utvalget konferansen Digging up wounds, healing wounds i Istanbul 7.-9.12. 2007. Temaene for konferansen var forsoning med eller straffeforfølgelse av overgripere, konfliktene i Midt-Østen og betydningen for psykisk helse og bruken av isolasjon som straff. Sidsel Rogde holdt et innlegg om dokumentasjon om seksuell vold. I tillegg deltok Bjørn Oscar Hoftvedt fra sekretariatet.

Konferansen fikk økonomisk støtte fra Utenriksdepartementet.

Observatør i International Federation for Health and Human Rights Organisations (IFHHRO)

IFHHRO omfatter organisasjoner som arbeider med forholdet mellom helse og menneskerettigheter. Sentralstyret har etter anbefaling fra utvalget besluttet at Legeforeningen skal være observatør i IFHHRO. Ordningen evalueres etter ett år. Andre observatører er blant annet Verdens legeforening, Den britiske legeforening og Den tyrkiske legeforening.

Menneskerettigheter i psykiatrien i Norge

Utvalget ved Arvid Nedal deltok på et dialogseminar om psykisk helsevern og menneskerettigheter i psykiatri 28.-29.11. 2007 på Falstadsenteret i Nord-Trøndelag. Andre organisasjoner som deltok var Rådet for psykisk helse, Mental helse, Statens helsetilsyn, Fagforbundet, Norsk sykepleierforbund, Norsk psykologforening og Norsk psykiatrisk forening.

Sekretæren deltok på et møte i Legeforeningen 27.11. 2007 med Norsk psykiatrisk forening, Mental Helse (MH) og Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP) om tvang i psykiatrien.

Seminar om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter i Sør-Afrika

Eline Thorleifsson og Bjørn Oscar Hoftvedt deltok på seminar i Johannesburg om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter 28.-30.10. 2007. Deltakelsen ble kombinert med møter med den sør-afrikanske legeforeningen (SAMA) om et samarbeidsprosjekt om testing for hiv/Aids. På møtene med SAMA deltok også generalsekretær Terje Vigen. Utvalget arbeider videre med å konkretisere samarbeidsprosjektet.

Revisjon av mandatet

Mandatet var upresist når det gjelder rett til helse som menneskerett (jfr. artikkel 12 i FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter). Sentralstyret vedtok justert mandat for utvalget i sitt møte i november.

Utvalg for helsefremmende arbeid i lavinntektsland

Utvalget ble opprettet i mars og oppnevnt i juni. Utvalget består av Hilde Engjom (leder), Berit Austveg, Gunnar Kvåle, Jannicke Mellin-Olsen, Terje Vestheim og Knut Wester. Bjørn Oscar Hoftvedt er sekretær for utvalget.

Formålet med utvalget skal være å øke Legeforeningens og medlemmenes engasjement for å styrke helsefremmende arbeid i lavinntektsland. Medlemmene oppnevnes for en periode på to år.

Oppnevningsperioden følger sentralstyrets valgperiode. Første valg fungerer ut 2009. Utvalget skal evalueres senest etter fire år.

Mandat for utvalget er å

- øke kunnskapen om helseutfordringer i lavinntektsland blant foreningens medlemmer
- stimulere medlemmene til å engasjere seg i helsefremmende arbeid i lavinntektsland
- gi muligheter for faglig utvikling og akseptable lønns- og arbeidsvilkår for norske leger som planlegger å delta i helsefremmende arbeid i lavinntektsland, herunder kurstilbud i Norge og internasjonalt
- bidra til å utvikle legeforeninger i lavinntektsland

Utvalget har hatt to møter og har foreløpig konsentrert seg om å utarbeide en plan for hva utvalget skal engasjere seg i. Foreløpig har utvalget sett nærmere på vurdering av kurs og utdanning for leger i utlandet, forskning på helseproblemer i lavinntektsland og helsepersonellkrisen i lavinntektsland. Som et ledd i denne prosessen har alle avdelingene og Tidsskriftet orientert utvalget om sine arbeidsoppgaver.

Utvalget har vedtatt å arrangere et internseminar for utvalget og andre interesserte i Legeforeningen om rekruttering av helsepersonell fra lavinntektsland i mars 2008.

Utvalget har avgitt uttalelse i to saker oversendt fra Legeforeningen: *Godkjenning av kurs i utlandet og Invitasjon fra Sykepleierforbundet* om å investere i konferansesenter i Tanzania.

Hilde Engjom deltok som Legeforeningens representant på konferansen "Engaging in global health research" arrangert av Forskningsrådet og Norsk forum for global helseforskning ved NTNU, Trondheim, 18.-19.10. 2007.

IT-utvalget

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.

Utvalgets medlemmer i 2007 var Kjell Krüger, Of, (leder, trakk seg fra utvalget høsten 2007), Dag Nordvåg, Aplf., Arild Faxvaag, LVS, Per A. Lier, PSL, Ola Jøsendal, LSA, Elisabeth Stura, Nmf, og Jon Fredrik Stuestø, YLF.

Utvalget har ikke hatt møter i perioden, men har gitt noen kommentarer og innspill til sekretariatet, bl.a. i forbindelse med høringssaker.

Kjell Krüger publiserte en artikkel i Tidsskriftet:

Krüger K. *Elektroniske pasientjournaler bør være strukturerte*. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2090-3 (http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1569121)

Legeforeningens utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget)

Legeforeningens forskningsutvalg er sammensatt av representanter fra de fire medisinske fakultetene og ulike yrkes- og fagmedisinske foreninger. Utvalget utgjør således en viktig kontaktflate mellom Legeforeningen og universitetene. Det er et rådgivende utvalg for sentralstyret.

Utvalget har avholdt tre ordinære møter og behandlet 19 saker i 2007. Det har i tillegg vært avholdt ett møte i samarbeid med styret i Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS), samt ett seminar med sentralstyret om utvalgets rolle i Legeforeningens videre satsning på forskning.

Forskningsutvalget ferdigstilte utredningene *Vind i seilene for medisinsk forskning* i 2006 og *Mot en ny vår for medisinsk forskning* i 2007. Den første fokuserte på hvordan Legeforeningen bør opptre som arbeidstakerorganisasjon for å fremme medisinsk forskning, mens den andre retter søkelyset mot hvordan medisinsk forskning er organisert og finansiert i Norge og peker på hvordan Legeforeningen kan påvirke viktige beslutningsprosesser i nasjonalt og internasjonalt. På bakgrunn av disse utredningene ble en detaljert handlingsplan for medisinsk forskning vedtatt av landsstyret i 2007. Denne handlingsplanen skal evalueres til landsstyremøtet i 2009. Rapportene samt handlingsplanen er utgitt samlet i Legeforeningens forskningspolitiske dokument. Se også pkt. 3.1.4 og pkt. 3.3.1 om forskning.

Utvalget har i perioden hatt slik sammensetning: Ole M Sejersted (leder), Per Hjortdahl (sekretær), Trond Flægstad, Irene Hetlevik, Jana Midelfart Hoff, Tobias Schmidt Slørdahl, Anna Midelfart, Arne Sandvik og Lars A. Akslen.

Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA)

Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA) skal gi råd til Legeforeningens sentralstyre i saker som vedr. prehospital akuttmedisinske spørsmål, bl.a. legevaktjeneste, ambulansetjeneste, luftambulansetjeneste og nødmeldetjeneste. Utvalget har som oppgave å videreutvikle og kvalitetssikre Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.

Utvalgets medlemmer i 2007 har vært Lars A. Nesje fra Allmennlegeforeningen, Halvard Wannag Sele fra Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, Lena Bredde og Gunnar Farstad fra Norsk anestesilogisk forening.

Utvalget har i 2007 hatt ett møte og ellers kommunisert på mail. Hovedsak har vært spørsmålet om revidering og videreutvikling av Norsk indeks. Det foreligger nå et forslag til revidert utgave 2.2, som er sendt på høring til alle organisasjonsledd i Legeforeningen. LUPA har blitt orientert om prosjekt nytt nødnett. Utvalget har avgitt høringsuttalelser. Når utvalgets periode opphører 31.12. 2007 blir det fremmet forslag for sentralstyret i møtet i januar om at utvalget ikke reoppnevnes. Legeforeningens fremtidige engasjement og arbeid innenfor fagfeltet akuttmedisin ivaretas i stedet av aktuelle arbeidsgrupper/prosjekter oppnevnt fra sak til sak.

Pasientsikkerhetsutvalget

Legeforeningens rådgivende utvalg for å arbeide med pasientsikkerhetsspørsmål har følgende mandat: Utvalget skal rådgje sentralstyret i arbeidet med pasientsikkerhet, herunder foreslå strategi for arbeidet med pasientsikkerhet innenfor norsk helsevesen. Utvalget har hatt følgende medlemmer i 2007: Ellen Tveter Deilkås (leder), Tor Carlsen, Inger Lise Fjellanger, Gunnar Andersen, Per Meinich, Espen Huldt-Nystrøm (til 31.8. 2007) og Hege Gjessing (fra 31.8. 2007). Utvalget hadde fire møter i 2007 og utformet forslag til et kort notat som redegjør for Legeforeningens hovedsynspunkter på pasientsikkerhet. Utkastet til policynotat ble forelagt sentralstyret i mars 2007, og deretter lagt frem for landsstyret. Legeforeningens policynotat om pasientsikkerhet ble etter bred organisatorisk høring vedtatt av sentralstyret i desember. Sentralstyret ba samtidig Pasientsikkerhetsutvalget om å utarbeide et forslag til handlingsprogram for Legeforeningens arbeid med pasientsikkerhet.

Psykoterapiutvalget

Psykoterapiutvalget 2006-2009: Elisabeth Tjora (leder), Bente Øvensen, Petter H. Knutsen, Kirsten Magerøy, Grazyna Banach, Bjørn Ravneberg og Astrid Birkenæs.

Under hovedutdanningen i psykiatri kreves minst to års godkjent veiledning i psykoterapi (fra 1.1. 2008 tre år). Den gis av psykiatere som er godkjent til å veilede utdanningskandidater i det psykoterapeutiske 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, overvåke alle forhold som vedrører psykoterapiveiledningen, og eventuelt

foreslå endringer i retningslinjene for godkjenning av veiledere i psykoterapi.

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

Rusmiddelpolitisk utvalg

Utvalget har som mandat å være et rådgivende organ for sentralstyret, med oppmerksomheten 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.

I 2007 var utvalget sammensatt slik: Arne Johannesen (leder), Svein R. Steinert, Per Føyn, Kristin B. Lazaridis og Valborg Helseth. Kontaktperson i sekretariatet var Guri Spilhaug.

Utvalget har i 2007 hatt tre møter og arbeidet med oppfølging av rusmiddelpolitiske saker, kvalitetssikring og kompetanseutvikling i rusmedisin og sentralstyret har på utvalgets forslag vedtatt å nedsette en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til Legeforeningens alkoholpolitiske strategidokument. Utvalget har bidratt til høringer som omhandler rusmiddelpolitiske spørsmål. Utvalget har samarbeidet nært med spesialforeningen Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin, og har anbefalt at Legeforeningens arbeid innenfor rusmedisin ivaretas av spesialforeningen og at utvalget derfor ikke reoppnevnes etter periodens utløp. Dette ble vedtatt av sentralstyret i november 2007.

Spesialitetskomiteene

Sammensetningen av spesialitetskomiteene finnes på Legeforeningens nettsider

www.legeforeningen.no/index.gan?id=94998&subid=0

I tråd med spesialistreglenes generelle bestemmelser er det av sentralstyret oppnevnt spesialitetskomiteer i alle de 44 spesialitetene. Spesialitetskomiteene i 43 av spesialitetene er oppnevnt for fireårsperioden 2006-2009. Spesialitetskomiteen i mamma- og para-/tyreoideakirurgi er oppnevnt for perioden 8.12. 2006-31.12. 2009.

Hver komité består av fem medlemmer og tre varamedlemmer. Komiteene er oppnevnt etter forslag fra vedkommende fagmedisinske forening, samt fra Ylf (unntatt allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin hvor den fagmedisinske foreningen foreslår samtlige representanter). Komiteen i mamma- og para-/tyreoideakirurgi er oppnevnt etter forslag fra Norsk kirurgisk forening.

Spesialitetskomiteen i den enkelte spesialitet er det viktigste og mest innflytelsesrike organ i videreutviklingen av regelverket og innholdet i spesialistutdanningen.

Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Frank R. Andersen (leder) og Kristin Bjørnland (nestleder). Medlemmer: Kjell Nordby, Bjørn Hilt (vara), Helge S. Haarstad, Trine Stokstad (vara), Ragnhild Vik, Karin Stang Volden (vara), Inger Sofie Samdal Vik, Odd Brørs (vara), Arild Egge, Morten Mowé (vara), Per Meinich frem til 31.8. 2007, Harald Bergan (vara frem til 31.8. 2007), Hege Gjessing fra 1.9. 2007, Fredrik Nomme (vara fra 1.9. 2007). Ingrid Os, Ragnhild Emblem (vara), Universitetet i Oslo. Nils Erik Gilhus, Anders Bærheim (vara), Universitetet i Bergen. Petter Aadahl, Erik Solligård (vara), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Svein Ivar Mellgren, Trond Flægstad (vara), Universitetet i Tromsø. Olav Lund (observatør, permisjon fra 1.7. 2007 til 30.6. 2008), Ole Bjørn Herland (vara - fungerer som fast representant i perioden 1.7. 2007-30.6. 2008), Sosial- og helsedirektoratet, Norvald Langeland, Unni Veirød (vara), Norsk pasientforening. Aud Nordal (observatør), Anne Berit Gunbjørud (vara), Statens helsetilsyn.

I henhold til bestemmelsene deltar Statens helsetilsyn med to observatører. Disse ble fra oktober 2002 fordelt mellom Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet.

Kommunenenes Sentralforbund har ikke oppnevnt ny representant til rådet som påbegynte sin funksjonsperiode 1.1. 2006.

Rådet har i perioden hatt seks møter og behandlet 99 saker.

Ved siden av 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.

Spesialitetsrådet har i perioden hatt spesielt oppnevnte arbeidsgrupper til å utrede følgende saker:

- Behovet for erfaringslæring og ferdighetstrening
- Forskning som ledd i den kliniske tjenesten for lege i spesialisering

- Fellesløp for spesialisering og doktorgrad
Det er utarbeidet en årsrapport for 2007 som er lagt ut på Legeforeningens nettsider.

Spesialitetsrådets arbeidsutvalg for å vurdere forskningstjeneste

Utvalget består av Petter Aadahl (leder), Jana Midelfart Hoff og Svein Ivar Mellgren.

Arbeidsutvalget avgir uttalelse i relasjon til søknader om godkjenning av forskningstjeneste som del av spesialistutdanningen.

Med forskningstjeneste tellende for spesialistutdanningen menes tjeneste som lege i stipendiatstilling, fordypningsstilling (forskningsdelen) og tilsvarende, eller arbeid med kvalitetsforbedringsprosjekter under veiledning i minst 50 % stilling. Reglene er nedfelt i en merknad til reglene i samtlige spesialiteter.

Turnusrådet

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Sjur Lehmann (leder), Gunhild Sundal, Åse Brinchmann-Hansen, Torstein Schrøder Hansen, Inge Glambek, Vegard Vige, Christian Siva, Bjørn Ove Kvavik, Andreas Rydning. Varamedlemmer: Kari Sollien Øfstaas, Øydis Rinde Jarandsen, Einar Vie Sundal, Inger Kristin Aase, Svein Zander Bratland, Anne Kristine Fagerheim, Liv Marit Fagerli, Truls Myrmel.

Turnusrådet har i perioden hatt fem møter og behandlet 52 saker. Noen av møtene i turnusrådet har blitt avholdt i tilknytning til besøk ved sykehus og allmennlegepraksiser med turnuslege. Det har blitt gjennomført besøk ved to sykehus og en allmennlegepraksis. Rådet har i 2007 redusert besøksvirksomheten noe sammenlignet med tidligere år for å konsentrere seg om arbeidet med strategier og tiltak for kvalitet i turnustjenesten.

I forkant av besøkene får turnuslegene tilsendt et skjema til registrering av turnustjenesten; om vaktordning, veiledning, ferdighetslister, supervisjon, postarbeid osv. Disse skjemaene medbringes på møtene, og danner sammen med samtalene med turnuslegene og deres veiledere grunnlaget for turnusrådets rapport. Disse rapportene har til nå vært formulert som møtereferater, og har som sådan ikke dannet grunnlag for videre statistikk eller evaluering. Rapportene har heller ikke blitt gjort offentlig tilgjengelige, men har fungert som konstruktive tilbakemeldinger til turnusstedene. Listen over besøkte sykehus og allmennlegekontor finnes på turnusrådets hjemmeside.

Under turnusbesøkene har rådet fått inntrykk av at de aller fleste turnuslegene opplever turnustjenesten som lærerik, selv om det flere steder kan gjøres mye for å gjøre den enda bedre. De vil ha en så bred opplæring som mulig, i tillegg til god veiledning og fremfor alt god mulighet til supervisjon, og et godt sosialt miljø turnuslegene imellom.

Turnusrådets leder og representanter for Legeforeningens sekretariat har deltatt i møter i Legeforeningen og i Sosial- og helsedirektoratet om turnus generelt, forslag om midlertidig lisens for medisinske kandidater/leger fra EØS land uten gjennomført turnustjeneste, tilbakeholding av turnusplasser, funksjonsfordeling, innføring av sykehjemsmedisin/geriatri i turnustjenesten i kommunehelsetjenesten, og prøveordning med tre måneders obligatorisk psykiatri i sykehus.

Turnusrådets leder har også deltatt på Legeforeningens seminar om spesialistutdanningen og innledet til diskusjon om forholdet mellom turnus og spesialistutdanning.

Turnusrådet har et løpende engasjement omkring situasjonen ved Helgelandssykehuset HF, Mosjøen pga. mangel på adekvat akuttkirurgisk turnustjeneste ved dette sykehuset. Denne tjenesten er etter rådets vurdering så mangelfull at den ikke er i tråd med forskrift og målbeskrivelse. Legeforeningen har uttalt at det kirurgiske akutttilbudet ikke er fullverdig, og ikke i tråd med kravene til turnustjenestens innhold.

6.2.14 Prosjekter/Annet

”Frist meg inn i ledelse”

I 2007 fullførte Legeforeningen, sammen med Helse Sør-Øst RHF, kull-II og startet kull-III av ledelsesprosjektet ”Frist meg inn i ledelse” for å motivere og rekruttere kvinnelige leger til lederstillinger. Kullene består av ca. 30 kvinnelige leger fra forskjellige helseforetak i Helse Sør - Øst. Så langt har evalueringene vært meget gode, og det er etter hvert blitt stor søkning til dette ledelsesprosjekt.

Revisjon av Retningslinjer for smertebehandling i Norge

Sentralstyret oppnevnte i januar 2007 en arbeidsgruppe med representanter for foreningsleddene som var representert i arbeidsgruppen som laget Retningslinjer for smertebehandling i Norge, for revisjon av disse.

Arbeidsgruppen har bestått av Karin Øyer Forseth, Norsk revmatologisk forening, Trine Bjørner, Norsk forening for allmennmedisin, Rune Svensen, Norsk kirurgisk forening, Jan Henrik Rosland, Norsk forening for palliativ medisin, Peer Halvard Staff, Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, Rae Bell, Norsk anestesilogisk forening, Jens Munch-Ellingsen, Norsk nevrokirurgisk forening, Ellen Jørum, Norsk nevrologisk forening, Thore Henrichsen, Norsk barnelegeforening og Jannicke Mellin-Olsen, sekretær for gruppen. Guri Spilhaug har vært sekretariatets kontaktperson. Arbeidsgruppen har hatt fire møter og ellers arbeidet med oppdraget gjennom e-postkorrespondanse. Gruppen er ved årsskiftet nær en avslutning. Forslag til ny utgave av retningslinjene skal tilbake til sentralstyret.

”Nasjonal veileder for begrensnings av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende”

I 2006 oppnevnte Legeforeningen en arbeidsgruppe for å utarbeide en veileder på dette området. På samme tid fikk Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (UiO) et lignende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. Legeforeningen og universitetet har dannet en felles arbeidsgruppe, supplert med representanter fra Norsk sykepleierforbund, Norsk pasientforening og helsejuridisk ekspertise. Sentrale spørsmål vært drøftet på en arbeidskonferanse. Arbeidsgruppen har også mottatt innspill fra Legeforeningens sentralstyre, fra ulike fagmiljøer og enkeltpersoner.

Kunnskapssenteret har vært hjelpelig med litteratursøk. Gruppen har utarbeidet et utkast til veileder, som etter behandling i sentralstyret er oversendt Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo til videre bearbeiding til Nasjonal veileder i Sosial- og helsedirektoratet. Veilederen forutsettes sendt på ordinær høring.

Legeforeningens arbeidsgruppe har bestått av Trond Markestad (leder), Rådet for legeetikk, Thore Henrichsen, Norsk barnelegeforening, Bente Thommessen, Norsk nevrologisk forening, Wilhelm Sorteberg, Nevrokirurgisk avdeling ved Rikshospitalet, Pål Friis, Norsk geriatrisk forening, Morten Laudal, Norsk forening for allmennmedisin, Jannicke Mellin-Olsen, Norsk anestesilogisk forening og Eva McFadden, Norsk indremedisinsk forening.

Den felles arbeidsgruppen har i tillegg bestått av Reidun Førde, Seksjon for medisinsk etikk ved UiO, Reidar Pedersen, Seksjon for medisinsk etikk ved UiO, Marit Halvorsen, Det juridiske fakultet ved UiO, Unni Veirød, Norsk pasientforening og Marie Aakre, Norsk sykepleierforbund.

ELIN-prosjektet

Legeforeningen ble i 2002 oppfordret av Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) til å gjennomføre et prosjekt for å utvikle nye og bedre IT-løsninger for legekantor for effektiv informasjonsutvikling med andre aktører. Hovedfokus er sikker og effektiv utveksling av standardiserte, elektroniske meldinger (henvisning, epikrise, sykmelding, m.m.) Etter forprosjekt i 2002 har Legeforeningen videreført prosjektet gjennom et hovedprosjekt som startet i 2003. På grunnlag av funksjonelle kravspesifikasjoner utviklet i forprosjektet og videreutviklet i hovedprosjektet, har prosjektet inngått bindende avtale med ti leverandører av programvare om utvikling av nye og forbedrede løsninger. Prosjektet har fått midler fra Shdir og Innovasjon Norge (tidligere Statens nærings- og distriktsutviklingsfond, SND), og fra 2004 også fra Nasjonal IKT, som er de regionale helseforetakenes samarbeidsorgan for IKT.

I henhold til prosjektmodellen fra SND brukes prosjektmidlene til prosjektledelse og til delvis refusjon av kostnadene for leverandører og utprøvende legekantor, mens en stor del av kostnadene for deltakerne i prosjektet dekkes av dem selv i form av egeninnsats. I løpet av prosjektperioden har prosjektet vært en verdifull kontaktskaper mellom leger og Legeforeningen på den ene siden og helseforetak, trygdeetat, apotek og øvrig kommunehelsetjeneste og pasienter på den andre siden. Prosjektet har bidratt til samarbeid og koordinering med andre relevante prosjekter i sektoren.

I 2007 videreførte prosjektet Fase III, som er siste fase i henhold til revidert prosjektplan. Prosjektet avsluttes ved utgangen av 2007, og sluttrapport vil foreligge våren 2008.

Legeforeningen har i 2007 vedtatt å opprette et eget utvalg som skal arbeide for å følge opp og videreføre resultatene og erfaringene fra ELIN-prosjektet.

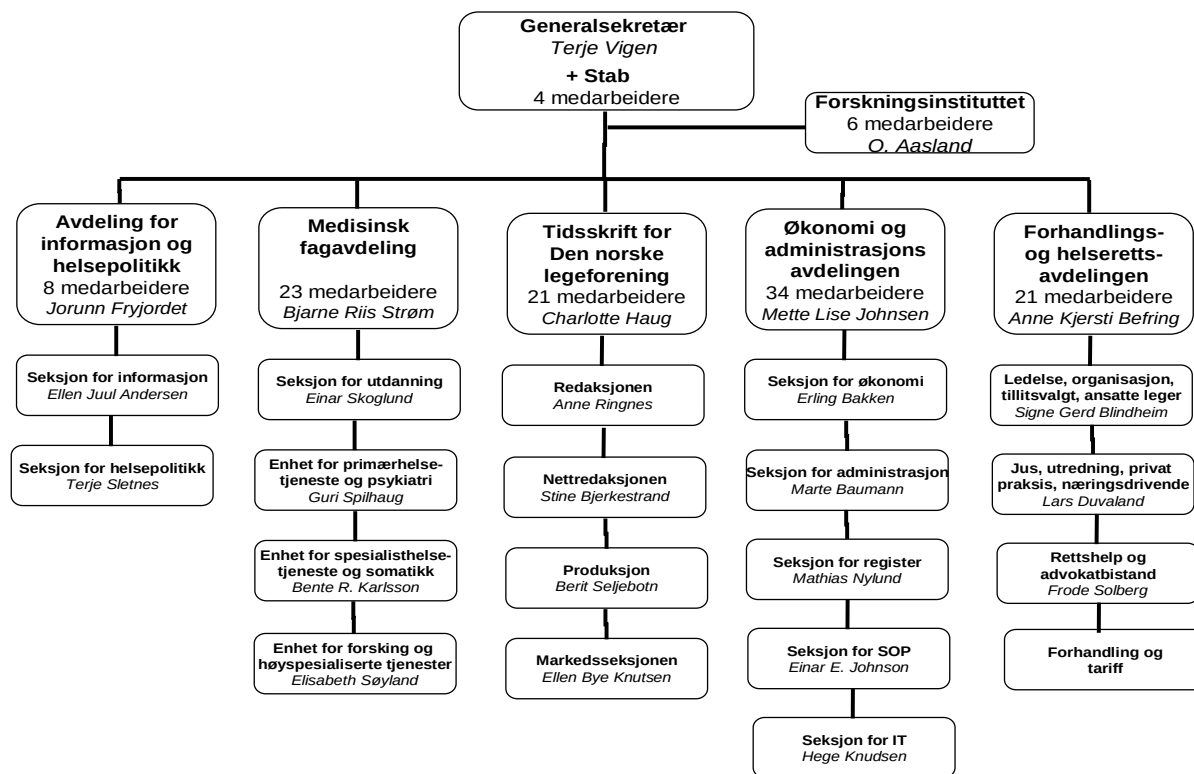
Økt satsing på integrering av fagmedisinske foreninger

Prosjekt økt satsing på integrering av de fagmedisinske avdelingene ble startet høsten 2006 og videreført i 2007. Prosjektet hadde som formål å legge til rette for de fagmedisinske foreningenes (FMF) overgang fra spesialforeninger til FMF. Prosjektet hadde ti underprosjekter som ble trinnvis gjennomført og avsluttet vår og sommer 2007. Fellesprosjektet ble avsluttet august 2007. Tre ennå ikke fullførte prosjekter: *Min Side*, *Serviceprosjektet* og *Ny kommunikasjonsprofil* ble videreført som selvstendige prosjekter. Prosjektene sluttføres første halvår 2008.

6.3 Sekretariatet

6.3.1 Organisasjonskart

Organisasjonskart Legeforeningens sekretariat per 31.12. 2007.



6.3.2 Organisering og bemanning

Per 31.12. 2007 var det 129 fast ansatte i sekretariatet inkludert koordinatorkontorene. I antall årsverk svarer dette til 117.

Den administrative ledelse består av generalsekretær samt fem avdelingsdirektører inkludert Tidsskriftets redaktør. Generalsekretæren har en stab på tre medarbeidere, hvorav én advokat som også er sekretær for Rådet for legeetikk.

Personellsituasjonen i sekretariatet er preget av stor stabilitet. Sykefraværet var i 2007 totalt 5,56 % som er en reduksjon på 1,4 % -poeng fra 2006. Hovedårsaken til dette ligger i reduksjon i langtidsfraværet. Legeforeningen er en IA-bedrift.

Av større omlegginger i sekretariatet har det i 2007 foregått en omlegging til elektronisk dokumentbehandling både for å effektivisere saksbehandlingen og for å spare porto- og kopieringskostnader. Medisinsk fagavdeling i sekretariatet ble omorganisert i 2007, blant annet for å kunne yte en bedre service mot de fagmedisinske foreningene.

6.3.3 Informasjonsvirksomhet

Intern og ekstern informasjon

Avdeling for informasjon og helsepolitikk har, sammen med andre avdelinger i sekretariatet, ansvar for å utarbeide både intern informasjon og ekstern informasjon. Man benytter i dag ulike kanaler for å nå målgruppene. I stor grad benyttes elektronisk kommunikasjon til tillitsvalgte, Internett for å publisere standpunkter fra foreningen som det er nyttig at medlemmer, tillitsvalgte og andre interessegrupper har kunnskap om. Tidsskrift for Den norske legeforening benyttes for å nå alle medlemmer med oppdatert informasjon og for å formidle den aktivitet som er i foreningens ledelse og organisasjonsledd. I tillegg produseres brosjyrer og veiledere med informasjon til spesielle målgrupper som deltakere på møter i de fagmedisinske foreninger, yrkesforeningens medlemmer og tillitsvalgte m.m.

For å oppdatere sekretariatets ansatte benyttes Intranett.

Avdelingen mottar og formidler en rekke henvendelser fra presse, medlemmer og publikum. Mange henvendelser er om Legeforeningens holdninger til spesielle temaer som er oppe til debatt i mediene. Mange henvendelser gjelder også om leger er spesialister. Disse opplysningene er det Legeforeningen som har oversikt over på vegne av myndighetene og en forpliktelse til å opplyse om. Av og til opplyser mediene om at publikum kan henvende seg til foreningen for å få eksakt kunnskap om slike forhold. Legeforeningens nettsider er en viktig informasjonsbærer om Legeforeningen og det vises i økende grad til informasjon som der finnes. Det er i løpet av 2007 gjort et omfattende arbeid med å få ny design på nettsidene. Å veilede brukere om hvor de finner relevant informasjon, er også en del av avdelingens oppgaver.

Det er en målsetting å bistå organisasjonsledd og leger i å få formidlet medisinsk kunnskap til befolkningen. Økt medisinsk kunnskap skaper interesse og bedre kunnskapsgrunnlag hos journalister som formidler denne type stoff, samtidig som publikum får mer kunnskap, og det er et virkemiddel for å bryte ned tabuer og spre korrekt informasjon om medisinske tilstander og behandlingsmuligheter.

Legeforeningen er en hyppig benyttet kilde hos journalister. Ofte blir henvendelsene kanalisert til foreningens president. Det tas en rekke henvendelser til journalister for å få omtalt aktuelle saker foreningen er opptatt av eller korrigerer utspill og nyansere nyhetsbildet.

Sidene i Tidsskrift for Den norske legeforening; Aktuelt i foreningen

Sekretariatet produserer "Aktuelt i foreningen" i Tidsskriftet. Målsettingen med sidene er å vise den bredde og engasjement foreningen har for å ivareta medlemmenes faglige, sosiale og økonomiske interesser. De skal også avspeile det engasjement foreningens organisasjonsledd har gjennom egne spalter hvor nytt fra sentralstyret gjengis, presentasjon av fagmedisinske foreningers engasjement og synspunkter, enkeltlegers initiativ og hva som er oppe i den helsepolitiske debatt m.m.

Det lages stoff i form av reportasjer fra møter og konferanser, intervjuer o.l. I 2007 ble det utarbeidet 199 sider til 24 tidsskrifter.

Visuell kommunikasjonsprofil

Legeforeningen har i løpet av 2007 hatt et omfattende arbeid med utgangspunkt i landsstyrets vedtak om å se på Legeforeningens kommunikasjonsprofil.

Legeforeningen sentralt har lagt vekt på en enhetlig profil på trykksaker med mer, men man konstaterte at det ikke var gjennomgående systemer som omfatter organisasjonsleddene. En del av resultatet av arbeidet med ny visuell profil i 2007, var sentralstyrets tilslutning til et hierarkisk oppbygget og lett gjenkjennelig system. Asklepios er det bærende symbol, sammen med et linjesystem hvor organisasjonsleddets navn står over en vannrett strek og Den norske legeforening, står skrevet under. De organisasjonsledd som har egen logo, benytter denne der hvor Asklepios er plassert. Dette systemet gir et enhetlig og sobert preg, som gjør at Legeforeningens omgivelser lettere kan se at organisasjonsledd, som for eksempel fagmedisinske foreninger, er en del av Legeforeningen.

En prosjektgruppe bestående av representanter fra yrkesforeningene, fylkesavdelingene, de fagmedisinske foreningene og fra sekretariatet, utarbeidet i samarbeid med designkontoret Melkeveien Legeforeningens nye kommunikasjonsprofil som ble presentert for landsstyret i mai 2007 og tatt i bruk i januar 2008.

Kommunikasjonsprofilen består av nye logoer og oppsett på brevark for ca. 100 organisasjonsledd, Power Point maler for like mange, visittkort, brevark, penner, maler for hvordan grafisk materiale skal se ut. Alt er sendt til organisasjonsleddenes ledere ved årsskiftet 2007-2008.

Sekretariatet har i perioden bistått og gitt råd til både interne og eksterne organisasjonsledd og samarbeidspartnere med design av foldere, brosjyrer og profileringsmateriale. Sekretariatet har også en viktig rolle når det gjelder visuell profil på landsstyremøtene og de årlige statusrapporter. Den samme visuelle profil er i økende grad benyttet når det gjelder utsending av elektroniske nyhetsbrev bl.a. når det gjelder forhandlingsnytt og for Allmennlegeforeningen.

"Min side"

Siste halvår 2007 har en intern prosjektgruppe jobbet med å utvikle Legeforeningens nye medlemsportal "Min side" som skal lanseres våren 2008. I denne forbindelse er det lagt vekt på informasjonsfaglige råd og innspill i forbindelse med design og innhold på sidene. Det har også vært arbeidet aktivt i en delprosjektgruppe som har planlagt hvordan informasjonen rundt lanseringen av "Min side" skal foregå til medlemmene via bl.a. Legeforeningens nettside, artikler i Tidsskriftet og medlemsbrev.

Serviceprosjektet

Siden høsten 2007 har serviceprosjektet, som er en del av prosjektet for økt satsning på fagmedisinske foreninger, vært et område hvor man har kommet med faglige råd. Det er utarbeidet en informasjonsfolder som omhandler de tjenester sekretariatet tilbyr de fagmedisinske foreningene.

Spørreundersøkelser

Det er gjennomført flere typer av opinionsundersøkelser, både i regi av eksterne byråer og gjennom egne gjennomførte quest-back undersøkelser. Temaer som er behandlet er blant annet tilfredshet med behandlingen sist du var hos lege og om leger i Norge gjør en god jobb. Det er spurt om barn og unge og holdninger til psykiatri, på oppdrag fra Norsk psykiatrisk forening i anledning foreningens 100 års jubileum, gjennomført av Norsk Respons. Samme firma gjennomførte også en omfattende omnibus undersøkelse for Legeforeningen i forbindelse med landsstyremøtet i 2007. For samarbeidsorganet Tobakksfritt, hvor Legeforeningen er med, ble det gjennomført en opinionsundersøkelse om holdninger i befolkningen til at Oljefondet investerer i tobakksindustrien.

I tillegg er det gjennomført quest-back undersøkelser for Allmennlegeforeningen, Oslo legeforening, Forhandlings- og helserettsavdelingen m.fl.

Mediekontakt

Sekretariatet har i perioden bistått organisasjonsledd som har avholdt større konferanser av allmenn interesse der det har vært et uttalt mål å få ut informasjon om konferansene til befolkningen. Det ble bl.a. gitt pressebistand i forbindelse med Hjerneuken, 50års jubileet til Norsk barnepsykiatrisk forening og 100-årsjubileet til Norsk psykiatrisk forening. De ulike arrangementene ble gjenstand for flere presseoppslag. Det holdes kontinuerlig kontakt med helsejournalister og det gis tips og bistand om saker som angår Legeforeningen. Det er videreformidlet en rekke pressehenvendelser til ulike tillitsvalgte og fagpersoner. Dette er en god profilering av medisinsk virksomhet og vurderes som en prioritert del av hva sekretariatet bistår med.

Presseinformasjon for Tidsskriftet

Fra og med nr. 7/1997 har sekretariatet sendt ut kortfattede pressemeldinger basert på 3-5 artikler i Tidsskriftet. I 2007 er det totalt sendt ut 68 pressemeldinger. I tillegg gis det ut en eller flere artikler eksklusivt til utvalgte medier. Pressemeldingene, som i 2007 har resultert i nærmere 600 større eller mindre presseomtaler, bidrar til å balansere nyhetsbildet. Aktiviteten fører til store oppslag, både førstesider og dobbeltsider i de store riksdekkende avisene og i etermedier, i en rekke aviser, i magasiner, i riksdekkende TV-medier som NRK og TV2, i tillegg til flere radiostasjoner, bl.a. NRK, P4 og kanal 24. Enkelte nærradiostasjoner har også hatt innslag. Det foretas en geografisk vurdering av pressestoffet slik at artikler som omtaler et spesielt geografisk område, er gitt eksklusivt til medier som har sitt utspring i dette området.

Leger og media

Det avholdes kurs med temaet "Leger og media" for fylkesavdelinger og spesialforeninger og for studentene i 12. semester på medisinsk fakultet, Universitet i Oslo. En kortversjon av dette kurset inngår også i tillitsvalgtopplæringen. Heftet *Legen og pressen. Gode råd om pressekontakt* som benyttes i dette arbeid oppdateres kontinuerlig. Heftet er tilgjengelig i elektronisk variant på www.legeforeningen.no/?id=47537

Medieberedskapsgruppen

Sekretariatet har en medieberedskapsgruppe. Denne gruppen består av Legeforeningens president Torunn Janbu, generalsekretær Terje Vigen, seniorrådgiver Odvar Brænden og informasjonssjef Ellen Juul Andersen. Det er i perioden gitt hjelp til mange enkeltmedlemmer med håndtering av vanskelige mediesaker. De fleste saker lar seg ordne gjennom elektronisk kontakt og per telefon.

Overvåking av mediebildet

Legeforeningen har fra 1.1. 2007 kjøpt ekstern medieovervåking gjennom firmaet Retriever. Avtalen ble inngått i samarbeid med flere medlemsorganisasjoner tilsluttet Akademikerne. Sekretariatet har siden juli 2007 utarbeidet en daglig oversikt over *Dagens mediebylde*, der de viktigste medieoppslagene med omtale av Legeforeningen og viktige helsepolitiske og helserelevante problemstillinger omtales. *Dagens*

mediebilde er i første rekke ment som et arbeidsverktøy for president/visepresident slik at man raskt kan ”komme på banen” i saker som er av betydning for foreningen.

Deltakelse i informasjonsfaglige grupper

Legeforeningen deltar i referansegrupper i Sosial- og helsedirektoratet, avdeling tobakk, i tilknytning til massemedieutspill og kampanjer vedrørende tobakksarbeidet. Legeforeningen deltar i Akademikernes informasjonsnettverk sammen med informasjonsansvarlige i medlemsforeningene. Viktige saker har vært forberedelser til Akademikernes konferanser, forhandlingsinformasjon og presserelasjoner. Særlig under streiken i 2007 i NAVO-området i regi av Akademikerne-Helse, bisto avdelingen tillitsvalgte og Akademikerne sentralt med informasjonsfaglige råd og kontakter. Informasjon om konferanser og møter i regi av Akademikerne videreformidles til Legeforeningens nettsider, Tidsskriftet og tillitsvalgte.

Informasjon ved etablering av fagmedisinske foreninger

Sekretariatet har utarbeidet en egen informasjonsplan for prosjektet ”Fagmedisinske foreninger”. I perioden er det sendt ut tre nyhetsbrev, skrevet flere artikler i Tidsskriftet og laget nettsaker som omhandler prosjektet. I tillegg er det produsert plakater og informasjonsark til bruk på et servicetorg i forbindelse med dialogseminaret som ble avholdt 8.-9.11. 2007. Det ble i september utviklet informasjonsark med informasjon om fagmedisinske foreninger som ble delt ut til alle deltakerne på Kirurgisk høstmøte, Primærmedisinsk uke, Høstmøtet til Norsk anestesilogisk forening og Høstmøtet til øre-, nese-, halslegene. Totalt ble 2 500 informasjonsark delt ut. I slutten av november ble det laget en medlemsbrosjyre med informasjon om etableringen av de fagmedisinske foreninger. Medlemsbrosjyren ble sendt til alle legemedlemmer sammen med et brev med informasjon om hvilke/n fagmedisinsk forening de ville bli innmeldt i fra 1.1. 2007. Det er utviklet en egen Internett-side under www.legeforeningen.no hvor all informasjon om fagmedisinske foreninger er samlet.

6.4 Forskningsinstituttet

6.4.1 Personale og finansiering

Instituttet har fire faste medarbeidere. I tillegg har instituttet en informasjonsrådgiver i redusert stilling og fra mai 2007 en forsker i engasjementsstilling. Sistnevnte har også vært prosjektleder for Legeforeningens nasjonale evaluering av turnustjenesten. To av instituttets medarbeidere har bistillinger ved Universitetet i Oslo.

Forskningsinstituttet mottar sin grunnfinansiering fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), men har også inntekter gjennom eksterne oppdrag.

6.4.2 Aktiviteter

Sentrale temaer for Forskningsinstituttet er kollegial kultur, medisinsk etikk, stress og mestringsstrategier, legers livsstil, livskvalitet, sykkelighet og dødelighet, legers karrierevalg, læring og profesjonalisering, lege-pasient-forholdet og ellers alt som har med legers atferd å gjøre. Forskningsresultatene publiseres fortløpende i referee-baserte nasjonale og internasjonale tidsskrifter. Det kom 11 publikasjoner i 2007. Forskningsinstituttet har egen hjemmeside: <http://www.legeforeningen.no/lefo> der det blant annet finnes oversikt over alle publikasjoner.

Forskningsinstituttets referansepanel er instituttets viktigste datakilde. Panelet består av et tilfeldig utvalg på 1 400 leger, som har mottatt i alt ti spørreskjemaer siden 1993 – det siste i november 2006. Høsten 2007 gjennomførte instituttet den første datainnsamlingen fra et eget pensjonistpanel med 897 deltakere, som vil bli fulgt videre. Hensikten er først og fremst å måle helse og livskvalitet, se hvem som fortsetter å jobbe, og ikke minst spørsmålet om fornyet lisens.

Styret i SOP vedtok i juni at tilbudet ved Villa Sana – Modum Bad – skulle gjøres permanent, under forutsetning av at Forskningsinstituttet regelmessig evaluerer virksomheten der. Den første evalueringsrapporten ble levert i desember 2006, og det arbeides med videreføring av dette.

Forskningsinstituttet gjennomførte følgende oppdrag for Legeforeningen i 2007: I januar ble rapporten Evaluering av nye kursretningslinjer – konsekvenser av landsstyrevedtak 2004 og 2005 ferdigstilt og overlevert.

Etter forespørsel fra generalsekretæren gjennomførte instituttet i februar/mars en arbeidsmiljøundersøkelse blant alle ansatte i Legeforeningens sekretariat. Data ble bearbeidet og fremlagt i april. Instituttet skal gjennomføre undersøkelsen på nytt i 2008.

Som del av prosjektet Utredning om spesialistutdanning av leger har instituttet gjennomført en spørreskjemaundersøkelse til 43 fagmedisinske foreninger, hvor de skulle vurdere virksomheten nå og i nær fremtid. Instituttet har gjennom året bistått prosjektgruppen ledet av Frank Andersen, bl.a. bearbeidet dataene i utredningen som gruppen skal fremlegge i 2008.

På oppdrag fra Forhandlings- og helserettsavdelingen har instituttet utarbeidet en rapport basert på en litteraturgjennomgang av temaet ”konsekvenser av arbeidstid” – med særlig vekt på de helsemessige konsekvenser for leger. Rapporten var ferdig ved årsskiftet.

Forskningsinstituttet har hatt prosjektansvar for Legeforeningens løpende nasjonale evaluering av turnustjenesten. I 2007 er det gjennomført to evalueringer blant turnusleger og veiledere med til sammen ca. 2 000 respondenter. Evalueringene ble gjennomført med identifiserte læresteder (sykehus og legekontorer). Resultatet av evalueringen fra august 2007 er gjengitt på Legeforeningens hjemmeside (www.legeforeningen.no/asset/35651/1/35651_1.pdf) for det enkelte sykehus.

Instituttet har bistått Norsk trygdemedisinsk forening i utarbeidelse og gjennomføring av en spørreskjemaundersøkelse på Internett.

Blant andre eksterne oppdrag i 2007 har vært:

I samarbeid med Det juridisk fakultet, Universitetet i Oslo, deltar instituttet i prosjektet ”Undersøkelse om helsepersonells håndtering av pasientopplysninger”.

Instituttetsjef var leder for det offentlig oppnevnte utvalget som gjennomgikk meningokokkvaksineforsøket 1988-1994. Utvalget avga sin hovedrapport i oktober.

På oppdrag fra Tidsskrift for Den norske legeforening gjennomførte instituttet en ny leserundersøkelse i november.

6.5 Tidsskrift for Den norske legeforening

6.5.1 Organisering og bemanning

Charlotte Haug er redaktør. I tillegg er 11 medisinske redaktører ansatt i ulike stillingsbrøker. Nettredaksjonen ledes av seksjonssjef og nettredaktør Stine Bjerkestrand. Seksjonen har seks medarbeidere.

Fra 2006 har redaksjonskomiteen bestått av Steinar Solberg (leder), Per Brodal, Lill-Tove Busund, Ola Dale, Guri Rørtveit, Baard-Christian Schem, Terje Vigen og Marte Walstad.

280 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet.

Redaksjonen mottok i 2007 i overkant av 2 000 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og de aller fleste sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidrog 280 eksterne fagvurderere i denne prosessen. Redaksjonen produserte i tillegg om lag 350 egne artikler.

6.5.2 Tidsskriftets papirutgave

Tidsskriftet utkommer hver 14. dag. Til sammen ble det utgitt 24 nummer med 3 360 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger 868 sider og andre annonser 524 sider. I tillegg kommer 14 løse (upaginerte) annonsebilag. Til sammenligning ble det i samme tidsrom i 2006 publisert 3 404 sider, hvorav ledige stillinger 931 sider og andre annonser 322 sider. I tillegg kommer to klebede og sju løse (upaginerte) annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er nå 24 850 (desember 2007).

I 2006 ble Tidsskriftets skriftserie introdusert. Serien har to ulike formater, ett for bøker og ett der artikler fra Tidsskriftet blir samlet til et temahefte. I 2007 ble det utgitt temahefte om vaksinasjon i skriftserien.

I tillegg utga Tidsskriftet to bøker. ”Engasjement og kunnskap. Tekster i norsk psykiatri” ble utgitt i forbindelse med Norsk psykiatrisk forenings 100-årsjubileum. ”Norsk ortopedisk forening 60 år” ble utgitt i forbindelse med ortopedenes jubileum.

6.5.3 Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider

Nettredaksjonen arbeider med innhold, drift, vedlikehold og utvikling av Legeforeningens og Tidsskriftets Internett-tjenester, og er organisert som en seksjon i Tidsskriftet. Tidsskriftets nettutgave har om lag 5 000 unike brukere i døgnet, mens Legeforeningens nettsider har hatt omtrent 3 000 unike brukere per døgn i gjennomsnitt. Kurskatalogen er det mest brukte tilbudet på Legeforeningens nettsider, mens særlig søkesiden benyttes mye på Tidsskriftets sider. Tallene er hentet ut med programmet Google Analytics, som i 2007 ble innført som statistikkverktøy for alle Legeforeningens tjenester på nett.

Tidsskriftet utvidet i 2007 sitt tilbud på Internett med podkaster (små radioprogram i MP3-format). Det er avholdt kurs i nettpubliserings og publiseringsløsningen Gloria for nettredaktører i andre

organisasjonsledd.

Nettredaksjonen har jobbet med flere nettutviklingsprosjekter, blant annet etablering av Min side, Legeforeningens nye medlemsportal. Der kan medlemmer skreddersy sin egen forside, se og korrigere opplysninger foreningen har registret. Det ble gjennomført en prekvalifisering og deretter en konkurranse før valg av leverandør for utviklingen av Min side-løsningen. Valget falt på WM-data, og våren 2007 ble det gjennomført et forprosjekt i samarbeid med leverandøren. Det har pågått utviklingsarbeid for integrasjon mot medlemsregisteret og gode brukergrensesnitt. Det er gjennomført to runder med brukertester, der medlemmer har testet og kommentert løsningen.

6.6 Legenes hus

Legenes hus, Akersgt. 2, eies av selskapet Christiania Torv AS. Aksjene i selskapet eies av Legeforeningen og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) hver med 50 % av aksjene. Den daglige driften og forretningsførselen er utført av Mallings AS. Styret i 2007 besto av Truls Disen og Asle Medhus fra SOP og Bård Lilleeng og Terje Vigen fra Legeforeningen.

6.7 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) er en stiftelse som yter økonomiske bidrag i forbindelse med arbeidsuførhet, alderdom og død. Ordningen står under tilsyn av Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Årsberetning og regnskap legges fram for Den norske legeforenings landsstyre til godkjenning.

Styret i SOP hadde i 2007 fem medlemmer. Styrets leder og tre medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem. I 2007 var styret sammensatt slik: Hans Kristian Bakke (leder), Truls Disen (nestleder), Asle W. Medhus, Anne Mathilde Hanstad og Tomas Berg (Arbeids- og inkluderingsdepartementets representant). Tomas Berg ble primo 2007 erstattet av Anita Mølmesdal Sivertsen fra NAV. Legeforeningens generalsekretær er ordningens forretningsfører.

På grunnlag av styrets beretning og regnskap for 2007 gis følgende informasjon: Driftsresultatet ble 48,4 millioner kroner. Dette ble i sin helhet avsatt til fremtidige pensjonsforpliktelser. Totalkapitalen utgjorde 31.12. 2007 4 319 millioner kroner. Det ble utbetalt ytelser fra SOP med 148 millioner kroner. Av dette utgjorde pensjoner 66,2 millioner kroner. Avbruddsyttelsene, herunder sykehjelp, svangerskapsstønad, omsorgsstønad ved adopsjon og den nye ytelsen pleiepenger, utgjorde 63,8 millioner kroner. Engangsstønad ved død utgjorde 7,9 millioner kroner. SOP støttet i tillegg diverse prosjekter med i alt 10,1 millioner kroner. Prosjektstøtten omfattet i hovedsak Legeforeningens Forskningsinstitutt, Ressurssenteret Villa Sana ved Modum Bad, fylkesavdelingenes støttegruppearbeid og pensjonistforberedende kurs til leger ved 64 års alder.

SOP arbeidet i 2007 med revisjon av ordningens pensjonsytelser. Revisjonen har sammenheng bl.a. med den omfattende pensjonsreformen i samfunnet for øvrig, men har også som formål å vurdere om kapitalen kan utnyttes annerledes. SOP tar sikte på å tilpasse seg pensjonsreformen på en måte som best mulig ivaretar medlemmenes kollektive og individuelle interesser.

6.8 Soria Moria

Soria Moria hotell- og konferansesenter er en stiftelse med eget styre oppnevnt av Legeforeningens sentralstyre. Administrerende direktør ved Soria Moria er Marie Wærsted.

Soria Moria har i løpet av 2007 bedret sitt økonomiske resultat, og det har også vært funnet rom til en betydelig restaurering av kjøkkenet. Det har vært en negativ utvikling med hensyn på Legeforeningens bruk av Soria Moria, og man har forsøkt å korrigere dette ved økt markedsføring innenfor Legeforeningen.

Styret i Soria Moria har i 2007 bestått av Einar Hysing (leder), Bård Lilleeng, Anne Grethe Olsen, Lars Eikvar og Terje Vigen (ex. officio).

6.9 Deltakelse i andre organisasjoner

6.9.1 Akademikerne

Presidenten og generalsekretæren representerer Legeforeningen i Akademikernes råd.

Akademikernes råd velger Akademikernes styre. For perioden oktober 2006 til oktober 2008 er Torunn Janbu valgt som styremedlem med Per Meinich som varamedlem. For Legeforeningens representasjon i

forhandlingsutvalgene og samarbeidsorganene vises til pkt. 2.2.3.

6.9.2 Kommunal kompetanse (KK)

Kommunal kompetanse eies av Fagforbundet og Den norske legeforening. KK ble etablert i januar 1997. Målsettingen var å skape en kompetansevirksomhet med tilbud til den offentlige sektor, herunder foretak i sykehussektoren og private institusjoner innenfor området Helse og sosial. KK er organisert i fem regioner. Det etableres opplæringsråd i hver region. Rådenes oppgave er blant annet å bistå i kartlegging av behov for kompetanse, delta aktivt i planleggingen, bygge nettverk og markedsføre virksomheten. KK har etablert nettverk i de fleste kommuner og fylkeskommuner. Det er inngått samarbeidsavtaler med universiteter, høyskoler og konsulenter om spisskompetanse. KK utvikler, formidler og gjennomfører alle typer av kompetansetiltak etter lokale behov. Det gjennomføres per år over 500 kurstiltak.

Legeforeningen har vært representert i KKs styre ved Einar Skoglund som medlem og Bjørn Oscar Hoftvedt som vararepresentant. KKs hjemmesider har adresse www.kommunal-kompetanse.no.

6.9.3 Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon

Rådet er etablert i henhold til samarbeidsavtale mellom Legemiddelindustriforeningen og Legeforeningen. Rådets arbeid er regulert av vedtekter godkjent av sentralstyret 9.5. 2006. Legeforeningen har tre medlemmer og tre varamedlemmer i rådet: Erik Ellekjær (-31.12. 2008), Tone Skeie Jensen (-31.12. 2008), Georg Sager (1.7. 2006-31.12. 2008), Anette Fosse, varamedlem (-31.12. 2008), Elena Kvan, varamedlem (1.7. 2006-31.12. 2008), Knut Reite, varamedlem (-31.12. 2008).

6.9.4 Fagutvalget Forsikringsforbundet Legeforeningen

Utvalget er et partssammensatt samarbeidsutvalg som skal følge opp problemstillinger og spørsmål som knytter seg til samarbeidsavtalen mellom partene, herunder spørsmål om innføring av nye skjemaer m.v. Tre medlemmer oppnevnes av Finansnæringens Hovedorganisasjon, tre medlemmer oppnevnes av Legeforeningens sentralstyre. Intensjonen med fagutvalget er primært å bidra til mest mulig riktig og effektiv praktisering av honoraravtalen etter den intensjoner, bl.a. å søke å forhindre tvister samt løse uenighet og avklare spørsmål som oppstår.

Utvalget består av følgende for perioden 1.1. 2007-31.12. 2009: Øyvind Flatner, leder, FHL, Jan H. Dobloug, FHL, Torgeir Høverstad, FHL, Jan Emil Kristoffersen, Dnlf (Af), Unni Aanes, Dnlf (Af), Lars Duvaland, Dnlfs sekretariat.

6.9.5 Nasjonalforeningen for folkehelsen - landsstyret

Etter Nasjonalforeningens vedtekter oppnevner Legeforeningen medlem og varamedlem i Nasjonalforeningens landsstyre.

Før mai 2007 var Legeforeningen representert ved Hans Asbjørn Holm. Fra mai 2007 er Bjarne Riis Strøm medlem med Terje Vigen som varamedlem.

6.9.6 Den Norske Kreftforenings representantskap

Legeforeningen er såkalt korporativt medlem av Kreftforeningen og har etter Kreftforeningens vedtekter § 3-1, jfr. § 2-1 ett fast medlem av Kreftforeningens representantskap. Medlemmene velges for fire år, regnet fra representantskapsmøtets avslutning det år valg finner sted.

I 2007 var Legeforeningen representert med Jon Haffner.

7 Internasjonalt arbeid

7.1 Generelt

Legeforeningen har også i 2007 deltatt aktivt i det internasjonale arbeid, både på nordisk, europeisk og globalt plan. Det ble i 2007 nedsatt et eget utvalg som skulle vurdere Legeforeningens engasjement med hensyn på helsetjenestene i lavinntektsland. (Se avsnitt under pkt. 6.2.12.)

7.2 World Medical Association (WMA)

WMA holdt i 2007 sitt councilmøte i Berlin i første halvdel av mai, der man i hovedsak drøftet revisjoner av tidligere statements. General Assembly ble avholdt i København i oktober 2007 med den danske legeforening som arrangør. Deltakere fra Norge på WMAs General Assembly var president Torunn Janbu, leder av Rådet for legeetikk, Trond Markestad, og generalsekretær Terje Vigen. Under General Assembly ble Jon Snædal fra Island valgt til ny president.

Et av hovedtemaene på dette møtet var drøfting av Helsinkideklarasjonen og debatt om hvordan World Medical Association skal sikre sitt finansielle grunnlag.

Det ble også vedtatt nye statement-tekster om:

- Resolution on the Responsibility of Physicians in the Documentation and Denunciation of Acts of Torture or cruel or inhuman or degrading Treatment
- Statement on Family Planning and the Right of a Woman to Contraception
- Resolution in Support of the Medical Associations in Latin America and the Caribbean
- Statement On Noise Pollution
- Statement On The Ethics Of Telemedicine
- Statement on Human Tissue for Transplantation
- Statement on Health Hazards of Tobacco Products
- Resolution On Health And Human Rights Abuses In Zimbabwe

På møtet fikk vi også bekreftet at den kinesiske legeforeningen hadde akseptert WMAs vedtak om at det ikke skal aksepteres fanger som organdonorer. Det hadde da i lengre tid pågått en nokså hissig debatt i WMA på grunn av at den kinesiske legeforeningen ikke responderte på de påstander som hadde blitt fremsatt, om at langtidsdømte fanger i kinesiske fengsler var donorer av organer for transplantasjon. Ifølge WMAs retningslinjer mener man at innsatte i fengsler ikke skal kunne avgi donororganer med unntak for å avgi organer til nære slektninger. Dette på grunn av at det kan herske stor tvil om i hvilken grad slik organavgivelse skjer frivillig.

7.3 Nordisk legeråd

Nordisk legeråd består av legeforeningene i Finland, Sverige, Norge, Danmark og Island. Nordisk legeråds styre er sammensatt av president og generalsekretær fra de ulike foreningene som møtes to ganger i året der det diskuteres felles nordiske holdninger til tema som står på dagsorden for drøfting i CPME og WMA. Dessuten er det generell informasjon om utviklingstrekk i de forskjellige nordiske landene. Annethvert år avholdes et felles møte for de nordiske sentralstyrer. Det neste skal holdes i juni 2008 i Danmark.

7.4 European Forum of National Medical Association and World Health Organisation (EFMA/WHO)

Dette er et forum som har hatt årlige møter siden 1984 og som har arrangert møter på ulike steder i Europa. Utgangspunktet for dette forumet var at WHO gjennom de europeiske legeforeninger ønsket å kunne sikre gjennomføring av helsetiltak gjennom profesjonene. Det har dessuten vært et viktig forum for utveksling av informasjon om organisasjonsstruktur mellom de tidligere østsone-landene og den vestlige delen av Europa. Forummøtet i 2007 ble avholdt i Lisboa, hvor det også var med en god del av de afrikanske landene fra de tidligere kolonier av Portugal.

Legeforeningen utgir hvert år i forbindelse med forumets møter en oppdatert utgave over nøkkelpersonell i de ulike europeiske legeorganisasjonene samt deres hovedaktiviteter. Legeforeningen er videre fast observatør i Liaison Committee som utarbeider program for møtene. De som møtte på EFMA's forummøte i Lisboa var president Torunn Janbu og generalsekretær Terje Vigen.

7.5 Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- og specialistutbildningsfrågor

Sentralstyrene i de nordiske lands legeforeninger nedsatte i Åbo i Finland i 1976 et felles arbeidsutvalg (SNAPS) 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 informasjonen om spesialistutdanning i EØS-området.

I tillegg til disse to årlige rapportene, lager arbeidsgruppen også publikasjonen ”Att arbeta som läkare i Norden” og statistikkfolderen ”Nordiska Läkarfakta”. Alle publikasjonene utarbeides på svensk..

De seneste rapportene ble fremlagt for og godkjent av Nordisk legeråd i Finland i juni 2006. Rapporten over legearbeidsmarkedet inneholder en beregning av tilgang på 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 utviklingen i øyeblikket. Etterspørselen er fremskrevet i to alternativer. For Norge er det i det ene alternativet forutsatt en årlig vekst på 600 nye stillinger og i det andre alternativet en årlig vekst på 300 nye stillinger. Det første alternativet gir et uendret underskudd av leger i Norge frem til 2010 og deretter et økende underskudd av leger. Det andre alternativet gir et overskudd av leger i Norge før 2010, som vil være økende i hele perioden.

Nye rapporter og oversikter, samt statistikkfolderen ”Nordiska Läkarfakta”, vil bli utarbeidet i 2008.

Einar Skoglund, Eldbjørg Wessel Hansen og Anders Taraldset har i perioden deltatt i arbeidet i SNAPS.

7.6 Comité Permanent des Médecins Européens (CPME)

Comité Permanent des Médecins Européens (CPME) kan sees på som den europeiske legeforeningen. Den norske legeforening har i perioden vært representert ved president Torunn Janbu, generalsekretær Terje Vigen og fagdirektør Bjarne Riis Strøm med støtte fra sekretariatet. I tillegg har Yngre legers forening (Ylf) ved Per Meinich, Allmennlegeforeningen (Af) ved Jan Emil Kristoffersen og Overlegeforeningen (Of) ved Lars Eikvar deltatt.

11.9. 2007 oppnevnte sentralstyret Legeforeningens delegasjon til CPME for perioden 1.9. 2007–31.8. 2009. Den består av president, generalsekretær og medisinsk fagdirektør med sekretariatstøtte.

Visepresident Bård Lilleeng er oppnevnt som representant fra sentralstyret. I samme periode inviteres lederne fra Ylf, Af og Of til å inngå i Legeforeningens delegasjon. Disse organisasjonene dekker selv kostnadene ved deltagelsen.

President Torunn Janbu ble 20.10. 2007 valgt som leder i Subcommittee for Ethics and professional codes.

Viktige saker organisasjonen har arbeidet med og som Legeforeningen har involvert seg i dette året, har bl.a. vært spørsmål rundt helsetjenestedirektivet og arbeidstidsdirektivet, e-Health, pasientsikkerhet, og alkohol. En oversikt over policydokumenter er lagt ut på CPMEs hjemmesider

www.cpme.be/policy.php. Mer informasjon om organisasjonen og andre saker det vært gjort vedtak om, finnes på www.cpme.eu.

7.7 Den europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

Legeforeningen har i perioden vært representert i UEMS (Management Council) av Frank R. Andersen, leder av spesialitetsrådet. Einar Skoglund har deltatt som observatør.

Det er flere viktige arbeidsgrupper innen UEMS; Spesialistutdanning, CME/CPD, relasjonene mellom Sections and Boards og Council, kvalitet i pasientomsorgen, spesialistpraksis. Møtene i Management Council har i stor grad vært preget av diskusjoner om forholdet mellom UEMS og de underliggende Sections/Boards.

European Accreditation Council for CME (EACCME), har en jevn økning av akkrediteringssøknader. Einar Skoglund er Legeforeningens representant i EACCME. For ytterligere informasjon vises til nettsidene www.uems.net.

7.8 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 til et årlig plenumsmøte.

Rolf S. Kirschner er medlem av styret i AEMH.

Plenumsmøtet har ca. 35 representanter. 19.-22.4 2007 ble møtet holdt i Wien. Sentrale temaer for møtet var pasientsikkerhet og sykehuslegers arbeidsforhold.

Delegater fra medlemslandene deltar i arbeidsgrupper mellom møtene.

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

7.9 Permanent Working Group of European Junior doctors (PWG)

PWG er et samarbeidsforum for yrkesforeningene for leger under utdanning i Europa. Organisasjonens hovedmålsetning 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, 1-2 styremedlemmer og en fra Ylfs kontor til PWGs to årlige plenumsmøter. I forkant av plenumsmøtene deltar de forskjellige medlemslands representanter i ulike arbeidsgrupper.

President er Rui Guimarães fra Portugal. Sekretariatet for PWG følger presidenten, og er plassert i Lisboa. Vårens plenumsmøte ble avholdt i Berlin, mens høstens plenumsmøte ble avholdt i Brdo i Slovenia. PWG har den siste tiden både hatt et eksternt og et internt fokus. De viktigste spørsmål i PWG den senere tid vært arbeidet med implementering av arbeidstidsdirektivet, og fremtidig struktur og organisasjonsmodell. De nordiske landene mener at manglende stabilitet i PWG er en svakhet, og har frontet spørsmålet om plassering av PWG i Brussel, men man har foreløpig ikke fått nødvendig støtte for dette i PWG.

8 Økonomi

8.1 Legeforeningens økonomi

Legeforeningens offisielle regnskap består av følgende fond og enheter hvor det før 2002 ble avlagt separate regnskap:

- Hovedforeningen
- Utdanningsfond I
- Utdanningsfond II
- Utdanningsfond III
- Lånefondet
- Kvalitetssikringsfond I
- Kvalitetssikringsfond II
- Rettshjelpsordningen for leger
- Fond for forebyggende medisin
- Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats

Regnskapet viser en samlet egenkapital per 31.12. 2007 på ca. 1,168 milliarder kroner. Aktiviteten i underliggende fond er regulert av egne vedtekter eller retningslinjer. Dette innebærer at hele 97,1 % av egenkapitalen er definert som bundet.

Legeforeningen hadde i 2007 et regnskapsmessig overskudd på kr 30 579 785. Overskuddet i totalregnskapet består av et negativt driftsresultat på kr 24 299 736 og netto finansinntekter på kr 54 879 521. Overskuddslikviditeten i foreningen er plassert i verdipapirmarkedene gjennom en konsernkontoløsning. Ca. 20 % av kapitalen er plassert i henholdsvis norske og globale aksjer mens resterende 80 % er plassert i norske rentebærende papirer. Foreningens kjerneaktivitet gjenspeiles i hovedforeningens regnskap. Dette viser i 2007 et underskudd før årsoppgjørdisposisjoner på kr 1 550 668.

Resultatet i hovedforeningen viser således et negativt avvik på kr 5 997 001 fra det budsjetterte overskuddet. Avviket relaterer seg imidlertid i stor grad til arbeidskonflikten våren 2007 som kostet foreningen kr 4 674 282, og som forutsettes belastet "Konfliktfondet" i balansen. I tillegg er resultatregnskapet belastet med til sammen kr 2 455 669 til ulike prosjekter som er forutsatt belastet "Avsetning til utredningsformål" i balansen. Hensyntatt disse to postene, viser regnskapet et overskudd på kr 5 579 283 og et positivt budsjettavvik på kr 1 132 940.

Annonseinntekter utgjorde i 2007 ca. 29,3 millioner kroner og viste med dette en reduksjon på ca. 1,4 millioner kroner sammenlignet med budsjett. Finansinntektene i hovedforeningen utgjorde netto ca. 3,6 millioner kroner. Dette var ca. 1,3 millioner kroner mer enn budsjettert. Posten andre inntekter overstiger videre budsjettet med ca. 6,1 millioner kroner. Posten omfatter inntekter av eksternt finansierte prosjekter fra eksempelvis SOP, Sosial- og helsedirektoratet og UD. Dette er inntekter uten resultateffekt ved at prosjektinntektene motsvares av en kostnadsside som er like stor. Omsetningen innen disse områdene var ikke i tilstrekkelig grad gjenspeilet i budsjettet. Kontingentinntektene avvek fra budsjett med ca. 621 000 kroner.

Driftskostnadene i foreningen viser en markert økning både sammenlignet med årsbudsjett 2007 og sammenlignet med regnskapstallene for foregående år. Viktigste årsak til avviket er imidlertid også her knyttet til konflikten i 2007 samt aktiviteter finansiert av avsetningen til utredningsformål som omtalt over. Avviket kan videre i noen grad forklares med effekten av de ikke-budsjetterte eksternt finansierte prosjekter beskrevet over. Foreningen har en økning i driftskostnader i sekretariatet på ca. 4,2 millioner kroner sammenlignet med budsjett. Ca. 2/3 av denne overskridelsen relaterer seg til økte pensjonsavsetninger. Sekretariatets ordinære personalkostnader avviker bare marginalt fra budsjett, mens andre driftskostnader overstiger budsjett med ca. kr 670 000. Innenfor andre driftskostnader finner vi de største negative avvikene innenfor IT, reiser, fremmedtjenester samt innen kostnader knyttet til nyansettelser.

Den frie egenkapitalen i hovedforeningen er etter de foreslåtte årsoppgjørdisposisjonene, ytterligere styrket i 2007. For å bedre foreningens handlefrihet vil sentralstyret i budsjettoppfølgingen 2008 og i budsjettet for 2009 fortsatt prioritere resultatmessige overskudd slik at foreningens frie egenkapital kan styrkes. Det skal imidlertid bemerkes at Legeforeningens nye organisering fra 2007 som omfatter økt satsing på det fagmedisinske arbeidet i foreningen, innebærer et press på kostnadsnivået i sekretariatet.

8.2

Økonomiske nøkkeltall 2007

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn. ¹⁾	Års- resultat	Per 31.12. 2007 Egen- kapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske legeforening	235 022	259 321	54 880	0	30 580	1 167 899	1 236 594
Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske legeforening - Hovedforeningen	161 804	166 913	3 558	0	-1 551	79 059	129 655
2 Utdanningsfond I	48 130	52 323	8 656	0	4 463	169 501	180 543
3 Utdanningsfond II	27 396	30 152	7 771	0	5 015	153 951	157 296
4 Utdanningsfond III	31 487	39 391	4 969	0	-2 935	92 920	99 418
5 Lånefondet	0	4 234	29 074	0	24 840	649 895	649 921
6 Kvalitetssikringsfond I	7 191	5 789	575	0	1 977	10 422	13 792
7 Kvalitetssikringsfond II	3 161	3 337	425	0	250	8 942	9 285
8 Rettshjelpsordningen	1 000	2 590	95	0	-1 495	1 346	1 390
9 Fond for forebyggende medisin	0	34	45	0	12	934	934
10 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	42	45	0	3	930	930
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	180	580	0	400	7 871	7 911
2 Legat for leger og etterl. i uforsk. nød	0	8	613	0	605	2 085	2 085
3 Delphin og hustrus legat	0	8	1 857	0	1 849	7 462	7 470
4 Johan Selmer Kvanes legat	0	6	5 463	0	5 457	17 595	17 599
C. Stiftelsen Soria Moria 2)	63 755	57 103	-4 563	0	2 089	72 072	161 337
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	2 035	160 157	206 486	-48 364	0	14 950	4 319 109
E. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS	14 941	3 023	-6 251	0	5 668	36 889	180 181

¹⁾ Det oppførte beløp i kolonnen "Andre inntekter/kostnader" vedrører følgende forhold:

a) For SOP omfatter beløpet endring i avsetninger til pensjonsforpliktelser m.v.

²⁾ Regnskapstall for Soria Moria representerer foreløpige tall per 5.3. 2008 som ikke er endelig vedtatt av styret for stiftelsen

8.3 Styrke hovedforeningens egenkapital

Landsstyremøtet i Bergen i 2005 vedtok at Legeforeningen skal arbeide for å styrke hovedforeningens egenkapital.

Hovedforeningens frie egenkapital har i perioden 31.12. 2004-31.12. 2007 økt fra kr 11 638 314 til kr 33 357 938. Sentralstyrets endelige budsjett for 2007 viser et overskudd på ca. 2,3 millioner kroner.

Sentralstyrets oppfølging av vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra landsstyrets møte 22.-24.5. 2007 på Quality Hotel Grand, Kongsberg

Status pr. 5.3. 2008

Sak 9 Aktuelle temaer

9.1 Pasientsikkerhet

Forslag 3.

Forslag fra FaMe v/Bjarte Stubhaug.

Vedtak

Landsstyret ber sentralstyret revurdere sitt policynotat om pasientsikkerhet med bakgrunn i rapporten fra utvalg for pasientsikkerhetsspørsmål og innspill fra landsstyremøtet 2007. Spesielt bes sentralstyret spisse sitt policynotat med mer forpliktende deltakelse fra leger, fagmedisinske foreninger, yrkesforeninger og Legeforeningen, med vektlegging av mer konkrete forbedringsrutiner og sterkere kultur for forbedringsarbeid og pasientsikkerhet.”

Vedtatt mot seks stemmer.

FAG: Revidert policynotat ble vedtatt i sentralstyremøtet 7.12. 2007. Utkast til handlingsplan fremlegges i sentralstyremøtet 11.3. 2008.

9.2 Ny kommunikasjonsprofil

Forslag 1.

Forslag fra Hordaland legeforening v/Gunnar Ramstad.

Landsstyret ber om at man i det videre arbeidet med kommunikasjonsprofil beholder Dnlf's nåværende symbol med Asklepios i sirkel, med foreningens navn og stiftelsesår.

Forslaget fikk 47 stemmer, 68 stemte i mot. Forslaget falt.

Forslaget ble deretter vedtatt oversendt sentralstyret.

INHE: Sekretariatet anser forslaget som behandlet gjennom sentralstyret vedtak 19.6. 2007: ”To viktige hensyn skal ivaretas i det videre arbeidet med ny kommunikasjonsprofil. For det første skal tilhørigheten til Legeforeningen vises gjennom det valgte designhierarkiet. For det andre skal Asklepios videreføres. Når Asklepios benyttes sammen med det valgte designmessige hierarki skal en åpen Asklepios benyttes som logo. Når Asklepios benyttes alene, som for eksempel på veggen i Legenes Hus, skal det være mulig å benytte Asklepios som et segl med oval, årstallet 1886 og navnet Den norske legeforening.”

Forslag 2.

Forslag fra Troms legeforening v/ Jo-Endre Midtbu.

Innføringen av kjerneverdier stoppes.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

INHE: Et helhetlig ny kommunikasjonsprofil med tilhørende profilmanual, ble innført fra 1.1. 2008. De nevnte kjerneverdier ble i første rekke laget for å kommunisere med aktuelle designfirma om hvilke verdier Legeforeningen ønsket formidlet gjennom ny visuell profil. På sentralstyremøtet

7.12. 2008 ble det vurdert at kjerneverdiene har oppfylt sin misjon i forhold til dette formålet. Når det gjelder spørsmålet om disse kjerneverdiene skal besluttet som Legeforeningens kjerneverdier viste høringen våren 2007 at de foreslåtte kjerneverdier har en viss forankring i organisasjonen, men at det må arbeides videre med dem for at de skal kunne bli samlende for foreningen. Dersom man ønsker å utvikle Legeforeningens "visjon, misjon og kjerneverdier" må dette forankres bredt i organisasjonen gjennom et større prosjekt, bred høring mv. Dette vil imidlertid være meget ressurskrevende, og det må stilles spørsmål om foreningen har behov for en slik prosess nå.. På sentralstyremøtet 7.12. 2007 sluttet sentralstyret seg til forslaget fra Jo-Endre Midtbu om ikke å innføre kjerneverdier for Legeforeningen nå.

Sak 10 Forslag om prinsipp- og arbeidsprogram for 2008-2009

Forslag 5.

Forslag fra Bjarte Stubhaug (tilleggspunkt) til pkt 3:

- å støtte og videreutvikle systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, jf. Legeforeningens gjennombruddsmetodikk

Forslaget ble enstemmig vedtatt oversendt sentralstyret.

FAG: I sentralstyremøtet 7.12. 2007 ble det fattet vedtak om et tillegg til arbeidsmålene i pkt 3 i Prinsipp- og arbeidsprogrammet for 2008-2009: " - å støtte og videreutvikle systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, jfr legeforeningens gjennombruddsprosjekter."

Forslag 10.

Forslag fra Østfold lægeforening v/ Finn Nilsson til pkt 6.

Landsstyret i Dnlf ønsker at Dnlf skal utrede behovet for en egen næringsseksjon i Dnlf, alternativt en selvstendig organisasjon for leger som driver privat praksis. Det bør også vurderes om det er mulighet for samarbeid med eksisterende næringsorganisasjoner.

Forslaget ble enstemmig vedtatt oversendt sentralstyret.

FHR: I sentralstyrets møte 22.3. 2007 ble det behandlet sak om sekretariatsbistand for næringsdrivende leger. Vedtaket om å opprette et prosjekt må antas å dekke opp for intensjonene i forslaget fra Finn Nilsson. Vedtaket var som følger:

Sak 99/07 Bistand til privatpraktiserende leger – etablering av prosjekt (2.04)

Sekretariatet hadde erfart at det var behov for en systematisk gjennomgang av hvilke saksområder Legeforeningen skal gi juridisk og annen bistand til privatpraktiserende leger som enkeltmedlemmer i rollen som næringsdrivende og arbeidsgiver. Slik bistand er ofte ressurskrevende og etterspørsel etter juridiske tjenester er stadig økende. Allerede i dag skjer en avgrensning til enkelte rettsområder. Spørsmålet er særlig i hvilket omfang tjenester skal gis, på hvilke rettsområder bistand skal gis og hvorledes dette skal finansieres.

Vedtak

Det igangsettes et prosjekt som skal evaluere og gi en tilrådning mht hvilken bistand privatpraktiserende leger kan forvente å få fra Legeforeningen. Prosjektgruppen skal også gi en tilrådning med hensyn til hvordan bistanden eventuelt skal finansieres.

Det avsettes inntil kr. 100.000 til prosjektet fra post for utredningsformål. Prosjektgruppen skal bestå av 3 representanter for yrkesforeningene, hvorav en representant fra Allmennlegeforeningen og en fra Praktiserende spesialisters landsforening. De øvrige yrkesforeninger kan fremme forslag på kandidater, hvorefter sentralstyret oppnevner en av disse. I tillegg deltar sekretariatet med anslagsvis tre personer. Oppnevning av representanter fra yrkesforeningene skjer fortrinnsvis i sentralstyrets møte i mai 2007.

Sak 11 Oppfølging av regionsutvalgene

Forslag 3.

Forslag fra Ylf v/ Linda Hatleskog.

Nytt strekpunkt

- Legeforeningen skal arbeide for at regionsutvalgenes rolle som en viktig faglig premissleverandør for arbeidet i helseforetakene styrkes.

Enstemmig vedtatt oversendt sentralstyret.

INHE:

På grunn av sen konstituering av noen regionsutvalg høsten 2007, ble det ikke arrangert fellessamling for regionsutvalgene i løpet av 2007. Dette er imidlertid fulgt opp gjennom fellessesjoner mellom regionsutvalgene på Legeforeningens lederseminar mars 2008.

Sekretariatet har videre fulgt opp Landsstyrets vedtak blant annet gjennom støtte til konstituering av nye regionsutvalg og prosjektstøtte til Regionsutvalg Sør-Øst knyttet til omstillingsprosessene i Helse Sør-Øst RHF. I organiseringen rundt regionsutvalget ligger også kontaktmøter mot ledelsen i det regionale helseforetaket og koordinering av faglige innspill i omstillingsprosessene i regionen. Dette arbeidet har trolig overføringsverdi også til andre regioner.

Det planlegges ny fellessamling mellom regionsutvalgene i løpet av høsten 2008, hvor det også legges opp til deltakelse fra sentralstyret.

Sak 14 Lovendringer

14.1 Endring av § 1-1 Navn

Forslag 2.

Forslag fra NMF v/ Einar Vie Sundal, Ingvald Vabo og Richard A. Våge.

Ny tillatt brukt kortform: "Lækjarforeininga"

Forslaget vedtas oversendt sentralstyret.

Stab: Forslaget ble behandlet av sentralstyret i møte 24.9. 2007 hvor det ble vedtatt at forslaget ikke blir fulgt opp.

Sak 22 Evaluering av kursretningslinjene

Forslag 2.

Forslag fra Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen v/ Gisle Roksund og Jan Emil Kristoffersen

Landsstyret ber sentralstyret arbeide videre med relasjonene til medisinsk- og kontorteknisk utstyrsindustri samt muligheter for å informere om faglig arbeid fram til neste landsstyremøte, slik at det etableres arenaer for presentasjon av industriavhengig faglig relatert arbeid, tidsskrift

og lærebøker, samt utstilling av medisinsk- og kontorteknisk utstyr.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

FAG: Saken ble behandlet i sentralstyremøte 14.2. 2008 og i telefonmøte 3.3. 2008. Utkast til sak til landsstyremøtet er sendt på høring til alle organisasjonsledd med høringsfrist ut mars 2008.

Forslag 3.

Forslag fra FaMe v/ Ole-Bjørn Tysnes:

Landsstyret ber sentralstyret nedsette en arbeidsgruppe med mandat å vurdere interaksjonsformer mellom leger og legemiddelindustrien/ utstyrsprodusenter. Innstilling bes sendt til vanlig organisasjonsmessig høring før det åpnes for diskusjon om samarbeidsformer på neste landsstyremøte.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

FAG: Som under forslag 2

Forslag 4.

Forslag fra Norsk kirurgisk forening v/Lars Vasli:

I påvente av forslag til endringer gis sentralstyret utvidet myndighet til å godkjenne kurs og kongresser etter faglig godkjenning av autorisert organ og der prinsippene for samhandling med industrien er ivaretatt.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

FAG: Som under forslag 2.

Forslag 5.

Forslag fra FaMe v/ Kjell Salvesen:

Fagmedisinske foreninger og spesialforeninger kan en gang i året arrangere et møte med medisinsk-teknisk utstyrsindustri og legemiddelindustri.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

FAG: Som under forslag 2.

Sak 26 Budsjett for Den norske legeforening 2008

Forslag 5.

Forslag fra Hordaland legeforening v/ Espen Rostrup Ellingsen:

Ved tildeling av ikke fordelte midler til lokalforeningene skal følgende kriterier legges til grunn:

- medlemsrettet aktivitet
- tillitsvalgtrettet aktivitet
- medlemsmasse
- avsatt fri egenkapital

Vedtatt oversendt sentralstyret.

ØKAD: Kriterier ved tildeling av ekstra midler til lokalforeningene ble anvendt av sentralstyret ved

behandlingene av søknader om ekstramidler for 2008.

Forslag 6.

Forslag fra Hordaland legeforening v/ Espen Rostrup Ellingsen:

Tildeling av ikke fordelte midler til lokalforeningene skal skje etter begrunnet søknad og før budsjettåret. Regnskap for lokalforeningen skal vedlegges søknaden.

Vedtatt oversendt sentralstyret.

ØKAD: Forslaget anses fulgt opp ved at forslaget innhold er etablert som fast rutine.

Forslag 9.

Forslag fra LVS v/ Anna Midelfart:

Kurshonorar Utdanningsfond I

Landsstyret ber sentralstyret om å vurdere en vesentlig økning i honorarsatsene for leger som underviser i legers videre- og etterutdanning.

Vedtatt oversendt sentralstyret for vurdering videre i fondsarbeidet.

FAG: Honorarsatsene ble økt med 25 % fra 1.6. 2007.

5.3. 2008/OB